

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Bruno Fernando da Silva Reis

Comparação dos perfis sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer em cuidado paliativo nos períodos pré-pandemia e pandêmico

Rio de Janeiro

2023

Bruno Fernando da Silva Reis

Comparação dos perfis sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer em cuidado paliativo nos períodos pré-pandemia e pandêmico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos saúde-doença: produção/trabalho, território e direitos humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Gisele O'Dwyer.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio.

Rio de Janeiro

2023

Bruno Fernando da Silva Reis

Comparação dos perfis sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer em cuidado paliativo nos períodos pré-pandemia e pandêmico

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos processos saúde-doença: produção/trabalho, território e direitos humanos.

Aprovada em: 18 de agosto de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Lívia Costa de Oliveira
Instituto Nacional de Câncer

Prof.^a Dra. Valeria Teresa Saraiva Lino
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Simone Garruth dos Santos Machado Sampaio (Coorientadora)
Instituto Nacional de Câncer

Prof.^a Dra. Gisele O'Dwyer (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Aos meus pais, Pedro e Júlia

Aos meus irmãos, Breno e Bráullio

Ao meu sobrinho Pedro

Obrigado por fazerem parte da minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a minha orientadora, Profa. Gisele O'Dwyer, por ter me acolhido em tempos duvidosos, pela paciência, pelo carinho, pelos conselhos e todo o conhecimento que me passou.

Agradeço a Profa. Simone Garruth, pelo aceite em ser minha coorientadora, pelos ensinamentos e ingressar nessa jornada tão importante da minha vida.

Agradeço a Karla Santos da Costa Rosa, pelo compartilhamento dos dados de sua pesquisa, sem os quais este estudo não seria possível.

Agradeço a Profa. Livia Costa pela gentileza na análise comparativa dos dados.

Agradeço aos meus colegas de turma de mestrado, um grupo sempre companheiro e solícito.

Agradeço a minha família pelo apoio e compreensão de sempre.

RESUMO

Introdução. A pandemia por Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) trouxe grandes desafios para a assistência em saúde, não sendo diferente no contexto do cuidado paliativo. **Objetivo.** Comparar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com câncer avançado atendidos antes e durante a pandemia por COVID-19 em uma unidade de saúde terciária especializada em cuidado paliativo. **Materiais e métodos.** Trata-se de uma análise de dados de pacientes atendidos antes (outubro de 2019 a março de 2020) e durante (setembro de 2020 a agosto de 2021) a pandemia por COVID-19. Foram avaliados dados sociodemográficos e clínicos. Foram empregadas análises de regressão logística, tendo como medidas de efeito o odds ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC) de 95%. **Resultados.** Participaram 673 pacientes (204 no período pré-pandêmico e 469 no período pandêmico). O modelo final de regressão logística demonstrou que pacientes avaliados durante a pandemia tiveram maiores chances de ter cor de pele branca [OR: 1,66 (IC 95%: 1,15-2,39)], sítio tumoral primário localizado no trato gastrointestinal [OR: 2,95 (IC 95%: 1,55-5,62)] e em pele, ossos e tecidos moles [OR: 2,40 (IC 95%: 1,13-5,08)], ter sido submetido a tratamento radioterápico prévio [OR: 1,83 (IC 95%: 1,26-2,55)] e maior escore global da Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente versão reduzida (ASG-PPP VR) [OR: 1,06 (IC 95%: 1,02-1,09)]. **Conclusão.** Etnia, tipo de tumor primário, radioterapia prévia e risco nutricional se associaram ao câncer avançado durante a pandemia por COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19; pandemias; cuidados paliativos; neoplasias; terapêutica.

ABSTRACT

Introduction. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic brought major challenges to health care, and this is no different in the context of palliative care. **Objective.** To compare the sociodemographic and clinical profile of patients with advanced cancer treated before and during the COVID-19 pandemic in a tertiary health unit specialized in palliative care. **Materials and methods.** This is an analysis of data from patients treated before (October 2019 to March 2020) and during (September 2020 to August 2021) the COVID-19 pandemic. Sociodemographic and clinical data were evaluated. Logistic regression analyzes were used, with the odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI) as measures of effect. **Results.** 673 patients participated (204 in the pre-pandemic period and 469 in the pandemic period). The final logistic regression model demonstrated that patients evaluated during the pandemic had a greater chance of having white skin color [OR: 1.66 (95% CI: 1.15-2.39)], primary tumor site located in the gastrointestinal tract [OR: 2.95 (95% CI: 1.55-5.62)] and in skin, bones and soft tissues [OR: 2.40 (95% CI: 1.13-5.08)], have having undergone previous radiotherapy treatment [OR: 1.83 (95% CI: 1.26-2.55)] and higher global score on the Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF) [OR: 1.06 (95% CI: 1.02-1.09)]. **Conclusion.** Ethnicity, type of primary tumor, previous radiotherapy and nutritional risk were associated with advanced cancer during the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19; pandemics; palliative care; neoplasms; therapeutics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Descrição das variáveis sociodemográficas e forma de análise exploratória dos dados da população de estudo.....	31
Quadro 2 -	Descrição das variáveis clínicas e forma de categorização da população de estudo.....	32
Figura 1 -	Fluxograma de seleção de participantes do estudo.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características sociodemográficas de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos de acordo com período de avaliação – antes ou durante a pandemia de COVID-19.....	48
Tabela 2 -	Características clínicas de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos de acordo com período de avaliação – antes ou durante a pandemia de COVID-19.....	49
Tabela 3 -	Características nutricionais, de sintomas e laboratoriais de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos de acordo com período de avaliação – antes ou durante a pandemia de COVID-19.....	51
Tabela 4 -	Mediana de tempo de intervalos de seguimento de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos de acordo com período de avaliação – antes ou durante a pandemia de COVID-19.....	53
Tabela 5 -	Fatores associados aos pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos atendidos durante a pandemia de COVID-19.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CP	Cuidado Paliativo
OMS	Organização Mundial da Saúde
GISAID	<i>Global Initiative on Sharing All Influenza Data</i>
Sars-CoV-2	<i>Severe acute respiratory coronavirus 2</i>
MS	Ministério da Saúde
HC IV	Hospital do Câncer IV
INCA	Instituto Nacional de Câncer
HSPE-FMO	Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira
IAMSPE	Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
IAHPC	International Association for <i>Hospice</i> and Palliative Care
SPICT	<i>Supportive and Palliative Care Indicators Tool</i>
NECPAL	<i>Necesidades Paliativas CCOMS-ICO 3.1</i>
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
WHPCA	<i>Worldwide Hospice Palliative Care Alliance</i>
KPS	<i>Karnofsky Performance Status</i>
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
STATA	<i>Stata Data Analysis and Statistical Software</i>
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	CONCEITO E PRINCÍPIOS DO CUIDADO PALIATIVO.....	16
3.2	CONCEITO DE CUIDADO PALIATIVO NO PACIENTE COM CÂNCER.....	18
3.3	CUIDADO PALIATIVO NO MUNDO.....	21
3.4	CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL.....	22
3.5	IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NO CUIDADO PALIATIVO NO PACIENTE COM CÂNCER MUNDIAL E BRASILEIRO.....	25
3.6	HOSPITAL DO CÂNCER IV / INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER	27
4	OBJETIVOS	29
4.1	OBJETIVO GERAL.....	29
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
5	METODOLOGIA	30
5.1	DESENHO DO ESTUDO.....	30
5.1.1	Dados secundários (pesquisa original)	30
5.1.2	Análise comparativa de dados (pesquisa atual)	34
5.1.3	Análise de dados	35
6	ASPECTOS ÉTICOS	37
7	ARTIGO CIENTÍFICO	38
8	CONCLUSÃO	57
	REFERÊNCIAS	58
	ANEXO A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (PESQUISA ORIGINAL)	64
	ANEXO B – PARECER CEP INCA	66
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP ENSP FIOCRUZ	70

1 INTRODUÇÃO

Sou médico e tenho 40 anos de idade, 15 anos e alguns meses de formado e 21 anos e alguns meses de inserção na medicina. No final de 2007, ano em que me formei, eu estava em busca de algo que ressignificasse a medicina para mim. Não encontrava em nenhuma especialidade a paixão que um dia a profissão me despertara. Formei e fui trabalhar como médico generalista na atenção primária da capital mineira. E foi lá onde o cuidado paliativo me foi apresentado. Foi paixão ao primeiro contato e fez sentido de novo para mim a medicina. E desde então comecei a ler bastante a respeito. Em 2011 iniciei a residência médica de clínica médica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), onde me graduei. Nos dois anos de residências sempre buscava trazer temas a respeito do cuidado paliativo para discussão. Em 2014, na capital paulista, fui o primeiro residente médico em medicina paliativa da região sudeste no Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira (HSPE-FMO) / Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), em um serviço já antigo e reconhecido nacionalmente. Foi um ano intenso de aprendizado e crescimento como pessoa. Levei aquela sacudida de realidade e definitivamente aprendi que o sofrimento humano deve ser prevenido e amenizado sempre, indiscutivelmente. Que dor intensa se trata com morfina. Que uma boa comunicação é a chave para uma relação médico-paciente-família eficaz. Que o sofrimento humano só é intolerável quando você não cuida. Que o cuidado paliativo cuida de vidas enquanto elas, cada uma no seu tempo, vão se extinguindo. Além disso, pode-se dizer que em sua quase total maioria, os pacientes em cuidado paliativo que atendi, eram de fato, pacientes oncológicos, e a construção e solidificação do meu conhecimento em cuidado paliativo foi a partir do cuidar de pacientes em cuidado paliativo oncológico.

O marco do que se conhece como movimento *hospice*¹ moderno (ou cuidado paliativo moderno), surgiu no final da década de 1960, na Inglaterra, com a inauguração do St. Christopher's *Hospice*, por meio dos trabalhos de Cicely Saunders, enfermeira/assistente social/médica britânica, um “combo” do que se pode considerar uma equipe mínima para atuar em cuidado paliativo. Saunders marcou fortemente os próximos anos, com conceitos

¹*Hospice* é um modelo de cuidado, não um local físico, e o cuidado paliativo pode ser prestado na casa do paciente, em uma instituição de longa permanência para idosos, em casas de repouso para idosos ou no hospital.” O cuidado é prestado por uma equipe interdisciplinar que oferece atenção integral abordando todos os aspectos do sofrimento humano (físico, emocional, social e espiritual). Nos Estados Unidos, um dos critérios de elegibilidade para o paciente ter direito ao benefício de *hospice* do Medicare (um programa de seguro de saúde do governo dos Estados Unidos que subsidia serviços de saúde) é ter um prognóstico inferior a seis meses de vida (Meier; McCormick; Lagman, 2020).

como os de “dor total”, a que conglomerava os componentes físico, emocional, social/familiar e espiritual na abordagem do paciente-família, o uso de morfina em pequenas doses e em horários fixos para o controle da dor oncológica, o enfoque nas necessidades espirituais nos cuidados oferecidos aos pacientes, e o trabalho em equipe multiprofissional na abordagem do sofrimento humano. Além de fazer emergir novamente na medicina um cuidado centrado no paciente, onde suas crenças e valores eram pontos essenciais nas tomadas de decisões dos cuidados a serem construídos por toda a trajetória da doença, até o momento de sua morte (Saunders, 2000).

Paciente e família eram consideradas uma só como unidade de cuidado, sendo esta ainda foco de atenção no período de luto. Inicialmente o cuidado foi focado em pacientes com câncer em fase terminal e, ao longo dos anos, estendeu-se aos diversos contextos de doenças crônicas não oncológicas, avançadas e em franca progressão, como doença cardíaca crônica, doença renal crônica, doença pulmonar crônica, doença neurológicas neurodegenerativas e síndrome da imunodeficiência adquirida (Matsumoto, 2012).

No Instituto Nacional de Câncer (INCA), localizado na cidade do Rio de Janeiro, estado do Rio de Janeiro, a assistência a pacientes com câncer em cuidado paliativo (CP) é oferecida desde 1986, solidificando-se em 1998, com a inauguração de uma unidade assistencial nos moldes do modelo canadense de *hospice*, que em 2004, com a uniformização da nomenclatura das unidades assistências do INCA, passou a ser chamado de Hospital do Câncer IV (HC IV) – uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo no paciente com câncer (Instituto Nacional de Câncer, 2021).

Desde 11 de março de 2020, após a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarar como situação pandêmica, a então recente descoberta “doença causada pelo novo coronavírus 2019”, do inglês, *coronavirus disease 2019* (COVID-19), causada pelo novo vírus denominado *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (Sars-CoV-2), os sistemas de saúde de todo o planeta, não sendo diferente aqui no Brasil, entraram inicialmente em colapso pela alta demanda de leitos de terapia intensiva a despeito da oferta deles, devido às formas graves de apresentação da doença (Matos, 2020).

O primeiro caso no Brasil se deu em 25 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo, e, o primeiro caso confirmado no estado do Rio de Janeiro ocorreu em 5 de março de 2020. Desde então, no estado do Rio de Janeiro, o número de casos confirmados é de aproximadamente 2,3 milhões, com perto de 74 mil óbitos registrados; no país, o número de casos confirmados é de quase 38 milhões, com 706 mil mortes decorrentes da doença, segundo o Ministério da Saúde (MS), em atualização de 13 de outubro de 2023 às 07:38

(Brasil, 2023).

Parte das consequências da pandemia por COVID-19 na prestação dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a judicialização dos mesmos, pode ser identificada por meio da pesquisa “Judicialização e Sociedade: ações para acesso à saúde pública de qualidade”, realizada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), cujos dados colhidos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) do Sistema Único de Saúde (SUS) (relativos ao paciente, aos procedimentos realizados e ao estabelecimento de saúde) demonstraram que em 2019 foram registrados cerca de 368 mil procedimentos ambulatoriais, porém em 2020, houve uma queda de 41,9% desses procedimentos. Da mesma forma, em relação às Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), classificadas em procedimentos de baixa, média e alta complexidade, entre janeiro de 2019 e outubro de 2020, o SUS registrou cerca de 19,5 milhões de AIH – 11,5 milhões em 2019 e 7,9 milhões em 2020 – o que representou uma queda de 18,5% (Pesquisa, 2021).

No que se refere à judicialização, a pesquisa acima, no período da pandemia por COVID-19, devido à priorização dos hospitais, públicos e privados, em ceder espaço físico, leitos, recursos e profissionais para o atendimento de pacientes com COVID-19 e recusar outros casos por falta de infraestrutura acarretou um aumento do número de processos em 2020. De forma comparativa, em 2015, havia 36.673 casos novos, porém, em 2020, foram 58.744, sendo este o ano com a maior incidência (comparação realizada entre os anos de 2015 a 2020). As principais demandas judiciais recebidas desde que a pandemia por COVID-19 foi deflagrada, foram a nível estadual: acesso a leito de unidade de terapia intensiva em hospitais de rede pública (57,1%); utilização de tratamento ou medicação não disponível, porém devidamente regulamentado (33,33%); e acesso a leito de unidade de terapia intensiva em hospitais da rede privada independente de aprovação de plano de saúde ou da existência dele; e a nível municipal: utilização de tratamento ou medicação não disponível, porém devidamente regulamentado (34,1%); acesso a leito de unidade de terapia intensiva em hospitais de rede pública (30,1%); e não teve demanda devida à COVID-19 (28,8%).

No que se referem ao contexto da assistência em cuidado paliativo, mais especificamente o cuidado paliativo a pacientes com câncer, que é o escopo desta pesquisa, nesse momento pandêmico, há escassez de publicações científicas nacionais sobre a temática, constatada após busca breve em base de dados nacionais como *Scientific Electronic Library Online (Scielo)*. Por esta lógica, Freitas (2020), pontua que na conjuntura da atenção ao paciente com doença oncológica avançada (doença incurável), acometido ou não pela COVID-19, a linha de cuidado deve contemplar o cuidado paliativo, cujo foco do atendimento

é a busca por qualidade de vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento humano.

No HC IV / INCA, seguindo as orientações da OMS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e Ministério da Saúde (MS), por meio do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública COVID-19 (COE-COVID-19), foi elaborado pelos integrantes da equipe multidisciplinar um projeto denominado “Planejamento Emergencial para Enfrentamento diante da Pandemia Causada pelo Sars-CoV-2”, cujo objetivo foi a garantia da qualidade da assistência, proteção dos profissionais, pacientes e seus cuidadores/familiares. As ações deste planejamento estavam voltadas para todos os setores assistenciais da unidade (serviço de pronto atendimento; assistência domiciliar; ambulatório; e internação hospitalar), com os seguintes objetivos norteadores: manter o menor movimento possível de pacientes na unidade, a fim de evitar sobrecarga nos processos de atendimento e para a equipe assistencial; promover que a equipe assistencial e de apoio tenha contato com o menor número de pessoas possível; manter a qualidade do atendimento; e proteger os pacientes que estão no grupo de maior risco (Freitas et al., 2020; Sampaio, 2020).

Diante do que já foi exposto, a presente pesquisa surge como meio de avaliar as consequências da pandemia por COVID-19 na assistência em cuidado paliativo no paciente com câncer prestada pelo HC IV, mediante uma análise comparativa de dados.

2 JUSTIFICATIVA

Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos com câncer em CP, o que implica de fato um olhar mais profundo sobre as repercussões desse momento pandêmico nos diversos níveis de atenção à saúde pública, em específico, no Brasil (primário, secundário e terciário).

Em uma breve busca na base de dados *MEDLINE*, da *National Library of Medicine* (NLM), pela plataforma de busca *PubMed*, utilizando os descritores (((palliative care[MeSH Terms]) AND (neoplasms[MeSH Terms])) AND (covid-19[MeSH Terms])) AND (therapy[MeSH Terms]), encontramos atualmente cerca de 100 artigos, sem que seja realizada um refinamento deles com critérios mais específicos. Isto demonstra como ainda é baixa a publicação de artigos científicos sobre essa temática e como esta pesquisa assume sua relevância.

No HC IV, após o início da pandemia por COVID-19, surgiu uma impressão subjetiva e praticamente unânime entre os profissionais, que atuavam diretamente na assistência, de uma mudança do perfil dos pacientes admitidos no HC IV; os pacientes estariam chegando à unidade com pior funcionalidade, tendo recebido menos tratamento curativo nas unidades de origem (Hospitais do Câncer I, II e III), e com maior proporção de pacientes virgens de tratamento modificador de doença².

Com o objetivo de esclarecer os questionamentos anteriores e discutir a respeito das consequências da pandemia por COVID-19 na assistência em cuidado paliativo no paciente com câncer oferecida pelo HC IV esta pesquisa foi proposta.

²Em 2002, na 2ª edição da publicação “National cancer control programmes: policies and managerial guidelines”, a OMS já indicava que o cuidado paliativo deveria ser oferecido desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida, de forma precoce no curso dessa doença, concomitante com o “disease-modifying therapy” (tratamento modificador de doença). Este poderia ter intenção curativa, de prolongamento da vida ou paliativa; e no que se refere ao tratamento oncológico, tem-se: cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e/ou terapia-alvo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONCEITO E PRINCÍPIOS DO CUIDADO PALIATIVO

Em todo o seu percurso construtivo histórico, seja anterior ao movimento *hospice* moderno ou posterior a ele, o cuidado paliativo esteve associado ao cuidado de pacientes oncológicos com doença em fase terminal. Corroborando isto, a OMS, em 1990, emitiu sua primeira definição de cuidado paliativo como “cuidados totais ativos de pacientes cuja doença não é mais responsiva ao tratamento curativo; o controle da dor, de outros sintomas e dos problemas psicológicos, sociais e espirituais é fundamental; o objetivo é o alcance da melhor qualidade de vida possível para pacientes e seus familiares; e muitos aspectos do cuidado paliativo são também aplicáveis precocemente no curso da doença, concomitantemente com o tratamento anticâncer” (World Health Organization, 1990). Conforme a *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (2022), a condição de doença em fase terminal apresenta uma série de características que são essenciais tanto para sua definição, bem como para a elaboração do melhor plano de cuidados possível a ser instituído.

Os elementos fundamentais são:

- Existe um diagnóstico de uma doença avançada, progressiva e incurável;
- Quando todas as abordagens terapêuticas, anteriormente experimentadas, falharam na reversão do curso da doença;
- O doente experimenta sintomas (ou alterações de) ou outros problemas severos, com origem multifatorial;
- Existe um importante impacto emocional no doente, família e profissionais de saúde, decorrente da aproximação, implícita ou explícita, da morte e;
- Existe um prognóstico de vida inferior a seis meses.

Atualmente, pela OMS, o cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares que estão enfrentando problemas associados a doenças ameaçadoras da vida; previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (World Health Organization, 2020).

O conceito de cuidado paliativo passou ao longo dos anos por modificações que o tornaria mais abrangente, englobando não somente pacientes com câncer em fase terminal, mas qualquer paciente com uma doença crônica avançada potencialmente ameaçadora da vida e, atualmente, uma definição na qual o sofrimento apresentado pelo paciente seria o dado a

guiar a necessidade de cuidado paliativo a ser oferecido. Este novo conceito foi desenvolvido em 2018, pela *Internacional Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)*, que com um grupo internacional de especialistas em cuidado paliativo, além de representantes da OMS, publicou que o cuidado paliativo representa “cuidados holísticos ativos a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso relacionado à saúde devido a doença grave, e especialmente àqueles no final da vida; objetiva melhorar a qualidade de vida dos pacientes, seus familiares e seus cuidadores” (Radbruch, 2020). Ainda pelos trabalhos realizados pela IAHPC em 2018, os princípios do cuidado paliativo, afirmados pela OMS, foram modificados e seguem descritos abaixo (Radbruch, 2020):

- Compreende prevenção, identificação precoce, avaliação integral e controle de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e problemas sociais; sempre que possível, estas intervenções devem ser baseadas em evidências científicas;

- Proporciona apoio para auxiliar os pacientes a viverem de forma mais plenamente possível, até sua morte, ajudando-os, bem como suas famílias, a estabelecer os objetivos de seus tratamentos, através de uma comunicação facilitadora e eficaz;

- É aplicável durante todo o percurso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente;

- É oferecido em conjunto com terapias específicas da doença, sempre que necessário;

- Pode influenciar positivamente a evolução da doença;

- Não pretende antecipar nem adiar a morte, respeita a vida e reconhece a morte como um processo natural;

- Proporciona apoio à família e aos cuidadores, durante a doença do paciente, cobrindo também o processo de luto;

- Reconhece e respeita os valores e as crenças culturais do paciente e da família;

- É aplicável em todos os locais de cuidados de saúde (como a residência dos pacientes e outras instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário);

- Pode ser exercido por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos;

- Requer especialistas em cuidado paliativo juntamente com uma equipe multiprofissional para o devido encaminhamento de casos complexos.

Como indicadores-chave da qualidade da prestação de cuidados de fim de vida, Finkelstein et al. (2022), destacam:

- Os locais onde os profissionais de saúde trataram o paciente eram limpos, seguros e confortáveis;

- O paciente pôde ser cuidado e morrer no local de sua escolha;
- Os profissionais de saúde forneceram níveis adequados e tratamentos que prolongam a qualidade de vida;
- Os profissionais de saúde apoiaram as necessidades espirituais, religiosas e culturais do paciente;
- Os cuidados foram bem coordenados entre diferentes prestadores de cuidados de saúde;
- Os profissionais de saúde controlaram a dor e o desconforto para os níveis desejados pelo paciente;
- Os profissionais de saúde ajudaram o paciente a lidar emocionalmente;
- Os profissionais de saúde incentivaram o contato com amigos e familiares;
- Os profissionais de saúde ajudaram com as preocupações não médicas do paciente;
- Os prestadores de cuidados de saúde forneceram informações claras e oportunas para que os pacientes pudessem tomar decisões informadas;
- Os profissionais de saúde fizeram perguntas suficientes para entender as necessidades do paciente;
- Os profissionais de saúde, em sua maioria, tratavam os pacientes com gentileza e simpatia;
- Os custos não foram uma barreira para o paciente receber cuidados adequados.

3.2 CONCEITO DE CUIDADO PALIATIVO NO PACIENTE COM CÂNCER

Não existe um conceito formal na literatura para cuidado paliativo no paciente com câncer, mas pode-se entender que seria a aplicação do conceito e princípios que regem a prática do CP no espaço do paciente com diagnóstico de uma doença oncológica, avançada ou não (pacientes com insuficiências orgânicas que impedem a realização de tratamento oncológico específico). E por câncer avançado, compreende-se aquele com metástase(s), com doença em estágio avançado, câncer que limita a vida e/ou com prognóstico de seis a 24 meses (Ferrel, 2017).

Na literatura, encontram-se como critérios de elegibilidade para cuidado paliativo no paciente com câncer, os descritos abaixo, extraídos de duas conhecidas e mundialmente utilizadas ferramentas de triagem em CP, o *Supportive and Palliative Care Indicators Tool*

(SPICT™)³e o *Necesidades Paliativas - Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para programas públicos de cuidados paliativos del Instituto Catalán de Oncología (NECPAL CCOMS-ICO©)*⁴:

- Câncer metastático ou localmente avançado;
- Doença oncológica em progressão (em tumores sólidos) a despeito do tratamento modificador de doença;
- Sintomas persistentes mal controlados ou de difícil controle apesar do tratamento específico otimizado;
- Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer;
- Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle de sintomas;

Em 2017, a *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), por meio de um painel de especialistas em oncologia e/ou cuidado paliativo, com o objetivo de maior integração do cuidado paliativo com o tratamento oncológico padrão-ouro, publicou as seguintes recomendações, baseadas em evidências:

- Pacientes com câncer avançado devem ser encaminhados para equipes interdisciplinares de cuidado paliativo (consulta) que prestam cuidados de internação e ambulatorial no início do curso da doença, juntamente com o tratamento ativo de seu câncer (tipo de evidência: baseado em evidências, benefícios superam danos; qualidade da evidência: intermediária; força de recomendação: forte);
- O cuidado paliativo para pacientes com câncer avançado deve ser prestado por meio de equipes interdisciplinares de cuidado paliativo com consulta disponível em ambientes ambulatoriais e hospitalares (tipo de evidência: baseado em evidências, benefícios superam danos; qualidade da evidência: intermediária; força da recomendação: moderada);
- Pacientes com câncer avançado devem receber cuidados paliativos, que pode incluir encaminhamento para um provedor de cuidados paliativos. Os componentes essenciais do cuidado paliativo podem incluir:

³O SPICT™ possui uma versão de tradução livre para o português brasileiro e aceita pelos autores originais da ferramenta, o SPICT-BR.

⁴A ferramenta NECPAL CCOMS-ICO© encontra-se na sua versão 3.1 (2017) e seu nome por extenso é “NECESIDADES PALIATIVAS - CENTRO COLABORADOR DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA PROGRAMAS PÚBLICOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL INSTITUTO CATALÁNDE ONCOLOGÍA”. Sua primeira versão, o NECPAL CCOMS-ICO© foi validado para o português brasileiro, sendo esses critérios traduzidos, os utilizados acima (SANTANA, 2020).

- *Rapport*⁵ e construção de relacionamento com pacientes e cuidadores familiares;
 - Manejo de sintomas, angústia e estado funcional (por exemplo, dor, dispneia, fadiga, distúrbios do sono, humor, náusea ou constipação);
 - Exploração da compreensão e educação sobre doença e prognóstico;
 - Esclarecimento dos objetivos do cuidado;
 - Avaliação e apoio das necessidades de enfrentamento (por exemplo, provisão de terapia da dignidade⁶);
 - Auxílio na tomada de decisão médica;
 - Coordenação com outros prestadores de cuidados;
 - Fornecimento de encaminhamentos para outros prestadores de cuidados, conforme indicado;
- Para pacientes recém-diagnosticados com câncer avançado, sugere-se o envolvimento precoce do cuidado paliativo dentro de oito semanas após o diagnóstico (tipo de evidência: consenso informal, benefícios superam danos; qualidade da evidência: intermediária; força da recomendação: moderada);
 - Entre os pacientes com câncer com alta carga de sintomas e/ou necessidades físicas ou psicossociais não supridas, os programas de atendimento oncológico ambulatorial devem fornecer e usar recursos específicos (médicos especialistas em medicina paliativa) para fornecer cuidado paliativo para complementar as ferramentas do programa existente (tipo de evidência: baseado em evidências, benefícios superam danos; qualidade da evidência: intermediária; força da recomendação: moderada);
 - Para pacientes com câncer em estágio inicial ou avançado para os quais os cuidadores familiares prestarão atendimento ambulatorial, enfermeiros, assistentes sociais ou outros provedores podem iniciar o suporte de cuidados paliativos sob medida para o cuidador, que pode incluir orientação por telefone, educação, encaminhamentos e atendimentos presenciais. Para cuidadores familiares

⁵Segundo Parola et al. (2020), *rapport* é “empatia, compaixão e simpatia; uma atitude sem juízos de valor e com respeito por cada indivíduo como um ser humano único”; “importante referir que o *rapport* não ‘simplesmente acontece’; deve ser construído dia a dia nos contatos e interações do profissional com o paciente, e mudará à medida que ocorrerem mudanças na situação interpessoal”.

⁶De acordo com Rodrigues (2021), a terapia da dignidade “é uma abordagem breve e individualizada, que permite que o paciente discuta questões individuais importantes para a manutenção de sua dignidade, a fim de responder às angústias psicossociais e existenciais que aparecem no fim da vida”.

que moram em áreas rurais e/ou não podem se deslocar até a clínica e/ou distâncias maiores, pode ser oferecido suporte por telefone (tipo de evidência: baseado em evidências; qualidade da evidência: baixa; força da recomendação: fraca);

3.3. CUIDADO PALIATIVO NO MUNDO

De acordo com a *The World Hospice Palliative Care Alliance* (2020), por meio do *Global Atlas of Palliative Care*, elaborado com base nos dados da *Lancet Commission Report on Palliative Care and Pain Relief*, e envolvendo a avaliação do nível de desenvolvimento do cuidado paliativo em 198 países, tem-se que:

- acima de 56,8 milhões de pessoas, incluindo 25,7 milhões no último ano de vida, necessitam de cuidado paliativo ao redor do mundo;
- a maioria possui idade adulta (67,1%) com 50 anos ou mais, e destes aproximadamente 40% têm 70 anos ou mais de idade;
- a maioria dos adultos com necessidade de cuidado paliativo (76%) vive em países de média e baixa renda, predominando os últimos;
- as doenças não transmissíveis respondem por quase 69% das necessidades de cuidado paliativo dos adultos (câncer, HIV/AIDS, doença cerebrovascular, demências e doenças pulmonares);
- nos indivíduos com 20 anos ou mais, as neoplasias malignas representaram 28,2% das necessidades de cuidado paliativo;
- o acesso a medicamentos essenciais em cuidado paliativo, incluindo opioide, permanece um grande problema, especialmente em países de média e baixa renda;
- 88% das necessidades de cuidado paliativo ainda não são supridas a nível mundial;
- em 2017, houve 55,9 milhões de mortes ao redor do mundo (dados de 195 países), sendo 73,4% desses óbitos devido a doenças não transmissíveis;

A importância do cuidado paliativo na pandemia por COVID-19 nos sistemas de saúde, também foi mencionada pelo *The World Hospice Palliative Care Alliance* (2020), no que diz respeito à prevenção e alívio de sofrimento grave (decorrente dos sintomas causados pela doença), à tomada de decisões complexas como utilização ou não de medidas invasivas ventilatórias em contextos já crônicos e avançados de doença pulmonar de base e manejo de

luto complicado, uma vez que o isolamento exigido levou a uma rápida necessidade de mudança nas ações diante dos desfechos ruins (óbitos), mas não permitiu tempo para o preparo das emoções perante essas drásticas mudanças das relações humanas.

Quanto ao nível de desenvolvimento do cuidado paliativo, os países foram enquadrados nas seguintes categorias: Categoria 1 (nenhuma atividade de cuidado paliativo conhecida); Categoria 2 (atividade de cuidado paliativo de capacitação, mas sem serviços ainda estabelecidos); Categoria 3a (provimento de cuidado paliativo de forma isolada); Categoria 3b (provimento de cuidado paliativo generalizado); Categoria 4a (países com integração preliminar do cuidado paliativo no sistema de saúde); e Categoria 4b (países com avançada integração do cuidado paliativo no sistema de saúde). A Categoria 3a representou 33% do total de países, englobando diversos países africanos, países latino-americanos (Bolívia, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e Venezuela), alguns países do leste europeu, dentre outros, e representou 47,7% de toda a população mundial. O Brasil foi enquadrado na Categoria 3b. Na Categoria 4a estavam países latino-americanos como Argentina, Chile, México e Uruguai. E, finalmente, na Categoria 4b, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e diversos outros países europeus, Austrália e Nova Zelândia.

3.4 CUIDADO PALIATIVO NO BRASIL

Os primeiros serviços de cuidado paliativo no Brasil surgiram na década de 1980, tendo um crescimento significativo a partir do ano de 2012.

Em 2005, foi fundada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que nos últimos anos tem sido um agente ativo na tarefa em prol da regulamentação da prática do cuidado paliativo no país, por meio da negociação junto aos órgãos nacionais de saúde, especialmente junto ao SUS (Castilho; Silva; Pinto, 2021).

Castilho, Silva, Pinto (2021) relataram que uma comissão formada pela ANCP em 2017, cujo objetivo era o levantamento de dados sobre o ensino de cuidado paliativo nas faculdades de medicina no país, demonstrou a existência de 339 instituições médicas, mas apenas 71 destas apresentavam disciplina relacionada, optativa ou eletiva, correspondendo a um percentual de apenas 21%.

Desde 2011, a Medicina Paliativa é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como área de atuação médica (subespecialidade), com um ano de duração, tendo como pré-requisito as seguintes especialidades médicas: Anestesiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Oncológica, Clínica Médica, Geriatria, Mastologia, Medicina de Família e

Comunidade, Medicina Intensiva, Neurologia, Nefrologia, Oncologia Clínica ou Pediatria (Conselho Federal de Medicina cria novas áreas de atuação, 2011).

A partir de 2012 foi iniciado no país o primeiro programa de residência médica em medicina paliativa, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), com crescimento no ano de 2013 com a criação de novos programas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Rio Grande do Sul), no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), em Recife (Pernambuco), no HSPE-FMO/IAMSPE (São Paulo) e no Hospital de Apoio em Brasília (Charnizon; Gomes; Miwa, 2021). De acordo com a pesquisa “Diagnóstico Situacional das residências em cuidados paliativos no Brasil da ANCP”, até o ano de 2021, existiam 17 residências médicas em medicina paliativas em funcionamento no Brasil (Charnizon; Gomes; Miwa, 2021).

No primeiro semestre de 2022 foi publicada pela primeira vez uma matriz para a residência médica de medicina paliativa, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que além de ter sido modificada a duração de um ano para dois anos, um avanço importante no caminhar da medicina paliativa ao reconhecimento como especialidade médica no Brasil, trouxe finalmente um documento norteador para unificar as matrizes dos programas já existentes, bem como estimular a criação de novos (Publicada matriz de 2 anos para residência médica em medicina paliativa, 2022).

Lembrando-se que cuidado paliativo se faz apenas por meio de equipe multiprofissional de forma inter, ou idealmente, transdisciplinar, desde 2018, por meio da Resolução nº 581, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), reconhece a Enfermagem em Cuidados Paliativos como uma especialidade (A enfermagem, 2018).

Em 2021, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), pela resolução nº 539 reconheceu a atividade do fisioterapeuta em Cuidados Paliativos como área de atuação própria da Fisioterapia (Publicada resolução, 2021). Também no mesmo ano, o Conselho Federal de Nutrição (CFN), pela resolução nº 689, regulamentou a especialidade de Nutrição Clínica em Cuidados Paliativos (Publicada, 2021).

Em outubro de 2018, a Resolução nº 41, dispôs sobre as diretrizes para a organização do cuidado paliativo, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do SUS. A resolução foi o resultado de uma reunião da CIT Comissão Inter gestores Tripartite (CIT) realizada entre MS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o que reforça a incorporação da nova regulamentação como política de saúde e estabelece como dever do Estado garantir que o cuidado paliativo faça parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito

da Rede de Atenção à Saúde (Valadares, 2018). A resolução não tem poder de lei, mas pode ser considerada a base para uma política pública a ser implementada.

Em 2020, a ANCP, lançou o “Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019”, que demonstrou a presença de 190 serviços de cuidado paliativo no país. Destes 55% se concentravam na região sudeste e 17,2% na região sul. O estado de São Paulo, seguido pelos estados de Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, são nesta ordem os com número crescente de serviços. Foram identificados 789 leitos disponíveis para pacientes em cuidado paliativo, pertencendo 58% somente à região sudeste. 50% dos serviços são públicos, 36% pertencem à iniciativa privada e 14% oferecem tanto atendimento público quanto privado. Há em média, um serviço de cuidado paliativo para 1,1 milhão de habitantes⁷; um serviço para cada 1,33 milhão de usuários do SUS e de aproximadamente um serviço para cada 496 mil usuários do sistema de saúde suplementar (Santos; Ferreira; Guirro, 2020).

Ainda no material anterior, no mapeamento mundial a respeito do “desenvolvimento do cuidado paliativo” no mundo (também citado no *Global Atlas of Palliative Care*), o Brasil deixou a Categoria 3a, na edição de 2014 (o oferecimento de cuidados paliativos de maneira isolada, com financiamento fortemente de doações, disponibilidade limitada de morfina e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da população) e agora ocupa a Categoria 3b, conforme já mencionado anteriormente (a prestação de cuidados paliativos é generalizada, há fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população).

Em 2010, a revista *The Economist* publicou o Índice de Qualidade de Morte (*The Quality of Death Index*), baseado na pesquisa realizada pela *Economist Intelligence Unit*, a qual classificou 40 países no que diz respeito a qualidade e disponibilidade de cuidados de fim de vida. O índice pontuou os países em quatro categorias: ambiente para cuidados básicos de fim de vida, disponibilidade de serviços de cuidados de fim de vida, custo e investimento nos cuidados de fim de vida e qualidade dos cuidados de fim de vida. A seguir alguns dos indicadores que foram avaliados: expectativa de vida; percentual de despesas em saúde considerando o Produto Interno Bruto (PIB); conhecimento da sociedade sobre os cuidados de fim de vida; existência ou não existência de determinada ação ou política nos países avaliados. Em 2015, a revista *The Economist* publicou nova versão do Índice de Qualidade de Morte, com a inclusão de 80 países, sendo mais abrangente e incidindo sobre a qualidade e a

⁷Como referência, a European Association for Palliative Care (EAPC) recomenda dois serviços especializados de Cuidados Paliativos a cada 100.000 habitantes – uma equipe de assistência domiciliar e uma equipe de nível hospitalar (SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020).

disponibilidade do cuidado paliativo e não só dos cuidados de fim de vida. Eis as categorias dos indicadores avaliados: ambiente de saúde e cuidado paliativo; acesso a cuidado paliativo; qualidade dos serviços; e engajamento da sociedade. No ranking de 2010, o Brasil ficou na 38ª posição de 40 países e, em 2015, em 42ª posição entre os 80 avaliados (Hunes, 2016).

3.5 IMPACTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NO CUIDADO PALIATIVO NO PACIENTE COM CÂNCER MUNDIAL E BRASILEIRO

Na pesquisa realizada por Jazieh et al. (2020), onde um questionário foi enviado a 356 centros de atendimento oncológico em 54 países de seis continentes, mais de 80% dos centros tiveram dificuldades em prestar atendimento durante a pandemia. Dentre eles, mais da metade relatou diminuição nas estratégias de prevenção e detecção precoce e 46% relataram descontinuidade na quimioterapia dos pacientes.

Ao verificar, de modo geral, o impacto da pandemia por COVID-19 no cuidado ao paciente oncológico (desde a prevenção e detecção precoce, o tratamento antineoplásico, os exames de controle, o seguimento, até o cuidado paliativo), Riera et al. (2021), em uma revisão sistemática, identificaram diversas categorias de atrasos e interrupções (redução na atividade de rotina dos serviços de câncer e número de cirurgias de câncer; atraso na radioterapia; e atraso, reagendamento ou cancelamento de consultas ambulatoriais) com repercussão no tratamento, diagnóstico ou serviço geral de saúde. No que tange ao cuidado paliativo no paciente com câncer em específico, foi reportado interrupção no acompanhamento de 19-48% por médicos e ministérios da saúde.

No estudo espanhol de Beltran-Aroca et al. (2021), encontrou-se que houve redução dos óbitos no hospital especializado em cuidado paliativo e de encaminhamentos oriundos da atenção primária; e aumento em situações clínicas de alta complexidade e em escores de status de desempenho funcional ECOG de 3 a 4.

Lieneck et al. (2021), em uma revisão sistemática sobre a provisão de cuidado paliativo ambulatorial durante a pandemia por COVID-19 nos Estados Unidos, evidenciou que existiram dois facilitadores primários para a prestação contínua de cuidado paliativo: tecnologia (telemedicina) e planejamento de cuidados avançados; foram identificadas duas barreiras primárias no ambiente ambulatorial que impactaram a continuidade dos cuidados paliativos: a falta de recursos e acessibilidade aos cuidados. Lieneck et al. (2021) traz ainda que a pandemia por COVID-19 serviu como um incentivador em várias situações no contexto

da saúde, como o aumento do uso de telemedicina entre paciente e provedor, maior colaboração entre provedores de saúde e maior facilitação dos cuidados de saúde no domicílio.

Em um pequeno estudo nacional, com dados comparativos logo no início da pandemia por COVID-19, Todaro et al. (2022), visando demonstrar como a já citada pandemia poderia afetar a qualidade do atendimento em CP, encontraram que média de internação que era de 497,2 pacientes por mês, antes da pandemia, caiu para uma média de 46,5 na pandemia, que a taxa de mortalidade diminuiu de uma média de 6,3 pacientes por mês para 4,8; quanto aos referenciais de qualidade do cuidado em fim de vida, as preferências no cuidado foram discutidas antes da internação em 34,4%, antes da pandemia, e 13,8% durante a pandemia; e 9,3% dos pacientes receberam quimioterapia 15 dias antes da data do óbito, antes da pandemia, e 20,7%, na pandemia; concluindo que discussões sobre plano de cuidados/prognóstico se deu com menos frequência durante a pandemia por COVID-19.

A competição direta por recursos, bem como a implementação generalizada de medidas de segurança, resultou em grandes mudanças no modo de avaliação e comunicação com pacientes com câncer por equipes de cuidados de apoio. A telemedicina/consulta virtual e as visitas de acompanhamento tornaram-se uma estratégia integral, com alta aceitação e satisfação entre pacientes, familiares e provedores. No entanto, as desigualdades no acesso às tecnologias necessárias foram algumas vezes expostas. A ocupação de leitos em unidades de cuidado paliativo (UCP) diminuiu acentuadamente devido a políticas restritivas de visitação. A coleta de dados de resultados relatados pelo paciente (PRO) foi suspensa em muitos centros de câncer, resultando em sub-reconhecimento de ansiedade e depressão em pacientes ambulatoriais. Como em muitas outras áreas, as disparidades na prestação de cuidado paliativo e de suporte foram ampliadas pela pandemia (Kazazian, 2022).

Oliveira et al. 2022, em um estudo ecológico do tipo temporal nacional, com dados coletados referentes aos anos de 2018 a 2021, do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), obteve os seguintes resultados: houve uma importante redução no volume de tratamentos dos pacientes oncológicos em todo o território nacional; as regiões sudeste e nordeste expressaram as quedas mais acentuadas, de cerca de - 37% para ambas; e levantaram o seguinte questionamento - como estarão esses pacientes no que se refere à qualidade de vida, evolução da doença, perspectiva de cura e sobrevida nos próximos 5 anos, em virtudes dos intempéries ocasionados pela pandemia?

3.6 HOSPITAL DO CÂNCER IV / INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

O INCA é um órgão subordinado ao MS e atua no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Tais ações compreendem a assistência médico-hospitalar, oferecida direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo SUS e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce, formação de profissionais especializados (incluindo aqui, profissionais da área de saúde médicos e não médicos especialistas em medicina paliativa ou cuidado paliativo), desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica (Instituto Nacional de Câncer, 2021).

O INCA divide-se em quatro unidades: o Hospital do Câncer I (referência para o tratamento do câncer do aparelho digestivo, das vias aéreas superiores, da tireoide, das glândulas salivares e do pescoço, aparelho respiratório, pele; bem como onco-hematologia e câncer pediátrico; além de atendimento em neurocirurgia, e urologia oncológicos); o Hospital do Câncer II (referência para o tratamento de câncer ginecológico e tratamento oncológico de tumores malignos ósseos e de partes moles); o Hospital do Câncer III (unidade hospitalar especializada no tratamento do câncer de mama); e o HC IV (Instituto Nacional de Câncer, 2021; Instituto Nacional de Câncer, 2022).

O HC IV conta com os seguintes setores assistenciais: Serviço de Pronto Atendimento – destinado ao atendimento de urgências e emergências de pacientes matriculados na unidade; Ambulatório – destinado ao acompanhamento de pacientes com melhor *performance status* (*Karnofsky Performance Status*⁸ – KPS – superior a 40%) e dos pacientes fora de critério para atendimento domiciliar; Assistência Domiciliar – destinada ao acompanhamento de pacientes com pior *performance status* (KPS < 50%) que residam em um raio de até 80 km de distância do HC IV; Internação Hospitalar com 56 leitos – destinada ao manejo de sintomas agudizados e cuidados de fim de vida (Freitas et al., 2020).

O ambulatório conta com uma equipe composta por médicos, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta que atende ao paciente, familiar e cuidador a partir das demandas identificadas individualmente. A equipe da internação hospitalar é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem,

⁸É uma ferramenta padrão de medir a capacidade de pacientes com câncer de realizar tarefas comuns. Foi introduzido por David A. Karnofsky e Joseph H. Burchenal em 1949 em um artigo originalmente publicado como um capítulo do livro *Evaluation of Chemotherapeutic Agents*, editado por Colin M. MacLeod. As pontuações do *Karnofsky Performance Status* variam em percentuais de 0 a 100. Um percentual mais alto significa que o paciente é mais capaz de realizar as atividades diárias. O KPS pode ser usado para determinar o prognóstico de um paciente, para medir mudanças na capacidade funcional de um paciente ou para decidir se um paciente pode ser incluído em um ensaio clínico (Péus; Newcomb; Hofer, 2013; National Cancer Institute, 2022).

assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e voluntariado (INCAvoluntário⁹ e Capelania) (Instituto Nacional de Câncer, 2021).

No ano de 2021, foram realizadas 3.828 consultas médicas, 11.932 consultas multiprofissionais, 1.360 internações e 6.923 visitas domiciliares. Dados de 2019, anteriores ao contexto pandêmico, demonstraram um total de 12.191 consultas ambulatoriais, mais do que oito mil consultas domiciliares e 1.600 internações hospitalares (Instituto Nacional de Câncer, 2021).

O HC IV mantém-se como responsável pela capacitação profissional em cuidado paliativo por meio dos programas de residência médica e multiprofissional, aperfeiçoamento nos moldes *fellow*, aperfeiçoamento em pesquisa, cursos de especialização, aperfeiçoamento e extensão, atividades de atualizações científicas e visitas técnicas para profissionais de todo o território nacional (Instituto Nacional de Câncer, 2021).

⁹INCAvoluntário: responsável pelo planejamento e promoção das ações voluntárias no INCA, que buscam contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, por meio de atividades de inclusão social e resgate da cidadania, e de atividades educacionais, recreativas, culturais e de lazer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2021).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Comparar o perfil dos pacientes adultos atendidos nos períodos pré-pandemia e pandemia COVID-19 em uma unidade de saúde terciária, especializada no atendimento em cuidado paliativo a pacientes com câncer;

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico-funcional dos pacientes que foram admitidos no Hospital do Câncer IV antes do início da pandemia COVID-19;
- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico-funcional dos pacientes que foram admitidos no Hospital do Câncer IV após o início da pandemia COVID-19;

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DO ESTUDO

O estudo desenvolvido foi uma análise secundária de dados com abordagem quantitativa e análise comparativa, sem nova coleta de dados primários.

5.1.1 Dados secundários (pesquisa original)

Segundo Rosa (2022), a pesquisa representou um estudo analítico, observacional do tipo coorte e prospectivo, realizado com pacientes adultos atendidos pela primeira vez no HC IV / INCA, cidade do Rio de Janeiro/RJ. Os pacientes foram captados durante o período de outubro de 2019 a agosto de 2021. Eles foram convidados a participar do estudo durante o primeiro atendimento no HC IV, seja durante a primeira consulta ambulatorial ou em até 48 horas da primeira internação hospitalar na unidade. Esta pesquisa foi escolhida por contemplar os períodos pré-pandemia e pandêmico.

Como critérios de inclusão, Rosa (2022) elegeu: ambos os sexos; idade ≥ 20 anos; diagnóstico histopatológico confirmado de câncer em estágio avançado, independentemente da localização tumoral; KPS $\geq 30\%$; ser capaz de responder as informações necessárias à pesquisa, sem presença de confusão mental, déficit cognitivo ou presença de sintomas exacerbados (como náusea intensa, dispneia, dor, fadiga, entre outros); e aceitar participar do estudo, ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão teve-se: pacientes sem exame laboratorial de PCR e albumina relativos ao momento da avaliação.

Conforme Rosa (2022), a equipe de pesquisadores foi composta por nutricionistas e por estudantes de nutrição (alunos de aperfeiçoamento I e iniciação científica) anteriormente treinados para aplicação dos instrumentos, obtenção das informações e realização das medidas necessárias para coleta de dados. As informações foram obtidas por eles no momento da inclusão do paciente no estudo e registradas por meio de formulário padronizado previamente testado.

As variáveis sociodemográficas e clínico-funcionais (descrição e forma de análise exploratória) estão listadas nos Quadros 1 e 2.

A ferramenta original de coleta encontra-se no Anexo A.

Quadro 1. Descrição das variáveis sociodemográficas e forma de análise exploratória dos dados da população de estudo.

Variáveis	Descrição	Análise exploratória
Idade	Considerada no momento da avaliação	Descrita em anos completos; categorizados em <60 vs. ≥60 anos
Sexo	Coletado do prontuário	Categorizado em: masculino vs. feminino
Cor da pele	Referida pelo paciente no momento da avaliação	Categorizada em: branco vs. negro vs. outros (pardo; mulato; moreno; caboclo; amarelo)
Situação conjugal	Referida pelo paciente no momento da avaliação	Categorizada em: casado/união estável vs. outros (solteiro; divorciado; viúvo)
Escolaridade	Referida pelo paciente no momento da avaliação	Categorizada em: até ensino fundamental completo vs. a partir do ensino médio
Renda familiar <i>per capita</i>	Referida pelo paciente no momento da avaliação	Resultado da divisão do valor da renda bruta familiar dividida pelo número de moradores do lar. Ambas as informações referidas pelo paciente. Foi avaliado como variável contínua e categorizada conforme

		tercis de distribuição na amostra.
--	--	------------------------------------

Fonte: Rosa, 2022 (autorizada a divulgação pelo autor)

Quadro 2. Descrição das variáveis clínicas e forma de categorização da população de estudo.

Variáveis	Descrição	Categorização
Diagnóstico principal	Referente ao resultado do exame histopatológico tumoral ou evidência radiológica coletados no prontuário	Categorizado de acordo com o sítio primário da neoplasia em: trato gastrointestinal vs. ginecológico vs. cabeça e pescoço vs. mama vs. pulmão vs. tecido ósseo conectivo vs. outros (leucemia, linfoma, mieloma, bexiga, rim, próstata, neurológico, órgãos masculinos genitais, peritônio, mediastino e sítio primário desconhecido)
Metástases	Coletada no prontuário eletrônico	Categorizada em metástase à distância: sim vs. não
Tratamento antineoplásico prévio	Coletada no prontuário eletrônico	Categorizado em: sim vs. virgem de tratamento específico; Se sim, categorizado em: cirurgia (sim vs. não); quimioterapia (sim vs. não); radioterapia (sim vs. não) ou braquiterapia (sim vs. não)

Comorbidades	Coletada no prontuário eletrônico e relatada pelo paciente	Avaliada a presença ou ausência das seguintes comorbidades: hipertensão (sim vs. não); diabetes (sim vs. não); doença cardiovascular (sim vs. não); outra (sim vs. não)
KPS	Atribuído pelos pesquisadores no momento da avaliação	Classificado em: 30%; 40%; 50%; 60%; 70%; 80%; 90% ou 100%. Foi categorizado em: 30% vs. 40-50% vs. $\geq 60\%$.

Fonte: Rosa, 2022 (autorizada a divulgação pelo autor)

Ainda como variáveis utilizadas, segundo Rosa (2022) tiveram-se:

- Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Pacientes versão reduzida[©]: foi realizado o *download* da versão completa em português (©FD Ottery, 2005, 2006, 2015, 2018 v. 05.21.18) da ASG-PPP[®] disponível em www.pt-global.org, com a devida autorização de uso pelos autores; para a coleta de dados foi utilizada a primeira parte do questionário, denominada ASG-PPP VR[©], a qual é respondida pelo paciente com perguntas sobre: (1) alteração do peso corporal nos períodos de 6 e 1 mês: de acordo com este item a pontuação pode variar de 0 a 5; (2) ingestão alimentar: observa-se alteração na quantidade ou consistência dos alimentos ingeridos, com pontuação variando de 0 a 4; (3) presença de sintomas de impacto nutricional pontuando até 24; e (4) avaliação da capacidade funcional autorreferida, no qual o paciente avalia sua função física e capacidade de realizar as atividades de vida diária, pontuando de 0 a 3; ao final, o escore numérico total foi obtido de acordo com o somatório de cada um dos quatro itens avaliados (0-36; quanto mais alta a pontuação, maior o RN); de acordo com o preconizado por esta ferramenta, pacientes com pontuação total ≥ 9 foram considerados com necessidade crítica para a melhora do controle de sintomas e/ou intervenção nutricional;

- Exames laboratoriais (as dosagens obtidas no soro ou plasma, a depender do exame, foram extraídos dos prontuários dos participantes):

- Hemograma completo (leucócitos): Equipamento automatizado Horiba Pentra 60 C+;

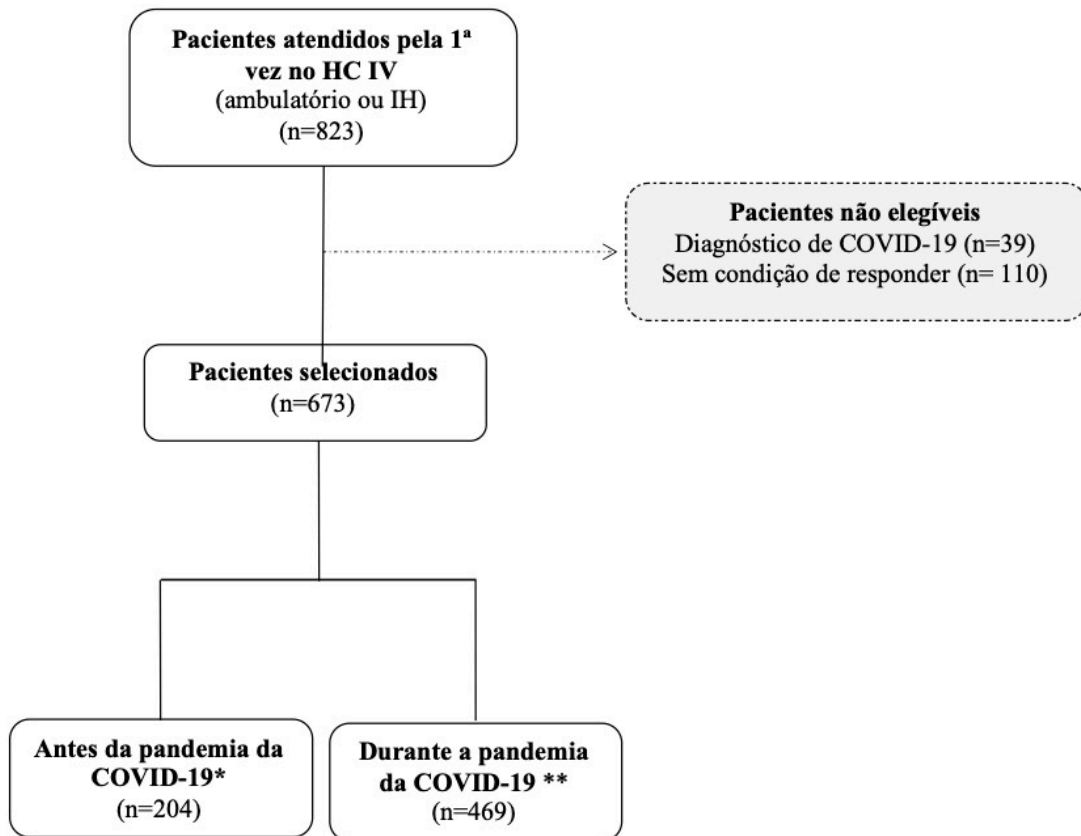
- Albumina sérica: método colorimétrico verde de bromocresol;

- Proteína C-reativa (PCR): método turbidimétrico;

5.1.2 Análise comparativa de dados (pesquisa atual)

Na Figura 1, encontra-se o fluxograma de seleção dos pacientes.

Figura 1. Fluxograma de seleção de participantes do estudo.



Nota: HC IV = Hospital do Câncer IV; IH = internação hospitalar; n = número de observações; COVID-19 = Coronavirus Disease 2019.

*selecionados no período de 21/10/2019 a 16/03/2020

**selecionados no período de 23/09/2020 a 26/08/2021

A coleta de dados resultou em 823 pacientes, destes 149 pacientes foram excluídos (diagnóstico de COVID-19 ou sem condição de responder). Dos 673 pacientes selecionados, 204 encontravam-se no período pré-pandemia e 469 o período pandêmico. O período pré-pandemia foi definido como o de 21/10/2019 a 16/03/2020 e o período pandêmico como o de

23/09/2020 a 26/08/2021. O lapso de março a setembro de 2020 foi devido a orientação institucional (INCA) de suspender pesquisas e trabalhos não assistenciais diretos com o objetivo de proteção de pacientes e profissionais de contaminação por COVID-19.

As seguintes variáveis, categorizadas em dias e coletadas no prontuário eletrônico, foram analisadas de forma comparativa:

- Triagem no INCA e a 1ª avaliação HC IV;
- Triagem no INCA e óbito;
- Último tratamento e a 1ª avaliação HC IV;
- 1ª avaliação HC IV e o óbito;

E os sintomas abaixo, categorizados se sim ou não, componentes da caixa 3 da ferramenta ASG-PPP VR© e coletados no momento de avaliação na pesquisa original, foram também comparados:

- Hiporexia;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Fadiga;
- Dor;
- Relacionados ao humor, depressão, ansiedade ou tristeza;

5.1.3 Análise de dados

Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas no *Stata Data Analysis and Statistical Software* (STATA) versão 13.1. O critério de determinação de significância estatística adotado foi de 5%.

Foi realizada a análise descritiva das principais variáveis com objetivo de determinar as características da amostra segundo procedimentos clássicos. Para testar a normalidade da distribuição normal, foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnof*.

A variável numérica com distribuição normal (ASG-PPP VR) foi descrita como média \pm desvio padrão (DP), e aquelas não normais (albumina, PCR e leucócitos) em mediana com intervalo interquartil (IIQ). As variáveis categóricas foram descritas como frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). Para avaliar as comparações entre as médias entre dos grupos, foi empregado o teste t de *Student*, e para as diferenças entre as medianas entre os grupos uti-

lizou-se o teste *U de Mann-Whitney*. As comparações das variáveis categóricas foram realizadas por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson* ou exato de *Fisher*.

Para avaliar os fatores associados aos pacientes avaliados no período da pandemia por COVID-19, foram empregadas análises univariadas e multivariadas de regressão logística, tendo como medidas de efeito o odds ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC) de 95%. Como critério, foram selecionadas para o modelo múltiplo as variáveis com p-valor $<0,200$ nas análises univariadas. A confecção do modelo final se deu pelo método *stepwise forward*. Os valores foram considerados estatisticamente significativos quando o p-valor $<0,05$.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), CAAE 63157222.0.0000.5240, Número do Parecer 5.712.355, aprovado em 22 de outubro de 2022, sendo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), instituição parceira (Anexo B). Os dados secundários a serem utilizados, referem-se ao Projeto de Pesquisa “Associação entre Sintomas de Impacto Nutricional e Marcadores Inflamatórios em Pacientes com Câncer Avançado”, CAAE 17606919.3.0000.5274, Número do Parecer 3.550.658, aprovado em 3 de setembro de 2019, pelo do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Câncer (INCA). (Anexo C).

7 ARTIGO CIENTÍFICO

Comparação do perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com câncer avançado em cuidado paliativo em uma unidade de saúde terciária

Comparison of the sociodemographic and clinical profile of patients with advanced cancer receiving palliative care in a tertiary health unit

RESUMO

Introdução. A pandemia por Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) trouxe grandes desafios para a assistência em saúde, não sendo diferente no contexto do cuidado paliativo. **Objetivo.** Comparar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com câncer avançado atendidos antes e durante a pandemia por COVID-19 em uma unidade de saúde terciária especializada em cuidado paliativo. **Materiais e métodos.** Trata-se de uma análise de dados de pacientes atendidos antes (outubro de 2019 a março de 2020) e durante (setembro de 2020 a agosto de 2021) a pandemia por COVID-19. Foram avaliados dados sociodemográficos e clínicos. Foram empregadas análises de regressão logística, tendo como medidas de efeito o odds ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC) de 95%. **Resultados.** Participaram 673 pacientes (204 no período pré-pandêmico e 469 no período pandêmico). O modelo final de regressão logística demonstrou que pacientes avaliados durante a pandemia tiveram maiores chances de ter cor de pele branca [OR: 1,66 (IC 95%: 1,15-2,39)], sítio tumoral primário localizado no trato gastrointestinal [OR: 2,95 (IC 95%: 1,55-5,62)] e em pele, ossos e tecidos moles [OR: 2,40 (IC 95%: 1,13-5,08)], ter sido submetido a tratamento radioterápico prévio [OR: 1,83 (IC 95%: 1,26-2,55)] e maior escore global da Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente versão reduzida (ASG-PPP VR) [OR: 1,06 (IC 95%: 1,02-1,09)]. **Conclusão.** Etnia, tipo de tumor primário, radioterapia prévia e risco nutricional se associaram ao câncer avançado durante a pandemia por COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19; pandemias; cuidados paliativos; neoplasias; terapêutica.

ABSTRACT

Introduction. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic brought major challenges to health care, and this is no different in the context of palliative care. **Objective.** To compare the sociodemographic and clinical profile of patients with advanced cancer treated before and during the COVID-19 pandemic in a tertiary health unit specialized in palliative care. **Materials and methods.** This is an analysis of data from patients treated before (October 2019 to March 2020) and during (September 2020 to August 2021) the COVID-19 pandemic. Sociodemographic and clinical data were evaluated. Logistic regression analyzes were used, with the odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI) as measures of effect. **Results.** 673 patients participated (204 in the pre-pandemic period and 469 in the pandemic period). The final logistic regression model demonstrated that patients evaluated during the pandemic had a greater chance of having white skin color [OR: 1.66 (95% CI: 1.15-2.39)], primary tumor site located in the gastrointestinal tract [OR: 2.95 (95% CI: 1.55-5.62)] and in skin, bones and soft tissues [OR: 2.40 (95% CI: 1.13-5.08)], have having undergone previous radiotherapy treatment [OR: 1.83 (95% CI: 1.26-2.55)] and higher global score on the Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF) [OR: 1.06 (95% CI: 1.02-1.09)]. **Conclusion.** Ethnicity, type of primary tumor, previous radiotherapy and nutritional risk were associated with advanced cancer during the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19; pandemics; palliative care; neoplasms; therapeutics.

Introdução

Atualmente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o cuidado paliativo (CP) é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares que estão enfrentando problemas associados a doenças ameaçadoras da vida; previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (World Health Organization, 2020).

No que tange ao momento pandêmico, desde 11 de março de 2020, a OMS declarou como situação pandêmica, a então recente descoberta “doença causada pelo novo coronavírus 2019”, do inglês, *coronavirus disease 2019* (COVID-19), causada pelo novo vírus denominado *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (Sars-CoV-2). Os sistemas de saúde de todo o planeta, não sendo diferente aqui no Brasil, entraram inicialmente em colapso

pela alta demanda de leitos de terapia intensiva a despeito da oferta deles, devido às formas graves de apresentação da doença (Matos, 2020). O primeiro caso no Brasil se deu em 25 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo, e desde então, no país, o número de casos confirmados é de quase 38 milhões, com 706 mil mortes decorrentes da doença, segundo o Ministério da Saúde (MS), em atualização de 13 de outubro de 2023 às 07:38 (Brasil, 2023).

Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos com câncer em CP, o que implica de fato um olhar mais profundo sobre as repercussões desse momento pandêmico nos diversos níveis de atenção à saúde pública, em específico, no Brasil

Na unidade especializada em cuidado paliativo no paciente com câncer, referente ao estudo em questão, após o início da pandemia por COVID-19, surgiu uma impressão subjetiva e praticamente unânime entre os profissionais, que atuavam diretamente na assistência, de uma mudança do perfil dos pacientes admitidos no hospital; os pacientes estariam chegando à unidade com pior funcionalidade, tendo recebido menos tratamento curativo nos hospitais oncológicos de origem e com maior proporção de pacientes virgens de tratamento modificador de doença. Com o propósito de esclarecer os questionamentos anteriores e discutir a respeito das consequências da pandemia por COVID-19 na assistência em cuidado paliativo no paciente com câncer, esta pesquisa teve o objetivo de comparar o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com câncer avançado atendidos antes e durante a pandemia por COVID-19 em uma unidade de saúde terciária especializada em cuidado paliativo.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo analítico, observacional do tipo coorte e prospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CAAE 63157222.0.0000.5240) e do INCA (CAAE 17606919.3.0000.5274). O estudo foi realizado no Instituto Nacional de Câncer (INCA) – Hospital do Câncer IV (HC IV), unidade hospitalar terciária especializada no atendimento a paciente com câncer em cuidado paliativo. Os pacientes foram captados durante o período de outubro de 2019 a agosto de 2021 durante o primeiro atendimento, seja durante a primeira consulta ambulatorial ou em até 48 horas da primeira internação hospitalar na unidade. O período pré-pandemia foi definido como o de 21/10/2019 a 16/03/2020 e o período pandêmico como o de 23/09/2020 a 26/08/2021. O lapso de março a setembro de 2020 foi devido a orientação institucional (INCA) de suspender

pesquisas e trabalhos não assistenciais diretos com o objetivo de proteção de pacientes e profissionais de contaminação por COVID- 19. (Rosa et al., 2022).

Foram selecionados pacientes de ambos os sexos; idade ≥ 20 anos; diagnóstico histopatológico confirmado de câncer em estágio avançado, independentemente da localização tumoral; *Karnofsky Performance Status* (KPS) $\geq 30\%$ (Péus; Newcomb; Hofer, 2013; National Cancer Institute, 2022); capazes de responder as informações necessárias à pesquisa, sem presença de confusão mental, déficit cognitivo ou presença de sintomas exacerbados (como náusea intensa, dispneia, dor, fadiga, entre outros); e aceitaram participar do estudo, ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos pacientes com diagnóstico de COVID-19; sem exame laboratorial de PCR e albumina relativos ao momento da avaliação (Rosa et al., 2022).

Foram coletados dados sociodemográficos (idade, sexo, cor da pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar per capita) e clínicos [diagnóstico principal, metástases, tratamento antineoplásico prévio, comorbidades, KPS, classificação de risco nutricional e prevalência de sintomas (hiporexia, náuseas, vômitos, fadiga, dor e relacionados ao humor, depressão, ansiedade ou tristeza) obtidos pela Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente versão reduzida (ASG-PPP VR) (Abbott, 2016), laboratoriais (leucometria, albumina sérica e proteína C-reativa) e os intervalos de tempo entre a triagem no INCA e a 1ª avaliação HC IV, entre a triagem no INCA e óbito, entre o último tratamento e a 1ª avaliação HC IV e entre a 1ª avaliação HC IV e óbito] (Rosa et al., 2022).

Análise estatística

As análises estatísticas foram realizadas no *Stata Data Analysis and Statistical Software* (STATA) versão 13.1. O critério de determinação de significância estatística adotado foi de 5%. Foi realizada a análise descritiva das principais variáveis com objetivo de determinar as características da amostra segundo procedimentos clássicos. Para testar a normalidade da distribuição normal, foi aplicado o teste de *Kolmogorov-Smirnof*.

A variável numérica com distribuição normal (ASG-PPP VR) foi descrita como média \pm desvio padrão (DP), e aquelas não normais (albumina, PCR e leucócitos) em mediana com intervalo interquartil (IIQ). As variáveis categóricas foram descritas como frequência absoluta (n) e frequência relativa (%). Para avaliar as comparações entre as médias entre dos grupos, foi empregado o teste t de *Student*, e para as diferenças entre as medianas entre os grupos utilizou-se o teste *U de Mann-Whitney*. As comparações das variáveis categóricas foram realizadas por

meio do teste Qui-quadrado de *Pearson* ou exato de *Fisher*.

Para avaliar os fatores associados aos pacientes avaliados no período da pandemia por COVID-19, foram empregadas análises univariadas e multivariadas de regressão logística, tendo como medidas de efeito o odds ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC) de 95%. Como critério, foram selecionadas para o modelo múltiplo as variáveis com p-valor <0,200 nas análises univariadas. A confecção do modelo final se deu pelo método *stepwise forward*. Os valores foram considerados estatisticamente significativos quando o p-valor <0,05.

Resultados

Participaram 673 pacientes (204 no período pré-pandêmico e 469 no período pandêmico) (Figura 1). A maioria deles possuía a partir de 60 anos de idade (58,8%), sexo feminino (58,2%), cor de pele não branca (61,1%) e renda familiar per capita \geq R\$ 522,50 (67,2%). As proporções de cor da pele diferiram de acordo com o período de avaliação dos pacientes (p-valor = 0,002) (Tabela 1).

A amostra total foi composta principalmente por pacientes com sítio tumoral primário localizado no trato gastrintestinal (22,0%), seguido por ginecológico (20,5%) e cabeça e pescoço (15,7%), com maior prevalência de pacientes com metástase a distância (84,0%) e que realizaram tratamento oncológico prévio (84,0%). Comparando-se com o período pré-pandêmico as frequências dos diferentes sítios tumorais primários (p-valor = 0,008), da realização de radioterapia prévia (p-valor = 0,018) e do KPS (p-valor = 0,037) foram diferentes durante a pandemia (Tabela 2).

Do total de pacientes avaliados, a maioria possuía risco nutricional (ASG-PPP VR \geq 9 pontos). Nestes, a hiporexia foi o sintoma de impacto nutricional mais prevalente (52,0%), seguido por náuseas (38,0%) e dor (36,3%). Durante a pandemia, foi verificado aumento da média do escore total da ASG-PPP VR (p-valor <0,001) e das prevalências dos sintomas de hiporexia (p-valor= 0,009), náuseas (p-valor= 0,022) e vômitos (p-valor= 0,024) (Tabela 3).

De acordo com a tabela 4, verificamos que o intervalo de tempo entre a triagem no INCA e a primeira avaliação no HCIV foi estatisticamente diferente de acordo com o período de avaliação. Durante a pandemia, esse intervalo foi maior [576 (235-1534)] do que antes da pandemia [446 (135-1364)] (p-valor 0,017).

O modelo final de regressão logística demonstrou que pacientes avaliados durante a

pandemia tiveram maiores chances de ter cor de pele branca [OR: 1,66 (IC 95%: 1,15-2,39)], sítio tumoral primário localizado no trato gastrointestinal [OR: 2,95 (IC 95%: 1,55-5,62)] e em pele, ossos e tecidos moles [OR: 2,40 (IC 95%: 1,13-5,08)], ter sido submetido a tratamento radioterápico prévio [OR: 1,83 (IC 95%: 1,26-2,55)] e maior escore global da ASG-PPP VR [OR: 1,06 (IC 95%: 1,02-1,09)] (Tabela 5).

Discussão

Neste estudo de análise comparativa de dados de pacientes com câncer avançado em cuidado paliativo assistidos antes e após a pandemia por COVID-19, encontramos achados importantes, como o envelhecimento populacional e a feminização deste, o maior número de pacientes de cor de pele branca assistidos durante a pandemia, a maior prevalência de tumores do trato gastrointestinal, a utilização de radioterapia prévia e o maior risco nutricional.

No estudo houve o predomínio de pacientes com 60 anos ou mais e do sexo feminino, estas informações corroboram os dados sobre o envelhecimento populacional brasileiro e a feminização dele (Cepellos, 2021; Moreira, 1998), além do fato de quase 30% da amostra em estudo foi representada por pacientes com tumores ginecológicos e de mama (representados pelo sexo feminino).

Quanto à relevância estatística da cor de pele não branca entre os períodos analisados, a maior proporção de pacientes de cor de pele branca, durante a pandemia, permite inferir que brancos por terem melhores condições socioeconômicas possuem mais acesso ao sistema de saúde (Bastos, 2008), além do fato da renda per capita no período pandêmico ter sido \geq R\$ 522,50. Permite-se ainda mencionar sobre racismo estrutural, uma vez que este trabalho só corrobora esta realidade.

O sítio tumoral primário que teve relevância estatística nos períodos analisados (período pandêmico) foi o trato gastrointestinal. Na pesquisa de Beltran-Arouca (2021), houve representação de tumores gastrointestinais em quase um terço da amostra do período pandêmico, apesar de não ter sido encontrada relevância estatística.

O dado de mais pacientes com metástase à distância corrobora a informação de maior intervalo entre a triagem no INCA e 1ª avaliação no HC IV, com os pacientes sendo encaminhados mais tardiamente e, provavelmente, com doença mais avançada.

O tratamento oncológico recebido pelos pacientes do INCA se manteve como usual, exceto pela radioterapia que teve aumento com relevância estatística durante a pandemia. Não

houve diferença em pacientes virgens de tratamento. Estudos, como os de Spencer et al. (2021) e Chauhan et al. (2020), demonstram que a radioterapia no período da pandemia por COVID-19 foi mais utilizada e em doses hipofracionadas, proporcionando uma explicação de sua maior utilização nos pacientes analisados nesta pesquisa. Além disso, o hipofracionamento do tratamento proporciona menor exposição dos pacientes envolvidos à possibilidade de adquirir COVID-19, conforme afirmam os autores anteriores. Outro fator que confirma a maior utilização de tratamento radioterápico é o percentual de quase um quinto dos pacientes terem o diagnóstico de câncer ginecológico, cuja radioterapia é geralmente um tratamento utilizado.

Houve redução com valor estatístico significativo do KPS 30% no período pandêmico. Isto pode ser explicado pelo aumento dos percentuais dos KPS 40% a 70%, representados por pacientes com melhor performance status e candidatos a atendimento ambulatorial. Pode-se inferir também que pacientes com pior KPS, como 30%, acabaram falecendo durante o estudo, seja pela própria doença oncológica ou mesmo por COVID-19.

Em relação ao ASG-PPP VR não houve diferença importante entre os períodos, mas com significância estatística. Pacientes com maior demora para serem encaminhados, provavelmente estariam com doença mais avançada e maior carga de sintomas, o que confirma um maior risco nutricional (ASG-PPP VR ≥ 9 pontos). Houve maior prevalência de sintomas gastrintestinais (hiporexia, náuseas e vômitos) devido, provavelmente, à maior proporção de tumores primários gastrointestinais.

Ressalva-se que nos períodos analisados os pacientes foram admitidos com sintomas mal controlados, sendo no período pandêmico a hiporexia sendo o mais prevalente, seguido por dor, náuseas e fadiga. E no período pandêmico, hiporexia, náuseas, dor e fadiga. Estes dados são indicadores da qualidade da assistência prestada.

O intervalo de tempo entre a triagem no INCA e a 1ª avaliação no HC IV foi estatisticamente diferente de acordo com o período analisado e isso pode ser explicado com um menor número de consultas presenciais para definição de doença avançada, bem como maior absenteísmo nas consultas de rotina impostos pelas restrições da pandemia por COVID-19, além do maior espaço temporal entre as consultas, para, somente então, ocorrer o encaminhamento para o HC IV. Segundo Sampaio (2020a) (2020b), estas as medidas de menor número de consultas presenciais e maior espaço temporal entre as consultas, com a utilização do teleatendimento, foram adotadas no HC IV, bem como se pode inferir que em todas os outros serviços/unidades do INCA.

O tempo médio desde 1ª avaliação no HC IV e óbito foi de 46 dias, não apresentando diferença significativa nos períodos pré-pandêmico e pandêmico, demonstrando que os pacientes são encaminhados tardiamente para o cuidado paliativo. Este dado é um indicador da qualidade de assistência prestada.

Como pontos fortes da pesquisa em questão, podem-se se citados: o ineditismo, uma vez que, há escassa literatura similar disponível, inclusive internacional; e como pontos fracos/limitações: dificuldade em discutir os resultados pela já mencionada escassez de trabalhos semelhantes na literatura; indisponibilidade de dados que se queriam comparar (exemplo: sintoma dispneia).

Conclusão

Etnia, tipo de tumor primário, radioterapia prévia e risco nutricional se associaram ao câncer avançado durante a pandemia por COVID-19. Os impactos causados pela pandemia por COVID-19 na assistência em cuidado paliativo no paciente com câncer ainda são incertos. A literatura publicada ainda é escassa, tornando nossa análise comparativa de dados, uma ferramenta para início do debate a respeito dessa temática. Mais trabalhos semelhantes deveriam ser desenvolvidos para melhores comparações futuras.

Referências

ABBOTT, J. et al. Patient-Generated Subjective Global Assessment Short Form (PG-SGA SF) is a valid screening tool in chemotherapy outpatients. *Supportive Care in Cancer*, v. 24, n. 9, p. 3883– 3887, set. 2016. DOI: [10.1007/s00520-016-3196-0](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3196-0). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-016-3196-0>. Acesso em: 14 out. 2023.

BASTOS, J. L. et al. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, p. 324-334, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2008.v42n2/324-334/>. Acesso em: 23 out. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde, de 14 de outubro de 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 de out. 2023.

BELTRAN-AROCA, C. M. et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Palliative Care in Cancer Patients in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 22, p. 11992, 2021. DOI: [10.3390/ijerph182211992](https://doi.org/10.3390/ijerph182211992). Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/22/11992>. Acesso em: 10 jul. 2022.

CEPELLOS, V. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas**, v. 61, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFnzHKyBhqGPc4j/>. Acesso em: 23 out. 2023.

CHANG, A. Y. et al. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. **Journal of Internal Medicine**, v. 289, n. 4, p. 450-462, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joim.13184>. Acesso em: 18 jun. 2022.

CHAUHAN, Richa et al. The impact of COVID-19 pandemic on the practice of radiotherapy: A retrospective single-institution study. **Cancer Research, Statistics, and Treatment**, v. 3, n. 3, p. 467-474, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/crst/Fulltext/2020/03030/The_impact_of_COVID_19_pandemic_on_the_practice_of.10.aspx. Acesso em: 23 out. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Institucional. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/institucional>. Acesso em: 18 jun. 2022.

JAZIEH, A. R. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care: a global collaborative study. **JCO global oncology**, v. 6, p. 1428-1438, 2020. DOI: [10.1200/GO.20.00351](https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00351). Disponível em: https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00351?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 23 out. 2023.

LIENECK, C. et al. Provision of Palliative Care during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Ambulatory Care Organizations in the United States. **Medicina**, v. 57, n. 10, p. 1123, 2021. DOI: [10.3390/medicina57101123](https://doi.org/10.3390/medicina57101123). Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/57/10/1123/htm>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MOREIRA, M. de M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 79-94, 1998. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/414>. Acesso em: 23 maio. 2023.

MOYNIHAN, R. et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. **BMJ open**, v. 11, n. 3, p. e045343, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/3/e045343?versioned=TRUE>. Acesso em: 18 jun. 2022.

OKEREKE, Melody et al. Impact of COVID-19 on access to healthcare in low-and middle-income countries: current evidence and future recommendations. **The International journal of health planning and management**, v. 36, n. 1, p. 13-17, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.3067>. Acesso em: 18 jun. 2022.

RIERA, R. et al. Delays and disruptions in cancer health care due to COVID-19 pandemic: systematic review. **JCO Global Oncology**, v. 7, n. 1, p. 311-323, 2021. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00639?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed. Acesso em: 18 jun. 2022.

ROSA, K. S. C. **Proposta de um algoritmo de triagem nutricional para pacientes com**

câncer incurável em cuidados paliativos. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer, INCA. Rio de Janeiro, p. 143. 2022.

SAMPAIO, S. G. dos S. M.; MARINS DIAS, A.; DE FREITAS, R. Avaliação do Plano de Ação Implementado pelo Serviço Médico de uma Unidade de Referência em Cuidados Paliativos Oncológicos frente à Pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. TemaAtual, p. e-1158, 2020a. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1158. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1158>. Acesso em: 1 jul. 2023.

SAMPAIO, S. G. dos S. M.; DIAS, A. M.; FREITAS, R. de. Orientações do Serviço Médico de uma Unidade de Referência em Cuidados Paliativos Oncológicos frente à Pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. TemaAtual, p. e-1058, 2020b. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1058. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1058>. Acesso em: 1 jul. 2023.

SPENCER, K. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on radiotherapy services in England, UK: a population-based study. **The lancet oncology**, v. 22, n. 3, p. 309-320, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30743-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30743-9/fulltext). Acesso em: 23 out. 2023.

TODARO, J. et al. Palliative care to cancer patients: how COVID-19 pandemic could affect quality of care. **einstein (São Paulo)**, v. 20, 2022. DOI: 10.31744/einstein_journal/2022AO6459. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZKDv8PGXrRfpRgCD6XXm4YBm/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. [Online] 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 17 jun. 2022.

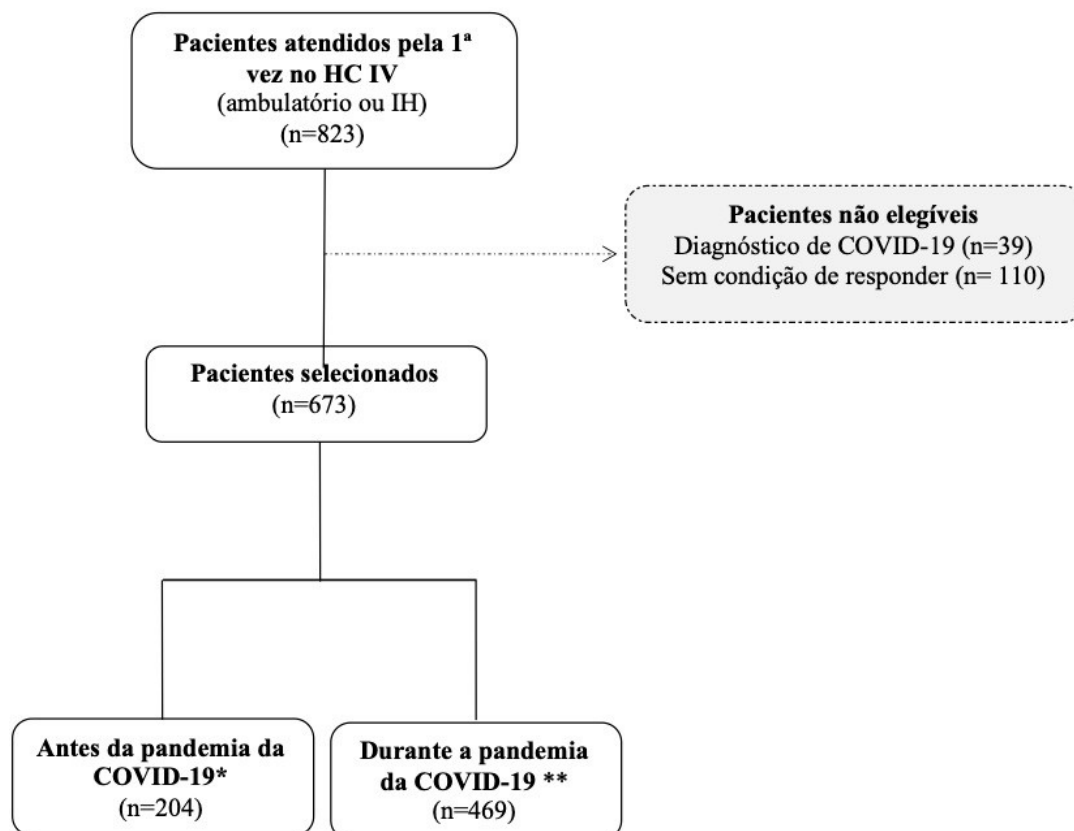


Figura 1. Fluxograma de seleção de participantes do estudo.

Nota: HC IV = Hospital do Câncer IV; IH = internação hospitalar; n = número de observações; COVID-19 = Coronavirus Disease 2019.

*selecionados no período de 21/10/2019 a 16/03/2020

**selecionados no período de 23/09/2020 a 26/08/2021

Tabela 1: Características sociodemográficas de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos de acordo com período de avaliação – antes ou durante a pandemia de COVID-19 (n= 673).

Variáveis	Total N (%)	Pandemia de COVID-19		P-valor
		Antes n=204 (30,3%)	Durante n=469 (69,7%)	
Idade (anos)^a				
<60	277 (41,2%)	80 (39,4%)	197 (41,9%)	0,544
≥60	396 (58,8%)	123 (60,6%)	273 (58,1%)	
Sexo^a				

Masculino	281 (41,8%)	83 (48,9%)	198 (42,1%)	0,764
Feminino	392 (58,2%)	120 (59,1%)	272 (57,9%)	
Cor da pele^a				
Branco	262 (38,9%)	61 (30,1%)	201 (42,8%)	0,002
Não brancos ^b	411 (61,1%)	142 (69,9%)	269 (57,2%)	
Renda familiar <i>per capita</i> (tercís)^{a,c}				
1° tercil <R\$522,50	145 (32,8%)	52 (36,9%)	93 (30,9%)	0,212
2° e 3° tercis ≥ R\$522,50	297 (67,2%)	89 (63,1%)	208 (69,1%)	

Nota: n= número de observações; %= frequência.

^anúmero de observações/frequência/X²;

^bpardo/mulato/moreno/caboclo/amarelo;

^cvariável com *missing* (n= 442).

Tabela 2: Características clínicas de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos de acordo com período de avaliação – antes ou durante a pandemia de COVID-19 (n= 673).

Variáveis	Total N (%)	Pandemia de COVID-19		P- valor
		Antes n=204 (30,3%)	Durante n=469 (69,7%)	
Sítio tumoral primário^a				
Trato gastrintestinal	148 (22,0%)	31 (15,3%)	117 (24,9%)	0,008
Ginecológico	138 (20,5%)	38 (18,7%)	100 (21,3%)	

Cabeça e pescoço ^b	106 (15,7%)	35 (17,2%)	71 (15,1%)	
Mama	82 (12,2%)	31 (15,3%)	51 (10,8%)	
Pulmão	62 (9,2%)	21 (10,3%)	41 (8,7%)	
Pele, ossos e tecidos moles	70 (10,4%)	17 (8,4%)	53 (11,3%)	
Outros ^c	67 (10,0%)	30 (14,8%)	37 (7,9%)	
Metástase a distância^a				
Não	108 (16,0%)	39 (19,2%)	69 (14,7%)	0,142
Sim	565 (84,0%)	164 (80,8%)	401 (85,3%)	
Tratamento prévio^a				
Não (virgem)	108 (16,0%)	35 (17,2%)	73 (15,5%)	0,579
Sim	565 (84,0%)	168 (82,8%)	397 (84,5%)	
Tipos de tratamento prévio^a				
Cirurgia (sim) ^a	307 (45,6%)	93 (45,8%)	214 (45,5%)	0,946
Quimioterapia (sim) ^a	479 (71,2%)	135 (66,5%)	344 (73,2%)	0,079
Radioterapia (sim) ^a	345 (52,3%)	90 (44,3%)	255 (54,3%)	0,018
KPS (%)^a				

30	100 (14,9%)	44 (21,7%)	56 (11,9%)	0,037
40	193 (28,7%)	53 (26,1%)	140 (29,8%)	
50	184 (27,3%)	50 (24,6%)	134 (28,5%)	
60	126 (18,7%)	36 (17,7%)	90 (19,2%)	
70	55 (8,2%)	14 (6,9%)	41 (8,7%)	
80	10 (1,5%)	3 (1,5%)	7 (1,5%)	
90	5 (0,7%)	3 (1,5%)	2 (0,4%)	

Nota: n= número de observações; %= frequência; TGI= trato gastrointestinal; KPS= *Karnofsky Performance Status*

^anúmero de observações/frequência/ X^2 ;

^bOral e cavidade nasal, faringe, laringe, glândulas salivares, seios paranasais, olhos e tireóide;

^cLeucemia, linfoma, mieloma, sistema nervoso central, rim e trato urinário, órgãos genitais masculinos, peritônio, mediastino e local não reconhecido.

Tabela 3: Características nutricionais, de sintomas e laboratoriais de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos de acordo com período de avaliação – antes ou durante a pandemia de COVID-19 (n= 673).

Variáveis	Total N (%)	Pandemia de COVID-19	p-valor
-----------	----------------	-------------------------	---------

		Antes n=204 (30,3%)	Du- rante n=469 (69,7%)	
ASG-PPP VR (pontos) ^a	12,3 (6,3)	11,1 (6,0)	12,9 (6,3)	<0,001
ASG-PPP VR (≥ 9 pontos)^b				
Não	212 (31,5%)	73 (36,0%)	139 (29,6%)	0,102
Sim	461 (68,5%)	130 (64,0%)	331 (70,4%)	
Sintomas				
Hiporexia (sim) ^b	350 (52,0%)	90 (44,3%)	260 (55,3%)	0,009
Náuseas (sim) ^b	256 (38,0%)	64 (31,5%)	192 (40,8%)	0,022
Vômitos (sim) ^b	182 (27,0%)	43 (21,2%)	139 (29,6%)	0,024
Fadiga (sim) ^b	204 (30,3%)	59 (29,1%)	145 (30,8%)	0,643
Dor (sim) ^b	244 (36,3%)	69 (34,0%)	175 (37,2%)	0,422
Relacionados ao humor, depressão, ansiedade ou tristeza (sim) ^b	112 (16,6%)	31 (15,3%)	81 (17,2%)	0,530
Albumina (g/dL)^{c,d}	3,5 (3,0-4,0)	3,3 (2,7-3,7)	3,5 (3,1-4,1)	0,088
PCR (mg/L)^{c,d}	7,0 (2,1-13,6)	7,1 (3,1-15,6)	6,9 (1,7-13,2)	0,074

Leucócitos (/μL)^{c,d}	9200 (6800-12700)	9200 (6700-13100)	9100 (6800-12600)	0,734
---------------------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------

Nota: n= número de observações; %= frequência; ASG-PPP VR= Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente versão reduzida; PCR= proteína C-reativa.

^amédia/desvio padrão/ teste t de Student;

^bnúmero de observações/frequência/X² Pearson;

^cmediana/intervalo interquartil/ teste U de *Mann-Whitney*;

^dvariáveis com *missing*: albumina n= 557; PCR n= 538; leucócitos n= 669.

Tabela 4: Mediana de tempo de intervalos de seguimento de pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos de acordo com período de avaliação – antes ou durante a pandemia de COVID-19 (n= 673).

Intervalos de Tempo	Total	Pandemia de COVID-19		p-valor
		Antes n=204 (30,3%)	Durante n=469 (69,7%)	
Triagem no INCA e a 1^a avaliação HC IV (dias)^a	546 (197-1499)	446 (135-1364)	576 (235-1534)	0,017
Triagem no INCA e óbito (dias)^a	577 (244-1505)	512 (207-1509)	603 (270-1505)	0,184
Último tratamento e a 1^a avaliação HC IV (dias)^a	78 (18-89)	70 (29-97)	69 (21-84)	0,348
1^a avaliação HC IV e o óbito (dias)^a	46 (17-97)	42 (12-95)	46 (21-97)	0,219

Nota: INCA= Instituto Nacional de Câncer; HC IV= Hospital do Câncer IV.

^amediana/intervalo interquartil/ teste U de *Mann-Whitney*;

Tabela 5: Fatores associados aos pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos atendidos durante a pandemia de COVID-19.

Variáveis	Durante a pandemia de COVID-19			
	Univariada		Multivariada	
	OR (IC 95%)	p-valor ^d	OR (IC 95%)	p-valor ^e
Idade ≥60 anos (ref <60 anos)	0,90 (0,64-1,26)	0,544	-	
Sexo feminino (ref masculino)	0,95 (0,68-1,33)	0,764	-	
Cor da pele branca (ref não branca)	1,74 (1,22-2,47)	0,002	1,66 (1,15-2,39)	0,006
Renda familiar percapita ≥ R\$522,50 (ref <R\$522,50)	1,31 (0,86-1,99)	0,212	-	
Sítio tumoral primário				
TGI (ref outros ^c)	3,06 (1,64-5,71)	<0,001	2,95 (1,55-5,62)	0,001
Ginecológico (ref outros ^c)	2,13 (1,16-3,92)	0,015	1,63 (0,86-3,09)	0,133
Cabeça e pescoço ^b (ref outros ^c)	1,64 (0,88-3,08)	0,121	1,18 (0,60-2,32)	0,630
Mama (ref outros ^c)	1,33 (0,69-2,57)	0,390	1,17 (0,59-2,34)	0,643
Pulmão (ref outros ^c)	1,58 (0,77-3,23)	0,207	1,49 (0,71-3,13)	0,285
Pele, ossos e tecidos moles (ref outros ^c)	2,53 (1,22-5,24)	0,013	2,40 (1,13-5,08)	0,023
Metástase a distância (ref não)	1,38 (0,90-2,13)	0,143	-	

Tratamento prévio (ref não)	1,13 (0,73-1,76)	0,579	-	
Tipos de tratamento prévio				
Cirurgia (ref não)	0,99 (0,71-1,37)	0,946	-	
Quimioterapia (ref não)	1,37 (0,96-1,96)	0,079	-	
Radioterapia (ref não)	1,49 (1,07-2,07)	0,018	1,83 (1,26-2,55)	0,001
KPS (%)	1,01 (1,00-1,02)	0,118	-	
ASG-PPP VR (pontos)	1,05 (1,02-1,07)	0,001	1,06 (1,02-1,09)	0,001
Sintomas				
Hiporexia (ref não)	1,55 (1,12-2,16)	0,009	-	
Náuseas (ref não)	1,50 (1,06-2,12)	0,023	-	
Vômitos (ref não)	1,56 (1,06-2,31)	0,025	-	
Fadiga (ref não)	1,09 (0,76-1,56)	0,643	-	
Dor (ref não)	1,15 (0,81-1,63)	0,422	-	
Relacionados ao humor, depressão, ansiedade ou tristeza (ref não)	1,25 (0,74-1,35)	0,489	-	
Albumina (g/dL)	2,02 (0,98-2,61)	0,087	-	

PCR (mg/L)	0,97 (0,95-1,02)	0,074	-
Leucócitos (/μL)	0,99 (0,99-1,00)	0,981	-
Triagem no INCA e a 1ª avaliação HC IV (dias)^a	1,01 (1,01-1,02)	0,036	-
Triagem no INCA e óbito (dias)^a	1,00 (0,99-1,00)	0,254	-
Último tratamento e a 1ª avaliação HC IV (dias)^a	1,24 (0,98-1,25)	0,357	-
1ª avaliação HC IV e o óbito (dias)^a	0,99 (0,99-1,00)	0,201	-

Nota: OR= *odds ratio*; IC= intervalo de confiança; TGI= trato gastrointestinal; KPS= *Karnofsky Performance Status*; ASG-PPP VR= Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Paciente versão reduzida; PCR= proteína C-reativa; INCA= Instituto Nacional de Câncer; HCIV= Hospital do Câncer IV apardo/mulato/moreno/caboclo/amarelo;

^bOral e cavidade nasal, faringe, laringe, glândulas salivares, seios paranasais, olhos e tireóide;

^cLeucemia, linfoma, mieloma, sistema nervoso central, rim e trato urinário, órgãos genitais masculinos, peritônio, mediastino e local não reconhecido;

^dP-valor refere-se a regressão logística univariada;

^eP-valor refere-se a regressão logística multivariada (foram selecionadas para a regressão multivariada todas as variáveis com p-valor<0,200 na univariada. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis com p-valor<0,050).

8 CONCLUSÃO

Etnia, tipo de tumor primário, radioterapia prévia e risco nutricional se associaram ao câncer avançado durante a pandemia por COVID-19.

Os impactos causados pela pandemia por COVID-19 na assistência em cuidado paliativo ainda são incertos. Nossa pesquisa apresentou os resultados de uma unidade especializada em cuidado paliativo no paciente com câncer. A literatura publicada ainda é escassa, tornando nossa análise comparativa de dados, uma ferramenta para início do debate a respeito dessa temática. Mais trabalhos semelhantes deveriam ser desenvolvidos para melhores comparações futuras visando o planejamento para conter os impactos causados pela pandemia por COVID-19.

Quanto ao questionamento levantado pelos profissionais do HC IV, esta pesquisa não foi suficiente para respondê-lo, provavelmente pelo intervalo pequeno entre os períodos comparados. Possivelmente, com um período de comparação maior, mais impactos trazidos pela pandemia por COVID-19 possam ser mais bem evidenciados.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, J. L. et al. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 324-334, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2008.v42n2/324-334/>. Acesso em: 23 out. 2023.
- BELTRAN-AROCA, C. M. et al. Impact of the COVID-19 Pandemic on Palliative Care in Cancer Patients in Spain. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 22, p. 11992, 2021. DOI: 10.3390/ijerph182211992. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/22/11992>. Acesso em: 10 jul. 2022.
- BRAGA, I. O. et al. Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigilância sanitária em debate [online]** v. 8, n. 2, p. 54-63, 2020. DOI: 10.22239/2317-269x.01531. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5705/570567430007/html/>. Acesso em 16 jun. 2022.
- BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Judicialização e saúde: ações para acesso à saúde pública de qualidade**. Brasília, 2021. 164 p. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2021/07/Relatorio_Judicializacao-eSociedade-16072021.pdf. Acesso em: 04 jul. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde, de 14 de outubro de 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 de out. 2023.
- CASTILHO, Rodrigo Kappel; SILVA, Vitor Carlos Santos da; PINTO, Cristhiane da Silva. **Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) – 3. ed.** Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.
- CEPELLOS, V. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas**, v. 61, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/9GTWvFfzYFnzHKyBhqGPc4j/>. Acesso em: 23 out. 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA CRIA NOVAS ÁREAS DE ATUAÇÃO MÉDICA. **Conselho Federal de Medicina**, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/conselho-federal-de-medicina-cria-novas-areas-de-atuacao-medica/>. Acesso em: 18 jun. 2022.
- CHANG, A. Y. et al. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems: a review. **Journal of Internal Medicine**, v. 289, n. 4, p. 450-462, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/joim.13184>. Acesso em: 18 jun. 2022.
- CHAUHAN, Richa et al. The impact of COVID-19 pandemic on the practice of radiotherapy: A retrospective single-institution study. **Cancer Research, Statistics, and Treatment**, v. 3, n. 3, p. 467-474, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/crst/Fulltext/2020/03030/The_impact_of_COVID_19_pandemic_on_the_practice_of.10.aspx. Acesso em: 23 out. 2023.
- CHARNIZON, D.; GOMES, S. A.; MIWA, M. U. **Diagnóstico Situacional das Residências**

em Cuidados Paliativos no Brasil: comitê de pós-graduação e residências médicas da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2021. E-book. Disponível em: <https://paliativo.org.br/blog/ancp-lanca-diagnostico-situacional-residencias-cuidados-paliativos-brasil>. Acesso em: 5 jul. 2022.

A ENFERMAGEM em Cuidados Paliativos. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/a-enfermagem-em-cuidados-paliativos>. Acesso em: 23 out. 2023.

FERRELL, B. R. et al. Integration of palliative care into standard oncology care: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. **Journal of Clinical Oncology**, v. 35, n. 1, p. 96-112, 2017. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.1474. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.2016.70.1474>. Acesso em: 17 jun. 2022.

FINKELSTEIN, Eric A. et al. Cross-country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. **Journal of pain and symptom management**, v. 63, n. 4, p. e419-e429, 2022. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421006734>. Acesso em: 14 out. 2023.

FREITAS, R. de et al. Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer Avançado e Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. TemaAtual, p. e-1077, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1077. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1077>. Acesso em: 16 jun. 2022.

HUNES GRASSI GOMES VICTOR, G. Cuidados Paliativos no Mundo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 62, n. 3, p. 267-270, 2016. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.343. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/343>. Acesso em: 7 ago. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Institucional. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/institucional>. Acesso em: 18 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Hospital do Câncer I. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/atendimento-inca/hospital-do-cancer-i>. Acesso em: 18 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Hospital do Câncer II. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/atendimento-inca/hospital-do-cancer-ii>. Acesso em: 18 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Hospital do Câncer III. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/atendimento-inca/hospital-do-cancer-iii>. Acesso em: 18 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Hospital do Câncer IV. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/atendimento-inca/hospital-do-cancer-iv>. Acesso em: 18 jun. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Cuidados paliativos: vivências e aplicações práticas do Hospital do Câncer IV / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes**

da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2021. E-book. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/cuidados-paliativos-vivencias-e-aplicacoes-praticas-do-hospital-do-cancer-iv>. Acesso em: 18 jun. 2022.

JAZIEH, A. R. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on cancer care: a global collaborative study. **JCO global oncology**, v. 6, p. 1428-1438, 2020. DOI: [10.1200/GO.20.00351](https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00351). Disponível em: https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00351?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 23 out. 2023.

LIENECK, C. et al. Provision of Palliative Care during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review of Ambulatory Care Organizations in the United States. **Medicina**, v. 57, n. 10, p. 1123, 2021. DOI: [10.3390/medicina57101123](https://doi.org/10.3390/medicina57101123). Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/57/10/1123/htm>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MATOS, B. S. de.; CONCEIÇÃO, T. M. A.. Reflexões sobre Cuidados Paliativos no Brasil durante a Pandemia da Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. TemaAtual, p. e-1242, 2020. DOI: [10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1242](https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1242). Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1242>. Acesso em: 16 jun. 2022.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T. DE; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª edição. 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2022.

MEIER, D. E., MCCORMICK E., LAGMAN R. L. Hospice: Philosophy of care and appropriate utilization in the United States. **UpToDate**. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hospice-philosophy-of-care-and-appropriate-utilization-in-the-united-states?search=hospice&source=search_result&selectedTitle=1~138&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 4 jul. 2022.

MOREIRA, M. de M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 79-94, 1998. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/414>. Acesso em: 23 maio. 2023.

MOYNIHAN, R. et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. **BMJ open**, v. 11, n. 3, p. e045343, 2021. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/3/e045343?versioned=TRUE>. Acesso em: 18 jun. 2022.

NATIONAL CANCER INSTITUTE (NCI). **NCI Dictionary of Cancer Terms**. Disponível em: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/karnofsky-performance-status>. Acesso em: 18 jun. 2022.

OKEREKE, Melody et al. Impact of COVID-19 on access to healthcare in low-and middle-income countries: current evidence and future recommendations. **The International journal of health planning and management**, v. 36, n. 1, p. 13-17, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.3067>. Acesso em: 18 jun. 2022.

OLIVEIRA, E. R. L. de; FERREIRA, S. M. I. L.; SANTOS, C. M. C. dos; SILVA, I. E. S. e. Impacts of the COVID-19 pandemic on the treatment of oncological patients: An ecological study. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 12, p. e154111234280, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i12.34280. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34280>. Acesso em: 9 ago. 2023.

PAROLA, V. et al. Travelbee's Theory: Human-to-Human Relationship Model - its suitability for palliative nursing care. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serV, n. 2, p. e20010, 2020. DOI: 10.12707/RV20010. Disponível em http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2022.

PESQUISA aponta impacto da pandemia e traz indicadores para basear Plano Nacional para a saúde. **Conselho Nacional de Justiça**, 2021. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/pesquisa-aponta-impacto-da-pandemia-e-traz-indicadores-para-basear-plano-nacional-para-a-saude/>. Acesso em: 23 out. 2023.

PÉUS, D.; NEWCOMB, N.; HOFER, S.. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. **BMC medical informatics and decision making**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2013. Disponível em: <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-72>. Acesso em: 23 out. 2023.

PUBLICADA Resolução CFN/CRN que regulamenta a Especialidade de Nutrição em Cuidados Paliativos. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2021. Disponível em: <https://paliativo.org.br/publicada-resolucao-cfn-crn-regulamenta-especialidade-nutricao-clinica-cuidados-paliativos>. Acesso em: 23 out. 2023.

PUBLICADA MATRIZ DE 2 ANOS PARA RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA PALIATIVA. **Portal Hospitais Brasil**. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/publicada-matriz-de-2-anos-para-residencia-em-medicina-paliativa/>. Acesso em: 18 jun. 2022.

PUBLICADA RESOLUÇÃO nº 539 que reconhece a Fisioterapia em Cuidados Paliativos como Área de Atuação. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2021. Disponível em: <https://paliativo.org.br/blog/publicada-resolucao-539-reconhece-fisioterapia-cuidados-paliativos-area-atuacao>. Acesso em: 23 out. 2023.

RADBRUCH, L. et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. **J Pain Symptom Manage**, v. 60, n. 4, p. 754-764, 2020. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027 Disponível em: [https://www.jpainjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30247-5/fulltext](https://www.jpainjournal.com/article/S0885-3924(20)30247-5/fulltext). Acesso em: 17 jun. 2022.

RIERA, R. et al. Delays and disruptions in cancer health care due to COVID-19 pandemic: systematic review. **JCO Global Oncology**, v. 7, n. 1, p. 311-323, 2021. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/10.1200/GO.20.00639?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 18 jun. 2022.

RODRIGUES, L.P. **Terapia da dignidade: uma revisão narrativa de literatura**. 2021.

Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/236488>. Acesso em: 21 jun. 2022.

ROSA, K. S. C. **Proposta de um algoritmo de triagem nutricional para pacientes com câncer incurável em cuidados paliativos**. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Instituto Nacional de Câncer, INCA. Rio de Janeiro, p. 143. 2022.

SAMPAIO, S. G. dos S. M.; DIAS, A. M.; FREITAS, R. de. Orientações do Serviço Médico de uma Unidade de Referência em Cuidados Paliativos Oncológicos frente à Pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. TemaAtual, p. e-1058, 2020. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1058. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1058>. Acesso em: 16 jun. 2022.

SANTANA, M. T. E. A. et al. Adaptação transcultural e validação semântica de instrumento para identificação de necessidades paliativas em língua portuguesa. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/jXYwndR7CyxFVSMHBrPXMQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2023.

SANTOS, A. F. J. dos; FERREIRA, E. A. L.; GUIRRO, U. B. P. (org.). **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020. E-book. Disponível em: <https://paliativo.org.br/anep-atlas-dos-cuidados-paliativos-no-brasil>. Acesso em: 18 jun. 2022.

SAUNDERS, C. The evolution of palliative care. **Patient education and counseling**, v. 41, n. 1, p. 7-13, 2000. DOI:10.1016/S0738-3991(00)00110-5. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399100001105>. Acesso em: 23 out. 2023.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Guía de Cuidados Paliativos. Disponível em: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1. Acesso em 17 jun. 2022.

SPENCER, Katie et al. The impact of the COVID-19 pandemic on radiotherapy services in England, UK: a population-based study. **The lancet oncology**, v. 22, n. 3, p. 309-320, 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30743-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30743-9/fulltext). Acesso em: 23 out. 2023.

SUPPORTIVE AND PALLIATIVE CARE INDICATORS TOOL (SPICT). Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version) - SPICT-BR. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/>. Acesso em: 17 jun. 2022.

THE WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ASSOCIATION. **Global Atlas of Palliative Care**. London, UK, 2020. 120 p. Disponível em: <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>. Acesso em: 18 jun. 2022.

TODARO, J. et al. Palliative care to cancer patients: how COVID-19 pandemic could affect quality of care. **Einstein (São Paulo)**, v. 20, 2022. DOI: 10.31744/einstein_journal/2022AO6459. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZKDv8PGXrFpRgCD6XXm4YBm/>. Acesso em: 10 jul. 2022.

VALADARES, C. Ministério da Saúde normatiza cuidados paliativos no SUS. **Governo Federal**, 23 nov. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2018/novembro/ministerio-normatiza-cuidados-paliativos-no-sus>. Acesso em: 18 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39524>. Acesso em: 17 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: WHO, 2002. E-book. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso em: 5 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative Care**. [Online] 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 17 jun. 2022.

ANEXO A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (PESQUISA ORIGINAL)

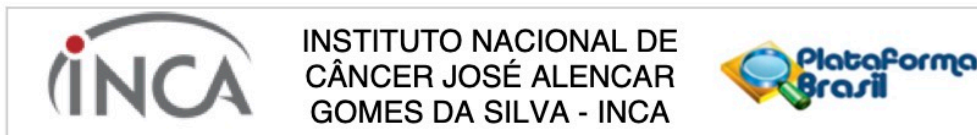
DADOS GERAIS					
Data da avaliação: ___/___/_____		Local: 0() Ambulatório 1() Internação hospitalar. Leito _____			
Gênero: 0() Masculino 1() Feminino		Data de Nascimento: ___/___/_____	Idade: _____ anos		
Você frequentou a escola?: 0() Não 1() Sim		Qual foi a última série (ano) que você concluiu com aprovação? _____			
Como você classifica sua cor? 1() branca 2() parda/mulata/morena/cabocla 3() negra 4() amarela/oriental 5() indígena					
Qual seu estado civil? 1() casado 2() divorciado 3() solteiro 4() viúvo 5() Outro. Qual? _____					
Renda familiar total (R\$): _____		Número de moradores do lar: _____			
DADOS CLÍNICOS					
Data da triagem no INCA: ___/___/_____	KPS EQUIPE (%): _____	KPS PESQUISA (%): _____			
Diagnóstico principal: 0() TGI 1() Gineco 2() Cabeça e Pescoço 3() Mama 4() Pulmão 5() Pele, ossos e tecidos moles 6() Leucemia, linfoma, mieloma 7() Outro. Qual? _____					
Segundo primário: 0() Não 1() Sim. Qual? _____					
Metástases: 0() Local 1() À distância 2() Local + à distância.					
Tratamento prévio: 0() Não(virgem) 1() Sim					
Quimioterapia: 0() Não 1() Sim	Se sim, 0() Radical 1() Pali 2() Ambas	Data da última: ___/___/_____			
Radioterapia: 0() Não 1() Sim	Se sim, 0() Radical 1() Pali 2() Ambas	Data da última: ___/___/_____			
Braquiterapia: 0() Não 1() Sim	Se sim, 0() Radical 1() Pali 2() Ambas	Data da última: ___/___/_____			
Cirurgia: 0() Não 1() Sim	Se sim, 0() Radical 1() Pali 2() Ambas	Data da última: ___/___/_____			
Comorbidades: 0() Não 1() Sim					
DM: 0() Não 1() Sim	HAS: 0() Não 1() Sim	DCV: 0() Não 1() Sim	Outra: 0() Não 1() Sim Qual? _____		
EXAMES LABORATORIAIS					
<i>*Caso algum exame não seja realizado no dia da avaliação, registrar o mais recente.</i>					
Data do exame: ___/___/_____	Hemácias(μL): _____	Hemoglob(g/dL): _____	Hematócrito (%): _____		
Leucócitos (μL): _____	Linfócitos(μL): _____	Monócitos(μL): _____	Neutrófilos (μL): _____		
Plaquetas (k/μL): _____	Albumina(g/dL): _____	PCR (mg/L): _____			
CORREÇÕES PARA ANTROPOMETRIA					
Correção de edema	() Tornozelo (+): 1kg	() Raiz da coxa (+++): 5-6kg	Correção de ascite	() Leve: 2,2kg	() Grave: 14kg
	() Joelho (++) : 3-4kg	() Anasarca (++++): 10-12kg		() Moderada: 6kg	
*ESTATURA: _____ m					

Fonte: Rosa, 2022 (autorizada a divulgação pelo autor)

ASG-PPP VERSÃO RESUMIDA		
1. PESO		2. INGESTÃO ALIMENTAR
Resumo do peso atual e recente: Atualmente peso aproximadamente _____ kg Eu tenho aproximadamente 1 metro e _____ cm Há 1 mês costumava pesar _____ kg Há 6 meses atrás eu costumava pesar _____ kg		Comparada com a minha alimentação habitual, no último mês , eu tenho comido: #Igual (0) #Mais que o habitual (0) #Menos que o habitual (-)
Durante as duas últimas semanas o meu peso: Diminuiu (1) Ficou igual (0) Aumentou (0)		<i>Só se estiver comendo menos que habitual, continuar...</i>
<i>Só se o peso tiver diminuído, continuar...</i>		Atualmente , eu estou comendo:
<i>Use o peso de 1 mês atrás. Se não tiver, use o de 6 meses</i>		#A mesma <i>comida</i> (sólida) em menor quantidade que o habitual (1) #A mesma <i>comida</i> (sólida) em pouca quantidade (2) #Apenas alimentos líquidos (3) #Apenas suplementos nutricionais (3) #Muito pouca quantidade de qualquer alimento (4) #Apenas alimentação por sonda ou veia (0)
PP 1 mês	Pontos	PP em 6 meses
10% ou mais	4	20% ou mais
5 – 9,9%	3	10 – 19,9%
3 – 4,9%	2	6 – 9,9%
2 – 2,9%	1	2 – 5,9%
0 – 1,9%	0	0 – 1,9%
Cálculo		
PP 1 mês (%)	= _____	
PP 6 meses (%)	= _____	
CAIXA 1 _____ Somar (<i>máximo 5</i>)		CAIXA 2 _____ Indicar valor mais alto (<i>máximo 4</i>)
3. SINTOMAS		4. ATIVIDADES E CAPACIDADE FUNCIONAL
Durante as 2 últimas semanas , eu tenho tido os seguintes problemas que me impedem de comer o suficiente <i>Marcar todos que estiver sentindo</i> # sem problemas para me alimentar (0) # sem apetite, apenas sem vontade de comer (3) # náuseas (enjoo) (1) # obstipação (intestino preso) (1) # feridas na boca (2) # coisas têm gosto estranho ou não têm gosto (1) # problemas para engolir (2) # vômitos (3) # diarreia (3) # boca seca (1) # os cheiros me incomodam (1) # me sinto rapidamente satisfeito (1) # cansaço/ fadiga (1) # dor: onde(3) _____ # outros (1). Ex: depressão, problemas dentários ou financeiros, etc.		No último mês , de um modo geral eu consideraria a minha atividade (função) como: #Normal, sem nenhuma limitação (0) #Não estou totalmente normal, mas capaz de manter quase todas as atividades normais (1) #Sem disposição para a maioria das coisas, mas ficando na cama ou na cadeira menos da metade do dia(2) #Capaz de fazer pouca atividade e passando a maior parte do tempo do dia na cadeira ou na cama (3) #Praticamente acamado, raramente fora da cama (3)
CAIXA 3 _____ Somar (<i>máximo 24</i>)		CAIXA 4 _____ Indicar valor mais alto (<i>máximo 3</i>)
SCORE FINAL _____ (somar os pontos das quatro caixas)		

Fonte: Rosa, 2022 (autorizada a divulgação pelo autor)

ANEXO B – PARECER CEP INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE IMPACTO NUTRICIONAL E MARCADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO.

Pesquisador: KARLA SANTOS DA COSTA ROSA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 17606919.3.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer IV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.550.658

Apresentação do Projeto:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliados os termos que apresentaram pendência em parecer anterior:

1 - Projeto de Pesquisa: Adequado.

2 – Cronograma: Adequado.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE IMPACTO NUTRICIONAL E MARCADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO.

Pesquisador: KARLA SANTOS DA COSTA ROSA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 17606919.3.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer IV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.550.658

Apresentação do Projeto:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliados os termos que apresentaram pendência em parecer anterior:

1 - Projeto de Pesquisa: Adequado.

2 – Cronograma: Adequado.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE IMPACTO NUTRICIONAL E MARCADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO.

Pesquisador: KARLA SANTOS DA COSTA ROSA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 17606919.3.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer IV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.550.658

Apresentação do Projeto:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram avaliados os termos que apresentaram pendência em parecer anterior:

1 - Projeto de Pesquisa: Adequado.

2 – Cronograma: Adequado.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER JOSÉ ALENCAR
GOMES DA SILVA - INCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE IMPACTO NUTRICIONAL E MARCADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES COM CÂNCER AVANÇADO.

Pesquisador: KARLA SANTOS DA COSTA ROSA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 17606919.3.0000.5274

Instituição Proponente: Hospital do Câncer IV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.550.658

Apresentação do Projeto:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme descrito nos Pareceres Consubstanciado do CEP-INCA de números 3.487.024, 3.518.399 e 3.540.786.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

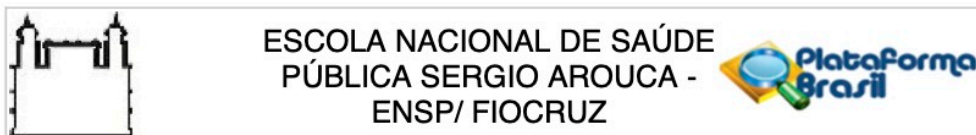
Foram avaliados os termos que apresentaram pendência em parecer anterior:

1 - Projeto de Pesquisa: Adequado.

2 – Cronograma: Adequado.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 204
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP ENSP FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

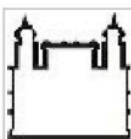
Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado “O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária”, de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O’Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

“No início de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta de coronavírus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

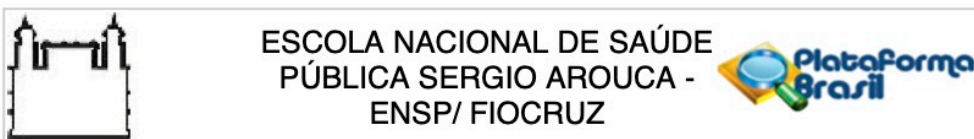
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

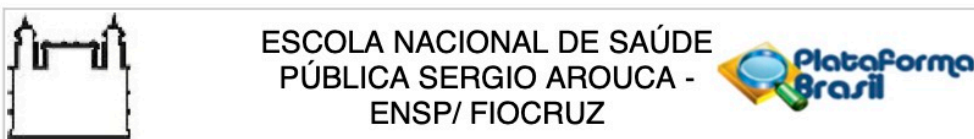
Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

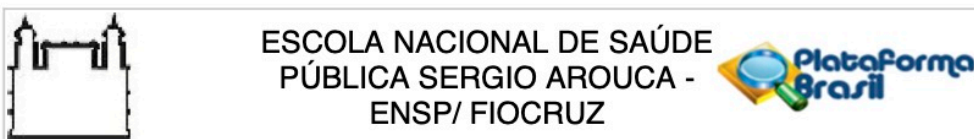
Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

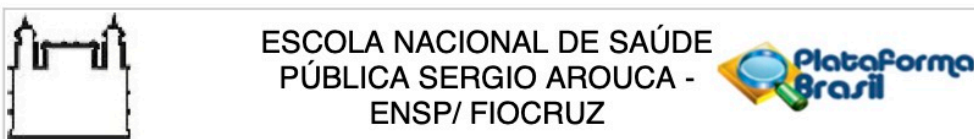
Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

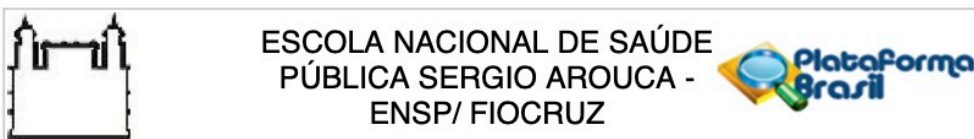
Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

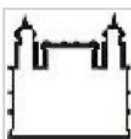
Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

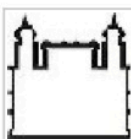
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

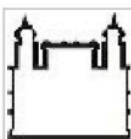
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

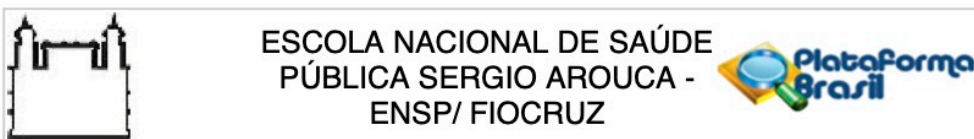
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

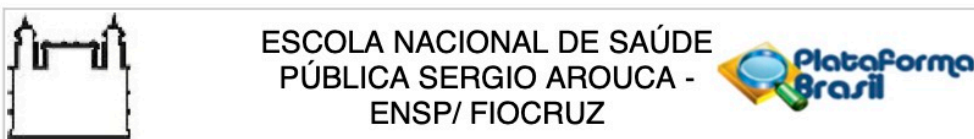
Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária

Pesquisador: BRUNO FERNANDO DA SILVA REIS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63157222.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.712.355

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se à análise das respostas às pendências emitidas pelo CEP/ENSP através do parecer consubstanciado número 5.661.022 datado de 23/09/2022.

Projeto intitulado "O Impacto da Pandemia por COVID-19 na Assistência em Cuidado Paliativo Oncológico em uma Unidade de Saúde Terciária", de autoria de : Bruno Fernando da Silva Reis, aluno de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, orientado por: Gisele O'Dwyer de Oliveira. Segundo o autor, o projeto possui financiamento próprio no valor de R\$ 100,00. Cabe destacar que o projeto de pesquisa foi qualificado em 28/07/2022.

Segundo o projeto na íntegra postado na Plataforma Brasil:

"No início de de março de 2020, foi declarado como situação pandêmica pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a então recente descoberta coronavirus disease 2019 (COVID-19). Os sistemas de saúde ao redor do mundo entraram em colapso, e isso não foi diferente na realidade brasileira. O Hospital do Câncer IV (HC IV), a Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é uma referência nacional na assistência, ensino e pesquisa em cuidado paliativo oncológico. Por ser a pandemia por COVID-19, algo ainda recente e vigente nos sistemas de saúde ao redor do planeta, pouco se sabe sobre seu real impacto na assistência de pacientes adultos em cuidado paliativo oncológico, o que implica de fato um olhar mais profundo

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br