RENATA DOS SANTOS

Câncer de pulmão: avaliação do emprego de medidas paliativas em um hospital terciário

Dissertação apresentada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Oncologia

Orientador: Dr. Igor Moysés Longo Snitcovsky

São Paulo
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Renata dos
Câncer de pulmão : avaliação do emprego de medidas paliativas em um hospital terciário / Renata dos Santos. -- São Paulo, 2011.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Oncologia.
Orientador: Igor Moysés Longo Snitcovsky.

Descritores: 1.Pulmão 2.Quimioterapia 3.Cuidados paliativos 4.Final da vida

USP/FM/DBD-129/11

Mensagem

Tua caminhada ainda não terminou...

A realidade te acolhe dizendo que pela frente o horizonte da vida necessita de tuas Palavras e do teu silêncio.

Se amanhã sentires saudades, lembra-te da fantasia e sonha com tua próxima vitória. Vitória que todas as armas do mundo jamais conseguirão obter, porque é uma vitória que Surge da paz e não do ressentimento.

É certo que irás encontrar situações tempestuosas novamente, mas haverás de ver sempre o lado bom da chuva que cai e não a faceta do raio que destrói.

Se não consegues entender que o céu deve estar dentro de ti, é inútil buscá-lo acima das nuvens e ao lado das estrelas. Por mais que tenhas errado e erres, para ti haverás sempre esperança, enquanto te envergonhares de teus erros.

Tu és jovem.

Atender a quem te chama é belo, lutar por quem te rejeita é quase chegar a perfeição.

A juventude precisa de sonhos e se nutrir de esperanças, assim como o leito dos rios precisa Da água que rola e o coração de afeto.

Não faças do amanhã o sinônimo de nunca, nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais. Teus passos ficaram!

Olhe para trás... mas vá em frente, pois há muitos que precisam que chegues para poderem seguir-te.

Charles Chaplin

Dedicatória

Ao meu pai, Clayton dos Santos e a minha mãe Rosa Szabo dos Santos, verdadeiros exemplos de perseverança. Pessoas lutadoras, incansáveis, trabalhadoras, vencedoras. A cada realização, a cada etapa de minha vida, um sonho idealizado. Devo tudo às suas lutas sempre ao meu lado.

A minha Irmã Carla, que esteve comigo em todos os momentos da minha vida e principalmente na idealização deste trabalho, me apoiando, me incentivando e principalmente, acreditando.

Aos demais membros da minha família, embora alguns não estejam aqui presentes, continuam sempre ao meu lado e dentro do meu coração.

Aos pacientes e seus familiares, pelos exemplos de força e esperança inesgotáveis.

Agradecimentos Especiais

Ao Dr. Igor Moysés Longo Snitcovsky, meu orientador e exemplo de profissional dedicado e competente, pela paciência e confiança depositada no desenvolvimento deste trabalho. Obrigada pela amizade e pelos ensinamentos que foram além da transmissão de conhecimento.

Ao Dr René Aloisio Vieira Costa, colaborador que me estendeu a mão nos momentos de dificuldade, pelas importantes sugestões e apoio na revisão do texto desta dissertação.

Ao Sr. Henrique Duarte Prata, sua dedicação na condução dos projetos que ampliam nosso conceito de liderança e administração.

A Dra. Scylla Duarte Prata, obrigada pela oportunidade e acolhimento no serviço de oncologia da Fundação Pio XII.

Ao Dr. Edmundo Carvalho Mauad, pelo estímulo e incentivo à carreira acadêmica.

A Adriana da Silva Martins Ferreira e Thiago Buosi Silva pela confiança, amizade e principalmente por terem estado comigo desde o início.

Ao Dr. Euclides Timoteo, pelas sugestões que tornaram este trabalho ainda mais rico.

As amigas Aline (núcleo de apoio ao pesquisador), Janaína Sato Jeronimo e Fernanda Souza Drude pela ajuda e responsabilidade.

Aos amigos da Unidade de Cuidados Paliativos da Fundação Pio XII, sempre presentes e companheiros.

A Dra. Fátima Solange Pasini, pelo auxílio nas análises estatísticas e revisão do texto.

Sumário

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de figuras

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1. Introdução 1
1.1 Cuidado Paliativo 1
1.2 Indicadores de qualidade do Cuidado Paliativo com base em dados administrativos 4
1.3 Unidade de Cuidados Paliativo do Hospital de Câncer de Barretos..... 5
1.4 Câncer de pulmão 6
1.4.1 Epidemiologia 6
1.4.2 Patologia e estadiamento 6
1.4.3 Aspectos clínicos do CPNPC metastático 7
1.4.4 Aspectos do tratamento oncológico do CPNPC metastático 8
2 Objetivos..... 11
2.1 Geral..... 11
2.2 Específicos 11
3. Material e Método..... 13
3.1 Casuística e Locais da Pesquisa..... 13
3.1.1 Casuística 13
3.1.2 Locais da Pesquisa..... 13
3.2 Coleta de dados 13
3.3 Análise Estatística 14
4. Resultados..... 17
4.1 Características dos pacientes e dos tumores..... 17
4.2 Tratamento oncológico 19
4.3 Encaminhamento à Unidade de Cuidados Paliativos 21
4.4 Uso da quimioterapia no último mês de vida..... 23
4.5 Local do óbito 25
5. Discussão 28
6. Conclusões..... 35
7. Referências Bibliográficas.....61
8.Anexos.....69

Listas

LISTA DE SIGLAS

CPNPC	Câncer de Pulmão não pequenas células
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
HCB	Hospital de Câncer de Barretos
IC	Intervalo de confiança
QT	Quimioterapia
QTU	Quimioterapia no último mês de vida
KPS	Estado funcional de Karnofsky
NCP	National Consensus Project
SSPS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TNM	Tumor, linfonodos, metástase
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UTI	Unidade de terapia intensive
WHO	Organização mundial de saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Sobrevida global após o diagnóstico da metástase..... 26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Domínios e Recomendações das diretrizes NCP..... 2

Tabela 2- Características demográficas..... 17

Tabela 3- Características clínicas..... 19

Tabela 4- Tratamento Oncológico..... 20

Tabela 5- Encaminhamento à Unidade de Cuidados Paliativos..... 21

Tabela 6- Variáveis associadas ao encaminhamento à Unidade de Cuidados Paliativos..... 22

Tabela 7- Variáveis preditivas do encaminhamento à Unidade de Cuidados Paliativos por análise de regressão logística.. 23

Tabela 8- Variáveis associadas ao uso de quimioterapia no último mês de vida..... 24

Tabela 9- Variáveis preditivas do uso de quimioterapia no último mês de vida por análise de regressão logística..... 24

Tabela 10- Local e causa do óbito..... 25

Resumo

Resumo

Santos, R. *Câncer de Pulmão: Avaliação do emprego de medidas paliativas em um hospital terciário.* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

Cuidado Paliativo é cuidado ativo total de pacientes cuja doença não é mais passível de responder a tratamento curativo. Almeja-se controlar a dor e outros sintomas e tratar de problemas de ordem psicológica, social e espiritual. O objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde. Esta abordagem, portanto, é de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar que enfoca a pessoa doente e o alívio integral do sofrimento. A vida é afirmada, e a morte é encarada como natural, não sendo antecipada nem postergada. Dada a importância desta difícil tarefa, é crucial que o atendimento seja de boa qualidade, e para tanto é necessário utilizar indicadores de qualidade do Cuidado Paliativo. No caso do câncer incurável, os indicadores de qualidade do Cuidado Paliativo incluem a avaliação da qualidade de vida, do controle dos sintomas e da satisfação do paciente e da família com o cuidado. Além desses indicadores, fundamentais, porém de difícil obtenção, existem aqueles obtidos com base em dados administrativos. Dentre estes, os mais frequentes são a fração de pacientes encaminhados ao Cuidado Paliativo, a porcentagem de pacientes que receberam quimioterapia no final da vida e fração de óbitos ocorridos na unidade de cuidados paliativos ou no domicílio. Numa situação ideal, espera-se que a grande maioria dos pacientes seja encaminhada à unidade de cuidados paliativos e que o óbito ocorra na própria unidade ou na residência do paciente, e não em unidades de emergência, na terapia intensiva ou em enfermarias gerais. Quanto à quimioterapia no final da vida, pode ser um indicador de tratamento inapropriadamente agressivo. Cabe ressaltar, contudo, que estes indicadores não estão universalmente validados. Levando-se em consideração esta limitação, estudos em outros países concluem que o Cuidado Paliativo é subutilizado e introduzido tardiamente no curso da doença. Este cenário negativo inclui o uso agressivo da quimioterapia no final da vida. Um diagnóstico de câncer de pulmão metastático geralmente implica em um curto tempo de vida com uma carga elevada de sintomas. Nesta situação, a quimioterapia parece ser vantajosa, prolongando a vida e melhorando a sua qualidade, quando se avalia esse grupo de pacientes de uma forma global. Em um paciente individual, porém, há de ser levar em conta seu estado funcional, bem como as comorbidades e a toxicidade do tratamento. Também são importantes aspectos da comunicação médico-paciente quanto ao prognóstico e os benefícios esperados da quimioterapia. Neste contexto, a necessidade da visão global do paciente e do controle de sintomas implica no Cuidado Paliativo, isoladamente ou associado ao tratamento oncológico específico. Resolvemos, portanto investigar, retrospectivamente, indicadores de qualidade, com base em dados administrativos, do Cuidado Paliativo em pacientes portadores de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC)

metastático atendidos na Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, cujo óbito tenha ocorrido entre Janeiro de 2003 e Janeiro de 2005. Os indicadores escolhidos foram a porcentagem de pacientes encaminhados à unidade de Cuidados Paliativos, o local do óbito e a porcentagem de pacientes que receberam quimioterapia no último mês de vida.No total foram revisados 275 prontuários, destes 36 estavam incompletos, sendo elegíveis 239 pacientes para as análises. A data do óbito foi detectada em 218 pacientes, sendo o atestado de óbito disponível em 166 pacientes. A maioria dos pacientes (75,3%) tinha baixa escolaridade, analfabetos ou com o ensino fundamental incompleto. A cor era branca em 78,6% dos casos e a idade mediana era de 64 anos (intervalo 31-90 anos). O hábito do tabagismo foi detectado em 77,4% dos pacientes. Quanto às características clínicas, notamos que o escore de estado funcional Karnofsky (KPS) não foi registrado em aproximadamente metade dos pacientes. Naqueles em que havia registro, 58,8% apresentavam estado funcional preservado (KPS >70%). Os sítios de metástase mais frequentes foram o fígado (39,3%), ossos (22,6%) e cérebro (19,7%). Em relação aos sintomas, os mais frequentes foram dor (47,6%) e dispnéia (34,3%), sendo os opiódes usados por 36,8% dos pacientes. O tratamento oncológico consistiu em cirurgias (6,5%), radioterapia (61,9%) e quimioterapia (44,7%). Os esquemas mais utilizados (85,9%) em primeira linha foram as combinações baseadas em platina, com uma mediana de três ciclos administrados por paciente. A quimioterapia de segunda linha foi aplicada em 9,0% dos pacientes.Quanto aos indicadores de qualidade do Cuidado Paliativo, somente 104/239 (43,5%) dos pacientes foram encaminhados à unidade de cuidados paliativos. Nestes o óbito ocorreu em 38 ± 58 (media ± desvio padrão) dias, sendo uma fração importante destes, 20/104 (19,2%), em menos de quatro dias. Num modelo por análise de regressão logística, o sexo feminino, a menor escolaridade, a realização de radioterapia, a ausência de dor, e a ausência do uso de quimioterapia foram preditivos do encaminhamento à unidade (p=0,04; 0,03; 0,01; 0,03; 0,05), respectivamente. A quimioterapia foi aplicada em 46 dos 239 pacientes (19,2%) no último mês de vida, sendo a ausência de realização de radioterapia (p= 0,02) o único fator preditivo, pela análise de regressão logística. Em relação ao local do óbito, este ocorreu no domicílio ou na unidade de cuidados paliativos em somente 119/218 (55,5%) dos casos, sendo os restantes em enfermarias clínicas, na emergência ou em unidades de terapia intensiva. A sobrevida global foi de 4,4 ± 0,3 (media ± desvio padrão) meses após o diagnóstico da metástase, pela análise de Kaplan-Meier.Em conclusão, este grupo de pacientes portadores de CPNPC metastático não se beneficiou plenamente do Cuidado Paliativo e uma fração significativa destes foi submetida a tratamento agressivo no final da vida. A dificuldade em estimar-se o prognóstico e fatores culturais ligados a negação da finitude humana e exaltação da tecnologia, além de barreiras na comunicação médico-paciente precisam ser melhor estudados.

Descritores: cuidado paliativo, câncer de pulmão, quimioterapia, final da vida.

Summary

SUMMARY

Santos, R. *Lung cancer: Assessment of palliative care in a tertiary hospital.* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

Palliative Care is the total active care of patients whose disease is no longer amenable to curative measures. Control of pain and other symptoms is a priority, and psychological, social and spiritual issues are taken into consideration. The goal is to improve the quality of life of patients and of their families, according to the World Health Organization definition. Thus a team approach is necessary, with focus on the individual as a whole and aiming to ease suffering. Life is affirmed and death is seen as natural and neither hastened nor postponed. Given the importance of this hard task, quality of care should be optimal. In relation to incurable cancer, Palliative Care quality measures include the evaluation of the quality of life, of symptom control and of patient´s and family satisfaction with care. In addition to these measures, which are fundamental but difficult to obtain, there are those obtained from administrative data. Among these, the most frequent are the percentage of patients who were referred to the palliative care unit, the percentage of patients who were treated with chemotherapy near the end of life and the fraction of patients who died in their homes or in the palliative care unit. In an ideal setting, the great majority of these patients should be referred to Palliative Care, the place of death should be the Palliative Care unit or the patients´ homes. Death should not occur in emergency rooms, intensive care units or acute care inpatient units. Regarding chemotherapy administration near the end of life, that may imply in an inappropriately aggressive treatment. However, these quality measures lack universal validation. With this caveat in mind, studies conducted in other countries concluded that Palliative Care is underutilized and introduced late in the disease course. This negative scenario includes the aggressive use of chemotherapy near the end of life.A diagnosis of metastatic lung cancer usually implies in a short survival and a heavy symptom burden. Chemotherapy may prolong survival and improve the quality of life, when this population is analyzed as a whole. In the individual patient, however, performance status, comorbidities and treatment toxicity must be taken into consideration. Patient-doctor communication issues that deal with prognosis and the expected benefits of chemotherapy are also critical. In this context, to see the patient as a whole and symptom control demands Palliative Care, alone or in addition to specific anti-cancer treatment.Thus, we decided to retrospectively investigate administrative based quality measures of Palliative Care in metastatic non small cell lung cancer patients (NSCLC), who were managed at Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, and who died from January 2003 to January 2005. The measures that were chosen were the percentage of patients who were referred to the palliative care unit, the place of death and the percentage of patients who were treated with chemotherapy in the last month of life. A total of 275 patient charts were reviewed, 36 were incomplete, thus 239 patients were eligible for the analysis of clinical and

treatment characteristics. The time of death was available for 218 patients, and the death certificate was available for 166 patients. Most (75,3%) patients had a low educational level, being illiterate or with incomplete elementary school. Patients were white (78,6%) with median age of 64 years (range 31-90 years). Smoking history was positive in 77,4% patients. In relation to the clinical characteristics, Karnofsky (KPS) performance status score was not recorded in approximately half of the patient group. In those that it was available, 58,8% presented with preserved functional status do (KPS>70). The most frequent metastatic sites were liver (39,3%), bones (22,6%) and brain (19,7%). The most frequent symptoms were pain (47,6%) and shortness of breath (34,3%); opioids were used by 36,8% dos patients. Cancer treatment was surgery (6,5%), radiotherapy (61,9%) and chemotherapy (44,7%). The most commonly used protocols in first line (85,9%) were platinun based combination chemotherapy, with a median of three cycles per patient. Second line chemotherapy was administered to 9,0% of patients.In relation to the Palliative Care quality measures, only 104/239 (43,5%) patients were referred to the unit, 38±58 days before death, being a significant minority, 20/104 (19,2%) referred late, four or less days before death. In a logistic regression model, female gender, low educational level, radiotherapy, lack of pain and lack of chemotherapy administration were predictive of referral to the unit (p=0,04; 0,03; 0,01; 0,03; 0,05), respectively. Chemotherapy was administered to a significant minority 46/239 (19,2%) of patients in the last month of life. In this case, the lack of radiotherapy was the only predictive variable by logistic regression analysis (p= 0,02). The place of death was in the patients´ homes or in the Palliative Care unit in only 119/218 (55,5%) cases, being the rest in acute care beds, emergency rooms or intensive care units. The overall survival after the diagnosis of metastatic disease was 4,4 ± 0,3 months, by Kaplan-Meier analysis.In conclusion, our NSCLC patients did not fully benefit from Palliative Care and a significant fraction of these patients were submitted to aggressive care near the end of their lives. The difficulty in estimating patients´ prognosis and cultural factors linked to the denial of human finitude and technicism, as well as patient- doctor communication barriers should be explored in future studies.

Descriptors: palliative care, lung cancer, chemotherapy, end of life

Introdução

1 Introdução

1.1 Cuidado Paliativo

Cuidado Paliativo é cuidado ativo total de pacientes cuja doença não é mais passível de responder a tratamento curativo. Almeja-se controlar a dor e outros sintomas e tratar de problemas de ordem psicológica, social e espiritual. O objetivo é melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, de acordo a definição da Organização Mundial de Saúde.[1] Esta abordagem, portanto, é de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar que enfoca a pessoa doente e o alívio integral do sofrimento. A vida é afirmada, e a morte é encarada como natural, não sendo antecipada nem postergada. As ações são sempre reabilitadoras, dentro de um limite no qual nenhum tratamento pode significar mais desconforto ao doente do que a própria doença.

Graves deficiências no atendimento de pacientes no final da vida foram detectadas nos Estados Unidos, em uma avaliação nacional.[2] Em resposta a esta situação, foram definidas, naquele país, diretrizes para atendimento de qualidade em Cuidado Paliativo pelo *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (NCP). A metodologia utilizada foi a revisão da literatura e reuniões de consenso. Este processo envolveu representantes de instituições relevantes, como a Academia Americana de Medicina Paliativa, dentre outros.[3] As diretrizes incluem oito domínios que representam as diferentes dimensões do Cuidado Paliativo. Estes incluem

aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do cuidado, além de dimensões éticas e culturais. Para cada domínio foi elaborada uma recomendação, que representa o padrão de qualidade do cuidado (Tabela 1). Cabe ressaltar que o Cuidado Paliativo não é incompatível com o tratamento oncológico específico, devendo idealmente ser iniciado precocemente na fase metastática da doença.

Tabela 1. Domínios e Recomendações das Diretrizes NCP

Domínios	Recomendações e aplicações para Oncologia
1-Estrutura e processo do cuidado	Avaliação interdisciplinar abrangente do paciente e de sua família Abordagem das necessidades expressas pelo paciente e família, e também daquelas detectadas pela equipe Equipe multidisciplinar consistente com plano de cuidado, Educação e treinamento Impacto emocional do trabalho Ligação da equipe com “hospices” Ambiente físico de acordo com as necessidades do paciente e família
2-Aspectos físicos do cuidado	A dor, outros sintomas e os efeitos colaterais do tratamento são abordados usando-se as melhores práticas A equipe documenta e comunica as alternativas do tratamento, permitindo que o paciente/família façam escolhas conscientes A família é educada e apoiada para dar medidas de apoio apropriadas/seguras para o paciente

3-Aspectos psicológicos e psiquiatricos do cuidado	Questões psicológicas e psiquiátricas são avaliadas e manejadas A equipe usa tratamentos farmacológicos, não-farmacológicos e alternativos, quando apropriados Um programa de apoio ao paciente e família esta disponível para lidar com luto e sofrimento
4- Aspectos sociais do cuidado	Avaliação social interdisciplinar Plano de cuidado é desenvolvido Encaminhamento ao serviços apropriados
5-Aspectos espirituais, religiosos e existenciais do cuidado	Avalia e aborda questões espirituais Reconhece e respeita as crenças religiosas – fornece apoio religioso Estabelece vínculos com a comunidade e grupos espirituais/religiosos de acordo como desejo do paciente e família
6-Aspectos culturais do cuidado	Avalia e procura atender as necessidades culturais do paciente e da família Respeita e faz ajustes de acordo com a língua, dieta, hábitos e rituais do paciente e família A equipe tem recursos para uso de interpretes, em casos apropriados A composição da Equipe reflete a diversidade cultural da comunidade
7-O Paciente com a morte iminente	Os sinais e sintomas da morte iminente são reconhecidos e comunicados A equipe encaminha ou reencaminha o paciente ao “Hospice”, de acordo com a piora clínica Reconhecimento que os sinais e sintomas da morte iminente são influenciados pela idade e pela cultura do paciente

8- Aspectos éticos e legais do cuidado	Os objetivos, preferências e escolhas do paciente são respeitados e constituem a base do plano de cuidado A equipe tem conhecimento e aborda questões éticas complexas A equipe tem conhecimentos obre as leis federais e estaduais relevantes

Os processos de mensuração de qualidade e a implantação operacional destas diretrizes constituem área de pesquisa em desenvolvimento. Aspectos importantes são a mensuração da qualidade de vida e a satisfação do paciente com o cuidado, além de medidas específicas para controle de sintomas.[4] Frente à complexidade destes processos[5], medidas simples, obtidas a partir de dados administrativos, podem ser úteis, fornecendo indicadores indiretos de qualidade do Cuidado Paliativo.

1.2 Indicadores de qualidade do Cuidado Paliativo com base em dados administrativos

Dentre estes, os mais frequentes são a fração de pacientes encaminhados ao Cuidado Paliativo, a porcentagem de pacientes que receberam quimioterapia no final da vida e fração de óbitos ocorridos na unidade de cuidados paliativos ou no domicílio.[6] Numa situação ideal, espera-se que a grande maioria dos pacientes seja encaminhada à unidade de cuidados paliativos e que o óbito ocorra na própria unidade ou na residência do paciente, e não em unidades de emergência, na terapia intensiva ou em enfermarias gerais. Quanto à quimioterapia no final da vida, pode ser um indicador de tratamento inapropriadamente agressivo.[7,8] Cabe

ressaltar, contudo, que estes indicadores não estão universalmente validados.[9]

1.3 Unidade de Cuidados Paliativo do Hospital de Câncer de Barretos

A Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, é um Hospital terciário, especializado em tumores sólidos e neoplasias hematológicas. O hospital atende pacientes SUS (sistema único de saúde), geralmente de baixa renda e provenientes da região rural de São Paulo e de estados vizinhos. Contém toda infra-estrutura necessária, com serviço de anatomia patológica, imagem, medicina nuclear, especialidades cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia e transplante de medula óssea. Além destes, apresenta a unidade de internação para cuidados paliativos (UCP), que contém sessenta leitos. Esta unidade conta com equipe médica própria e serviço multidisciplinar. Os pacientes são encaminhados pelas várias especialidades e não perdem o seguimento de clínica de origem. O atendimento consiste na avaliação e controle de sintomas, além de suporte às necessidades psicológicas, espirituais e sociais do paciente, de acordo com as recomendações internacionais (www.nccn.org).[10]

1.4 Câncer de pulmão

O câncer de pulmão é tumor frequente, que apresenta letalidade alta e causa sintomas incapacitantes, sendo, portanto o Cuidado Paliativo fundamental no manejo adequado destes pacientes.

1.4.1 Epidemiologia

No Brasil, o câncer de pulmão é o segundo tumor mais frequente nos homens e o quarto nas mulheres, com um estimativa de 35.740 casos novos por ano.[11] O principal fator de risco é o tabagismo, responsável por 80% dos casos. Os pacientes geralmente são diagnosticados com doença localmente avançada ou metastática, o que confere um prognóstico reservado à doença.

1.4.2 Patologia e estadiamento

Os tumores de pulmão são classificados em dois grupos quanto às características anatomopatológicas: pequenas células e não pequenas células (CPNPC), que correspondem a 20% e 80% dos casos, respectivamente. O CPNPC inclui os subtipos adenocarcinoma, carcinoma espinocelular e carcinoma de grande células. A avaliação da extensão (estadiamento) do CPNPC é realizado pelo sistema TNM (anexo A) por meio de exames de imagem e eventual biópsia de linfonodos em mediastino. O objetivo principal do estadiamento é selecionar os tumores passíveis de

ressecção cirúrgica, considerado o tratamento curativo de escolha. No caso da doença metastática (M1), o paciente é considerado incurável.[12,13,14,15,16]

1.4.3 Aspectos clínicos do CPNPC metastático

Os pacientes usualmente apresentam sintomas importantes, que levam a piora da qualidade de vida. Estes são consequentes à progressão da doença no tórax e ao acometimento de sítios secundários, notadamente os ossos (34%), o sistema nervoso central (38%), além do próprio pulmão, fígado, adrenais e outros. Manifestações sistêmicas incluem a astenia e a perda de peso, além das síndromes paraneoplasicas, notadamente a hipercalcemia.[18]

A tosse, dor torácica e a dispnéia[19] afetam mais da metade dos pacientes, podendo ser incapacitantes. Pneumonias de repetição, hemoptise e derrame pleural são outras manifestações que pioram a qualidade de vida e podem causar o óbito por insuficiência respiratória. As metástases ósseas podem causar dor e perda de mobilidade, devido a fraturas patológicas e compressão de medula espinhal. As metástases em sistema nervoso central são frequentemente sintomáticas, causando cefaléia, déficit motor, convulsões, alterações cognitivas e paralisia de nervos cranianos, no último caso devido ao comprometimento das leptomeninges.[20]

1.4.4 Aspectos do tratamento oncológico do CPNPC metastático

O tratamento oncológico do CPNPC metastático consiste em quimioterapia, radioterapia e em procedimentos cirúrgicos. A sobrevivência mediana é de cinco a seis meses sem o uso da quimioterapia, a qual prolonga o tempo de vida em dois ou três meses, quando indicada apropriadamente.[12,17]

A avaliação da capacidade funcional do paciente e de suas comorbidades é essencial. Indica-se geralmente a quimioterapia para pacientes com boa capacidade funcional (ECOG 0-1 ou Karnofsky>70) e sem comorbidades importantes. O motivo desta restrição é a toxicidade da quimioterapia, que inclui mielossupressão, vômitos e mucosite. Estas alterações podem levar a infecções, sangramento, desidratação, insuficiência renal e serem causa da morte. Alguns estudos, no entanto, sugerem que alguns pacientes com estado funcional comprometido também se beneficiariam da quimioterapia.[21]

Os esquemas recomendados em primeira linha são os combinados incluindo derivados da platina, no máximo de quatro a seis ciclos.[22] Após a progressão da doença são indicados os esquemas de segunda linha, que consistem nos agentes únicos docetaxel ou pemetrexede.[23] Avanços terapêuticos mais recentes incluem os agentes direcionados a alvos moleculares específicos: os inibidores de tirosino cinases[24,25] o anticorpo anti-angiogenico bevacizumabe[26] e o anticorpo anti-EGFR cetuximabe.[27] Estes agentes podem prolongar a sobrevivência de alguns subgrupos de

pacientes e apresentam um perfil de toxicidade diverso dos agentes quimioterápicos convencionais, sendo em geral melhor tolerados. Todos estes agentes, contudo, apresentam custo extremamente elevado, frente ao discreto benefício clínico.

A Radioterapia está indicada para o controle dos sintomas decorrentes da doença no tórax, no controle da dor óssea por comprometimento metastático, na tentativa de preservação da função neurológica na compressão medular e no tratamento das metástases cerebrais. Neste último caso, além da melhora dos sintomas, há prolongamento da vida por dois meses, em média. As toxicidades podem incluir a esofagite, pneumonite e mielite. Muitos aspectos da radioterapia neste contexto não estão bem estabelecidos, sendo área de pesquisa, tais como o fracionamento e a dose total.[28]

Os procedimentos cirúrgicos não são utilizados com frequência na doença avançada, sendo úteis, contudo, em algumas situações. A pleurodese pode controlar o derrame pleural e melhorar a dispnéia e dor torácica.[29] A correção de fraturas patológicas pode melhorar a mobilidade,[30] assim como a laminectomia, no caso de compressão medular.[31] Além disso, a ressecção de metástases cerebrais pode melhorar o quadro neurológico e prolongar a vida de pacientes selecionados. Estes procedimentos, contudo, não são isentos de complicações e precisam ser indicados criteriosamente.

Objetivos

2 Objetivos

2.1 Geral

Avaliar retrospectivamente indicadores de qualidade do cuidado paliativo de pacientes portadores de câncer de pulmão não pequenas células metastático, atendidos na Fundação Pio XII, Hospital do Câncer de Barretos, no período de janeiro de 2003 a janeiro de 2005.

2.2 Específicos

Determinar a porcentagem de pacientes:

a- encaminhados à unidade de cuidados paliativos.

b- submetidos à quimioterapia no últimos mês de vida.

c- nos quais o óbito ocorreu na Unidade de Cuidados Paliativos ou no domicílio.

Material e Método

3 Material e Método

Este estudo foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Fundação Pio XII e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e aprovado sob o número 375/2010 e 120/2010 respectivamente.

3.1 Casuística e Locais da Pesquisa

3.1.1 Casuística

Estudo retrospectivo, que analisou os dados clínicos obtidos de prontuários de pacientes, admitidos na Fundação Pio XII, portadores de câncer de pulmão não pequenas células metastático, que evoluíram para o óbito no período de janeiro 2003 à janeiro 2005.

3.1.2 Locais da Pesquisa

Este estudo foi realizado através da análise de prontuários obtidos no Serviço de Arquivo Médico da Fundação Pio XII.

3.2 Coleta de dados

Foram incluídos pacientes adultos (maiores que 18 anos), com confirmação histopatológica ou citológica de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) metastático. Para fins de estadiamento, foram

considerados os exames subsidiários constantes nos prontuários médicos (radiografia, ultrassonografia abdominal, tomografia de tórax e abdome superior, ressonância magnética de crâneo e cintilografia óssea). O tipo histológico foi determinado (por patologista da Fundação Pio XII e de outra instituição) através de relatório da anatomia patológica incluída no prontuário, sem revisão histopatológica sistemática. As informações foram coletadas em fichas padronizadas, e incluíram sexo, idade, tabagismo, data de diagnóstico da metástase, tratamento oncológico realizado e período, principais sintomas, local, data e causa do óbito, data de encaminhamento à Unidade de cuidados paliativos e período de internação. Construiu, a seguir, uma planilha de banco de dados para posterior análise, sendo a identidade dos pacientes mantida em sigilo. Nos casos em que o óbito ocorreu fora da Fundação Pio XII, fez-se contato com a família na tentativa de obter-se informações sobre o local do falecimento e uma cópia do atestado de óbito.

3.3 Análise Estatística

Os dados formam sumarizados por média, desvio padrão e mediana, quando apropriado. As frequências das variáveis categóricas foram comparadas pelo teste exato de Fisher. Modelos de regressão logística binária foram empregados para a identificação de variáveis de risco independentes. O tempo de sobrevida global foi calculado pelo método de Kaplan Meier considerando-se o intervalo entre as datas do diagnóstico da metástase e do óbito, decorrente de qualquer motivo. Para significância estatística foi considerado $p < 0.05$. O programa Statistical Package for the

Social Sciences (SSPS) 17 edição (Chicago, USA) foi utilizado para todas as análises.

Resultados

4 Resultados

4.1 Características dos pacientes e dos tumores

Foram analisados 275 prontuários, dos quais 36 foram considerados incompletos, sendo, portanto incluídos no estudo 239 (86,9%) pacientes. A escolaridade era tipicamente baixa, sendo 75,3% dos pacientes analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Os pacientes eram predominantemente brancos (78,6%), do sexo masculino (70,3%) e idosos, com idade mediana de 64 anos, com intervalo de 31 a 90 anos. A grande maioria 185 (77,4%) dos pacientes referiu tabagismo, seja no momento do diagnóstico ou em período anterior (Tabela 2).

Tabela 2. Características demográficas (n=239)

Variável	Categoria	N	%
Escolaridade	Menor	180	75,3
	Maior	57	23,8
	Des	2	0,8
Sexo	Masculino	168	70,3
	Feminino	71	29,7
Cor	Branco	188	78,6
	Outros	51	21,4
Idade (anos)	49 ou menos	28	11,7
	50 a 59	50	20,9
	60 a 69	94	39,3
	70 ou mais	67	28,0
Tabagismo	Não	44	18,4
	Sim	185	77,4
	Des	10	4,2

Des: desconhecido; Menor escolaridade: analfabeto ou fundamental incompleto; Maior: fundamental completo ou acima.

O tipo histológico predominante foi o adenocarcinoma (66,1%), seguido do carcinoma espinocelular (23,0%) e carcinoma de pulmão não

pequenas células, sem outra especificação (10,9%). Quanto a topografia do tumor primário de pulmão, este localizou-se de forma semelhante do lado direito (51,2%) e do esquerdo (47,6%), a maioria (68,4) nos lobos superiores.

No que tange ao estádio clínico TNM (UICC 6ª edição, 2002), a maioria apresentava doença avançada em tórax. Esta foi definida como T3 ou T4 em 73,0 % dos pacientes e N2 ou N3 em 83,0% dos mesmos. Todos os pacientes apresentavam, por definição, doença metastática (M1).

Em relação às características clínicas, notamos que o escore de estado funcional Karnofsky (KPS) não foi registrado em aproximadamente metade dos pacientes. Naqueles em que havia registro, 58,8% apresentavam estado funcional preservado (KPS >70%). Os sítios de metástase mais frequentes foram o fígado (39,3%), ossos (22,6%) e cérebro (19,7%). Os sintomas, mais frequentes foram dor (47,6%) e dispnéia (34,3%), sendo os opióides usados por 36,8% dos pacientes (Tabela 3).

Tabela 3. Características clínicas (n=239)

Variável	Categoria	N	%
KPS (%)	≤70	50	20,9
	>70	70	29,2
	Dês	119	49,7
Metástases	Ossos	54	22,6
	Cérebro	47	19,7
	Pulmão	14	5,9
	Adrenal	1	0,4
	Mediastino	11	4,6
	Fígado	94	39,3
	Mais de um sítio	18	7,5
Sintomas/sinais			
Dor	Presente	114	47,6
	Ausente	107	44,7
	Des	18	7,5
Dispnéia	Presente	82	34,3
	Ausente	138	57,5
	Des	19	7,9
Caquexia	Presente	8	3,3
	Ausente	212	88,7
	Des	19	7,4
Astenia	Presente	19	7,9
	Ausente	201	84,1
	Des	19	7,9

Des: desconhecido; KPS: escala de estado funcional Karnofsky.

4.2 Tratamento oncológico

O tratamento oncológico realizado após o diagnóstico da metástase consistiu em cirurgia (6,5%), radioterapia (61,9%) e quimioterapia (44,7%). Os procedimentos cirúrgicos foram empregados para controle de derrame pleural, estabilização de fraturas patológicas e preservação de função motora, no caso de compressão medular. A radioterapia foi empregada para controle de sintomas torácicos, de metástases cerebrais e de dor óssea

devido ao comprometimento metastático. A quimioterapia, foi utilizada com o objetivo de prolongar a vida e melhorar a sua qualidade, através do controle dos sintomas. Os esquemas mais utilizados (85,9%) em primeira linha foram as combinações baseadas em platina, com uma mediana de três ciclos administrados por paciente. A quimioterapia de segunda linha foi aplicada em 9,0% dos pacientes (Tabela 4).

Tabela 4 – Tratamento Oncológico (n=239)

Variável	Categoria	N	%
Cirurgia	Não realizada	216	90,3
	Biópsia da metástase	7	2,9
	Laminectomia	5	2,0
	Correção de fratura patológica	2	0,8
	Pleurodese ou pleurostomia	9	3,7
Radioterapia	Sim	148	61,9
	Não	91	38,1
Sitio irradiado	Único	127	85,8
	Dois ou mais	21	14,1
Qt de primeira linha	Sim	107	44,7
	Não	132	55,3
Esquema de primeira linha	Platina + Etoposide	58	54,2
	Platina + outro agente*	34	31,7
	Agente único	14	13,1
	Agente experimental	1	0,9
Número de ciclos do esquema de primeira linha	1	28	26,2
	2	17	15,9
	3	26	24,3
	4	14	13,1
	> 4	22	20,5
Qt de segunda linha	Sim	22	18,0
	Não	85	82,0

*Vinorelbina, Paclitaxel ou Gemcitabina; Qt: quimioterapia.

4.3 Encaminhamento à Unidade de Cuidados Paliativos

Quanto aos indicadores de qualidade do Cuidado Paliativo, somente 104/239 (43,5%) dos pacientes foram encaminhados à Unidade de Cuidados Paliativos. Nestes pacientes o óbito ocorreu em 38 ± 58 (media ± desvio padrão) dias, sendo uma fração importante destes, 20/104 (19,2%), em menos de quatro dias. O setor que contribuiu com o maior número (16,3%) de encaminhamentos foi a radioterapia (Tabela 5). Na análise univariada, as variáveis associadas ao encaminhamento ($p<0,05$), foram o sexo feminino, a presença de caquexia, a realização de radioterapia e a ausência de administração de quimioterapia (Tabela 6). Num modelo por análise de regressão logística, o sexo feminino, a menor escolaridade, a realização de radioterapia, a ausência de dor e a ausência de administração de quimioterapia foram preditivos do encaminhamento à unidade ($p=0,04$; 0,03; 0,01; 0,03; 0,05), respectivamente (Tabela 7).

Tabela 5 – Encaminhamento à Unidade de Cuidados Paliativos (n=239)

Variável	Categoria	N	%
Encaminhamento	Sim	104	43,5
	Não	135	56,5
Setor que encaminhou	Pronto Socorro	16	6,9
	Ambulatório tórax	17	7,1
	Radioterapia	39	16,3
	Ambulatório dor	4	1,6
	Outros	4	1,6
	Desconhecido	24	10,0

Tabela 6. Variáveis associados ao encaminhamento à UCP (n=239)

Variável	Categoria	UCP		P
		Não	Sim	
Sexo	Masculino	102	66	**0,04**
	Feminino	33	38	
Idade (anos)	< 64	63	61	0,06
	≥ 64	72	43	
KPS (%)	≤70	30	20	0,71
	>70	39	31	
Escolaridade*	Menor	97	84	0,16
	Maior	36	20	
Dispnéia	Presente	45	32	
	Ausente	70	43	
Dor	Presente	60	31	
	Ausente	55	44	
Caquexia	Presente	1	8	
	Ausente	117	94	0,62
Astenia	Presente	7	12	
	Ausente	111	90	
Radioterapia	Presente	71	77	
	Ausente	64	27	
Quimioterapia	Presente	69	38	
	Ausente	64	66	

UCP: unidade de cuidados paliativos; KPS: escala de estado funcional Karnofsky; *Menor escolaridade: analfabeto ou fundamental incompleto; Maior: fundamental completo ou acima.

Tabela 7 – Variáveis preditivas do encaminhamento à UCP por análise de regressão logística

Variável	Categoria	Razão de risco	IC 95%	P
Sexo	Feminino	1,00	Referência	**0,04**
	Masculino	0,52	0,28-0,99	
Radioterapia	Ausente	1.00	Referência	**0,01**
	Presente	2,37	1,25-4,49	
Dor	Ausente	1,00	Referência	**0,03**
	Presente	0,51	0,27-0,95	
Caquexia	Ausente	1,00	Referência	0,06
	Presente	7,96	0,93-68,21	
Astenia	Ausente	1,00	Referência	0,22
	Presente	2,01	0,65 – 6,23	
Idade (anos)	< 64	1,00	Referência	0,14
	≥64	1,56	0,85 – 2,86	
Quimioterapia	Presente	1,00	Referência	**0,05**
	Ausente	1,78	0,99 – 3,19	
Escolaridade	Maior	1,00	Referência	**0,03**
	Menor	2,16	1,06 – 4,39	

IC: Intervalo de confiança; UCP: Unidade de Cuidados Paliativos; KPS: escala de estado funcional Karnofsky.

4.4 Uso da quimioterapia no último mês de vida

A quimioterapia foi administrada em 46 de 239 pacientes (19,2%) no último mês de vida. Na análise univariada, as variáveis associadas ao uso da quimioterapia ($p<0,05$), foram o sexo masculino, a ausência da radioterapia e a ausência do encaminhamento à Unidade de Cuidados Paliativos (Tabela 8), sendo a ausência de realização de radioterapia ($p= 0,02$) o único fator preditivo, pela análise de regressão logística (Tabela 9).

Tabela 8. Variáveis associadas ao uso de quimioterapia no último mês de vida (n=46/239)

Variável	Categoria	QTU Não (n)	Sim (n)	P
Sexo	Masculino	130	38	**0,04**
	Feminino	63	8	
Idade (anos)	< 64	98	26	0,51
	≥ 64	95	20	
KPS (%)	≤70	43	7	0,17
	>70	52	18	
Escolaridade*	Menor	44	12	0,55
	Maior	149	32	
Dispnéia	Presente	62	20	0,15
	Ausente	116	22	
Dor	Presente	96	18	0,23
	Ausente	83	24	
Caquexia	Presente	9	0	0,21
	Ausente	178	42	
Astenia	Presente	16	3	1,0
	Ausente	162	39	
Radioterapia	Presente	130	18	**0,001**
	Ausente	63	28	
UCP	Presente	90	14	**0,04**
	Ausente	103	32	

UCP: Unidade de cuidados paliativos; QTU: quimioterapia no último mês de vida; KPS: escala de estado funcional Karnofsky; *Menor escolaridade: analfabeto ou fundamental incompleto; Maior: fundamental completo ou acima.

Tabela 9 – Variáveis preditivas do uso de quimioterapia no último mês de vida por análise de regressão logística

Variável	Categoria	Razão de risco	IC 95%	P
UCP	Presente	1,00	Referência	0,26
	Ausente	1,91	0,60-6,03	
Radioterapia	Presente	1,00	Referência	**0,02**
	Ausente	3,40	1,14-10,1	
Dispnéia	Presente	1,00	Referência	0,12
	Ausente	0,44	0,15-1,25	
KPS	≤ 70	1,00	Referência	0,09
	> 70	2,60	0,84-7,97	
Sexo	Masculino	1,00	Referência	0,71
	Feminino	0,79	0,23-2,67	

UCP: Unidade de cuidados paliativos; IC: Intervalo de confiança, KPS: escala de estado funcional Karnofsky ,

4.5 Local do óbito

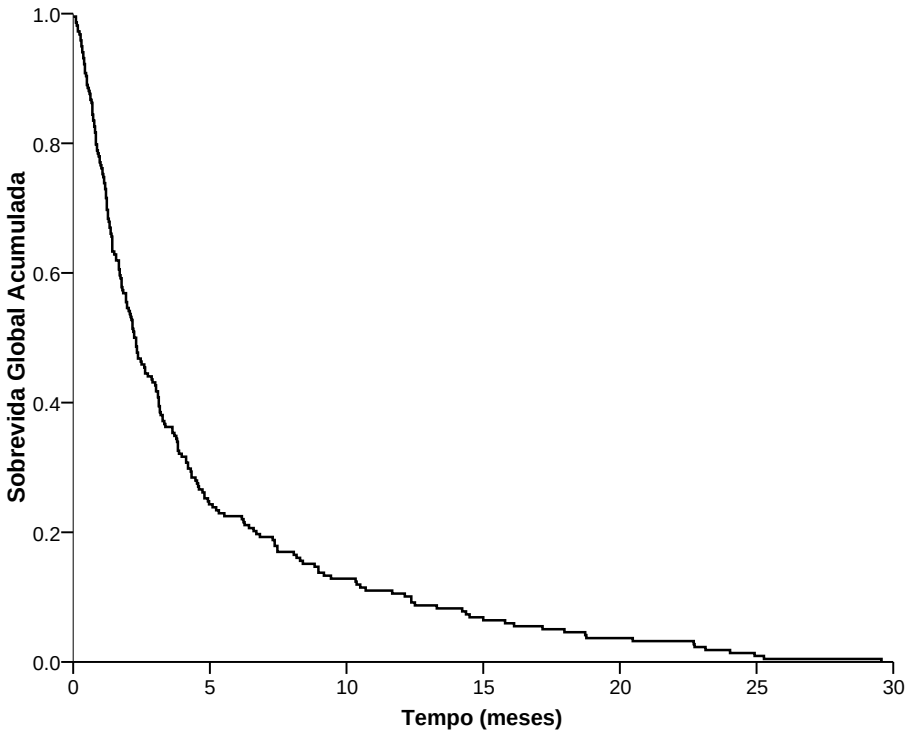
A data do óbito foi confirmada em 218/239 (92,1%) dos pacientes, o qual ocorreu no domicílio ou na unidade de cuidados paliativos em somente 119/218 (55,5%) dos casos, sendo os restantes em enfermarias clínicas, na emergência ou em unidades de terapia intensiva. A sobrevida global (meses) foi de 4,4 ± 0,3 (media ± desvio padrão) e 2,23; 1,8-2,65 (mediana; intervalo confiança 95%) após o diagnóstico da metástase, pela análise de Kaplan-Meier (figura1). O atestado de óbito foi obtido de 166/218 (76,1%) pacientes, sendo a causa mais frequente a insuficiência respiratória em 98/218 (59%) (Tabela 10).

Tabela 10 – Local e causa do óbito

Variável	Categoria	N	%
Local (n=218)	UCP	75	34,4
	HCB	44	20,1
	Domicílio	28	12,8
	Outro Hospital	38	17,4
	Desconhecido	33	15,1
Causa (n=166)	Caquexia	23	13,9
	Falência de múltiplos órgãos	16	9,6
	Insuficiência respiratória	98	59,0
	Hemorragia	3	1,8
	Septicemia	7	4,2
	Insuficiência hepática	2	1,2
	Hipertensão intracraniana	5	3,0
	Outros	12	7,2

UCP:Unidade de cuidados paliativos; HCB: Hospital de Câncer de Barretos em enfermaria clinica, emergência ou unidade terapia intensiva.

Figura 1: Sobrevida global após o diagnóstico da metástase



Discussão

5 Discussão

Neste estudo, determinamos retrospectivamente indicadores de qualidade do Cuidado Paliativo em CPNPC em um hospital terciário. Este tumor foi escolhido por refletir todo o espectro das necessidades de pacientes em Cuidado Paliativo e também pela alta prevalência em nosso meio. Nosso grupo de pacientes é típico quanto as características demográficas e clínicas, com alta carga de sintomas e sobrevida curta. De fato, a sobrevida dos nossos pacientes é mais curta do que o esperado, com uma diferença de quatro meses. Uma explicação é a metodologia utilizada, na qual os sobreviventes não foram incluídos no estudo. Esta não nos parece convincente, visto que a fração de pacientes que deve sobreviver por dois anos é pequena e não explicaria a magnitude da diferença. Uma explicação possível, porém preocupante, são as características socioeconômicas dos pacientes. Observamos que se trata de uma população vulnerável, com baixa escolaridade, que é um indicador de pobreza. Estes pacientes possivelmente se apresentam com doença mais avançada e comorbidades menos controladas, de acordo com estudo recente conduzido nos Estados Unidos, que também mostrou uma sobrevida pior para os pacientes mais pobres, portadores de CPNPC.[32]

Quanto aos indicadores de qualidade, a fração de pacientes encaminhada à Unidade foi pequena (43%), porém superior a estudo Norte-Americano, no qual somente 9% dos pacientes foi encaminhado.[33] Estes resultados precisam ser melhorados, tendo em vista estudo de fase III

recente, de grande repercussão, que mostrou aumento da sobrevida e melhora de sua qualidade, quando o cuidado paliativo foi iniciado simultaneamente à quimioterapia do CPNPC.[34] No nosso estudo o ambulatorio de tórax, que é responsável pela quimioterapia, e o Pronto Socorro encaminharam uma proporção semelhante de pacientes (7%). Neste último caso, os pacientes não apresentavam controle adequado dos sintomas. Fatores associados ao encaminhamento à UCP, no nosso estudo, foram o sexo feminino, idade maior que 64 anos, a presença da caquexia e características do tratamento oncológico. Em relação ao último item, radioterapia e a quimioterapia tiveram efeitos opostos: o primeiro associou-se diretamente ao encaminhamento, enquanto que o segundo inversamente. É provável que o encaminhamento, no nosso caso, dependa de preferências do corpo clínico dos diferentes setores e não de uma política institucional, como desejável. Além disso, as características do paciente encaminhado sugerem que esteja numa fase mais avançada da doença, o que não se justifica, conforme discutido anteriormente.

Em relação à quimioterapia no último mês de vida, observamos que a mesma foi administrada para uma fração significativa (19,2%) dos nossos pacientes. Este número é semelhante aos de estudos conduzidos em outros países.[35,36,37,38] Um importante, mas raramente discutido estágio na tomada de decisão é dar ao paciente informação suficiente para decidir se ele aceita ou não a quimioterapia. As questões a respeito de tais consentimentos informados são complexas. Não somente os trâmites éticos e legais se diferem ao redor do mundo, mas também fatores culturais entram

em jogo. Quão bem informados estão os pacientes a respeito dos riscos e benefícios?[39] Em seu estudo de 81 pacientes previamente tratados com quimioterapia para CPNPC, Silvestri e colaboradores [40], descobriram uma grande variação na disposição dos pacientes em aceitar a quimioterapia quando apresentados os cenários documentados. Quando lhes era dada uma opção entre cuidado paliativo e quimioterapia com um benefício de sobrevida de 3 meses, apenas 22% escolheram a quimioterapia, destes, 68% estavam preocupados na melhora dos sintomas e da qualidade de vida sem visar o aumento da sobrevida. Os investigadores concluíram que alguns pacientes não teriam escolhido quimioterapia em primeiro lugar se eles tivessem sido totalmente informados sobre outras formas de tratamento para controle de sintomas. Os pacientes podem encontrar dificuldade em obter ou aceitar informações verdadeiras sobre os benefícios e os efeitos nocivos da quimioterapia paliativa. No maior estudo com 95 pacientes consecutivos submetidos a quimioterapia paliativa, prognóstico foi discutido por apenas 39% dos médicos oncologistas.[41]

Em um estudo longitudinal de pacientes hospitalizados para quem a morte se acreditava iminente, as famílias relataram que nunca o médico discutiu a possibilidade de morte e do tempo de vida em 62%.[42] Em outros estudos, pelo menos, um terço dos pacientes e familiares relataram que não acreditavam nas informações prestadas a eles de que o tratamento não foi com finalidade curativa, apesar receber tais informações.[43,44] De certa forma, as decisões sobre o tratamento paliativo são sempre mais difíceis do que outras a respeito do tratamento curativo. Existe sempre um

complexo debate entre a inconveniência e a toxicidade de tratamento e os possíveis benefícios em termos de controle de sintomas e tempo de vida. Há poucos elementos para se predizer com confiança a toxicidade e o benefício em pacientes individuais. No paciente individual, predizer a sobrevida com certeza ainda se torna difícil, pois todas as escalas prognósticas têm limitações e necessitam de ajustes clínicos e futuras pesquisas para o desenvolvimento sistemático de escalas prognósticas conhecidas, embora o estado funcional Karnofsky, ECOG seja um indicador, a prática clínica é frequentemente baseada na tradição e experiência do especialista.

Vários estudos documentam que a quimioterapia paliativa é cada vez mais usada para pacientes no final da vida. Mais de 20% dos pacientes que receberam cuidados médicos e que tinham câncer metastático iniciaram um novo tratamento de quimioterapia nas duas semanas antes da morte.[45] Na Itália, 23% dos pacientes com câncer incurável recebeu quimioterapia no prazo de 30 dias de morte.[46] Nos EUA, a quimioterapia para pacientes com câncer de pulmão foi realizada no prazo de 30 dias da morte em 43% e 14dias em 20% dos patientes.[47] Estudos sugerem que médicos oncologistas podem superestimar o prognóstico em pelo menos 30%. A maioria da equipe médica é super otimista quanto a sobrevida. Falar para pacientes e familiares sobre morte e cuidados de suporte não é uma tarefa fácil, especialmente quando pacientes e suas famílias querem que continue a terapia ``agressiva´´. Evidências sugerem que a comunicação ineficaz da equipe de saúde com o paciente resulta em insatisfação e aumento da co-morbidade dos pacientes com câncer, seus familiares ou cuidadores.[7,48,49]

Eles levantam a possibilidade de que os sentimentos do profissional de fracasso, impotência e frustação influenciem na indicação.[50] A avaliação de burnout neste grupo de oncologistas é um tema interessante para futuras pesquisas.

O National Comprehensive Cancer recomendam que, após 2 regimes de quimioterapia têm falhado em benefício do paciente ou se o desempenho deste declina (PS 3 ou mais), a mudança para cuidados paliativos deve ser feita (http://www.nccn.org/ Profissionais / physician_gls / default.asp).[10] A Sociedade Americana de Oncologia Clínica e de outras grandes sociedades profissionais há muito recomendada as unidades de cuidados paliativos como o melhor e disponível atendimento para pacientes com doença progressiva.[51] No mais recente e maior estudo, entre pacientes que ficaram internados em hospices por um tempo menor que 30 dias, 16% das famílias informaram que foram encaminhadas tardiamente, o que gerou menor satisfação, muito mais preocupações e um controle insuficiente das necessidades dos pacientes e familiares.[52]

O nosso último indicador foi a fração de pacientes que morreu na UCP ou na residência. A fração obtida (55%) é semelhante aos dados internacionais, embora não seja ideal. Uma limitação de nosso estudo é que não foi possível identificar todos os pacientes que morreram na Unidade de terapia Intensiva (UTI). Em estudo canadense Barbera e colaboradores estudaram 5855 pacientes que faleceram de câncer de pulmão no ano de 2002 em Ontario, mostrando que 5,5% deles morreram em UTI, já nos Estados Unidos a taxa de mortalidade é de 10%.[53,54]

Em resumo, este grupo de pacientes portadores de CPNPC metastático não se beneficiou plenamente do Cuidado Paliativo e uma fração significativa destes foi submetida a tratamento agressivo no final da vida. A dificuldade em estimar-se o prognóstico e fatores culturais ligados a negação da finitude humana e exaltação da tecnologia, além de barreiras na comunicação médico-paciente precisam ser melhor estudados.

Conclusões

6 Conclusões

Os pacientes portadores de CPNPC metastático não se beneficiaram plenamente do Cuidado Paliativo pois:

a-A maioria não foi encaminhada à unidade

b-Uma fração significativa foi submetida a quimioterapia no final de vida

c-Uma fração significativa morreu em ambiente não paliativo

Referências

7 Referências Bibliográficas

1- World Health Organization. Palliative care. Disponível em http://www.who.int/cancer/palliative/en. Accessado em 10/11/2010.

2- Foley KM, Gelband H: Improving Palliative Care for Cancer: Summary and Recommendations— Report of the Institute of Medicine and National Research Council. Washington, DC, National Academies Press 2001.

3- Ferrell B: Overview of the domains of variables relevant to end of life care. *J Palliat Med* 2005;8:22-29.

4- Ferrell B, Paice J, Koczywas M. New Standards and Implications for Improving the Quality of Supportive Oncology Practice . *J Clin Oncol* 2008;26:3824-31.

5- Stephens RJ, Hopwood P, Girling DJ. Defining and analysing symptom palliation in cancer clinical trials: a deceptively difficult exercise. *Br J Cancer* 1999;79:538– 44.

6- Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol* 2003;21(6):1133–38.

7- Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of cancer care near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol* 2008;26(23):3860–66.

8- Martoni AA, Tanneberger S, Mutri V. Cancer chemotherapy near the end of life: the time has come to set guidelines for its appropriate use. *Tumori*. 2007;93(5):417-22.

9- Grunfeld E, Lethbridge L, Dewar R, Lawson B, Paszat LF, Johnston G, Burge F, McIntyre P, Earle CC. Towards using administrative databases to measure population-based indicators of quality of end-of-life care: testing the methodology. *Palliat Med* 2006;20(8):769–77.

10- NCCN. National Comprehensive Cancer Network Guidelines. Disponível em http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/gus_overview.asp, acesso em 20/03/2011.

11- INCA/MS. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. INCA, 2011. Disponível:em:http://www.Inca.gov.br/estimativas/2010/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=BR, acesso em 18/01/2011.

12- Principles and Practice of Oncology. De Vita, Hellman and Rosenberg's Cancer, 8ª edição. Editora Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA, Wolters Kluwer business 2008; 37:896-939.

13- Compêndio de Pneumologia. Luis Carlos Corrêa da Silva. 2ª edição. Editora Fundo editorial. 1993.

14- Surgery of the Chest. Spencer F C, Sabiston D, 6ª edição. Volume 1. W.B. Saunders Company. 1996.

15- Ginsberg, RJ: Resection of Non-small Cell Lung Cancer.How Much and by What Route - *Chest* 1997;112 : 203-8.

16- Luketich JD. Does resection of adrenal metastases from non-small cell lung cancer improve survival? *Ann Thorac Surg* 1996;62:1614-6.

17- Luketich JD; Martini N;Ginsberg,RJ; et al: Successful Treatment of Solitary Extracranial Metastases From Non-Small-cell Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 1995;60:1609-11.

18- Kvale PA, Simoff M, Prakash UB. American College of Chest Physicians. Lung cancer. Palliative care. *Chest* 2003;123:284S– 311S.

19- Smith EL, Hann DM, Ahles TA, et al. Dyspnea, anxiety, body consciousness, and quality of life in patients with lung cancer. *J Pain Symptom Manage* 2001;21(4):323– 9.

20- Hopwood P, Stephens RJ. Symptoms at presentation for treatment in patients with lung cancer: implications for the evaluation of palliative treatment. *Br J Cancer* 1995;71:633–6.

21- Gridelli C, Maione P, Rossi A, Palazzolo G, Colantuoni G, Rossi E. Management of unfit older patients with advanced NSCLC. *Cancer Treat Rev* 2009; 35(6):517-21.

22- Schiller JH, Harrington D, Belani CP, Langer C, Sandler A, Krook J, Zhu J, Johnson DH. Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2002;346:92–98.

23- Shepherd FA, Dancey J, Ramlau R, Mattson K, Gralla R, O`Rourke M, Levitan N, Gressot L, Vincent M, Burkes R, Coughlin S, Kim Y, Berille J. Prospective randomized trial of docetaxel versus best supportive care in patients with non-small-cell lung cancer previously treated with platinum-based chemotherapy. *J Clin Oncol 2000*;18:2095–103.

24- Mok TS, Wu YL, Thongprasert S, et al.: Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma. *N Engl J Med* 2009;61(10):947-57.

25- Cappuzzo F, Ciuleanu T, Stelmakh L, Cicenas S, Szczésna A, Juhász E, Esteban E, Molinier O, Brugger W, Melezínek I, Klingelschmitt G, Klughammer B, Giaccone G. Saturn investigators. Erlotinib as maintenance

treatment in advanced non-small-cell lung cancer: a multicentre, randomised, placebo-controlled phase 3 study. *Lancet Oncol* 2010;11(6):521-9.

26- Sandler A, Gray R, Perry MC, Brahmer J, Schiller JH, Dowlati A, Lilenbaum R, Johnson DH. Paclitaxel-carboplatin alone or with bevacizumab for non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2006;355 (24): 2542-50.

27- Pirker R, Pereira JR, Szczesna A, von Pawel J, Krzakowski M, Ramlau R, Vynnychenko I, Park K, Yu CT, Ganul V, Roh JK, Bajetta E, O'Byrne K, de Marinis F, Eberhardt W, Goddemeier T, Emig M, Gatzemeier U. Cetuximab plus chemotherapy in patients with advanced non-small-cell lung cancer (FLEX): an open-label randomised phase III trial. *Lancet* 2009;373(9674):1525-31.

28- Lutz S, Lo SS, Chow E, Sahgal A, Hoskin P. Radiotherapy for metastatic bone disease: current standards and future prospectus. *Expert Rev Anticancer Ther* 2010;10(5):683-95.

29- Friedberg JS, Cengel KA. Pleural malignancies. *Semin Radiat Oncol* 2010; 20(3):208-14.

30- Sarahrudi K, Greitbauer M, Platzer P, Hausmann JT, Heinz T, Vécsei V. Surgical treatment of metastatic fractures of the femur: a retrospective analysis of 142 patients. *J Trauma* 2009;66(4):1158-63.

31- Rose PS, Buchowski JM. Metastatic disease in the thoracic and lumbar spine: evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg* 2011;19(1):37-48.

32- Slatore CG, Au DH, Gould MK. American Thoracic Society Disparities in Healthcare Group. An official American Thoracic Society systematic review:

insurance status and disparities in lung cancer practices and outcomes. *Am J Respir Crit Care Med* 2010;182(9):1195-205.

33- Reville B, Miller MN, Toner R W, Reifsnyder J. End-of-Life Care for Hospitalized Patients with Lung Cancer: Utilization of a Palliative Care Service. *Journal of Palliative Medicine* 2010;13(10):1261-66.

34- Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 19;363(8):733-42.

35- Braga S, Miranda A, Fonseca R, Passos-Coelho JL, Fernandes A, Costa JD and Moreira A. The aggressiveness of cancer care in the last three months of life. A retrospective single centre analysis. *Psycho-Oncology* 2007;16: 863–68.

36- Keam B, Oh DY, Lee SH, Kim DW, Kim MR, Im SA, Kim TY, Bang YJ, Heo DS. Aggressiveness of cancer-care near the end-of-life in Korea. *Jpn J Clin Oncol* 2008;38(5):381-6.

37- Kao S, Shafiq J, Vardy J, Adams D. Use of chemotherapy at end of life in oncology patients . *Annals of Oncology* 2009; 20:1555–59.

38- Murillo JR Jr, Koeller J. Chemotherapy given near the end of life by community oncologists for advanced non-small cell lung cancer. *Oncilogist* 2006;11(10):1095-99.

39- Gaston CM, Mitchelli G. Information giving and decision- making in patients with advanced cancer: a systematic review. *Soc Sci Med* 2005;61: 2252-64.

40- Silvestri G, Pritchard R, Welch HG. Preferences for chemotherapy in patients with advanced non- small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. *BMJ* 1998; 317:771-77.

41- Koedoot CG, Oort FJ, de Haan RJ, Bakker PJ, de Graeff A, de Haes JC. Thecontent and amount of information given by medical oncologists when telling patients with advanced cancer what their treatment options are: palliative chemotherapy and watchful-waiting. *Eur J Cancer* 2004;40(2):225-35.

42- Sullivan AM, Lakoma MD, Matsuyama RK, Rosenblatt L, Arnold RM, Block SD. Diagnosing and discussing imminent death in the hospital: a secondary analysis of physician interviews. *J Palliat Med* 2007;10(4):882-93.

43- Mackillop WJ, Stewart WE, Ginsburg AD, Stewart SS. Cancer patients' perceptionsof their disease and its treatment. *Br J Cancer* 1988;58(3):355-58.

44- Chow E, Andersson L, Wong B, Vachon M, Hruby G, Franssen E. Patients with advanced cancer: a survey of the understanding of their illness and expectations from palliative radiotherapy for symptomatic metastases. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2001;13(3):204-08.

45- Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD, Weeks JC .Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 2004;22:315-21.

46- Martoni AA, Tanneberger S, Mutri V. Cancer chemotherapy near the end of life: the time has come to set guidelines for its appropriate use. *Tumori* 2007; 93(5):417-22.

47- Harrington SE, Smith TJ. The role of chemotherapy at the end of life: “When is enough, enough?”. *Jama* 2008; 299(22): 2667-2678.

48- Rayson D, McIntyre P. Transitions to palliation: two solitudes or inevitable integration? *Curr Oncol Rep* 2007;9(4):285–89.

49- Aitini E, Adami F, Cetto L. End of life in cancer patients: drugs or words? *Annals of Oncology* 2010; 21: 914–15.

50- Meir DE, Back AL, Morrison RS. The inner life of physicians and care of seriously ill. *JAMA* 2001;206(23):3007-14.

51- Smith TJ, Schnipper LJ. The American Society of Clinical Oncology Program to improve end-of-life care. *J Palliat Med* 1998;1(3):221-30.

52- Teno JM, Shu JE, Casarett D, Spence C, Rhodes R, Connor S. Timing of referral to hospice and quality of care: length of stay and bereaved family members perceptions of timing of hospice referral. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(2):120-25.

53- Earle CC, Ayanian JZ. Looking back from death: the value of retrospective studies of end-of-life care. *J Clin Oncol* 2006;24(6):838–40.

54- Barbera L, Paszat L, Chartier C. Indicators of poor quality end-of-life cancer care in Ontario. *J Palliat Care* 2006;22(1):12–17.

Anexos

Anexo A - Classificação do câncer de pulmão de células não pequenas segundo o manual de estadiamento de tumores da AJCC, sexta edição

Tumor Primário (T):
TX - O tumor primário não pode ser avaliado ou tumor comprovado por presença de células malignas no escarro ou lavado brônquico mas não visualizado na broncoscopia ou nos exames de imagem.
Tis - Carcinoma in situ
T0 - Sem evidência de tumor primário.
T1 - Tumor menor ou igual a 3 cm em sua maior dimensão, envolvido por pulmão ou pela pleura visceral, sem evidência broncoscópica de invasão mais proximal do que o brônquio lobar.
T2 - Tumor com mais de 3 cm ou qualquer uma das seguintes características: envolvimento do brônquio principal, distante ≥ 2 cm da carina; invasão da pleura visceral; associado a presença de atelectasia ou pneumonia obstrutiva que se estende a região hilar, mas não compromete todo o pulmão.
T3 - Tumor de qualquer tamanho com invasão direta de qualquer uma das seguintes estruturas: parede torácica parede torácica (incluindo tumores do sulco superior), diafragma, pleura mediastinal, pericárdio parietal; tumor no brônquio principal a uma distância da carina menor que 2 cm, mas sem envolvê-la; associado à atelectasia ou pneumonia obstrutiva de todo o pulmão; ou presença de nódulos tumorais localizados no mesmo lobo do tumor primário
T4 - Tumor de qualquer tamanho, com invasão direta de qualquer uma das seguintes estruturas: mediastino, coração, grandes vasos, traquéia, esôfago, corpo vertebral, carina; ou presença de nódulos tumorais localizados em um lobo diferente do tumor primário, mas ipsolateral ao tumor primário.
Linfonodos regionais (N):
NX - Linfonodos regionais não podem ser avaliados.
N0 - Ausência de metástases nos linfonodos regionais.
N1 - Metástases para linfonodos peribrônquicos e/ou hilares ipsilaterais e/ou intrapulmonares incluindo o envolvimento desses por invasão direta do tumor primário.
N2 - Metástases para linfonodos mediastinais ipsilaterais e/ou linfonodos carinais.
N3 - Metástases para linfonodos mediastinais contralaterais, hilares contralaterais, escalenos ipsilaterais ou contralaterais ou linfonodos supraclaviculares.
Metástases à distância (M):
MX - Presença de metástases à distância não pode ser avaliada.
M0 - Ausência de metástases à distância.
M1 - Presença de metástases à distância.
M1a - Nódulos em um lobo contralateral ao tumor primário, com nódulos pleurais ou derrame pleural
(ou pericárdico) maligno.
M1b - metástases à distância.
Agrupamento por estádio:
Carcinoma oculto TX N0 M0
IIB T2 N1 M0
T3 N0 M0
IIIA T1/T2 N2 M0
T3 N1 M0
T3 N2 M0
IIIB qualquer T N3 M0
T4 qualquer N M0
IV qualquer T qualquer N M1
IA T1 N0 M0
IB T2 N0 M0
IIA T1 N1 M0

Anexo B: Escala de Karnofsky

100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença.
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realiza suas atividades com esforço.
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço.
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar.
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar .
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos freqüentes.
40%	Necessita de cuidados médicos especiais.
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
20%	Muito doente, necessita suporte.
10%	Moribundo, morte iminente.

Anexo C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS
Fundação Pio XII

Comitê de Ética em Pequisa
CEP

Para: Renata dos Santos

De: Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Data: 27.07.2010

Projeto de Pesquisa: **375/2010**

Prezado (a) Senhor (a),

Vimos, por meio desta, informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital de Câncer de Barretos analisou em reunião Extraordinária de 27.07.2010 o projeto de pesquisa **3752010 Cancer de Pulmão: Avaliação do Emprego de Medidas Paliativas em um Hospital Terciário.,** e decidiu que o mesmo encontra-se: **"Aprovado".**

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP, relatórios semestral e final, bem como possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e novas informações sobre a segurança do estudo a fim de se fazer o devido acompanhamento.

Atenciosamente,

Dr. Renato José Affonso Junior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital de Câncer de Barretos

Rua Antenor Duarte Villela, 1331 – B. Dr. Paulo Prata – Barretos – SP CEP 14784-400 – CNPJ 49.150.352/0001-12
Tel. 17 33216600 R. 6894 – cep@hcancerbarretos.com.br

Anexo D- Ficha de coleta de dados

01	**IDENTIFICAÇÃO**	01	
02	**DATA DO LEVANTAMENTO** DD/MM/AA	02	
03	**NOME**	03	
04	**REGISTRO HOSPITALAR** RGH	04	
05	**ESCOLARIDADE** 0-ANALFABETO; 1-FUNDAMENTAL INCOMPLETO; 2-FUNDAMENTAL COMPLETO; 3-MÉDIO INCOMPLETO; 4-MÉDIO COMPLETO; 5-SUPERIOR INCOMPLETO; 6-SUPERIOR COMPLETO; 99-IGNORADO	05	
06	**DATA DE NASCIMENTO** DD/MM/AA	06	
07	**RAÇA** 1-BRANCO; 2-PARDO; 3-NEGRO; 4-AMARELO; 99-NE/NA	07	
08	**SEXO** 1-MASCULINO; 2-FEMININO	08	
09	**DATA PRIMEIRA CONSULTA** DD/MM/AA	09	
10	**KPS** 1-10%, 2-20%; 3-30%; 4-40%; 5-50%; 6-60%; 7-70%; 8-80%; 9-90%; 10-100%; 99-NE/NA	10	
11	**TABAGISMO (ATUAL OU NO PASSADO)** 0-NÃO; 1-SIM PAPEL; 2-SIM PALHA; 3-SIM NÃO ESPECIFICADO; 4-SIM PASSIVO; 99-NE/NA	11	
12	**SITUAÇÃO DO TABAGISMO** 0-NUNCA FUMOU; 1-AINDA FUMA; 2-PAROU HÁ 5 ANOS; 3-PAROU HÁ 6-10 ANOS; 4-PAROU HÁ MAIS DE 10 ANOS; 99-NE/NA	12	
13	**QUANTIDADE DE CIGARROS/DIA** 0-NÃO TABAGISTA; 99-NE/NA	13	
14	**TEMPO DE TABAGISMO (ANOS)** 0-NÃO TABAGISTA; 99-NE/NA	14	
15	**DATA DO DIAGNÓSTICO** DD/MM/AA	15	
16	**DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO** DD/MM/AA	16	
17	**CIRURGIA PARA O PULMÃO** 1-SIM; 2-NÃO; 99-NE/NA	17	
18	**DATA DA CIRURGIA (PULMÃO)** DD/MM/AA	18	
19	**ANATOMOPATOLÓGICO** 1-ADENOCARCINOMA; 2-CARCINOMA NÃO "OAT CELL"; 3-CEC; 4-NÃO AVALIADO; 5-OUTRO_____; 99-NE/NA	19	
20	**TOPOGRAFIA** 1-LOBO SUP. D; 2-LOBO MÉDIO D; 3-LOBO INF. D; 4-LOBO SUP. E; 5-LOBO INF. E; 99-NE	20	
21	**pT**	21	
22	**pN**	22	
23	**pM**	23	
24	**DATA DA RECIDIVA** DD/MM/AA	24	
25	**TIPO DE CIRURGIA DA METÁSTASE** 0- SEM CIRURGIA; 1-BIÓPSIA; 2-NEUROLÓGICA; 3-ORTOPÉDICA; 4-OUTRO_____	25	
26	**ÓBITO PÓS-OPERATÓRIO** 0-SEM CIRURGIA; 1-SIM (CIRURGIA PULMÃO); 2-SIM (CIRURGIA METASTASE); 3-NÃO	26	
27	**REALIZAÇÃO DE QT** 1-SIM; 2-NÃO; 99-NE/NA	27	
28	**DATA DO INÍCIO DA QT** DD/MM/AA	28	
29	**ESQUEMA QT** 0-SEM QT; 1-CDDP; 2-TAXOL; 3-UBL; 4-(5-FU); 6-CISPLATINA; 7-ETOPOSIDE; 8-OUTROS_____; 99-NE/NA	29	
30	**NÚMERO DE CICLOS DE QT ESQUEMA 1** 0-SEM QT	30	
31	**NÚMERO DE CICLOS DE QT ESQUEMA 2** 0-SEM QT	31	
32	**DATA DA ULTIMA QT** DD/MM/AA	32	

33	**REALIZAÇÃO DE RxT** 1-SIM; 2-NÃO; 3-NE/NE	33	
34	**DATA DO INÍCIO DA RxT** DD/MM/AA	34	
35	**RxT DOSE PARCIAL (cGy)** 0-SEM RxT	35	
36	**RxT DOSE TOTAL (cGy)** 0-SEM RxT	36	
37	**LOCAL IRRADIADO** 0-SEM RxT; 1-OSSOS; 2-CÉREBRO; 3-PULMÃO; 4-ADRENAL; 5-MEDIASTINO; 6- OUTROS_____; 99-NE/NA	37	
38	**DATA DO TERMINO DA RxT** DD/MM/AA	38	
39	**ENCAMINHADO PARA CUIDADOS PALIATIVOS** 1-SIM; 2-NÃO; 99-NE/NA	39	
40	**QUEM ENCAMINHOU** 0-SEM ENCAMINHAMENTO; 1-CIA; 2-ABULATÓRIO TÓRAX; 3-RDT; 4- AMBULAT. DOR; 5-OUTRO_____; 99-NE/NA	40	
41	**DATA DA 1ª ENTRADA NO PALIATIVO** DD/MM/AA	41	
42	**NÚMERO DE DIAS** 0-SEM ENTRADA	42	
43	**DATA DA 2ª ENTRADA NO PALIATIVO** DD/MM/AA	43	
44	**NÚMERO DE DIAS** 0-SEM ENTRADA	44	
45	**DATA DA 3ª ENTRADA NO PALIATIVO** DD/MM/AA	45	
46	**NÚMERO DE DIAS** 0-SEM ENTRADA	46	
47	**RECEBEU ALTA DA ÚLTIMA ENTRADA NO PALIATIVO** 0-SEM ENTRADA; 1-SIM; 2-NÃO; 99-NE/NA	47	
48	**SINTOMA PREVALENTE** 1-DOR; 2-DISPNÉIA; 3-CAQUEXIA; 4-ASTENIA; 5-OUTRO_____99-NE/NA	48	
49	**ÚLTIMO MÊS DE VIDA** 1-QT PALIATIVO; 2-RxT PALIATIVO; 3-CUIDADOS PALIATIVOS; 4-CONTROLE DA DOR; 5-CIRURGIA; 6-OUTROS_____; 99-NE/NA	49	
50	**INDÍCIO DE USO DE OPIÓIDES** 0-SEM INDÍCIO; 1-MORFINA; 2-METADONA; 3-FENTANIL; 4-OUTRO_____; 99-NE/NA	50	
51	**ÓBITO DECORRENTE DA NEOPLASIA?** 1-SIM; 2-NÃO; 99-NE/NA	51	
52	**LOCAL DO ÓBITO** 1-HSJT (UNIDADE I); 2- HSJT (UNIDADE II); 3-DOMICILIO; 4-HOSPITAL DA ORIGEM; 5-DURANTE O TRANSPORTE; 6-OUTRO_____; 99-NE/NA	52	
53	**CAUSAS DO ÓBITO** 1-CAQUEXIA; 2-FALÊNCIA MÚLTIPLA DOS ORGÃOS; 3-INSUFICIÊNCIA RESPIRTÓRIA; 4-IAM; 5-HIPERTENSÃO INTRACRANIANA; 5-AVC; 6-HEMORRAGIA; 7-SEPTCEMIA; 8-COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS; 9-INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA; 10-OUTROS_____; 99-NE/NA	53	
54	**DATA DA ÚLTIMA ATENDIMENTO** DD/MM/AA	54	
55	**DATA ÓBITO** DD/MM/AA	55	
56	**EVOLUÇÃO SINTOMAS** 1- MELHORA 2- PIORA 3- ESTAVEL 99-IGN	56	
57	**EVOLUÇÃO PERFORMACE STATUS** 1- MELHORA 2- PIORA 3- ESTAVEL 99-IGN	57	