



UNICAMP

ANA BEATRIZ BORTOLANSA PACAGNELA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS PORTADORES DE
NEOPLASIA ASSISTIDOS NO COMPLEXO HOSPITALAR DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (SP)**

Campinas

2013



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS PORTADORES DE
NEOPLASIA ASSISTIDOS NO COMPLEXO HOSPITALAR DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (SP)**

Ana Beatriz Bortolansa Pacagnella

Tese de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp para obtenção do Título de Mestre em Gerontologia. Sob orientação da Profa. Dra. Maria Elena Guariento e co-orientação da Profa. Dra. Carmen Silvia Passos Lima

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA ALUNA ANA BEATRIZ BORTOLANSA PACAGNELLA E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. MARIA ELENA GUARIENTO

Campinas

2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P113p Bortolansa Pacagnella, Ana Beatriz, 1987-
Perfil sociodemográfico de idosos portadores de neoplasia assistidos no complexo hospitalar da Universidade de Estadual de Campinas (SP) / Ana Beatriz Bortolansa Pacagnella. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Maria Elena Guariento.
Coorientador: Carmen Sílvia Passos Lima.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Idoso. 2. Neoplasias. 3. Classe social. I. Guariento, Maria Elena, 1955-. II. Lima, Carmen Sílvia Passos, 1957-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Sociodemographic profile of elderly patients with neoplasia attended in the hospital complex of Campinas University

Palavras-chave em inglês:

Aged

Neoplasms

Social class

Área de concentração: Gerontologia

Titulação: Mestra em Gerontologia

Banca examinadora:

Maria Elena Guariento [Orientador]

Marisa Accioly Rodrigues da Costa Domingues

Regina Maria Innocencio Ruscalleda

Data de defesa: 12-12-2013

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ANA BEATRIZ BORTOLANSA PACAGNELLA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARIA ELENA GUARIENTO

MEMBROS:

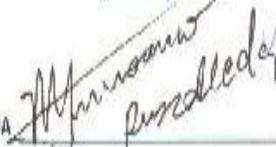
1. PROF(A). DR(A). MARIA ELENA GUARIENTO



2. PROF(A). DR(A). MARISA ACCIOLY RODRIGUES DA COSTA DOMINGUES



3. PROF(A). DR(A). REGINA MARIA INOCENCIO RUSCALLED



Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 12 de dezembro de 2013

Dedicatória:

Este trabalho é dedicado aos meus pais, Luis e Vânia, exemplos de dedicação e superação.

Agradecimentos:

A Deus, por nunca me desamparar e colocar pessoas boas no meu caminho.

Aos meus pais, que me apoiaram e não me deixam em momento algum desistir dos meus sonhos, que me dão força e suporte para seguir em frente.

A Cinthia e Luis Guilherme meus irmãos amados e que souberam me apoiar e me incentivar a cada dia.

À Profa. Dra. Maria Elena Guariento, que me deu a oportunidade de mostrar meu trabalho e que me ensinou muito, que me apoiou em horas difíceis e sempre teve a palavra certa no momento certo.

À Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri, que sempre me apoiou e foi fonte de minha inspiração que me acolheu e me ensinou

À Dra. Rosália Matera Alves, meu eterno carinho por me acolher e ser essa parceira por sempre me ensinar.

À Dr. André Fattori, minha gratidão e meu inestimável carinho, por ser não somente um profissional exemplar, mas também por ser um ser humano único,

não existem palavras e agradecimentos que exprimam toda a minha admiração
obrigada.

À Andréa Sposito, que me ensina a cada dia que o poder da mudança está na nossa mente, que é possível se transformar dia a dia.

À Luciana Martins, por me apoiar me incentivar e me ajudar em meu crescimento profissional e pessoal;

Às companheiras mais fofas de república: Aline, Alexandra, Bruna, Daniele, Herminiane, Marília, Monique, Taynã, que fazem dos meus dias mais alegres e felizes, que não me desamparam e me ajudam a seguir em frente. Obrigada por entenderem momentos de renúncia e por vibrarem comigo a cada vitória conquistada.

Às minhas amigas de mestrado, Natalia Arroyo, Ana Flávia, Mariana Reis, Eva, Maria Clara, Giovanna, Arlete, Lais, Ligiane, Veridiana por todo apoio e carinho por dividirem momentos de alegrias e ensinamentos.

Aos meus amigos, Bárbara, Gabriela, Cristiane, Maria Zilda, Luciana, Natália, Luana, Andrea, Marcus, Michel, Juliana, Marina, Danilo, Marcelo, Mirele, Aline, Amanda, Ingrid, Rosana, Raquel, Marcelo, Adris, Daniele, Renata, Sandra, Magda, Luana, Ivani, Cristina, Ana, por estarem comigo sempre, por me incentivar e motivar sejam quais forem os desafios sei que vocês estão por perto.

A Felipe Carricondo, professor e amigo que me ensina diariamente o significado de disciplina e dedicação.

A Irene, amiga para todas as horas, com quem dividi alegrias e tristezas, que foi peça fundamental para meu desenvolvimento pessoal.

A todos os idosos do ambulatório de geriatria.

A todas as Assistentes Sociais da Unicamp, em especial, Edna, Virginia, Tida, Marcia e Ana Maria, pelos ensinamentos diários que foram fundamentais para o meu desenvolvimentos pessoal.

A Emilly e Manoella, alunas da medicina fundamentais para o desenvolvimento desse trabalho.

A Natalia Costa Arroyo pelo apoio, pela amizade pelo carinho e por todas as aventuras que tivemos e ainda teremos.

Ao CAPES pelo apoio e incentivo.

Epígrafe:

“A vida

A vida é uma oportunidade, aproveita-a.

A vida é beleza, admira-a.

A vida é beatificação, saborei-a.

A vida é sonho, torna-o realidade.

A vida é um desafio, enfrenta-o.

A vida é um dever, cumpre-o.

A vida é um jogo, joga-o.

A vida é preciosa, cuida-a.

A vida é riqueza, conserva-a.

A vida é amor, goza-a.

A vida é um mistério, desvela-o.

A vida é promessa, cumpre-a.

A vida é tristeza, supera-a.

A vida é um hino, canta-o.

A vida é um combate, aceita-o.

A vida é tragédia, domina-a.

A vida é aventura, afronta-a.

A vida é felicidade, merece-a.

A vida é a VIDA, defende-a.”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

As doenças neoplásicas incidem mais frequentemente na população idosa, e, embora ainda não se tenha comprovação definitiva, podem ter um curso mais grave na medida em que se associam com outras enfermidades crônicas, com incapacidade funcional e com as síndromes geriátricas. Um dos recursos para melhorar esse quadro constitui-se na detecção precoce e fácil acesso ao tratamento. O presente estudo buscou avaliar algumas características sociodemográficas (idade, sexo, IDH-M, distância entre município de origem e Campinas) dos idosos com neoplasia atendidos em três das oito unidades do complexo hospitalar da Universidade Estadual da Campinas - SP (Unicamp), na busca de traçar um perfil loco - regional dessa classe de enfermidades no segmento idoso da população, e de avaliar, ainda que indiretamente, a qualidade da assistência oferecida aos idosos portadores de doenças oncológicas. Os dados sociodemográficos foram confrontados com o tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento. Foram analisados os registros de idosos, de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer e que foram atendidos no Gastrocentro, Hemocentro, ou Hospital de Clínicas / Unicamp, no período de janeiro de 2.000 a julho de 2010. Os dados foram obtidos junto ao Serviço de Estatística do Câncer vinculado à Fundação Oncocentro de São Paulo. Dos 5.891 registros avaliados, 66,3% eram de homens, sendo que 48,8% dos pacientes tinham entre 60 a 69 anos; 67,1% provinham de municípios que distavam até no máximo 50 km de Campinas, e 22,3% eram desse município. Além disso, 65,3% dos pacientes avaliados provinham de municípios com IDH-M entre 0,707 e 0,740. Apenas IDH-M ($p = 0,003$) e distância entre município de origem e Campinas ($p = 0,019$) mostraram associação com tempo entre primeira consulta e início do tratamento antineoplásico. Esse estudo permite constatar a relevância dos indicadores sociais no que se refere ao acesso ao tratamento antineoplásico na população idosa.

ABSTRACT

Oncologic diseases are more frequent in the elderly population, and although we do not have definitive proof yet, the elders may have a more severe course when associated with other chronic diseases, functional disability and geriatric syndromes. A resource to improve this situation is based on the early detection and easy access to treatment. This study aimed to assess sociodemographic characteristics (age, gender, HDI-M, distance between the city of origin and Campinas) of the elderly with cancer treated at three of the eight units of the hospital complex at the University of Campinas – SP, Brazil (Unicamp), trying to delineate loco regional profile of this class of diseases in the elderly segment of the population, and to assess, even indirectly, the quality of care provided to elderly patients with malignancies. Sociodemographic data were faced with the time between first consultation at Unicamp and early treatment. It was analyzed the elderly profiles, of both sexes, diagnosed with cancer and who were treated at *Gastrocentro*, *Hemocentro* and *Clinic Hospital of Unicamp*, from January, 2000 to July, 2010. The data were obtained from the Statistical Service of Cancer linked to the *Oncocentro Foundation* in the State of São Paulo. From the 5,891 evaluated profiles, 66.3% were men, and 48.8% of the patients were between 60-69 years old; 67.1% came from municipalities that were far until a maximum of 50 km from Campinas and 22.3 % were from Campinas. In addition, 65.3% of patients were from municipalities with HDI-M between 0.707 and 0.740. Only HDI-M ($p = 0.003$) and distance between the city of origin and Campinas ($p = 0.019$) were associated with time between first consultation and beginning of anticancer treatment. This study highlights the relevance of social indicators to access the anticancer treatment in the elderly.

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

FOSP – Fundação Oncocentro de São Paulo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INCA – Instituto Nacional do Câncer

LOS – Lei Orgânica da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPC – Poder Paridade de Compra

RMC – Região Metropolitana de Campinas

RNB – Renda nacional Bruta

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade, Brasil, 1991/2010 (IBGE 2010)

Figura 2: Estimativa mundial de novos casos e de mortes relacionadas às dez neoplasias mais comuns, em países de baixa e alta renda, no ano de 2008 (WHO, 2010).

Figura 3. Distribuição percentual da população de estudo segundo sexo (Masc.: sexo masculino; Fem.: sexo feminino)

Figura 4. Distribuição percentual da população de estudo segundo faixa etária

Figura 5. Distribuição percentual da população de estudo segundo distância do município de origem até Campinas

Figura 6. Distribuição percentual da população de estudo segundo IDH-M (1: IDH-M < 0,707; 2: IDH-M ENTRE 0,707 E 0,740; 3: IDH-M > 0,740)

Figura 7. Distribuição percentual da população de estudo segundo ocorrência e tipo de óbito

Tabela 1. Distribuição da população de estudo segundo sexo (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 2. Distribuição da população de estudo segundo faixa etária (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 3. Distribuição da população de estudo segundo distância entre município de origem e Campinas (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 4. Distribuição da população de estudo segundo IDH-M (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 5. Distribuição da população de estudo segundo ocorrência e tipo de óbito (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 6. Tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento do tumor (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 7. Relação entre DELTA TEMPO e sexo (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 8. Relação entre DELTA TEMPO e faixa etária (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 9. Relação entre DELTA TEMPO e distância entre município de origem e Campinas (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Tabela 10. Relação entre DELTA TEMPO e IDH-M (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM / Unicamp.

Anexo 2: Artigo submetido à Revista da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Sumário

Resumo	xii
Abstract	xiii
Lista de Siglas e Abreviaturas	xvi
Lista de Ilustrações	xv
Lista de Anexos	xvi
1. INTRODUÇÃO.....	21
1.1 Caracterização atual das neoplasias e sua relação com o envelhecimento humano	23
1.2 Índice de Desenvolvimento Humano.....	29
1.3 Região Metropolitana de Campinas	31
1.4 O Sistema Único de Saúde	32
1.5 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	33
1.6 Fundação Oncocentro de São Paulo	34
1.7 Justificativa	35
2. OBJETIVO.....	37
2.1 Objetivos Gerais	37
2.2 Objetivos Específicos.....	37
3. METODOLOGIA	38
3.1 Caracterização da Amostra.....	38
3.2 Levantamento de Dados	38

3.3 Análise dos Dados	39
3.4 Aspectos Éticos	40
4. RESULTADOS.....	41
5. DISCUSSÃO.....	48
6. CONCLUSÕES.....	52
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM / Unicamp	
59	
ANEXO 2: Artigo.....	60

1. INTRODUÇÃO

O processo de transição demográfica atual, que se manifesta pelo envelhecimento populacional, coloca como desafio aos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, a premência de enfrentar uma nova realidade associada à mudança na composição da população e as consequências sociais, econômicas e sanitárias do progressivo aumento da proporção de idosos e decréscimo dos grupos etários mais jovens.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 1989) (1) define como idosos os indivíduos a partir de 60 anos de idade nos países em desenvolvimento e de 65 anos para os países desenvolvidos.

Dados preliminares do novo censo realizado pelo IBGE (2), no ano de 2010, mostram, em comparação com décadas anteriores, um desaceleramento no crescimento populacional, bem como uma redução no número de nascimentos e maior longevidade da população brasileira, demonstrando, uma evidente mudança na pirâmide etária brasileira, conforme se verifica na Figura 1.



Figura 1: Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade, Brasil, 1991/2010 (IBGE 2010)

A região sudeste apresenta o maior número de idosos distribuídos no país, fato esse que pode estar relacionado ao maior acesso a serviços de saúde e a uma melhor qualidade de vida.

Associada a essa mudança no perfil demográfico percebe-se alteração no padrão epidemiológico dos agravos de saúde. As doenças não transmissíveis são responsáveis por uma parcela significativa e crescente na carga de doenças no Brasil.

Em 1930, as doenças infecciosas respondiam por cerca de 46% das mortes em capitais brasileiras. A partir de então, verificou-se redução progressiva; em 2003, essas doenças já responderam por apenas 5% dessas mortes, aproximadamente. As doenças cardiovasculares, contudo, representavam somente 12% das mortes na década de 30 e, atualmente, respondem por quase um terço dos óbitos. Em segundo lugar, estão os

cânceres e, em terceiro, as mortes ocasionadas por acidentes e violências (Malta *et al.*, 2006) (3).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009) (4) revela que no Brasil 75,5% dos idosos são portadores de doenças crônicas não transmissíveis, mais prevalentes em idade avançada, destacando-se neste contexto as doenças neoplásicas.

O envelhecimento da população vincula às políticas de saúde a necessidade de estabelecer cuidados que contemplem especificamente a população idosa, tendo como intenção preservar a qualidade de vida e a funcionalidade destes indivíduos. Os idosos necessitam de cuidados e atenção específicos por sua maior predisposição para fragilidade biológica, psicológica e social, que pode culminar com maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos (Motta *et al.*, 2010) (5).

Entre os desafios que se apresentam aos gestores e profissionais da área de saúde, que se propõem a oferecer à população idosa no Brasil uma assistência qualificada e regida por princípios ético-humanitários, portanto, estão a promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação das enfermidades crônicas e seus agravos e pesquisas junto a população idosa na busca de novas maneiras de assistência a esta população.

1.1 Caracterização atual das neoplasias e sua relação com o envelhecimento humano

O câncer é definido como um conjunto de enfermidades crônicas, de caráter multicausal, originadas pelo crescimento desordenado das células (INCA, 2011) (6).

A presença do câncer já é conhecida há milênios. Hipócrates, em 377 A.C., descreveu muitas enfermidades cujo perfil clínico se assemelhava a alguns dos tipos de câncer, como os conhecemos atualmente. Relatos históricos também registram que, desde o ano 3000 A.C, médicos egípcios encontravam doenças que poderiam ser classificadas na categoria de neoplasias.

Apenas a partir do século XVIII, na Europa, é que os casos de morte por câncer passaram a ser documentados. Desde então, observou-se um aumento nas taxas de mortalidade por essa categoria de doenças.

Sabe-se, hoje, que as doenças neoplásicas vêm ganhando maior dimensão, tornando-se uma questão relevante de Saúde Pública, em nível global. A Figura 2 apresenta a estimativa de novos casos e de mortes relacionados às dez neoplasias mais comuns, no ano de 2008, considerando-se os países classificados segundo a distribuição de renda (WHO, 2010)(7).

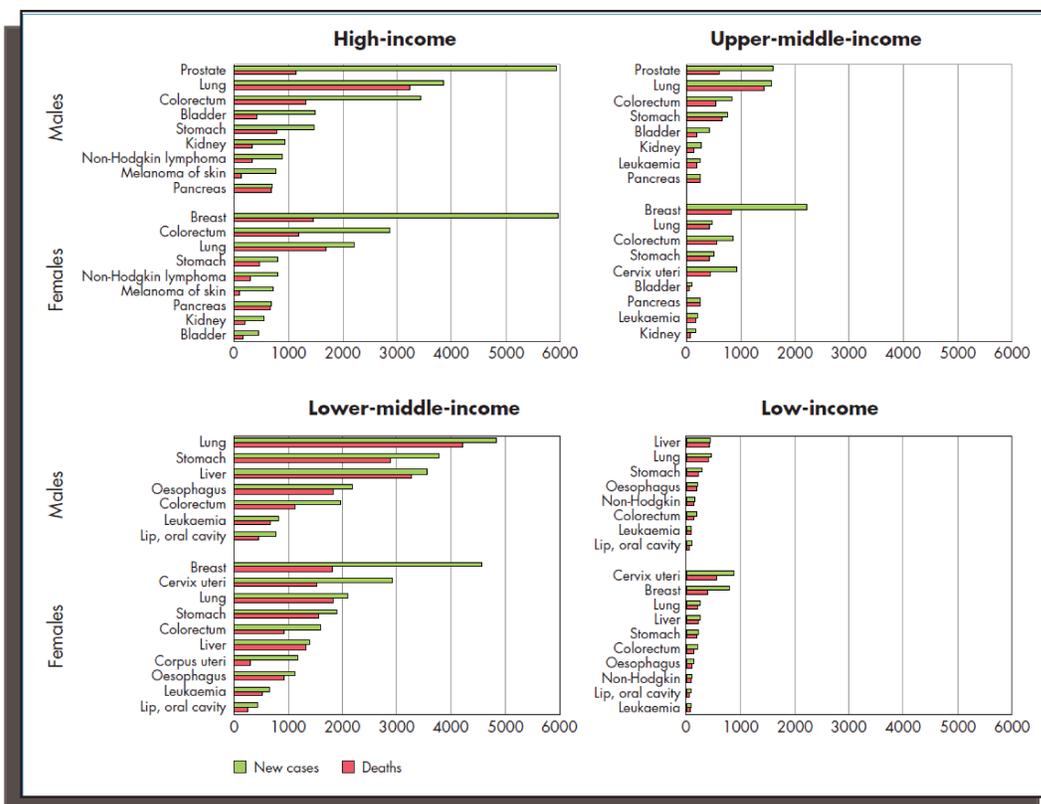


Figura 2: Estimativa mundial de novos casos e de mortes relacionadas às dez neoplasias mais comuns, em países de baixa e alta renda, no ano de 2008 (WHO, 2010).

No Brasil, as neoplasias são consideradas a segunda maior causa de mortes representando 11,84% dos óbitos, sendo precedidas apenas pelas doenças do sistema cardiocirculatório (INCA, 2011).

O número de neoplasias aumenta a cada ano, sendo que para 2011 as estimativas eram de 489.270 novos casos somente no Brasil, verificando-se na região Sudeste o registro da maior estimativa com 202.340 novos casos (INCA 2010)(8).

Em um estudo internacional realizado no ano de 2005, verificou-se que 70% de todas as neoplasias estimadas para o ano de 2030 irão ocorrer em indivíduos com 65 anos de idade ou mais (Fêde *et al.*, 2009)(9).

O avanço da idade é um fator de alto risco para o câncer, sendo os indivíduos maiores de 65 anos responsáveis por 60% das neoplasias malignas e 70% das mortes por câncer (Berger *et al.*, 2006)(10).

A taxa de incidência de câncer ajustada para idade é de 2151/100.000 habitantes para a população maior de 65 anos em comparação com 208/100.000 para os menores de 65 anos. Da mesma forma, a taxa de mortalidade por câncer ajustada para pessoas com mais de 65 anos é de 1068/100.000 em comparação com 67/100.000 para os menores de 65. Assim, constata-se que a incidência de câncer em pessoas com mais de 65 anos é dez vezes maior do que naqueles com menos de 65 anos, e a taxa de morte por câncer é dezesseis vezes maior em pacientes com mais de 65 anos em comparação com pacientes mais jovens (Berger *et al.*, 2006)(10).

Apesar da elevada incidência de neoplasias entre os idosos, ainda é insuficiente o que se conhece em relação às abordagens terapêuticas e a melhor forma de cuidar desses pacientes, fato demonstrado pela escassez de ensaios clínicos destinados à abordagem das neoplasias nessa faixa etária.

Segundo Berger *et al.* (2006)(10), em uma análise retrospectiva de 81 pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratável, 96% dos menores de 65 anos de idade foram tratados com radiação e dois agentes quimioterápicos, que é o padrão de atendimento da instituição. Em contraste, apenas 62% daqueles com mais de 65 anos receberam a terapia de radiação junto com dois agentes quimioterápicos. Este estudo sustenta o conceito de que, na existência de tratamento padrão para determinada neoplasia, pacientes idosos têm menos probabilidade de recebê-lo. Embora a terapia menos agressiva possa ser justificada na população idosa, há pouca evidência para demonstrar resultados comparáveis ou até mesmo benéficos com regimes de intensidade reduzida.

Futuros estudos se fazem necessários para identificar como as neoplasias se comportam nessa população e como respondem ao tratamento, a fim de obter manejo específico e, por conseguinte, melhor eficácia na abordagem das neoplasias malignas em idosos. Além disso, conhecer as características das neoplasias nessa parcela da população é útil para o planejamento de medidas de promoção à saúde, realização de diagnóstico precoce, melhor manejo da doença e melhora da qualidade de vida (Schramm *et al.*, 2004) (11).

Estimativas da OMS para 2025 mostram o Brasil entre os países com maior contingente populacional de idosos (Schramm *et al.*, 2004)(11). Para os autores, o Estado não conseguiu aplicar e desenvolver estratégias efetivas para o devido controle e tratamento das doenças crônico-degenerativas, levando assim a uma perda de autonomia e de qualidade de vida.

Neoplasias e outras enfermidades tais como as doenças cardiovasculares, as endocrinopatias, as doenças respiratórias crônicas, entre outras, já têm um papel importante na esfera da área de saúde, seja nos custos humanos e financeiros que essas condições mórbidas irão gerar, seja porque as mesmas têm influência na funcionalidade e na qualidade de vida dos idosos e de seus familiares.

Para que se desenvolva uma política de atenção mais focada no enfrentamento das doenças crônicas, particularmente das neoplasias, faz-se necessário contar com uma base de informações confiáveis e que inclua dados sobre prevalência, incidência, perfil sócio-demográfico e clínico relacionado a essas categorias de enfermidades. Desse modo, será possível planejar medidas preventivas e direcionar as estratégias de ação para o tratamento e controle dessas enfermidades.

Há mais de duas décadas, o Instituto Nacional do Câncer, vinculado ao Ministério da Saúde, implantou os Registros de Câncer, que compreendem os de base populacional e os registros hospitalares, distribuídos pelo território nacional. Estes registros permitem conhecer os casos novos de neoplasias, além de acompanhar e aprimorar as propostas de enfrentamento, de forma sistemática e contínua. No Brasil existem mais de 20 postos de coletas desses dados, localizados em hospitais que prestam atendimento especializado aos portadores de câncer (INCA, 2010)(6).

O risco de câncer em uma determinada população varia em função das condições sociais, políticas, ambientais e econômicas em que ela a mesma se encontra, além dos fatores genéticos e biológicos intrínsecos aos indivíduos que compõem a mesma. Portanto, esses fatores precisam ser contemplados nas pesquisas que têm em vista ações de prevenção e tratamento.

Sabe-se, hoje, que entre os principais fatores associados ao desenvolvimento das neoplasias em seres humanos estão os que se relacionam aos hábitos de vida comumente observados nas sociedades ocidentais, tais como o tabagismo, alimentação rica em calorias e carboidratos e sedentarismo (INCA, 2010) (8). Por outro lado, reconhecer os fatores de risco possibilita adotar medidas preventivas, assim como realizar um diagnóstico mais precoce, o que torna o prognóstico muito mais favorável para grande parte das neoplasias. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, a Organização Mundial da Saúde, em 2002, através do Programa Nacional para o Controle do Câncer, passou a orientar todos os países para que buscassem promover a conscientização tanto da população como dos profissionais da área de saúde, quanto ao reconhecimento de sinais que possibilitem um diagnóstico nas fases iniciais da doença neoplásica, aumentando assim as chances de cura (8).

O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei Orgânica da Saúde (LOS) orientam a regionalização da assistência prestada à população na área da

Saúde, sendo esse um grande passo para Estados e Municípios do território brasileiro, quanto ao conhecimento da realidade local, e de suas características demográficas e sociais, no que concerne a esse tipo de assistência. Desse modo, esses se constituem nos espaços preferenciais para o desenvolvimento das ações preventivas e curativas. Nesse processo, os gestores de saúde têm como entender as demandas e promover a saúde. Informações sobre a população idosa são necessárias para se entender e planejar ações voltadas para a mesma. Enfrentar os agravos de saúde do idoso torna-se, portanto, uma questão de ordem pública, visto que pouco se sabe sobre isso no Brasil (Lima Costa *et al.*, 2004)(12).

1.2 Índice de Desenvolvimento Humano

Na atualidade, buscam-se recursos que permitam avaliar o desenvolvimento humano, e, conseqüentemente, as implicações e associações que esse tem com as diferentes esferas da vida humana, inclusive na área da saúde.

O desenvolvimento humano surge da definição de um processo das escolhas das pessoas para que as mesmas tenham a oportunidade e capacidade de ser o que desejam. Segue uma perspectiva diferente do proposto para o crescimento econômico, não se dando ênfase apenas aos indicadores econômicos ou de renda.

O conceito de desenvolvimento humano parte do pressuposto que para aferir o avanço na qualidade de vida, é preciso ir além do viés econômico e considerar características culturais, sociais, e políticas, que, por sua vez, influenciam diretamente na qualidade de vida. É a partir daí que se constrói o conceito de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2012) (13).

A criação do IDH veio oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, qual seja o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas dimensões econômicas de desenvolvimento. O IDH pretende ser uma medida geral do desenvolvimento humano em suas diversas questões como participação, equidade, sustentabilidade, democracia que vão influenciar nesse índice (13).

No ano de 2010, o Relatório de Desenvolvimento Humano completou 20 anos. Nesse período novas metodologias foram incorporadas para se calcular o IDH. Atualmente, existem três pilares que constituem o IDH (saúde, educação e renda).

São mensurados da seguinte forma:

- Uma vida longa e saudável (saúde) é medida pela expectativa de vida;
- O acesso ao conhecimento (educação) é medido por: i) média de anos de educação de adultos, que é o número médio de anos de educação recebidos durante a vida por pessoas a partir de 25 anos; ii) a expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar, que é o número total de anos de escolaridade que uma criança no início da vida escolar pode esperar receber, se os padrões prevaletentes de taxas de matrículas específicas por idade permanecerem os mesmos durante a vida da criança;
- Padrão de vida (renda) é medido pela Renda Nacional Bruta (RNB) per capita, expressa em poder de paridade de compra (PPC) constante, em dólar, tomando-se 2005 como o ano de referência.

O IDH é recalculado constantemente devido à entrada e saída de países, e às adaptações metodológicas que viabilizam a análise. Com o passar do tempo, o IDH se tornou referência mundial, sendo que no Brasil a utilização desse índice, é feita pelo governo federal, bem como pelas administrações locais, através do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) (14).

O IDH-M é um ajuste metodológico ao IDH Global, e foi publicado em 1998 (a partir dos dados do Censo de 1970, 1980, 1991), e em 2003 (a partir dos dados do Censo de 2000). O indicador pode ser consultado nas respectivas edições do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, que compreende um banco de dados eletrônico com informações socioeconômicas sobre todos os municípios e estados do país e Distrito Federal.

O IDH varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). Países onde o IDH é inferior a 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os países com índices entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento, e países com IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto.

O Brasil apresenta IDH equivalente a 0,727, e, embora tenha deficiências no setor de educação, tem registrado um melhor desenvolvimento, que se expressa no aumento da expectativa de vida e em resultados sociais e econômicos bastante razoáveis (G1 Brasil, 2013) (14).

1.3 Região Metropolitana de Campinas

A Região Metropolitana de Campinas (RMC) é constituída por 19 municípios da região (Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara d'Oeste, Santo

Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo), os valores de IDH-M variam entre elevados e médios (15).

Segundo a Fundação SEADE, a RMC tem uma estimativa populacional de 2.920.130, no ano de 2013, com uma proporção de 11,90% de habitantes com idade igual ou superior a 60 anos. Segundo avaliação feita no ano de 2013, das 19 cidades que integram a RMC, quatro apresentam pontuação superior a 0,8 e, portanto, tem o nível de desenvolvimento humano classificado como “muito alto”. São elas: Valinhos (0,819), Vinhedo (0,817), Americana (0,811) e Campinas (0,805). As cidades que receberam índice que varia entre 0,7 e 0,799 são maioria entre os municípios da RMC e, pelos critérios do PNUD, elas têm o nível de desenvolvimento considerado “alto”. Nenhum dos municípios da Região de Campinas fez pontuação inferior a 0,7. Os três piores desempenhos foram de Santo Antônio de Posse (0,702), Engenheiro Coelho (0,732) e Monte Mor (0,733) (Portal de Paulínia, 2013) (16) (17).

1.4 O Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser entendido como uma “*Política de Estado*”, que permite concretizar a decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, de considerar a Saúde como um “*direito de cidadania e um dever do Estado*”.

O SUS está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde, instituída em 1990. Essa “*dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*” afirmando em um de seus artigos:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio

ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (LOS, 1990, art. 3º).

É altamente positivo que dentro da última Constituição Federal brasileira se tenha criado um espaço para a saúde, tendo em vista que essa representa um direito primordial para toda população.

Dos princípios do Sistema Único de Saúde destacam-se a Universalidade, a Equidade, a Integralidade, bem como a Descentralização, Regionalização, Hierarquização e Participação Social, sendo essas últimas criadas como forma de organização deste sistema. Compreendem uma série de fatores que simplificando garantem um atendimento territorial que compreende a população a ser atendida (Teixeira, 2011)(18).

1.5 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

O Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em outubro de 2006, com objetivo de manter, promover e recuperar a autonomia e independência de idosos, com medidas individuais e coletivas de saúde, previstas pela Constituição Federal de 1988, o que foi reafirmado pela criação do SUS, por meio da LOS, em vista de buscar atender às diferentes realidades da população idosa (19).

No Capítulo IV do Estatuto do Idoso faz-se referência que cabe ao SUS a garantia de atenção total a saúde do idoso, de forma integral. Embora na legislação a questão de cuidados à população idosa seja bastante avançada, na prática essa é, ainda, insatisfatória. De fato, no cotidiano verificam-se idosos em situação de vulnerabilidade biológica e social, inseridos em famílias que dispõem de poucos recursos humanos e materiais, e que contam apenas com redes de saúde de atenção ao idoso ainda incipientes e insuficientemente estruturadas (19).

Em fevereiro de 2006, foi publicado por meio da Portaria n.339/GM um documento com as Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, como o conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos três níveis governamentais de gestão: federal, estadual e municipal (Ministério da Saúde, 2006). O documento apresenta seis prioridades para a saúde do idoso, estabelecendo um pacto das três esferas do governo, que se traduz em uma série de ações que visam, em última instância, a promoção de algumas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, quais sejam: valorizar o atendimento à pessoa idosa, baseado em critérios de riscos; informar sobre seus direitos; valorizar e respeitar a velhice (20).

1.6 Fundação Oncocentro de São Paulo

A Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP)(21) constitui-se em uma instituição geradora de condições para o aprimoramento de ações na área de oncologia, sendo um órgão de apoio da Secretaria da Saúde para assessorar a política de Câncer no Estado de São Paulo. Em 25 de abril de 1974, foi promulgada a Lei Estadual Nº 195, em que o Governo do Estado de São Paulo criava a Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia (FCPO). Em 02 de setembro de 1986, com a Lei Estadual 5274, a instituição passou por

modificações administrativas começou a ser denominada Fundação Oncocentro de São Paulo.

De acordo com o Estatuto da FOSP (22), seus objetivos são os seguintes:

- Realizar estudos e pesquisa em Cancerologia;
- Promover a formação de cancerologistas e o treinamento de técnicos especializados;
- Pesquisar novos métodos de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer e de doenças correlatas;
- Desenvolver esforços visando a identificação e prevenção de fatores cancerígenos de natureza química, física ou biológica;
- Divulgar entre os profissionais de Medicina e outros ligados à área de saúde, assim como junto ao público, ensinamentos essenciais sobre cancerologia;
- Registrar os casos de câncer e empreender estudos epidemiológicos;
- Cooperar técnica e administrativamente com entidades públicas e particulares, mediante convênios, para fins de pesquisa, ensino e assistência em cancerologia.

1.7 Justificativa

Nas últimas décadas no Brasil ocorreram mudanças nos fatores associados à morbidade e mortalidade da população, juntamente com outras transformações sociais, econômicas e demográficas.

Entre outras classes de doenças, as neoplasias se encontram como uma das causas de enfermidades crônicas não transmissíveis, responsáveis pela mudança do perfil do adoecimento da população.

Nos atuais padrões adotados pela sociedade, há uma maior exposição a fatores propiciadores do desenvolvimento de neoplasias relacionadas, entre outros, ao estilo de vida, padrão alimentar, contato com poluentes e outros produtos químicos. Por outro lado, com o aumento da expectativa de vida, a população fica mais tempo exposta a esses fatores, o que associado às características genéticas e biológicas individuais contribui para o aumento da incidência e prevalência de doenças neoplásicas entre os idosos.

Portanto, avalia-se que determinar as características sociodemográficas dos idosos portadores de neoplasias é essencial para permitir o aprimoramento das estratégias de prevenção e, particularmente, das medidas terapêuticas melhor orientadas para este segmento da população. Entre essas se destaca, como um dos fatores de fundamental importância, o tempo que decorre entre o início dos procedimentos para o diagnóstico e o início do tratamento proposto. Esse parâmetro permite, entre outras coisas, avaliar a qualidade do serviço de saúde que presta atendimento na área de oncologia, principalmente para a população idosa.

Considerando-se a perspectiva desse tipo de reconhecimento em relação a um grande centro regional (Região Metropolitana de Campinas), decidiu-se por estudar o perfil sociodemográfico dos idosos com neoplasia atendidos em unidades do complexo hospitalar da Universidade Estadual de Campinas - SP (Unicamp), que se constitui em serviço de referência para a Atenção Primária

junto a um agrupamento de 19 municípios (Prefeitura Municipal de Campinas, 2013). Também se avalia que esse tipo de estudo contribuirá para traçar um perfil loco - regional dessa classe de enfermidades no segmento idoso da população, além de permitir avaliar, ainda que indiretamente, a qualidade da assistência oferecida aos idosos portadores de doenças oncológicas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais:

- Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos com diagnóstico de neoplasia assistidos em três (Hospital das Clínicas, Hemocentro, Gastrocentro) das oito instituições (Hospital das Clínicas, CAISM, Hemocentro, Gastrocentro, Hospital Estadual de Sumaré, CEPRE, CIPOI, Auxílios Ópticos) que compõem o complexo hospitalar da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
- Descrever os pacientes idosos dessa amostra quanto ao intervalo de tempo entre a primeira consulta no serviço e o início do tratamento.

2.2 Objetivos Específicos:

- Descrever os pacientes idosos dessa amostra quanto aos indicadores sociodemográficos: gênero, faixa etária, distância entre município de origem e complexo hospitalar da Unicamp, e Índice de Desenvolvimento Humano do município.

- Comparar as variáveis sócio-demográficas em relação ao tempo entre a primeira consulta no serviço e o início do tratamento.

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Amostra

Foram analisados os registros de idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer e que foram atendidos em três dos serviços que integram o complexo hospitalar da Unicamp (Gastrocentro, Hemocentro, Hospital de Clínicas), no período de 10 anos (janeiro de 2000 à julho de 2010). Os dados foram obtidos junto ao Serviço de Estatística do Câncer, vinculado a essa instituição, o qual notifica os casos através do Registro Hospitalar de Câncer da Fundação Oncocentro de São Paulo (RHC/FOSP).

Não foram incluídos os registros de neoplasias ginecológicas, tendo em vista que os dados referentes a esses tumores são anotados no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Unicamp, que tem um registro próprio e não foi incluído nesse levantamento.

3.2 Levantamento dos Dados

Os registros de idosos portadores de neoplasias assistidos em três dos serviços do complexo hospitalar da Unicamp foram analisados de acordo com o tempo entre a primeira consulta no complexo hospitalar da Unicamp e o início do tratamento, bem como o desfecho do caso.

Também foram consideradas as variáveis sexo e faixa etária, além do Índice de Desenvolvimento Humano do município em que residia o paciente, bem como a distância (em quilômetros) entre esse município e aquele (Campinas) em que se situava o complexo hospitalar da Unicamp. Para o presente estudo foram utilizados os dados referentes ao IDH-M relativo ao ano de 2010.

Em relação ao tempo entre a primeira consulta em uma das três unidades do complexo hospitalar da Unicamp e o início do tratamento, foi considerado o número de dias desde a consulta até o início do tratamento adotado para a neoplasia. Optou-se por não considerar a data do diagnóstico do tumor, tendo em vista que se constatou que, a cada ano, uma percentagem variável de pacientes já chegava ao complexo hospitalar da Unicamp com o diagnóstico firmado em outro serviço de saúde, não constando do banco de dados o registro do tempo decorrido entre a realização do diagnóstico no outro serviço e o início do tratamento.

Finalmente, para a variável “desfecho evolutivo” foram consideradas duas condições: evolução para óbito no primeiro ano de tratamento; em seguimento clínico no primeiro ano de tratamento. Foram desconsiderados os dados de pacientes que não se enquadravam em uma dessas condições. Quanto ao desfecho óbito foram consideradas duas categorias, conforme o registro no banco de dados: óbito decorrente da neoplasia; óbito decorrente de outra causa.

3.3 Análise dos Dados

Esses dados foram transcritos para uma tabela do Programa Microsoft Office Excel 2007. Em seguida foram submetidos à análise estatística.

Para o presente estudo, as variáveis categóricas foram submetida a análises de frequência, com a apresentação da frequência absoluta (n) e dos valores percentuais (%), e a variável numérica “tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento” (Delta Tempo), registrada em dias, foi submetida à análise estatística descritiva, com valores de média, desvio-padrão, erro-padrão, valor máximo, valor mínimo e mediana. O erro-padrão e a mediana foram adotados quando necessário, considerando-se a larga variação dos valores do Delta Tempo.

Para a variável “IDH-M” foram utilizadas três categorias distribuídas da seguinte forma: categoria 1: valores < 0,707; categoria 2: valores entre 0,707 e 0,740; categoria 3: valores > 0,740. Para a variável “distância entre município de origem e Campinas”, avaliada em quilômetros, foram utilizadas as seguintes categorias: zero, até 30 km; 31 a 50 km; 51 a 100 km; 101 a 200 km; acima de 200 km.

Para a análise das principais variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fischer (para valores esperados menores do que cinco), e para a análise das variáveis numéricas foi realizado o testes não-paramétrico de Mann-Whitney, para a comparação entre dois grupos, ou o teste de Kruskal-Wallis, para a comparação entre três ou mais grupos. Utilizou-se os valores das medianas para essas comparações.

O nível de significância adotado em todos os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

3.4 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e aprovado com parecer número 256673.

4. RESULTADOS

Considerando-se as variáveis sociodemográficas, a distribuição das mesmas na população estudada é apresentada nas Tabelas de 1 a 4, e Figuras de 3 a 6.

Tabela 1. Distribuição da população de estudo segundo sexo (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Sexo	N	%
Masculino	3.908	66,3
Feminino	1.983	33,7
Total	5.891	100

N: distribuição por frequência; %: distribuição percentual



Figura 3. Distribuição percentual da população de estudo segundo sexo (Masc.: sexo masculino; Fem.: sexo feminino)

Tabela 2. Distribuição da população de estudo segundo faixa etária (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Faixa etária (anos)	N	%
60 A 69	2.873	48,8
70 A 79	2.254	38,3
80 OU MAIS	764	13
Total	5.891	100

N: distribuição por frequência; %: distribuição percentual

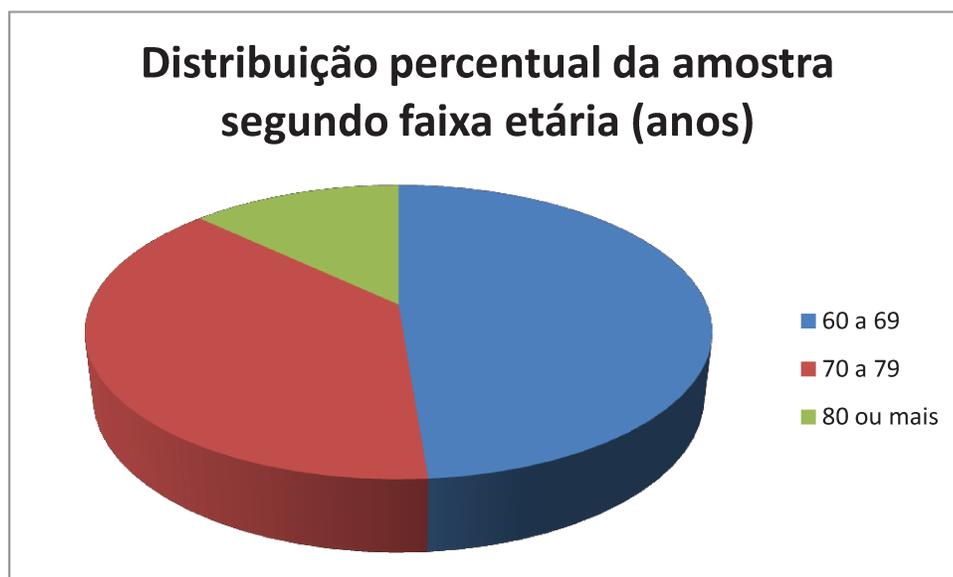


Figura 4. Distribuição percentual da população de estudo segundo faixa etária

Tabela 3. Distribuição da população de estudo segundo distância entre município de origem e Campinas (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Distância do município de origem até campinas (km)	N	%
0	1.315	22,3
Até 30	1.020	17,3
31 A 50	1.622	27,5
51 A 100	1.228	20,8
101 A 200	644	10,9
> 200	62	1,1
Total	5.891	100

N: distribuição por frequência; %: distribuição percentual

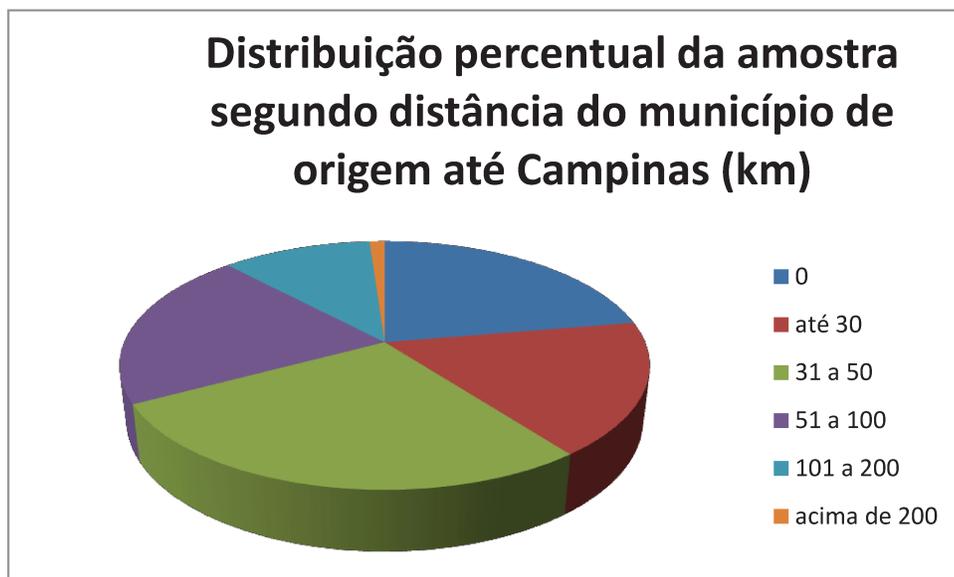


Figura 5. Distribuição percentual da população de estudo segundo distância do município de origem até Campinas

Tabela 4. Distribuição da população de estudo segundo IDH-M (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

IDH-M	N	%
1	1.899	32,2
2	1.950	33,1
3	2.042	34,7
TOTAL	5.891	100

N: distribuição por frequência; %: distribuição percentual; IDH-M: índice de desenvolvimento humano do município; categoria 1: IDH-M < 0,707; categoria 2: IDH-M entre 0,707 e 0,740; categoria 3: IDH-M > 0,740

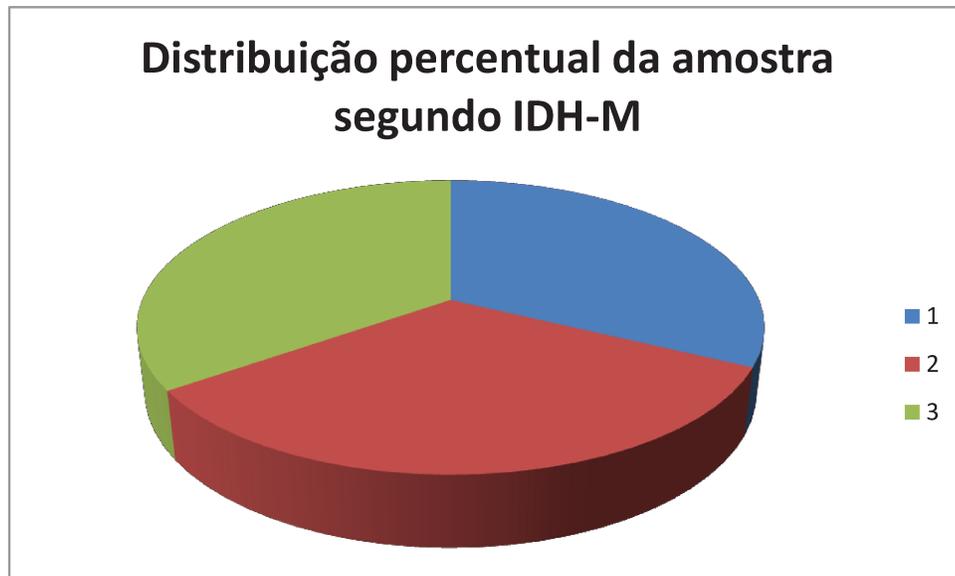


Figura 6. Distribuição percentual da população de estudo segundo IDH-M (1: IDH-M < 0,707; 2: IDH-M ENTRE 0,707 E 0,740; 3: IDH-M > 0,740)

Constatou-se, na população estudada, que 66,3% eram homens, sendo que quase metade dos pacientes (48,8%) tinham entre 60 a 69 anos. Também se verificou que a maioria dos idosos (67,1%) provinha de municípios que distavam até no máximo 50 km de Campinas, sendo que 22,3% eram desse município.

Em relação ao IDH-M, verificou-se que 65,3% dos pacientes avaliados provinham de municípios cujos índices oscilavam entre 0,707 e 0,740.

A seguir, na Tabela 5 e Figura 7 são apresentados os dados relativos à evolução dos pacientes estudados no primeiro ano após início do tratamento.

Tabela 5. Distribuição da população de estudo segundo ocorrência e tipo de óbito (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Ocorrência de óbito	N	%
ÓBITO POR CÂNCER	1.277	21,7
ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS	297	5,0
NÃO OCORREU ÓBITO	4.317	73,3
TOTAL	5.891	100

N: distribuição por frequência; %: distribuição percentual

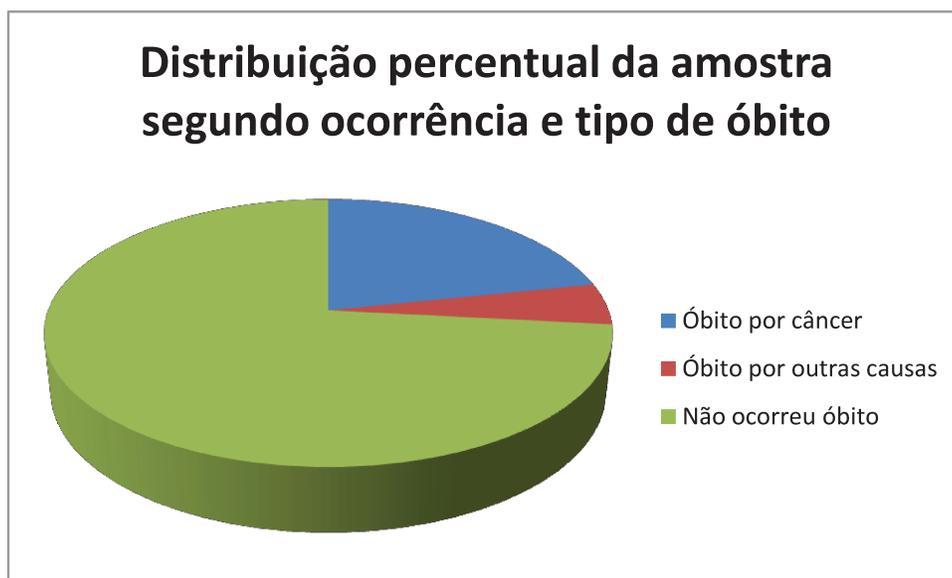


Figura 7. Distribuição percentual da população de estudo segundo ocorrência e tipo de óbito

Registrou-se óbito no primeiro ano de seguimento em 26,7% dos casos, sendo que em 81,13% desses, esse desfecho se associou ao próprio tumor.

Na Tabela apresentada a seguir encontra-se o registro do tempo entre a primeira consulta no complexo hospitalar da Unicamp e o início efetivo do tratamento (Delta Tempo).

Tabela 6. Tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento do tumor (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Delta tempo (dias)	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Mínimo	Máxima	Mediana
	64,92	78,72	1,099	0	1.557	43

Delta tempo: tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento do tumor

Quanto ao tempo entre a primeira consulta na Unicamp e o início do tratamento para o tumor, verificou-se grande oscilação. Excetuando-se os 760 pacientes que não foram tratados, o tempo médio entre a primeira consulta e o início do tratamento no complexo hospitalar da Unicamp foi de $64,92 \pm 78,72$ dias, com erro padrão de 1,099 dias e mediana de 43 dias.

Nas Tabelas de 7 a 10, são apresentadas as associações das variáveis sociodemográficas com a variável “Delta Tempo”.

Tabela 7. Relação entre DELTA TEMPO e sexo (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Sexo	Delta tempo (dias) *	
	($\mu \pm EP$)	MED
Masculino (n: 3.397)	64,79 \pm 1,27	43,90
Feminino (n: 1.734)	64,79 \pm 2,09	42,53

* P: 0,236 (Teste de Mann-Whitney); N: distribuição por frequência; DELTA TEMPO: tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento do tumor; μ : média; EP: desvio-padrão; MED: mediana

Tabela 8. Relação entre DELTA TEMPO e faixa etária (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Faixa etária	Delta tempo (dias) *	
	($\mu \pm EP$)	MED
60-69 (N: 2.483)	65,62 \pm 1,56	43,38
70-79 (N: 1.978)	63,72 \pm 1,76	42,41

≥ 80 (N: 670)	65,83 \pm 3,16	45,50
--------------------	------------------	-------

P: 0,587 (Teste de Kruskal-Wallis); N: distribuição por frequência; DELTA TEMPO: tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento do tumor; μ : média; EP: desvio-padrão; MED: mediana

Tabela 9. Relação entre DELTA TEMPO e distância entre município de origem e Campinas (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

Distância do município De origem até Campinas (km)	Delta tempo (dias) *	
	($\mu \pm EP$)	MED
0 (N: 1.193)	66,30 \pm 2,75	39,09
ATÉ 30 (N: 870)	67,31 \pm 2,28	50,00
31 A 50 (N: 1.411)	65,96 \pm 2,11	46,50
51 A 100 (N: 1.062)	61,46 \pm 2,09	41,38
101 A 200 (N: 541)	59,71 \pm 2,99	39,78
> 200 (N: 54)	88,39 \pm 13,33	60,00

* P: 0,002 (Teste de Kruskal-Wallis); N: distribuição por frequência ; DELTA TEMPO: tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento do tumor; μ : média; EP: desvio-padrão; MED: mediana; KM: quilômetros

Tabela 10. Relação entre DELTA TEMPO e IDH-M (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

IDH-M	Delta tempo (dias) *	
	($\mu \pm DP$)	MED
1 (n: 1.631)	67,55 \pm 71,24	48,14
2 (n: 1.679)	62,62 \pm 76,79	42,00
3 (n: 1.819)	64,63 \pm 86,45	40,94

* P: 0,010 (Teste de Kruskal-Wallis); DELTA TEMPO: tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento do tumor; μ : média; DP: desvio-padrão; MED: mediana; IDH-M: Índice de Desenvolvimento Humano do Município; categoria 1: IDH-M < 0,707; categoria 2: IDH-M entre 0,707 e 0,740; categoria 3: IDH-M > 0,740

5. DISCUSSÃO

Sabe-se que mais de 60% dos diagnósticos de neoplasia são feitos em indivíduos com 65 anos e mais, sendo que a partir dessa faixa etária, o risco de incidência de tumores é, aproximadamente, dez vezes maior do que em indivíduos mais jovens. Também se verifica que a maioria das mortes por câncer (mais de 70%) é registrada na população idosa, achado que pode estar associado à presença de comorbidades (Yancik & Ries, 2004)(23). Por outro lado, quando se considera a sobrevida de cinco anos para o portador de neoplasia, é importante considerar que o indivíduo aos 65 anos tem expectativa de vida bem superior a esse tempo, o que não justifica não oferecer tratamento adequado ao idoso (Kemeny, 2004) (24).

Verificou-se, nesse estudo, que após um ano do início do tratamento antineoplásico, 21,7% dos idosos tinham morrido em decorrência do tumor. Segundo dados da literatura, a sobrevida em relação à doença neoplásica sofre influência das características próprias de malignidade de cada tipo de tumor, da possibilidade maior ou menor de um diagnóstico precoce e da existência e acesso a um tratamento eficaz. Por outro lado, a sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos para todas as faixas etárias (INCA, 2006) (25). Entretanto, em função das características da presente pesquisa, não se dispõe dos dados de mortalidade em cinco anos.

Quanto ao tempo registrado entre primeira consulta na Unicamp e início efetivo do tratamento antitumoral, no presente estudo registrou-se média de 64,92 dias. Por sua vez, o Ministério da Saúde, em 16 de maio de 2013, baixou a Portaria n. 876, que trata sobre o primeiro tratamento do paciente portador de neoplasia maligna, em nível do Sistema Único de Saúde, determinando que o prazo máximo do mesmo não exceda sessenta dias. Dessa forma, verifica-se que o complexo hospitalar da Unicamp aproxima-se dessa meta do governo federal, mesmo em período anterior à promulgação da Portaria (década de 2000 a 2010).

Em um levantamento feito pela FOSP, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010, foram registrados 387.858 casos de câncer. Verificou-se que, em homens, o câncer mais freqüente foi o de próstata, seguido por brônquios e pulmões e estômago. Nas mulheres, o câncer de mama apareceu em primeiro lugar, seguido pelos cânceres de colo do útero e do sistema hematopoiético e reticuloendotelial. Foi possível se observar que o câncer de próstata em homens e de mama em mulheres foi detectado em estágio clínico mais precoce, quando comparados aos outros tipos de neoplasia tipos que já eram diagnosticados em fases mais avançadas da doença. Muito possivelmente, esse achado se associe ao fato de que, no Brasil, já existem inúmeros programas desenvolvidos em vista da prevenção dos cânceres de mama e próstata, seja na forma de campanhas públicas, como de informações veiculadas pela mídia. Por outro lado, esse mesmo tipo de estratégia precisa ser adotado, de forma mais efetiva, para os outros tipos de tumores, pois a detecção precoce interfere de maneira positiva no prognóstico da doença, em quase todos os tipos de câncer.

No presente estudo, é importante destacar que não se registrou associação das variáveis “faixa etária” e “sexo” com o tempo entre a primeira consulta na Unicamp e o início do tratamento do tumor. Esse achado sugere que, muito provavelmente, os indivíduos em faixa etária mais avançada, que

também são mais frágeis e mais susceptíveis às enfermidades crônicas, com maior risco de morbimortalidade (Fried *et al.* 2004; Veras, 2009; Moraes, 2012)(27)(28)(29), não recebem um tratamento diferenciado em relação ao quadro neoplásico, o que aumenta a probabilidade de ocorrer evolução desfavorável (Costa e Carvalheira, 2010) (30).

Além disso, há que se considerar também que o predomínio de homens se deve, muito provavelmente, às características da população atendida nos três serviços da Unicamp (Hospital de Clínicas, Gastrocentro e Hemocentro) de onde foram coletados os dados, já que foi excluído do estudo o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), onde são atendidas, predominantemente, as neoplasias ginecológicas.

Na literatura brasileira já se tem registrado a influência da escolaridade e da situação financeira no que diz respeito à qualidade de vida, e autopercepção de bem-estar e saúde da população idosa. Em um estudo realizado por Joia e Ruiz (2006) (31), em uma amostra de idosos do município de Botucatu (SP), verificou-se que os idosos de baixa renda e analfabetos estavam mais insatisfeitos com sua saúde, quando comparados aos de melhor condição financeira e com maior nível de escolaridade. Ainda segundo achados de Yokoyama *et al.* (2006) (32), idosos de um centro de convivência da região do ABC Paulista consideraram como “má” qualidade de vida: “má” saúde geral, estado emocional negativo e dificuldades financeiras. Também Pereira *et al.* (2011) (33) evidenciaram que baixos níveis de escolaridade e renda se associavam à pior qualidade de vida em idosos do município de Florianópolis (SC). Mais recentemente, Borim *et al.* (2012)(34) constataram que entre 1.432 idosos avaliados no município de Campinas entre 2008 a 2009, aqueles que tinham melhor percepção de saúde eram os de maior escolaridade e renda.

Embora no presente estudo não se dispusesse das variáveis escolaridade e renda dos idosos avaliados, o IDH-M do município de origem e a

distância do mesmo em relação à Campinas forneceram, em parte, uma referência no que se refere à inserção dessa população idosa no serviço onde se realizou o tratamento antineoplásico, já que se considera que melhor condição financeira e maior nível de escolaridade na população idosa estejam relacionados a um maior acesso aos serviços e cuidados de saúde (Louvison *et al.*, 2008) (35).

Dessa forma, considera-se que o maior tempo despendido para início do tratamento nos idosos oriundos de municípios com IDH-M mais baixo (inferior a 0,707), e mais distantes do município de Campinas (distância superior a 200 km), esteja possivelmente relacionada a piores condições socioeconômicas. Portanto, os dois indicadores utilizados nesse levantamento também sinalizam a presença de desigualdade no acesso a um serviço de saúde que seria indicado para o adequado tratamento dos tumores. Esse achado, vinculado ao potencial de mortalidade das doenças neoplásicas, que responderam por 16% das mortes no Brasil, para todas as idades, em 2010 (WHO, 2011)(36), permite estimar a premente necessidade de políticas públicas que levem em conta as especificidades da população idosa, reduzindo as desigualdades e facilitando o ingresso da mesma nos serviços de maior complexidade para tratamento antineoplásico.

É preciso destacar, ainda, que o tempo zero para início de tratamento, verificado nesse estudo, pode-se dever aos idosos que vieram encaminhados para o tratamento antitumoral, para os quais a primeira consulta no complexo hospitalar da Unicamp já tinha esse fim. Esses, muito possivelmente, se beneficiaram de procedimentos diagnósticos que permitiram evidenciar mais precocemente o quadro neoplásico, o que possibilita maior chance de cura e / ou controle da doença (Costa e Carvalheira, 2010) (30).

Quanto ao tempo superior a três anos para início do tratamento, pode-se supor que esse se relacione aos tumores de caráter indolente, que

habitualmente são acompanhados até que se faça necessário intervir com terapêutica adequada.

Finalmente, em relação aos 760 idosos não tratados, é bastante provável que entre os mesmos estivessem aqueles com tumor de caráter indolente para os quais se recomendou acompanhamento, ou ainda, em situação clínica muito grave, fora de perspectiva terapêutica, aos quais se ofereceram apenas cuidados paliativos.

6. CONCLUSÕES

Os achados desse trabalho permitem ressaltar a relevância dos indicadores sociais no que se refere ao acesso ao tratamento antineoplásico na população idosa. Embora se trate de um estudo de abrangência regional, pode-se cogitar a existência de influência similar em outras regiões do país.

Decorre daí a necessidade de avaliar e considerar esses indicadores na elaboração de estratégias passíveis de serem aplicadas em serviços de referência que integram o Sistema Único de Saúde, e que viabilizem a detecção de maior risco de vulnerabilidade, bem como de facilitação de acesso aos recursos de tratamento para idosos portadores de neoplasia, o que, possivelmente, responderá pela redução da carga de morbidade e mortalidade relacionadas às neoplasias na população idosa.

Há que se registrar, ainda, que o estudo apresentou uma limitação associada à qualidade dos registros de casos de neoplasia: foi expressivo o número de casos em que os dados estavam incompletos. Além disso, nesse registro não constam duas variáveis sociais muito significativas em termos de estudo de população idosa, quais sejam: escolaridade e renda. Também não consta do registro a variável “comorbidades”. As três podem ter relação tanto com o acesso ao tratamento antineoplásico como à evolução dos pacientes idosos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Health of the Elderly. Geneva: WHO; 1989. 100p. (WHO Technical Report Series, 779).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
3. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006; 15: 47-65.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009 - Síntese dos indicadores. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>
5. Motta CCR, Hansel CG, Silva J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. Rev Eletr Enf. 2010; 12(3): 471-7.
6. Instituto Nacional do Câncer. ABC do Câncer; 2011. Unidade I: O que é o câncer. Rio de Janeiro, 2011.
7. World Health Organization (WHO). Global status report on non-communicable diseases 2010. Burden: mortality, morbidity and risk factors, 2010; chap. 1, p. 13.
8. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2010: Incidência de câncer no Brasil. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/dee87800420c10e7a65ca6ce655ae979/encarte_especial.pdf?MOD=AJPERES.

9. Fêde ABS, Miranda VC, Pecoroni PG, Fraile NMP, Santos MBB, Gonzaga SFR et al. A importância das neoplasias na população idosa brasileira de 2000 a 2005. Einstein (São Paulo). 2009; 7(2): 141-6.

10. Berger NA, Savvides P, Koroukian SM, Kahana EF, Deimling GT, Rose JH et al. Cancer in the elderly. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2006; 117: 147- 56.

11. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 897-908.

12. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000): epidemiologia e serviços de saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2004; 13: 217-28.

13. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. O que é o IDH. New York, 2012. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/IDH.aspx?indiceAccordion=0&li=li_IDH

14. G1 Brasil. IDH municipal do Brasil cresce 47,5% em 20 anos, aponta PNUD. [Atualizado em 30/07/2013 17h42]. Disponível em: <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2013/07/idh-municipal-do-brasil-cresce-475-em-20-anos-aponta-pnud.html>

15. Prefeitura Municipal de Campinas. Região Metropolitana. Campinas, 2013. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/dados-do-municipio/rmc/>

16. Fundação SEADE. Região Metropolitana de Campinas. São Paulo, 2013.
Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/perfil_regional/index.php

17. Portal de Paulínia. Cidades da RMC estão no ranking com maior IDHM.
[Atualizado em 30/07/2013 08h39]. Disponível em:
<http://www.portaldepaulinia.com.br/noticias-da-regiao/noticias/22422-cidades-da-rmc-estao-no-ranking-com-maior-idhm.html>

18. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, junho de 2011.

19. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

20. Ministério da Saúde. Portaria no. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.
Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

21. Fundação Oncocentro de São Paulo. Disponível em:
http://www.fosp.saude.sp.gov.br/quem_somos.html.

22. Fundação Oncocentro de São Paulo. Disponível em:
<http://www.fosp.saude.sp.gov.br/docs/estatuto.pdf>.

23. Yancik R, Ries LA. Cancer in older persons: an international issue in an aging world. Semin Oncol. 2004; 31(2): 128-36.

24. Kemeny MM. Surgery in older patients. *Semin Oncol.* 2004; 31(2):175-84.
25. Instituto Nacional do Câncer.. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>
26. Fundação Oncocentro de São Paulo. Disponível em: <http://200.144.1.68/cgi-bin/dh?rhc/rhc-geral.def>.
27. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williansom JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004; 59(3): 255-63.
28. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(3): 548-54.
29. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012; 1ª edição, p. 102.
30. Costa FO, Carvalheira JBC. Câncer no idoso. IN: Assistência Ambulatorial ao Idoso. Guariento ME, Neri AL. Campinas: Alínea Editora, 2010; pp. 217-233.
31. Joia LC, Ruiz T. Inquérito populacional sobre o estilo e a qualidade de vida na terceira idade. *Rev Bras Med Fam e Com.* 2006; 2(6):114-30.
32. Yokoyama CE, Carvalho RS, Vizzotto MM. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. *Psicólogo inFormação.* 2006; 10(10): 58-82.

33. Pereira KCR, Alvarez AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011; 14(1):85-95.
34. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2012; 28(4): 769-80.
35. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2008; 42(4):733-40.
36. World Health Organization. Non-Communicable Diseases Country Profiles 2011; p. 38. Disponível em: www.who.int.

ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FCM / Unicamp

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS - UNICAMP
(CAMPUS CAMPINAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS PORTADORES DE NEOPLASIA ASSISTIDOS NO COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (SP)

Pesquisador: Ana Beatriz Bortolansa Pacagnella

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06615613.2.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 245.153

Data da Relatoria: 26/03/2013

Apresentação do Projeto:

Nas últimas décadas, vêm ocorrendo no Brasil mudanças nas causas de mortalidade e morbidades juntamente a outras transformações demográficas, econômicas e sociais. A neoplasia é uma das doenças não transmissíveis responsáveis pela mudança no perfil do adoecimento da população brasileira. O presente estudo busca descrever o perfil demográfico e clínico de idosos atendidos em três instituições que compõem o complexo hospitalar da Unicamp, comparando aqueles que evoluíram para óbito e não óbito. Trata-se de um estudo de caráter longitudinal retrospectivo. A pesquisa será realizada junto ao banco de dados do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas / SP (HC - Unicamp), através da coleta de dados registrados pelo Serviço de Estatística do Câncer, o qual notifica os casos através do Registro Hospitalar de Câncer da Fundação Oncocentro de São Paulo (RHC/FOSP). Essas informações são passadas pelos ambulatórios do HC e Unicamp, pelo Hemocentro e pelo Gastrocentro, sendo todos eles ligados à Universidade Estadual de Campinas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever o perfil clínico e sociodemográfico dos idosos com diagnóstico de neoplasia assistidos

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 2: Artigo

Artigo Original

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSOS COM CÂNCER EM SERVIÇO TERCIÁRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF ELDERLY WITH CANCER IN A TERTIARY SERVICE FROM THE SUS**

Perfil de Idosos com câncer no SUS

Profile of elderly with cancer from the SUS

Autores:

MARIA ELENA GUARIENTO¹, ANA BEATRIZ BORTOLANSA PACAGNELLA², EMMILY DAIANE BUARQUE DE SANTANA³; MANOELLA DE MACEDO GOMES³, ANDRÉ FATTORI¹, CARMEN SILVIA PASSOS LIMA¹

Contribuição dos autores:

Maria Elena Guariento: Elaboração do Projeto; Análise dos Dados; Redação do Artigo.

Ana Beatriz Bortolansa Pacagnella: Coleta dos Dados; Análise dos Dados; Redação do Artigo.

Emmily Daiane Buarque de Santana: Coleta dos Dados; Análise dos Dados; Redação do Artigo.

¹: DOCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA – FCM / UNICAMP; 2: MESTRANDA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA – FCM / UNICAMP; 3: ALUNA DE GRADUAÇÃO BOLSISTA PIBIC – FCM / UNICAMP.

Manoella de Macedo Gomes: Coleta dos Dados; Análise dos Dados; Redação do Artigo.

André Fattori: Elaboração do Projeto; Análise dos Dados.

Endereço para correspondência:

Maria Elena Guariento – Departamento de Clínica Médica. FCM / Unicamp. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz, Campinas, SP. CEP: 13083-887. Telefone: (19) 35219211; Fax: (19) 35217878. E-mail: meguar@fcm.unicamp.br

Resumo

As doenças neoplásicas incidem mais frequentemente em idosos, e podem ter curso mais grave quando se associam a comorbidades e incapacidade funcional. Um dos recursos para melhorar esse quadro constitui-se no diagnóstico precoce e fácil acesso ao tratamento. Esse estudo avaliou algumas características sociodemográficas (idade, sexo, IDH-M, distância entre município de origem e Campinas) dos idosos com neoplasia atendidos em três unidades do complexo hospitalar da Unicamp, (Campinas, SP), para traçar um perfil regional dessa classe de enfermidades nos idosos, além de avaliar, indiretamente, a qualidade da assistência oferecida aos mesmos. Os dados sociodemográficos foram confrontados com o tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento. Foram analisados os registros de idosos, de ambos os sexos, com

diagnóstico de câncer, atendidos no Gastrocentro, Hemocentro, ou Hospital de Clínicas / Unicamp, entre janeiro de 2000 a julho de 2010. Os dados foram obtidos do Serviço de Estatística do Câncer da Fundação Oncocentro de São Paulo. Dos 5.891 registros avaliados, 66,3% eram de homens; 48,8% tinham entre 60 a 69 anos; 67,1% provinham de municípios que distavam até no máximo 50 km de Campinas; 65,3% provinham de municípios com IDH-M entre 0,707 e 0,740. IDH-M ($p = 0,003$) e distância entre município de origem e Campinas ($p = 0,019$) mostraram associação com tempo entre primeira consulta e início do tratamento antineoplásico. Esse estudo evidencia a relevância dos fatores sociais no que se refere ao acesso ao tratamento antineoplásico em idosos.

Abstract

Cancer is more frequent in aged, and can have more serious course when associated with comorbidities and functional incapacity. One of the resources to improve this consists in the rapid diagnosis and better access to the treatment. This study evaluated some sociodemographic characteristics (age, sex, IDH-M, distance between city of origin and Campinas) of the elders with cancer who were assisted in three units of the hospital complex of Unicamp (Campinas, SP), in view of describing a regional profile of this disease in the aged, and evaluating, indirectly, the quality of the assistance offered to them. The sociodemographic data had been confronted with time between first consultation in the Unicamp and beginning of the treatment. It was analyzed the registers of aged, males and females, with diagnosis of cancer, assisted in the

Gastrocentro, Hemocentro, or Clinic Hospital of Unicamp, between January, 2000 to July, 2010. The data came from the Service of Statistics of the Cancer linked to the Oncocentro Foundation of São Paulo. Of the 5,891 evaluated registers, 66.3% were of men; 48.8% had between 60 to 69 years; 67.1% came from cities situated lesser than 51 km of Campinas; 65.3% came from cities with IDH-M between 0.707 and 0.740. IDH-M ($p = 0,003$) and distance between city of origin and Campinas ($p = 0,019$) had shown association with time between first consultation and beginning of the treatment. This study demonstrated the relevance of social factors in the access to the cancer treatment in aged.

Introdução

O processo de transição demográfica atual, que se manifesta pelo envelhecimento populacional, coloca como desafio aos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, a premência de enfrentar uma nova realidade associada à mudança na composição da população e as conseqüências sociais, econômicas e sanitárias do progressivo aumento da proporção de idosos e decréscimo dos grupos etários mais jovens.

Associada a essa mudança no perfil demográfico percebe-se alteração no padrão epidemiológico dos agravos de saúde. As doenças não transmissíveis são responsáveis por uma parcela significativa e crescente na carga de doenças no Brasil.

Sabe-se, hoje, que as doenças neoplásicas vêm ganhando maior dimensão, tornando-se uma questão relevante de Saúde Pública,

em nível global. No Brasil, as neoplasias são consideradas a segunda maior causa de mortes representando 11,84% dos óbitos, sendo precedidas apenas pelas doenças do sistema cardiocirculatório. (INCA, 2006). O avanço da idade é um fator de alto risco para o câncer, sendo os indivíduos maiores de 65 anos responsáveis por 60% das neoplasias malignas e 70% das mortes por câncer (Berger *et al.* 2006).

Apesar da elevada incidência e prevalência de neoplasias entre os idosos, ainda é insuficiente o que se conhece em relação às abordagens terapêuticas e a melhor forma de cuidar desses pacientes, fato demonstrado pela escassez de ensaios clínicos destinados à abordagem das neoplasias nessa faixa etária.

Nos atuais padrões adotados pela sociedade, há uma maior exposição a fatores propiciadores do desenvolvimento de neoplasias relacionados, entre outros, ao estilo de vida, padrão alimentar, contato com poluentes e outros produtos químicos. Por outro lado, com o aumento da expectativa de vida, a população fica mais tempo exposta a esses fatores, o que associado às características genéticas e biológicas individuais contribui para o aumento da incidência e prevalência de doenças neoplásicas entre os idosos (Berger *et al.* 2006)⁹.

Portanto, avalia-se que determinar as características clínicas e sociodemográficas dos idosos portadores de neoplasias é essencial para permitir o aprimoramento das estratégias de prevenção e, particularmente, das medidas terapêuticas melhor orientadas para este segmento da população. Entre essas se destaca, como um dos fatores de fundamental importância, o tempo que decorre entre

o início dos procedimentos para o diagnóstico e o início do tratamento proposto. Esse parâmetro permite, entre outras coisas, avaliar a qualidade do serviço de saúde que presta atendimento na área de oncologia, principalmente para a população idosa.

Considerando-se a perspectiva desse tipo de reconhecimento em relação a um grande centro regional (Região Metropolitana de Campinas), decidiu-se por estudar o perfil clínico e sociodemográfico dos idosos com neoplasia atendidos em unidades do complexo hospitalar da Universidade Estadual da Campinas - SP (Unicamp), que se constitui em serviço de referência para a Atenção Primária junto a um agrupamento de 19 municípios e com uma população estimada de 2.920.130 habitantes, segundo avaliação do SEADE para 2013, dos quais 11,99% tem 60 anos ou mais. Também se avalia que esse tipo de estudo contribuirá para traçar um perfil loco - regional dessa classe de enfermidades no segmento idoso da população, além de permitir avaliar, ainda que indiretamente, a qualidade da assistência oferecida aos idosos portadores de doenças oncológicas.

Sendo assim, desenvolveu-se o presente estudo que objetivou reconhecer o perfil clínico e sociodemográfico dos idosos com diagnóstico de neoplasia assistidos em três (Hospital das Clínicas, Hemocentro, Gastrocentro) das oito instituições que compõem o complexo hospitalar da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), bem como o intervalo de tempo entre a primeira consulta no serviço e o início do tratamento.

Métodos

Foram analisados os registros de idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer e que foram atendidos em três dos serviços que integram o complexo hospitalar da Unicamp (Gastrocentro, Hemocentro, Hospital de Clínicas), no período de 10 anos (janeiro de 2000 à julho de 2010). Os dados foram obtidos junto ao Serviço de Estatística do Câncer, vinculado a essa instituição, o qual notifica os casos através do Registro Hospitalar de Câncer da Fundação Oncocentro de São Paulo (RHC/FOSP). Não foram incluídos os registros de neoplasias ginecológicas, tendo em vista que os dados referentes a esses tumores são anotados no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Unicamp, que tem um registro próprio e não foi incluído nesse levantamento.

Esses registros foram analisados de acordo com o tempo entre a primeira consulta no complexo hospitalar da Unicamp e o início do tratamento, bem como a ocorrência ou não de óbito no primeiro ano após início do tratamento. Também se incluíram as variáveis “sexo” e “faixa etária”, além do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município em que residia o paciente e a distância (em quilômetros) entre esse município e o município (Campinas) em que se situava o complexo hospitalar da Unicamp. Dessa análise foram excluídos os idosos que não retornaram para consulta ou tratamento até um ano após o início do tratamento.

Esses dados foram transcritos para uma tabela do Programa Microsoft Office Excel 2007. Em seguida foram submetidos à análise estatística. As variáveis categóricas (sítio de origem e estadiamento da neoplasia, tipo de tratamento adotado) foram submetidas a análises de frequência, com a apresentação da frequência absoluta

(n) e dos valores percentuais (%). As variáveis numéricas (tempo entre primeira consulta e início de tratamento, IDH e distância entre município de origem e complexo hospitalar da Unicamp) foram submetidas a análises estatísticas descritivas, com valores de média, desvio-padrão, erro-padrão, valores máximos e mínimos e medianas. Para a variável “IDH” foram utilizadas quatro categorias distribuídas da seguinte forma: 1: valores < 0,707; 2: valores entre 0,707 e 0,740; 3: valores > 0,740. Para a variável “distância entre município de origem e o município de Campinas”, avaliada em quilômetros, foram utilizadas as seguintes categorias: zero (para os que residiam no próprio município), até 30 km; 31 a 50 km; 51 a 100 km; 101 a 200 km; > 200 km.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e aprovado com parecer número 256673.

Resultados

Considerando-se as variáveis sociodemográficas, os resultados obtidos evidenciaram que de um total de 5.891 registros avaliados, 66,3% (3.908) eram de idosos do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 48,8% (2.873) estavam entre 60 a 69 anos, 38,3% (2.254) entre 70 a 79 anos e 13% (764) tinham 80 anos ou mais.

Na Tabela 1, encontra-se a distribuição da população estudada segundo a distância entre o município de origem e Campinas, e segundo o IDH do município de origem.

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo distância entre município de origem e Campinas, e IDH-M (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

DISTÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ORIGEM ATÉ UNICAMP (KM)	N	%
0	1315	22,3
ATÉ 30	1020	17,3
31 A 50	1622	27,5
51 A 100	1228	20,8
101 A 200	644	10,9
> 200	62	1,1
IDH-M		
0	2	0
1	1897	32,2
2	1950	33,1
3	2042	34,7

N: DISTRIBUIÇÃO POR FREQUÊNCIA; %: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL; IDH-M: ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO MUNICÍPIO; CATEGORIA 1: IDH-M < 0,707; CATEGORIA 2: IDH-M ENTRE 0,707 E 0,740; CATEGORIA 3: IDH-M > 0,740

A evolução após um ano do início do tratamento encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo ocorrência ou não de óbito (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

OCORRÊNCIA DE ÓBITO	N	%
--------------------------------	----------	----------

ÓBITO POR CÂNCER	1.277	21,7
ÓBITO POR OUTRAS CAUSAS	297	5,0
NÃO OCORREU ÓBITO	4.317	73,3
TOTAL	5.891	100

N: DISTRIBUIÇÃO POR FREQUÊNCIA; %: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL

Quanto ao tempo entre a primeira consulta na Unicamp e o início do tratamento para o tumor (DELTA TEMPO), verificou-se grande oscilação. Excetuando-se os 760 pacientes que não foram tratados, o tempo médio entre a primeira consulta e o início do tratamento no complexo hospitalar da Unicamp foi de $64,92 \pm 78,72$ dias, com erro padrão de 1,099 dias e mediana de 43 dias, tendo como valores mínimo e máximo, 0 e 1.557 dias, respectivamente.

Não se encontrou relação entre sexo e DELTA TEMPO ($p = 0,236$), e tampouco entre faixa etária e DELTA TEMPO ($p = 0,796$). Entretanto, tanto para distância entre município de origem e Campinas, como para IDH-M, verificou-se associação com DELTA TEMPO, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Relação entre DELTA TEMPO e distância entre município de origem e Campinas, e IDH-M (5.891 idosos - Serviço de Estatística do Câncer / Unicamp)

DISTÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ORIGEM ATÉ CAMPINAS (KM)*	DELTA TEMPO (DIAS)	
	($\mu \pm EP$)	MED
0 (N: 1.193)	$66,30 \pm 2,75$	39,09
ATÉ 30 (N: 870)	$67,31 \pm 2,28$	50,00

31 A 50 (N: 1.411)	65,96 ± 2,11	46,50
51 A 100 (N: 1.062)	61,46 ± 2,09	41,38
101 A 200 (N: 541)	59,71 ± 2,99	39,78
> 200 (N: 54)	88,39 ± 13,33	60,00
IDH-M**		
1 (N: 1.631)	67,55 ± 71,24	48,14
2 (N: 1.679)	62,62 ± 76,79	42,00
3 (N: 1.819)	64,63 ± 86,45	40,94

* **P: 0,019**; ** **P: 0,003** (TESTE DE KRUSKALL-WALLIS); N: DISTRIBUIÇÃO POR FREQUÊNCIA ; DELTA TEMPO:

TEMPO ENTRE PRIMEIRA CONSULTA NA UNICAMP E INÍCIO DO TRATAMENTO DO TUMOR; μ : MÉDIA; EP: DESVIO-PADRÃO;

MED: MEDIANA; KM: QUILOMETROS; IDH-M: ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO DO MUNICÍPIO; CATEGORIA 1:

IDH-M < 0,707; CATEGORIA 2: IDH-M ENTRE 0,707 E 0,740; CATEGORIA 3: IDH-M > 0,740

Discussão

Sabe-se que mais de 60% dos diagnósticos de neoplasia são feitos em indivíduos com 65 anos e mais, sendo que a partir dessa faixa etária, o risco de incidência de tumores é, aproximadamente, dez vezes maior do que em indivíduos mais jovens. Também se verifica que a maioria das mortes por câncer (mais de 70%) são registradas na população idosa, o que pode estar associada à presença de comorbidades (Yancik & Ries, 2004). Por outro lado, quando se considera a sobrevivência de cinco anos para o portador de neoplasia, é importante considerar que o indivíduo aos 65 anos tem expectativa de vida bem superior a esse tempo, o que não justifica não oferecer tratamento adequado ao idoso (Kemeny, 2004).

Verificou-se, nesse estudo, que após um ano do início do tratamento antineoplásico, 21,7% dos idosos tinham morrido em decorrência do

tumor. Segundo dados da literatura, a sobrevida em relação à doença neoplásica sofre influência das características próprias de malignidade de cada tipo de tumor, da possibilidade maior ou menor de um diagnóstico precoce e da existência e acesso a um tratamento eficaz. Por outro lado, a sobrevida relativa esperada para todos os cânceres é de aproximadamente 50% em cinco anos para todas as faixas etárias (INCA, 2006). Entretanto, em função das características da presente pesquisa, não se dispõe dos dados de mortalidade em cinco anos.

Quanto ao tempo registrado entre primeira consulta na Unicamp e início efetivo do tratamento antitumoral, no presente estudo registrou-se média de 64,92 dias. Por sua vez, o Ministério da Saúde, em 16 de maio de 2013, baixou a Portaria n. 876, que trata sobre o primeiro tratamento do paciente portador de neoplasia maligna, em nível do Sistema Único de Saúde, determinando que o prazo máximo do mesmo não exceda sessenta dias. Dessa forma, verifica-se que o complexo hospitalar da Unicamp aproxima-se dessa meta do governo federal, mesmo em período anterior à promulgação da Portaria (década de 2000 a 2010).

No presente estudo, é importante destacar que não se registrou associação das variáveis “faixa etária” e “sexo” com o tempo entre a primeira consulta na Unicamp e o início do tratamento do tumor. Esse achado sugere que, muito provavelmente, os indivíduos em faixa etária mais avançada, que também são mais frágeis e mais susceptíveis às enfermidades crônicas, com maior risco de morbimortalidade (Fried et al. 2004; Veras, 2009; Moraes, 2012), não recebem um tratamento diferenciado em relação ao quadro

neoplásico, o que aumenta a probabilidade de ocorrer evolução desfavorável (Costa e Carvalheira, 2010).

Além disso, há que se considerar também que o predomínio de homens se deve, muito provavelmente, às características da população atendida nos três serviços da Unicamp (Hospital de Clínicas, Gastrocentro e Hemocentro) de onde foram coletados os dados, já que foi excluído do estudo o Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), onde são atendidas, predominantemente, as neoplasias ginecológicas.

Também se verificou associação do tempo entre primeira consulta na Unicamp e início do tratamento com o IDH e com a distância do município de origem em relação a Campinas. Recentemente, registrou-se em estudo brasileiro realizado no município de Campinas, SP, que as condições sociais e renda familiar covariam com vulnerabilidade na velhice, mostrando-se associação das mesmas com maior número de doenças crônicas, incapacidade funcional, pior percepção da saúde e menor acesso aos serviços de saúde (Rodrigues e Neri, 2012). Também na presente pesquisa verificou-se que foi maior o tempo para início do tratamento antitumoral entre os idosos que eram provenientes de municípios com níveis mais baixos de renda, escolaridade e saúde (principais constitutivos do Índice de Desenvolvimento Humano), e / ou que se encontravam mais distantes do município onde se localizava o serviço de saúde onde deveriam realizar seu tratamento (complexo hospitalar da Unicamp).

É preciso destacar, ainda, que o tempo zero para início de tratamento, verificado nesse estudo, pode-se dever aos idosos que

vieram encaminhados para o tratamento antitumoral, para os quais a primeira consulta no complexo hospitalar da Unicamp já tinha esse fim. Esses, muito possivelmente, se beneficiaram de procedimentos diagnósticos que permitiram evidenciar mais precocemente o quadro neoplásico, o que possibilita maior chance de cura e / ou controle da doença (Costa e Carvalheira, 2010).

Quanto ao tempo superior a três anos para início do tratamento, pode-se supor que esse se relacione aos tumores de caráter indolente, que habitualmente são acompanhados até que se faça necessário intervir com terapêutica adequada.

Finalmente, em relação aos 760 idosos não tratados, é bastante provável que entre os mesmos estivessem aqueles com tumor de caráter indolente para os quais se recomendou acompanhamento, ou ainda, em situação clínica muito grave, fora de perspectiva terapêutica, aos quais se ofereceram apenas cuidados paliativos.

Dessa forma, verifica-se que os achados desse trabalho permitem ressaltar a relevância dos indicadores sociais no que se refere ao acesso ao tratamento antineoplásico na população idosa. Embora se trate de um estudo de abrangência regional, pode-se cogitar a existência de influência similar em outras regiões do país.

Decorre daí a necessidade de avaliar e considerar esses indicadores na elaboração de estratégias passíveis de serem aplicadas em serviços de referência que integram o Sistema Único de Saúde, e que viabilizem a detecção de maior risco de vulnerabilidade, bem como de facilitação de acesso aos recursos de tratamento para idosos portadores de neoplasia.

Há que se registrar, ainda, que o estudo apresentou uma limitação associada à qualidade dos registros de casos de neoplasia: foi expressivo o número de casos em que os dados estavam incompletos. Além disso, nesse registro não constam duas variáveis sociais muito significativas em termos de estudo de população idosa, quais sejam: escolaridade e renda. Também não consta do registro a variável “comorbidades”. As três podem ter relação tanto com o acesso ao tratamento antineoplásico como à evolução dos pacientes idosos.

Referências Bibliográficas

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>
2. BERGER NA, SAVVIDES P, KOROUKIAN SM et al. Cancer in the elderly. Trans Am Clin Climatol Assoc, 2006; 117: 147- 56.
3. FUNDAÇÃO SEADE. Região Metropolitana de Campinas. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/perfil_regional/index.php
4. YANCIK R, RIES LA. Cancer in older persons: an international issue in an aging world. Semin Oncol 2004; 31: 128-36.
5. KEMENY MM. Surgery in older patients. Semin Oncol 2004; 31: 175-84.
6. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. A Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap1.pdf>
7. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Ministério reafirma compromisso: início de tratamento de câncer em até 60 dias no

SUS. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/tempo de espera nao pode ultrapassar sessenta dias](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/tempo_de_espera_nao_pode_ultrapassar_sessenta_dias)

8. FRIED LP, FERRUCCI L, DARER J et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *J Gerontol: Med Sci* 2004; 59(3): 255–63.
9. VERAS R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-54.
10. MORAES EN. Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012; 1ª edição, p. 102.
11. COSTA FO, CARVALHEIRA JBC. Câncer no idoso. IN: Assistência Ambulatorial ao Idoso. GUARIENTO ME, NERI AL. Campinas: Alínea Editora, 2010; pp. 217-233.
12. RODRIGUES NO, NERI AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(8): 2129-39.

