

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM**

LEBIAN MARCELLE DA SILVEIRA MELO

**IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO
PACIENTE ONCOLÓGICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**NATAL - RN
2010**

LEBIAN MARCELLE DA SILVEIRA MELO

**IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO
PACIENTE ONCOLÓGICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito obrigatório para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora Prof^a. Dr^a. Maria das Graças de Paiva Nicolete

**NATAL - RN
2010**

LEBIAN MARCELLE DA SILVEIRA MELO

A monografia intitulada: IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE ONCOLÓGICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, apresentada pela aluna Lebian Marcelle da Silveira Melo como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, foi considerada aprovada pela banca examinadora, abaixo designada.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra Maria das Graças de Paiva Nicolete
Orientadora

Banca Examinadora (Avaliador 1.º)

Banca Examinadora (Avaliador 2.º)

Dedico este trabalho as pessoas mais significantes da minha vida, aos meus amados pais, que sempre com muito esforço, carinho e dedicação a mim, tornaram grande parte dos meus sonhos realidade, idealizando sempre meu progresso. Indubitavelmente, esta conquista não é somente minha, é nossa! Vocês foram fundamentais para o alcance de mais esta vitória. Amo vocês.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por realizar mais um sonho em minha vida, pois quando os sonhos tornam-se reais, prova-se que Deus está à frente dele. Obrigada Deus por ser aquele que sempre me amou e olhou por mim em todas as situações, quem me deu o dom da vida e me direcionou a despertar um dom perfeito, o de auxiliá-lo salvando vidas. Obrigada por me sustentar nos momentos de dificuldade, pois sem Ti nada sou. Por isso, tenho convicção em dizer que: “Tudo posso naquele que me fortalece.”

Painho e Mainha, eu poderia escrever diversas laudas dedicadas a vocês, mas nenhuma palavra poderá descrever a imensidão do amor que sinto nem a gratidão que desejo oferecer-lhes neste momento. Ainda assim, profiro meu muito obrigado por serem pais presentes, zelosos, que sempre me incentivaram, investiram e confiaram em meu potencial, que se dedicaram ao máximo para realizar meus sonhos quando muitas vezes tiveram que abrir mão dos seus. Enfim, agradeço-os por mais esta conquista com todo meu amor, sinceridade e gratidão por tudo que representam em minha vida. Amo vocês em grandeza e intensidade.

A minha irmã Lisiê, minha amiga fiel que desde sempre torceu pelo meu sucesso nas mais diversas áreas da minha vida, me apoiando e me amando em todas as circunstâncias.

Aos meus colegas de classe, pessoas maravilhosas, que tive o privilégio de conhecer e desfrutar de momentos ímpares junto a eles. Mas, em especial gostaria de ressaltar meus amigos: Luciana Flavia, Daniela Karla, Maria Helena, Arianne Fonseca e Charles da Paz. Pessoas especiais que me ajudaram a enfrentar os obstáculos surgidos em meu caminho e conquistaram um lugar especial em meu coração. Tenho certeza que esta semente da amizade plantada e regada por esses quatro anos continuarão fortalecidas e jamais murcharão.

Agradeço aos mestres que com paciência e carinho ao lecionar, soube passar parte da sua sabedoria e entendimento dos conteúdos e experiências.

Por fim, agradeço a minha orientadora Prof^a. Dra. Graça Nicolette, que acreditou em meu potencial e depositou em mim total confiança durante o processo de construção deste trabalho.

“Aprendi que o tempo é muito precioso e não volta atrás. Por isso, não vale a pena resgatar o passado. O que vale a pena é construir o futuro.”
(Desconhecido).

RESUMO

Esta pesquisa aponta a importância fundamental na atuação do enfermeiro na prevenção, descoberta e acompanhamento aos pacientes oncológicos no SUS. Esta pesquisa foi motivada a partir da prática ambulatorial e hospitalar vivenciada com pacientes oncológicos. Os objetivos do estudo buscam demonstrar o surgimento e crescimento do câncer, apontar incidências de câncer no estado do Rio Grande do Norte, observar o valor do diálogo entre o profissional, paciente e seus familiares, mostrar direitos como forma de orientação aos pacientes oncológicos oferecidos pelo Sistema único de saúde (SUS), apresentar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção, descoberta e acompanhamento no tratamento do paciente oncológico. A metodologia da pesquisa é bibliográfica sendo uma busca na literatura através dos uni termos: Câncer, enfermeiro, SUS, nas bases de dados virtuais e literários, Lilacs, Bireme, Sciello, INCA, Brunner. O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a se proliferar de maneira irregular, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente à célula. O INCA aponta incidências de câncer no estado do Rio Grande do Norte, sua prevenção, seu tratamento. Como também mostra que os cânceres mais frequentemente acometidos nas mulheres são útero e mama e nos homens próstata e pulmão. Atualmente o câncer é reconhecido como problema de saúde pública, tendo sua importância na perspectiva do SUS, pois o Sistema Único de Saúde foi criado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90 com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibida cobrança de dinheiro sob qualquer pretexto. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. Grande parte destes exames, são utilizados com a finalidade de diagnosticar ou acompanhar as etapas do câncer, seja durante ou após o tratamento. A escolha do exame realizado varia de acordo com cada especialidade. O papel realizado pelo enfermeiro caracteriza-se pelo acolhimento oferecido ao paciente e seus familiares, onde o profissional o orienta e o acompanha em todas as etapas a serem enfrentadas. As opções de tratamento oferecidas aos pacientes com câncer devem ser baseadas em metas realistas e atingíveis para cada tipo específico de câncer, podendo ser por: cirurgia, braquiterapia, quimioterapia, iodoterapia ou radioterapia. A assistência do enfermeiro aplica-se em desvendar mitos, avaliar e intervir em ações a fim de minimizar os riscos de ocorrência, gravidade e complicações da dor, promover o conforto físico e manter o bem estar do paciente.

Palavras chaves: Câncer, enfermeiro, SUS.

ABSTRACT

This research shows the fundamental importance in the acting of the nurse in the prevention, discovery and attendance to the cancer patients in the SUS. The motivation of the researcher for doing this research came from the hospital practice with cancer patients. The objectives of the study provide to demonstrate the appearance and growth of the cancer, to point to incidences of cancer in the state of the Rio Grande do Norte, to observe the value of the dialog between the professional, patient and his relatives, to show the rights of the SUS patients, to present the importance of the acting of the nurse in the prevention, discovery and attendance in the treatment of the cancer patient. The methodology of this research is bibliographical searching in the literature through keywords: Cancer, nurse, SUS, in the bases of virtual data and literary, Lilacs, Bireme, Sciello, INCA, Brunner. The cancer is a pathological process that begins when an abnormal cell is transformed by the genetic change of the cellular DNA. This abnormal cell forms a clone and begins to proliferate in irregular way, ignoring the signs of regulation of the growth in the adjacent cells.. The INCA points to incidences of cancer in the state of Rio Grande do Norte, sweats prevention, his treatment and where the cancers appear in the women (Womb and breast) and in the men (prostate and lung). Now a days the cancer is known is a problem of public health, has his importance in the perspective of the SUS. The SUS was created by the Organic Law of the Health n.º 8080/90 with the finality of altering the situation of inequality in the presence to the Health of the population, making the public service compulsory to any citizen, and is prohibited to charge money under any pretext. Through SUS, all the citizens have a right to consultations, examinations, admissions and treatments in the Unities of Health linked to the SUS, public (cities, state and federal) or private, contracted by the public power of health. Most of these examinations, are used by the finality of diagnosing or accompanying the stages of the cancer, during or after the treatment. The choice of the examination varies in accordance with each specialty. The paper carried out by the nurse is characterized for the help offered to a patient and his relatives, where the professional orientates them and accompanies them in all the stages to be faced. The options of treatment offered to cancer patients must be based on realistic and attainable marks for each specific type of cancer, such as: surgery, brachytherapy, chemotherapy, iodine therapy or radiotherapy. The presence of the nurse is applied in solving myths, valuing and intervening in actions in order to minimize the risks of incident, gravity and complications of the pain, promote the physical comfort and maintain the well been of the patient.

Key Words: Cancer, nurse, SUS.

LISTA DE TABELAS

FIG. 1 Gráfico estatístico da epidemiologia do câncer em homens no Rio Grande do Norte17

FIG. 2 Gráfico estatístico da epidemiologia do câncer em mulheres no Rio Grande do Norte.....18

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS - Sistema Único de saúde

INCA - Instituto Nacional de Câncer

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

RNA - Ácido ribonucleico

HPV - Human Papilloma Viruses

NIC - Neoplasia Intra-Epitelial Cervical

OMS - Organização Mundial da Saúde

ECM - Exame Clínico das Mamas

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brasil

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade

CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

TC - Tomografia Computadorizada

IRM - Ressonância Magnética

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 JUSTIFICATIVA	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.3 METODOLOGIA	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 FISIOPATOLOGIA DO PROCESSO MALIGNO	15
2.2 CARACTERÍSTICAS DAS CÉLULAS MALIGNAS	15
2.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER NO RIO GRANDE DO NORTE	16
2.4 CÂNCERES MAIS COMUNS NO RIO GRANDE DO NORTE, SUA PREVENÇÃO E SEU TRATAMENTO	18
2.4.1 Câncer de colo do útero	18
2.4.2 Câncer de mama	21
2.4.3 Câncer de próstata	23
2.4.4 Câncer de pulmão	24
2.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE CONTRA O CÂNCER	26
2.6 O CÂNCER NA PERSPECTIVA DO SUS	27
2.7 EXAMES COMUMENTE OFERECIDOS PELO SUS QUE AUXILIAM NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER	30
2.8 OS SINTOMAS MAIS FREQUENTES QUE O PACIENTE ONCOLÓGICO APRESENTA	32
2.9 TRATAMENTO PARA O PACIENTE ONCOLÓGICO	33
2.10 ETAPAS PSICOLÓGICAS QUE O PACIENTE ONCOLÓGICO ENFRENTA	35
2.11 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	38
3 CONCLUSÕES	42
4 RECOMENDAÇÕES	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem uma importância fundamental na atuação do enfermeiro com pacientes oncológicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Está voltada para a importância e responsabilidade que o SUS tem ao providenciar uma assistência direcionada ao paciente oncológico na prevenção, descoberta e acompanhamento da doença.

A atuação do enfermeiro deve proporcionar conscientização da população, da prevenção do câncer e seu conceito. As informações obtidas dos registros auxiliam na determinação da necessidade de campanhas junto à população na detecção precoce e prevenção do câncer, como também na avaliação de novas técnicas para o diagnóstico.

O principal propósito desse tipo de registro é avaliar o impacto do câncer em uma determinada população. Pela proximidade do enfermeiro ao paciente oncológico. Este profissional pode efetuar um melhor acompanhamento.

A literatura estudada enfoca as pesquisas realizadas pelo INCA, as estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, são registrados cânceres mais comuns no Rio Grande do Norte, sua prevenção e seu tratamento, tendo como principais nas mulheres: Útero, mama, e nos homens: próstata e pulmão.

Mostra a importância do estudo da oncologia junto ao apoio que o SUS oferece a cada paciente, seja referente ao olhar do doente ou da família, mostrando que a assistência do enfermeiro se faz presente como um serviço fundamental no auxílio de todo o processo.

1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação da pesquisadora para realização desta pesquisa surgiu na prática vivenciada ambulatorial e hospitalar com pacientes oncológicos.

Este trabalho pretende contribuir na ampliação dos conhecimentos, atitudes e habilidades adequados a um novo modelo de atendimento aos pacientes e seus familiares.

À iniciativa deste estudo surgiu a partir do relacionamento com pacientes portadores de câncer.

Esta pesquisa está voltada para o direito de todos a receber um tratamento digno oferecido pelo SUS e a importância do trabalho do enfermeiro no auxílio da prevenção e no diagnóstico do câncer. Trás ainda no acompanhamento ao paciente oncológico, a fim de proporcionar uma assistência direcionada e esclarecer benefícios oferecidos pelo Sistema Único de saúde e a correta postura e ocupação do enfermeiro com o paciente oncológico, esteja ele em estado leve, moderado ou grave. Faz-se necessário observar a seriedade do olhar do profissional de saúde focando à pessoa, visando primordialmente o bem-estar, por se tratar de uma doença agressiva e inesperada, como o câncer, em que este paciente passará por diversas fases psicológicas e fisiológicas. É fundamental a necessidade dos pacientes oncológicos receberem cuidados além de sua patologia, por ser essencial no decorrer de uma relação de acolhimento e confiança entre o profissional e o paciente, mostrando uma atenção ímpar, pois envolve uma pessoa em condição delicada, muitas vezes com improbabilidades, exigindo a si próprio a minimização do sofrimento. Este momento torna-se único para o paciente e seus familiares, onde o enfermeiro deve concentrar-se ajudando ao indivíduo a se sentir confortável e mais aliviado de sofrimentos, mesmo quando há a tentativa de uma possível cura, ou apenas o ato de cuidar.

O presente trabalho ressalta formas de cooperar positivamente para um esclarecimento sobre o acompanhamento do enfermeiro ao paciente portador de câncer, a prevenção e o tratamento.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Mostrar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção, descoberta e acompanhamento voltado aos pacientes com diagnóstico de câncer.

1.2.2 Objetivos Específicos

Demonstrar o surgimento e crescimento do câncer.

Apontar incidências de câncer no estado do Rio Grande do Norte.

Observar o valor do diálogo entre o profissional, paciente e seus familiares.

Mostrar direitos como orientações aos pacientes oncológicos oferecidos pelo Sistema único de saúde (SUS).

Apresentar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção, descoberta e acompanhamento no tratamento do paciente oncológico.

1.3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada é bibliográfica. Trata-se de informações a respeito da atribuição do enfermeiro desde a participação do diagnóstico até o acompanhamento no tratamento ao paciente oncológico, serviço este oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta análise foi desenvolvida através de pesquisa bibliográfica a fim de enfocar a importância do atendimento do enfermeiro na prevenção, descoberta e acompanhamento aos pacientes oncológicos. Também é de grande valia mostrar os direitos destes pacientes oferecidos pelo SUS, orientando-os sobre esta etapa da patologia para que contribuam e compreendam todo o procedimento na tentativa de minimizar dúvidas, controlar sintomas e assim procurar evoluir para uma esperada cura.

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa de levantamento de estudos apresentando uma análise qualitativa e quantitativa baseada na literatura estudada. A metodologia da pesquisa é do tipo bibliográfica sendo uma busca na literatura através dos uni termos: Câncer, enfermeiro, SUS, nas Bases de dados virtuais e literárias, Lilacs, Bireme, Sciello, INCA, Brunner.

De acordo com MARCONI & LAKATOS (2008), as pesquisas bibliográficas são utilizadas com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se procura uma resposta. Estão voltadas para o estudo bibliográfico de temas importantes e atualizadas visando à compreensão de vários aspectos da sociedade e de interesse para o estudo.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FISIOPATOLOGIA DO PROCESSO MALIGNO

Segundo Brunner e Suddarth (2008), o câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Essa célula anormal forma um clone e começa a se proliferar de maneira irregular, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente à célula. As células adquirem as características invasivas, e as alterações acontecem nos tecidos adjacentes. Essas células infiltram esses tecidos e ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, os quais as transportam para outras áreas do corpo. Esse fenômeno é chamado de metástase (disseminação do câncer para outras regiões do corpo).

Durante o espectro de vida, vários tecidos orgânicos normalmente sofrem períodos de crescimento rápido ou proliferativo que devem ser diferenciados da atividade de crescimento maligno. Existem vários padrões de crescimento celular: hiperplasia, metaplasia, displasia, anaplasia e neoplasia.

As células cancerosas são descritas como neoplasias malignas. Elas demonstram o crescimento celular descontrolado que não obedece à demanda fisiológica. Os crescimentos benignos e malignos são classificados e nomeados pelo tecido de origem. As células benignas e malignas diferem quanto a muitas características de crescimento celular, incluindo o método e a velocidade de crescimento, capacidade de metástase ou disseminação, efeitos gerais, destruição do tecido e capacidade de provocar a morte. O grau de anaplasia determina por fim o potencial maligno (BRUNNER; SUDDART, 2008).

2.2 CARACTERÍSTICAS DAS CÉLULAS MALIGNAS

Apesar de suas diferenças individuais, todas as células cancerosas compartilham algumas características celulares comuns em relação à membrana celular, proteínas especiais, núcleos, anormalidades cromossômicas e velocidade de mitose e crescimento. As membranas celulares apresentam-se alteradas nas células cancerosas, o que afeta o movimento de líquido para dentro e para fora da célula.

As membranas celulares das células malignas também contêm proteínas chamadas de antígenos tumor-específicos, que se desenvolvem quando elas se tornam menos diferenciadas (maduras) com o passar do tempo. Essas proteínas diferenciam uma célula maligna de uma célula benigna do mesmo tipo tissular. Elas podem ser úteis na medição da extensão da doença em uma pessoa e no rastreamento do curso da doença durante o tratamento da recidiva. As membranas celulares malignas também contêm menos fibronectina, um cimento celular. Elas são, portanto, menos coesas e não aderem de imediato às células adjacentes (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

Tipicamente, os núcleos das células cancerosas são grandes e irregularmente formados (pleiomorfismo). Os nucléolos, as estruturas dentro do núcleo que alojam o ácido ribonucléico (RNA), são maiores e mais numerosos nas células malignas, talvez por causa da síntese aumentada de RNA. As anormalidades acrossomiais (translocações, deleções, adições) e a fragilidade dos cromossomas são comumente encontradas quando as células cancerosas são analisadas (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

A mitose ocorre mais amiúde nas células malignas que nas células normais. Quando as células crescem e se dividem, elas requerem mais glicose e oxigênio. Quando a glicose e o oxigênio não estão disponíveis, as células malignas utilizam os canais metabólicos anaeróbicos para produzir energia o que torna as células menos dependentes da disponibilidade de um suprimento de oxigênio constante (BRUNNER; SUDDARTH, 2008).

2.3 EPIDEMIOLOGIAS DO CÂNCER NO RIO GRANDE DO NORTE

Referente ao INCA, este tipo de registro de câncer coleta-se dados de uma população claramente específica (com diagnóstico de câncer) em uma área geográfica delimitada. São registros que nos fornecem informações permanentes sobre o número de casos novos nessa área delimitada, permitindo detectar setores da área onde a população local é mais afetada pela doença, fatores ambientais que podem estar relacionados e influenciar na prevalência da doença, identificar grupos étnicos afetados promovendo assim investigações epidemiológicas e estudos específicos. As informações obtidas desses registros também auxiliam na determinação da necessidade de campanhas junto à população na detecção

precoce e prevenção do câncer, como também na avaliação de novas técnicas diagnósticas (INCA, 2010).

O principal propósito desse tipo de registro é avaliar o impacto do câncer em uma determinada população.

Baseado nas pesquisas realizadas pelo INCA, as estimativas para o ano 2010 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres, segundo localização primária são:

TABELA N° 01: CÂNCERES MAIS COMUNS NO RIO GRANDE DO NORTE DO SEXO MASCULINO

Localização Primária Neoplasia	ESTIMATIVA DE CASOS NOVOS			
	Estado		Município	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	760	48,19	220	56,15
Traquéia, Brônquio e Pulmão	170	10,97	70	18,50
Estômago	190	12,36	50	13,98
Cólon e Reto	110	6,79	10	11,47
Cavidade Oral	120	7,64	40	11,58
Esôfago	70	4,37	20	5,14
Leucemias	110	6,42	30	7,58
Pele Melanoma	20	1,27	—	1,71
Outras Localizações	60	3,83	140	36,31
Subtotal	1.610	102,67	140	140
Subtração Pele não Melanoma	1.280	81,65	350	92,04
Todas as Neoplasias	2.890	184,19	970	252,53

Fonte: INCA, 2010

TABELA Nº 02: CÂNCERES MAIS COMUNS NO RIO GRANDE DO NORTE DO SEXO FEMININO

Localização Primária Neoplasia Maligna	ESTIMATIVA DE CASOS NOVOS			
	Estado		Município	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama feminina	540	33,17	220	51,28
Colo do útero	230	14,35	70	12,26
Cólon e Reto	120	7,25	50	12,46
Traquéia, Brônquio e Pulmão	120	4,47	40	10,12
Estômago	120	7,32	40	9,05
Leucemias	80	4,94	30	6,67
Cavidade Oral	90	5,37	20	5,31
Pele Melanoma	—	0,76	—	0,92
Esôfago	30	1,96	—	2,13
Outras Localizações	390	23,87	350	80,31
Subtotal	1730	105,89	840	192,74
Pele não Melanoma	1650	100,99	930	90,57
Todas as Neoplasias	3380	207,04	1230	282,03

Fonte: (INCA, 2010)

2.4 CÂNCERES MAIS COMUNS NO RIO GRANDE DO NORTE, SUA PREVENÇÃO E SEU TRATAMENTO

A seguir apresenta-se as explicações dos cânceres em evidência de acordo com a visão do INCA, 2010.

2.4.1 Câncer de colo do útero

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, demora muitos anos para se desenvolver. As alterações das células que podem desencadear o

câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou), por isso é importante a sua realização periódica. A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo papilomavírus humano, o HPV, com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos (INCA, 2010).

O Inca relatou uma estimativa de surgimento de novos casos e de óbitos em mulheres que não realizaram o acompanhamento do preventivo periodicamente. Foram contabilizados 18.430 casos no ano de 2010 e em 2008 houve o registro de óbitos por câncer do colo do útero 4.812 casos.

É comprovada que a infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV) tem papel importante no desenvolvimento do câncer do colo do útero. Estudos demonstram que o vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer cervical. A prevenção pode ser feita usando-se preservativo (camisinha) durante a relação sexual, para evitar o contágio pelo HPV (INCA, 2010).

Os principais fatores de risco estão relacionados ao início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros. Deve-se evitar o tabagismo (diretamente relacionado à quantidade de cigarros fumados) e o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, hábitos também associados ao maior risco de desenvolvimento deste tipo de câncer (INCA, 2010).

Quando há uma detecção precoce, existe uma fase pré-clínica (sem sintomas) do câncer do colo do útero, em que a detecção de lesões precursoras (que antecedem o aparecimento da doença) pode ser feita através do exame preventivo (Papanicolaou). Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do câncer cervical são de 100%. Conforme a evolução da doença parecem sintomas como sangramento vaginal, corrimento e dor local.

O exame preventivo do câncer do colo do útero (Papanicolau) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico da doença (INCA, 2010).

O exame pode ser feito em unidades de saúde da rede pública que tenham profissionais capacitados, podendo encontrar médico e/ou enfermeiros. É fundamental que os serviços de saúde orientem seus usuários sobre o que é, como é realizado o procedimento e qual a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. É de extrema importância ressaltar que as mulheres grávidas também podem se

submeter ao exame, sem prejuízo para sua saúde ou a do bebê (INCA, 2010).

A execução do exame preventivo (Papanicolau) realizado pelo profissional de saúde capacitado é efetivado quando para a coleta do material, é introduzido um instrumento chamado espécuro na vagina (conhecido popularmente como “bico de pato”, devido ao seu formato), o mesmo faz a inspeção visual do interior da vagina e do colo do útero. A seguir, o profissional promove a escamação da superfície externa e interna do colo do útero com uma espátula de madeira e uma escovinha. As células colhidas são colocadas numa lâmina para análise em laboratório especializado em citopatologia (INCA, 2010). Após alguns dias, o resultado do preventivo é dirigido ao local em que foi realizado o exame.

Caso o exame acuse um resultado negativo para câncer e se esse for o primeiro resultado negativo, a paciente deverá refazer o exame preventivo após um ano. Se houver alteração (NIC I), é indispensável repetir o exame após seis meses. Se outras alterações (NIC II e NIC III), o profissional de saúde decidirá a melhor conduta e indicará que realize outros exames, como a colposcopia. Se diagnosticado infecção pelo HPV, a paciente deverá repetir o exame após seis meses (INCA, 2010).

Independente desses resultados há também a possibilidade de diagnósticos de infecções que geralmente serão tratadas sem maiores complicações se o tratamento for seguido e acompanhado corretamente. Diversas vezes é necessário que o parceiro também receba tratamento. Nesses casos, é importante que o mesmo compareça ao serviço de saúde para receber as orientações diretamente dos profissionais de saúde (INCA, 2010).

Está em estudo no Ministério da Saúde o uso de vacina contra o HPV pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As duas vacinas aprovadas para comercialização no Brasil protegem contra dois ou quatro subtipos do vírus: o 6 e o 11 (presentes em 90% dos casos de verrugas genitais) e o 16 e 18 (de alto risco para o câncer do colo do útero (presentes em 90% dos casos de câncer de colo uterino). É importante enfatizar que as vacinas não protegem contra todos os subtipos do HPV. Sendo assim, o exame preventivo deve continuar a ser feito mesmo em mulheres vacinadas (INCA, 2010).

2.4.2 Câncer de mama

O segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom.

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA, 2010).

Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (OMS, 2007).

Evitar a obesidade, através de dieta equilibrada e prática regular de exercícios físicos é uma recomendação básica para prevenir o câncer de mama, já que o excesso de peso aumenta o risco de desenvolver a doença. A ingestão de álcool, mesmo em quantidade moderada, é contra-indicada, pois é fator de risco para esse tipo de tumor, assim como a exposição a radiações ionizantes em idade inferior aos 35 anos (INCA, 2010).

Ainda não há certeza da associação do uso de pílulas anticoncepcionais com o aumento do risco para o câncer de mama. Podem estar mais predispostas a ter a doença mulheres que usaram contraceptivos orais de dosagens elevadas de estrogênio, que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e as características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia (INCA, 2010).

O INCA não estimula o auto-exame das mamas como método isolado de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que

contemplem o conhecimento do próprio corpo. Evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para a detecção precoce e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, traz consequências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos.

Portanto, o exame das mamas feito pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade (INCA, 2010).

Tratando-se de sintoma do câncer de mama, podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações, inclusive no mamilo, ou aspecto semelhante a casca de laranja. Secreção no mamilo também é um sinal de alerta. O sintoma do câncer palpável é o nódulo no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem também surgir nódulos palpáveis na axila (INCA, 2010).

Na detecção precoce, ainda que a hereditariedade seja responsável por apenas 10% do total de casos, mulheres com história familiar de câncer de mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentam maior risco de desenvolver a doença. Esse grupo deve ser acompanhado pelo médico a partir dos 35 anos de idade. É o profissional de saúde quem vai decidir quais exames a paciente deverá fazer (INCA, 2010).

Primeira menstruação precoce, menopausa tardia (após os 50 anos), primeira gravidez após os 30 anos e não ter tido filhos também constituem fatores de risco para o câncer de mama.

As formas mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico e a mamografia. Quando o exame clínico das mamas (ECM) é realizado por um médico ou enfermeiro treinado, pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. Aconselha-se que seja feito periodicamente uma vez ao ano pelas mulheres entre 40 e 49 anos. Já a mamografia (radiografia da mama) permite a detecção precoce do câncer, ao mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (medindo milímetros). Deve ser realizada a cada dois anos por mulheres entre 50 e 69 anos, ou segundo recomendação médica. É realizada em um aparelho de raio X apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens, e, portanto, melhor

capacidade de diagnóstico. Há um desconforto provocado durante o exame, mas é algo suportável (INCA, 2010).

A Lei 11.664, de 2008 determina o direito e estabelece que todas as mulheres têm direito à mamografia a partir dos 40 anos, a Lei 11.664/2008 que entrou em vigor em 29 de abril de 2009 reafirma o que já é estabelecido pelos princípios do Sistema Único de Saúde. Embora tenha suscitado interpretações divergentes, o texto não altera as recomendações de faixa etária para rastreamento de mulheres saudáveis: dos 50 aos 69 anos (INCA, 2010).

2.4.3 Câncer de próstata

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele não-melanoma). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (INCA, 2010).

Mais do que qualquer outro tipo, o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida (INCA, 2010).

Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm³) que não apresentam sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem.

A estimativa divulgada pelo INCA que ocorram novos casos no ano de 2010 é de 52.350 e o número de mortes até 2008 é de 11.995 (INCA, 2010).

Para a prevenção do câncer de próstata, está comprovado que uma dieta rica em frutas, verduras, legumes, grãos e cereais integrais, e com menos gordura, principalmente as de origem animal, ajuda a diminuir o risco de câncer, como também de outras doenças crônicas não-transmissíveis. Nesse sentido, outros

hábitos saudáveis também são recomendados, como fazer, no mínimo, 30 minutos diários de atividade física, manter o peso adequado à altura, diminuir o consumo de álcool e não fumar (INCA, 2010).

A idade também é um fator de risco importante para o câncer de próstata, uma vez que, tanto a incidência como a mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos.

O nível de parentesco próximo como o pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos pode aumentar o risco de se ter a doença de 3 a 10 vezes comparado à população em geral, podendo refletir tanto fatores genéticos (hereditários) quanto hábitos alimentares ou estilo de vida de risco de algumas famílias (INCA, 2010).

Com relação aos sintomas, em sua fase inicial, o câncer da próstata tem evolução silenciosa. Muitos pacientes não apresentam nenhum sintoma ou, quando apresentam, são semelhantes aos do crescimento benigno da próstata (dificuldade de urinar e necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite). Na fase avançada, pode provocar dor óssea, sintomas urinários ou, quando mais grave, infecção generalizada ou insuficiência renal (INCA, 2010).

2.4.4 Câncer de pulmão

O câncer de pulmão é o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento de 2% por ano na sua incidência mundial. Em 90% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. No Brasil, foi responsável por 18.715 mortes em 2006, sendo o tipo que mais fez vítimas. Altamente letal, a sobrevida média cumulativa total em cinco anos varia entre 13 e 21% em países desenvolvidos e entre 7 e 10% nos países em desenvolvimento. No fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis (INCA, 2007).

Evidências na literatura mostram que pessoas que têm câncer de pulmão apresentam risco aumentado para o aparecimento de outros cânceres de pulmão e que pessoas do convívio que possuem maior contato como irmãos, irmãs e filhos de pessoas que tiveram câncer de pulmão apresentam risco levemente aumentado para o desenvolvimento desse câncer. Entretanto, é difícil estabelecer o quanto

desse maior risco decorre de fatores hereditários e o quanto é por conta do hábito de fumar (INCA, 2007).

A Estimativas de novos casos dar-se em 27.630, sendo 17.800 homens e 9.830, mulheres no ano de 2010. O número de mortes computado pelo INCA foi de: 20.485, sendo 13.050 homens e 7.435, mulheres (2008) (INCA, 2007).

Uma vez que o consumo de derivados do tabaco está na origem de 90% dos casos, independentemente do tipo, não fumar é o primeiro cuidado para prevenir a doença. A ação permite a redução do número de casos (incidência) e de mortalidade. Comparados com os não fumantes, os tabagistas têm cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão. Em geral, as taxas de incidência em um determinado país refletem seu consumo de cigarros (INCA, 2007).

Manter alto consumo de frutas e verduras é recomendado. Deve-se evitar, ainda, a exposição a certos agentes químicos (como o arsênico, asbesto, berílio, cromo, radônio, urânio, níquel, cádmio, cloreto de vinila, gás de mostarda e éter de clorometil), encontrados principalmente no ambiente ocupacional (INCA, 2007).

Exposição à poluição do ar, infecções pulmonares de repetição, deficiência e excesso de vitamina A, doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema pulmonar e bronquite crônica), fatores genéticos (que predispõem à ação carcinogênica de compostos inorgânicos de asbesto e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos) e história familiar de câncer de pulmão favorecem ao desenvolvimento desse tipo de câncer (INCA, 2007).

Os sintomas mais comuns do câncer de pulmão são: a tosse e o sangramento pelas vias respiratórias. Nos fumantes, o ritmo habitual da tosse é alterado e aparecem crises em horários incomuns para o paciente. Pneumonia de repetição pode, também, ser a manifestação inicial da doença (INCA, 2007).

A modo mais simplificado de diagnosticar o câncer de pulmão é através de raio-X do tórax complementado por tomografia computadorizada. A broncoscopia (endoscopia respiratória) deve ser realizada para avaliar a árvore traqueobrônquica e, eventualmente, permitir a biópsia. É fundamental obter um diagnóstico de certeza, seja pela citologia ou patologia (INCA, 2007).

Uma vez obtida a confirmação da doença, é feito o estadiamento, que avalia o estágio de evolução, ou seja, verifica se a doença está restrita ao pulmão ou disseminada por outros órgãos. O estadiamento é feito através de vários exames de

sangue e radiológicos, como dosagens enzimáticas e ultrassonografia, respectivamente (INCA, 2007).

2.5 PROMOÇÃO DA SAÚDE CONTRA O CÂNCER

Um dos maiores entraves para que se possa garantir a cura de pacientes com câncer é a descoberta tardia da doença. Por isso mesmo, programas de prevenção cujo apelo maior é atenção com a própria saúde são tão importantes e podem representar a diferença entre a vida ou a morte de milhares de pessoas, anualmente. (MS, 2002).

Conforme Brunner e Suddart (2008), para reduzir o risco do câncer é preciso incentivar os pacientes a aumentar o consumo de vegetais frescos (principalmente aqueles da família do repolho), porque estudos indicam que as fibras e os alimentos ricos em vitaminas ajudam a evitar determinados tipos de câncer. Estimular a ingestão aumentada de fibras porque as dietas ricas em fibras podem reduzir o risco para determinados cânceres (p. ex., mama, próstata e cólon). Recomendar a ingestão aumentada de vitamina A, o que reduz o risco para cânceres de esôfago, laringe e pulmão. Aconselhar a ingestão aumentada de alimentos ricos em vitamina C, como frutas cítricas e brócolis, considerados capazes de proteger contra os cânceres de estômago e esôfago. Recomendar os pacientes a reduzir a ingestão de gorduras na dieta, porque uma dieta rica em gorduras aumenta o risco para os cânceres de mama, cólon e próstata. Incentivar a moderação no consumo de alimentos curados com sal, defumados e curados com nitrato, já que foram relacionados aos cânceres de estômago e esôfago. Aconselhar os pacientes a parar de fumar cigarros e charutos, que são carcinógenos. Alertar pacientes a reduzir a ingestão de álcool porque a ingestão de grandes quantidades de álcool aumenta o risco de câncer no fígado. Orientar os pacientes a evitar a exposição excessiva ao sol, usar roupas de proteção e um filtro solar para evitar a lesão cutânea pelos raios ultravioleta, que aumentam o risco de câncer de pele. Além destes cuidados é recomendado realizar exames periódicos como: preventivo (papanicolau), hemograma, mamografia (principalmente para mulheres com idades acima de 40 anos), entre outros.

2.6 O CÂNCER NA PERSPECTIVA DO SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/90 com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibido cobrança de dinheiro sob qualquer pretexto.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade. (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil. Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde. O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população em geral e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal (Conferência Nacional de Saúde, 2009).

O Ministério da Saúde afirma que o SUS (Sistema Único de Saúde) pretende incluir nove procedimentos para o tratamento do câncer de fígado, mama, linfoma (câncer no sistema linfático) e leucemia aguda (câncer no sangue) no

atendimento da rede pública. Cinco novos procedimentos de quimioterapia serão cobertos pelo SUS, sendo um para o tratamento do câncer de fígado, dois para o de estômago, um para o de timo e outro para o linfoma. Será ampliada a indicação de procedimentos para o câncer de endométrio e a hipercalcemia maligna (SUS, 2009).

Na radioterapia, o ministério prevê que serão investidos neste propósito a recomposição de 20 dos 30 procedimentos existentes, o que se dará por meio da maior oferta dos serviços e do acesso assistencial dos pacientes (MENDES, 2010).

O câncer pode ser tratado nos hospitais gerais credenciados pelos gestores locais e habilitados pelo Ministério da Saúde como Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

A UNACON é formada por unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes. Estas unidades hospitalares podem ter em sua estrutura física a assistência radioterápica ou então, referenciar formalmente os pacientes que necessitarem desta modalidade terapêutica (BVS, 2007).

Já o CACON, é constituído por unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de Alta Complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer. Estes hospitais devem, obrigatoriamente, contar com assistência radioterápica em sua estrutura física (BVS, 2007).

Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia são aqueles CACON designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica.

Os serviços Isolados de Radioterapia e/ou Quimioterapia, devem obrigatoriamente, ter referência formal com hospitais ou estabelecimentos ambulatoriais que garantam o atendimento aos doentes destes Serviços, no mesmo município onde estiver localizado o Serviço Isolado (BVS, 2007).

A organização do fluxo de atendimento ao paciente é de competência das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais. A recomendação é que o serviço

oncológico escolhido deva estar localizado o mais próximo à residência do paciente, já que o tratamento muitas vezes pode ser longo.

Os usuários do SUS devem ser orientados corretamente para facilitar a vida do paciente do princípio do tratamento até o acompanhamento final. Geralmente o paciente levanta a hipótese de um possível diagnóstico de câncer. Isto pode ser imaginado por ele, um amigo ou parente. Primeiramente, deve-se procurar os serviços da rede básica ou da rede hospitalar geral, evitando procurar diretamente as UNACON, os CACON ou Serviços Isolados de Quimioterapia ou Radioterapia (BVS, 2007).

O câncer não é uma única doença, mas um conjunto de doenças que acometem diversos órgãos e que tem em comum o crescimento celular desordenado, causando uma variedade de transtornos funcionais e por compressão local. Por isto, os sintomas são muito diferentes no início, não sendo possível estabelecer recomendações específicas para se levantar individualmente uma suspeita de câncer. Tal suspeita deve ser levantada pelo médico, diante de um conjunto de sinais e sintomas, e confirmada através de exames complementares (BVS, 2007).

Os tipos de câncer que podem ser, fácil e precocemente, detectados são: o câncer de colo de útero, através do exame preventivo (Papanicolau) e o câncer de mama, através do exame clínico das mamas, realizado por profissional capacitado e pela mamografia. Para detectar o câncer de próstata deve ser realizado o toque retal e o teste de dosagem sanguínea do PSA (antígeno prostático específico) que, em geral, quando positivo necessita ser complementado pelo ultra-som de próstata com biópsia (BVS, 2007).

Quando a suspeita torna-se de fato um diagnóstico é fundamental que haja o encaminhamento adequado do paciente às Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), além da descrição detalhada da história da doença que justifica a suspeita de neoplasia, deverão ser anexados os exames que corroboram tal suspeita clínica (imagem, histopatológico e endoscopia).

A UNACON promove atendimentos hospitalares que possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o

diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (cirurgia geral/coloproctologia, ginecologia/mastologia e urologia).

Caso a UNACON não ofereça assistência para o tratamento radioterápico na própria Unidade, deverá ser estabelecida referência formal para o encaminhamento dos doentes que necessitem desse procedimento (BVS, 2007).

O CACON é um hospital que possui todas as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

Diferentemente da UNACON, todo CACON oferece tratamento assistencial radioterápico na própria estrutura hospitalar (BVS, 2007).

Os serviços isolados de quimioterapia e de radioterapia são oferecidos através de clínicas independentes que oferecem tratamento quimioterápico e radioterápico complementar às UNACON ou CACON.

Os pacientes encaminhados para estes Serviços devem estar vinculados, de acordo com a rede planejada pelo Gestor, a uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou CACON, para cooperação técnica e planejamento terapêutico global conjunto dos casos (BVS, 2007).

2.7 EXAMES COMUMENTE OFERECIDOS PELO SUS QUE AUXILIAM NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

O SUS oferece exames gratuitos a toda à população com o objetivo de prevenir ou descobrir doenças. Entre as possíveis doenças detectadas, o câncer em especial vem crescendo consideravelmente nas estatísticas. Grande parte destes exames, são utilizados também com a finalidade de acompanhar as etapas do câncer, seja durante ou após o tratamento. A escolha do exame realizado varia de acordo com cada especialidade. O papel realizado pelo enfermeiro caracteriza-se pelo acolhimento oferecido ao paciente e seus familiares, onde o profissional os orienta e os acompanha durante todo o processo. Exames como o papanicolau, na sua grande maioria, é realizado pelo enfermeiro. Já os exames de imagem requerem outros profissionais de saúde como o médico, técnicos de enfermagem e técnicos de radiologia.

O enfermeiro tem papel importante e fundamental nesta área garantindo assim a qualidade da assistência prestada aos clientes (LEITE, 2008).

Os exames de imagem comumente realizados que auxiliam o diagnóstico do câncer são:

Ultrassonografia mamária, que é considerada adjunto à mamografia e ao exame clínico, o exame mais eficaz para o diagnóstico de doenças mamárias. Embora a ultrassonografia mamária tenha sido usada historicamente para diferenciar lesões sólidas de líquidas, é crescente o interesse para a diferenciação de massas benignas de malignas. Também tornou-se uma ferramenta valiosa na caracterização de nódulos encontrados na mamografia. (NASCIMENTO, 2009).

Radiografia é o exame de imagem mais conhecido pela população. As imagens na radiografia são produzidas devido aos tecidos possuírem diferentes graus de absorção fazendo que, por exemplo, os ossos possam ser observados brancos no filme da radiografia. A gordura e músculo absorvem menos os raios o que faz que se vejam de cor cinza, por outro lado o ar não absorve os raios o que faz com que seja visto de cor preta. A mamografia é outro tipo de exame que utiliza raios X para determinar a existência ou ausência de lesões tumorais. Tanto as radiografias como as mamografias são usadas para o diagnóstico de câncer e para o estadiamento da doença. A mamografia ainda promove o seu diagnóstico precoce e, conseqüentemente, a redução em sua morbidade e mortalidade. Ela é apontada como o principal método diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial, capaz de detectar alterações ainda não palpáveis e favorecendo, assim, o tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos. (SCLOWITZ; MARCELO, 2005).

Tomografia computadorizada (TC) é um exame de imagem que usa raios X para criar imagens tridimensionais do corpo, se diferencia da radiografia por mostrar imagens em duas dimensões. A TC é útil para determinar exatamente a localização do tumor e que tipos de estruturas estão nas proximidades da lesão, além de oferecer a possibilidade de observar o corpo por inteiro, sendo assim também serve para determinar a existência ou não de metástases (YAKSIC; MATEO, 2010).

Ressonância magnética (IRM) é um exame de imagem que não utiliza radiação e permite fazer imagens de alta definição dos órgãos de um indivíduo. A

ressonância trabalha com campo magnético poderoso, por esta razão, devem ser tomadas algumas precauções para a realização do exame, como: não utilizar jóias ou objetos metálicos. Como a TC, a ressonância cria imagens tridimensionais do corpo, entretanto a IRM é mais sensível para a detecção de tecidos moles e vasos (YAKSIC: MATEO, 2010).

A Enfermagem cresceu e desenvolveu-se juntamente com o advento da tecnologia. O desenvolvimento e a evolução tecnológica repercutiram na atuação do enfermeiro de duas formas: a primeira foi com a mudança do tipo e da intensidade do cuidado do enfermeiro, e a segunda foi sobre o provimento do cuidado e sobre aqueles que o prestavam, já que papéis, valores e padrões de trabalho foram influenciados pelos níveis de tecnologia que estão em constante mutação (BARRA et al., 2006).

O Papanicolau também é um exame extremamente eficaz para a prevenção e diagnóstico do câncer do colo do útero. O papanicolau não é um exame de imagem. Trata-se de um material colhido na Unidade básica e observado em laboratório (INCA, 2010).

Este exame é realizado nas Unidades básicas de saúde e transportado para os laboratórios. Geralmente após 30 dias os resultados retornam as Unidades, são entregues as usuárias e os resultados são analisados pelo médico ou enfermeiro. (INCA, 2010).

As mulheres em geral tem o conhecimento do papanicolau, mas nem todas seguem as recomendações devidas. Este exame deve ser realizado anualmente, principalmente ao iniciar uma vida sexual. O exame é recomendado não somente para as mulheres sexualmente ativas, mas para as mulheres virgens (INCA, 2010).

2.8 OS SINTOMAS MAIS FREQUENTES QUE O PACIENTE ONCOLÓGICO APRESENTA

Os sintomas apresentados freqüentemente em pacientes oncológicos se manifestam de diversas maneiras, são eles: dores, anorexia, cansaço fácil, astenia, dispnéia, perda de peso, secura da boca, depressão, náuseas, tosse, obstipação e odor (SCHWARTSMANN, 2006).

2.9 TRATAMENTO PARA O PACIENTE ONCOLÓGICO

As opções de tratamento oferecidas aos pacientes com câncer devem ser baseadas em metas realistas e atingíveis para cada tipo específico de câncer. A gama de possíveis metas de tratamento pode incluir a erradicação completa da doença maligna (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento da célula cancerosa (controle) ou alívio dos sintomas associados à doença (paliativo). A equipe de saúde, o paciente e a família do paciente devem ter uma compreensão clara das opções e objetivos de tratamento. A comunicação aberta e o apoio são vitais, já que o paciente e a família reavaliam periodicamente os planos e metas de tratamento quando se desenvolvem as complicações da terapia ou a doença avança. Múltiplas modalidades são comumente utilizadas no tratamento do câncer. Diversas terapias, inclusive a cirurgia, radioterapia, braquiterapia, quimioterapia e terapia com modificador da resposta biológica, podem ser utilizadas em diversos momentos durante todo o tratamento. Compreender os princípios de cada uma e como elas se inter-relacionam é importante na compreensão da justificativa e metas do tratamento. Por esta razão é fundamental a interação do enfermeiro com o doente e os familiares por ele ser o profissional mais presente, que possui um contato direto e com maior proximidade com o paciente, que possui um embasamento científico e prático assim podendo realizar uma conversa com os mesmos e retirar as dúvidas existentes, explicar como serão desempenhados os procedimentos cabíveis a cada paciente e fornecer orientações do pré até o pós do tratamento (GIGLIO; KALIKS, 2007, p. 73).

- Cirurgia

Remoção cirúrgica de todo o câncer. (GIGLIO; KALIKS, 2007)

- Radioterapia

A radiação ionizante é empregada para interromper o crescimento celular. Pode ser utilizada para controlar a doença maligna quando um tumor não pode ser removido por meios cirúrgicos ou quando a metástase nodal local está presente. (GIGLIO; KALIKS, 2007)

- Braquiterapia

A braquiterapia consiste em um procedimento de modalidade de tratamento na qual o material radiativo é colocado diretamente em contato com o tecido tumoral, tem sido muito utilizada no Brasil, principalmente em tumores ginecológicos. Atualmente esta técnica, principalmente em alta taxa de dose, vem sendo estudada em pacientes com câncer de próstata. A braquiterapia de baixa taxa de dose com o uso de iodo ainda consiste, devido ao alto custo deste material radiativo, em um tratamento restrito a uma pequena parcela da população. No caso da técnica em alta taxa de dose, recentes estudos apontam para bons resultados a custos reduzidos. (SIQUEIRA, 2006).

- Quimioterapia

Os agentes antineoplásicos são utilizados na tentativa de destruir as células tumorais ao interferir com as funções celulares e a reprodução. Pode ser combinada à cirurgia ou à radioterapia. (GIGLIO; KALIKS, 2007)

- Iodoterapia

Iodoterapia é um tratamento que utiliza a ingestão do radioisótopo Iodo. Os líquidos corpóreos permanecem temporariamente radioativos e é através deles que o Iodo é eliminado do organismo.

O paciente é assistido por uma equipe multiprofissional treinada especificamente para atendê-lo. A equipe de enfermagem presta assistência integral ao paciente utilizando equipamentos de proteção individual (EPI) preconizados pela Comissão Nacional de Energia Nuclear. Em específico, o enfermeiro realiza uma consulta de enfermagem antes do processo para proporcionar um maior conforto psicológico ao esclarecer tal procedimento e retirar dúvidas existentes. (BRUHN, 2007).

2.10 ETAPAS PSICOLÓGICAS QUE O PACIENTE ONCOLÓGICO ENFRENTA

A situação em que alguém está preparado para o diagnóstico de câncer é muito difícil. Quando isto acontece, a primeira atitude involuntária é de negação. Normalmente as pessoas delongam muito a acreditar que o diagnóstico, culturalmente temido, esteja acontecendo exatamente com elas. Frequentemente as pessoas duvidam que estejam lhes dizendo a verdade. É um momento de grande angústia, sensação de vazio e abandono, onde a introspecção proporciona uma revisão nos valores na vida em geral, afloram lembranças de pessoas queridas ou conhecidas que, muito possivelmente serão deixadas para trás (BALLONE, 2002).

Posteriormente, o sentimento que surge é o medo. Medo de morrer, de deixar pessoas queridas, de abandonar projetos futuros. Há uma forte angústia diante da possibilidade da dependência dos outros, do sofrimento futuro, pela doença ou pelas conseqüências do tratamento. Mas todos esses sentimentos devem ser reavaliados ou orientados por profissionais a fim de minimizar os efeitos dos preconceitos sobre as emoções (BALLONE, 2002).

Na maioria das vezes as pessoas acreditam que câncer é sinônimo de sofrimento e morte. Por esta razão, comumente os pacientes oncológicos enfrentam os cinco estágios da dor da morte. A reação psíquica determinada pela experiência com a morte foi descrita por Elisabeth Kubler-Ross como tendo cinco estágios.

O Primeiro Estágio refere-se diretamente a negação e ao isolamento. Eles são mecanismos de defesas temporários do Ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração desses mecanismos de defesa dependem de como o doente enfrenta esta situação e como as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com essa dor. Em geral, a Negação e o Isolamento não persistem por um determinado tempo prolongado (BERKOWITZ, 2001).

No Segundo Estágio é demonstrado pelo sentimento de raiva. Por causa da raiva, surge devido à impossibilidade do Ego manter a Negação e o Isolamento, os relacionamentos tornam-se problemáticos e todo o ambiente é hostilizado pela revolta de quem sabe que vai morrer. Junto com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento. Nesta fase, a dor psíquica do enfrentamento da morte se manifesta por atitudes agressivas e de revolta surgindo

perguntas interrogando-o porquê ele está sendo acometido por esta doença, assim gerando uma revolta assumindo proporções quase paranóides como: “com tanta gente ruim pra morrer porque eu, eu que sempre fiz o bem, sempre trabalhei e fui honesto”.

Transformar a dor psíquica em agressão é, mais ou menos, o que acontece em crianças com depressão. É importante, neste estágio, haver compreensão dos demais sobre a angústia transformada em raiva na pessoa que sente interrompidas suas atividades de vida pela doença ou pela morte (BERKOWITZ, 2001).

No Terceiro Estágio ocorre o que chamamos de barganha. Havendo deixado de lado a Negação e o Isolamento, percebendo que a raiva também não resolveu a situação em que se encontra, o indivíduo entra no terceiro estágio; a barganha. A maioria dessas barganhas é feita com Deus e, normalmente, mantidas em segredo (BERKOWITZ, 2001).

Como dificilmente o enfermo tem algo a oferecer a Deus além de sua vida, e como Este parece estar tomando-a, deixando-o sem escolhas, as barganhas assumem as características de súplicas. O doente por desespero implora que Deus aceite sua “oferta” em troca da vida, como por exemplo, sua promessa de uma vida dedicada à igreja, aos pobres, à caridade, etc. Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento. Nesta fase o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil (não se pode barganhar com Deus, ao mesmo tempo em que se hostilizam pessoas). (BERKOWITZ, 2001).

No quarto Estágio encontra-se a temida depressão. Este esmorecimento surge quando o paciente toma consciência de sua debilidade física, quando já não consegue negar suas condições de doente, quando as perspectivas da morte são claramente sentidas. Evidentemente, trata-se de uma atitude evolutiva; negar não adiantou, agredir e revoltar-se também não, fazer barganhas não resolveu. Surge então um sentimento de grande perda. É o sofrimento e a dor psíquica de quem percebe a realidade bruta, como ela é de fato, é a consciência plena de que nascemos e morremos sozinhos. Por esta visão, a depressão assume um quadro clínico mais típico e característico; desânimo, desinteresse, apatia, tristeza, choro, entre outros sinais característicos (BERKOWITZ, 2001).

Como quinto e último estágio, apresenta-se a aceitação. Nessa etapa, o paciente não experimenta a sensação de desespero, tão pouco nega sua realidade. Esse é um momento de repouso e serenidade antes da provável longa viagem.

É claro que interessa, à psiquiatria e à enfermagem melhorar a qualidade da morte (como sempre tentou fazer em relação à qualidade da vida), que o paciente alcance esse estágio de aceitação em paz, com dignidade e bem estar emocional. Assim ocorrendo, o processo até a morte de ser experimentado em clima de serenidade por parte do paciente e, pelo lado *dos* que ficam, de conforto, compreensão e colaboração para com o paciente (BERKOWITZ, 2001).

É assim que o câncer e seus tratamentos constituem uma fonte de estresse, capaz de desencadear desordens de ajustamento nestes indivíduos, problemas somáticos, psíquicos e sociais. Há trabalhos sobre o desenvolvimento de sintomas somáticos associados às preocupações emocionais e sociais relacionados à idéia do câncer, mais do que devidos ao câncer propriamente dito (BERKOWITZ, 2001).

Há por exemplo, estudos sobre os aspectos clínicos e terapêuticos referentes à casos de câncer de língua tratados no Hospital do Câncer A.C. Camargo, mostram que as chances de cura para os pacientes atendidos na década de 80 foram 40% maiores do que as dos pacientes tratados nas décadas de 50 e 60. Isto significa que atualmente os pacientes podem esperar possibilidades de cura muito maiores do que no passado, principalmente em função dos significativos progressos científicos e tecnológicos que ocorreram nas áreas de cirurgia, radioterapia e quimioterapia (A.C. CAMARGO, 2005).

Já é comprovado que freqüentemente as manifestações iniciais do câncer permanecem latentes, estacionárias por longo tempo, antes de manifestar-se morbidamente, dando oportunidade à intervenção terapêutica. As atuais possibilidades da medicina permitem afirmar que o câncer é curável, quando tratado no início. Por conta desse prognóstico progressivamente mais otimista a equipe de saúde deve se preocupar sempre em identificar e estimular condições que facilitem a adaptação de seus pacientes. Assim sendo, o tratamento psicológico, em pelo menos alguma extensão, será sempre benéfico (BERKOWITZ, 2001).

2.11 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A assistência do enfermeiro aplica-se em avaliar o tipo de dor do paciente quanto a sua localização, duração, qualidade e influência nas atividades do cotidiano (RSBCANCER,2007).

É utilizado uma escala de intensidade da dor onde foram estabelecidos parâmetros que indicam os níveis da dor, 0 (zero) (ausência de dor) a 10 (dez) (pior dor possível). É indispensável obter uma investigação cuidadosa quanto aos medicamentos já utilizados e atuais, a resposta e os efeitos colaterais destes (RSBCANCER,2007).

É de extrema importância as intervenções da dor mostrando o que tenham sido utilizadas e sua eficácia. É de grande valor correlacionar a dor e sua intensidade ao analgésico prescrito, pois os efeitos dos analgésicos poderão diminuir a partir do momento que se associa ao tratamento, a quimioterapia, braquiterapia e radioterapia (RSBCANCER,2007).

Também faz parte da assistência do enfermeiro intervir a fim de minimizar os riscos de ocorrência, gravidade e complicações da dor, de tal modo podendo fazer uso de medidas alternativas para alívio, como: construção de imagem; Relaxamento; Biofeedback; Incentivar medidas que promovam o relaxamento: massagem superficial, compressiva ou vibratória; Transmitir a sensação de que a dor do paciente é compreendida e que pode ser controlada; Promover o conforto físico através de camas, protetores de colchões, aparelhos de apoio e demais equipamentos necessários; Procurar ajudar o paciente, familiares e equipe médica em relação à necessidade de apoio para controlar a doença; Buscar ajuda de religiosos (quando o paciente professar uma determinada religião e for receptivo); Controlar estímulos ambientais que possam prejudicar o paciente, tais como: barulho, calor, luz, etc., evitando bater portas ao entrar ou sair do quarto ou enfermaria e controlando o volume da própria voz ao falar com o paciente; Incentivar ajuda de um especialista, nos casos de dor intratável; Ajudar o paciente a imaginar que está se livrando da dor, sempre que expira lentamente; Esclarecer o paciente sobre as medidas tomadas a fim de reduzir e eliminar sua dor; Estimular medidas relacionadas à terapia ocupacional, leituras, televisão, música e, se possível, trabalho com argila, aquarela, crochê, tricô, entre outras atividades que estimulem sua melhora. (RSBCANCER,2007).

É fundamental conquistar a confiança do paciente e comprometer-se em não abandoná-lo, caso a dor persista, o enfermeiro deve continuar buscando alternativas para controlá-la.

Ministrar técnicas que ajudem no relaxamento, evita fadiga, promovendo a descontração do músculo esquelético, reduzindo a intensidade da dor ou aumento da tolerância à ela (RSBCANCER,2007).

Sempre que possível é cabível usar a via oral para administração dos medicamentos, evitando a via IM; Administrar analgésicos previamente, antes do ressurgimento dos sintomas da dor, a fim de evitar dor severa; Solicitar ajuda de outros profissionais de saúde, caso apareça dor em outras regiões do corpo, ou mesmo o aumento desta; Orientar quanto aos métodos de administração dos medicamentos determinados pelo pico de ação e duração do medicamento no organismo conforme necessidade do paciente e a prescrição médica; Ressaltar e esclarecer o paciente a respeito dos efeitos colaterais dos medicamentos de controle da dor, tais como, constipação, náuseas e tolerância aos remédios; a fim de preveni-los e minimizá-los; Sugerir combinações de medicamentos narcóticos e não-narcóticos e entrar em contato com profissionais de saúde que fazem uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor (RSBCANCER, 2007).

Qualquer alteração de resposta ao esquema de controle da dor, tal como nível de consciência, depressão respiratória (menor que oito inspirações/minuto), constipação, vômitos incontroláveis e retenção urinária, deve ser imediatamente comunicada ao médico assistente (RSBCANCER, 2007).

As medicações analgésicas devem ser administradas em horários padronizados e não apenas em momentos de crise, pois proporcionará ao paciente uma melhor qualidade de vida, fornecendo condições de um sono tranquilo, aliviando sua dor e controlando o seu emocional (RSBCANCER, 2007).

Manter o bem estar do paciente posicionando-o confortavelmente, proporcionando mudança de decúbito sempre que necessário (aos pacientes acamados), fornecendo banhos de aspersão ou leito, cuidados com higiene oral e monitorização de sinais vitais. O enfermeiro também promove trocas diárias de curativo, avaliando a situação de cada ferida e indicando a melhor conduta a ser desempenhada (BARBOSA et al., 2005).

É essencial observar sentimentos de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e solidão, buscando subsídios para compreender o estado emocional do paciente e possibilitar-lhe apoio (BARBOSA et al., 2005).

A assistência ao paciente com câncer envolve uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, psicólogo, nutricionistas, médicos e enfermeiros empenhados em acompanhar, orientar, instruir, medicar, alimentar o paciente e oferecer suporte para aumentar a sua sobrevida com qualidade (RSBCANCER, 2007).

No âmbito do SUS, o processo de trabalho dos enfermeiros caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações que apresentam maior proximidade com os usuários e, normalmente, representam o maior quantitativo de profissionais dentro das instituições. O que tem trazido à inserção da profissão na atenção pública à saúde grande visibilidade, importância social e política. Destaca-se ainda como característica do processo de trabalho dos enfermeiros no contexto nacional atual a freqüente assunção de cargos de direção e de gerência nas instituições de saúde, em diferentes níveis governamentais, imprimindo características próprias à gestão e ao desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro (BARBOSA et al., 2005).

Nesse contexto, para que os objetivos do SUS sejam atingidos, exige-se o desenvolvimento de determinado processo de trabalho de enfermagem, que vem se diversificando em atividades assistenciais, de gerência, de ensino e de pesquisa. No que tange às ações assistenciais, ressalta-se a presença desse profissional em todas as unidades de internação, nos ambulatórios e postos de saúde, estando presente praticamente em todos os momentos de contato entre a população e os serviços e em todos os atendimentos realizados; na gerência, os enfermeiros atuam na concretização dos princípios do SUS, a partir das especificidades da própria profissão, com destaque para a humanização da assistência e para o trabalho multidisciplinar. No ensino, o processo de trabalho dos enfermeiros envolve tanto atividades acadêmicas em todos os níveis (da capacitação profissional ao doutorado), na formação de novos profissionais de enfermagem ou participando da formação de outros da área da saúde, quanto na implementação de ações de educação em saúde, com vistas à elevação dos índices de qualidade de vida e de saúde da população; e, por fim, no campo da pesquisa, o enfermeiro aí se insere objetivando responder a problemas oriundos do cotidiano profissional ou relativos à construção/aplicação de teorias que conformem uma profissão cada vez mais

orientada a dar respostas aos problemas emanados da realidade de saúde observada (BARBOSA et al., 2005).

3 CONCLUSÕES

De acordo com a literatura estudada e analisada conclui-se que é de fundamental importância a atuação do enfermeiro na prevenção, descoberta e acompanhamento voltado aos pacientes com diagnóstico de câncer. Este profissional possui ferramentas e possibilidades de desmistificar o surgimento e crescimento do câncer; pela proximidade com o paciente. A assistência ao paciente com câncer envolve uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, psicólogo, nutricionistas, médicos e enfermeiros empenhados em acompanhar, orientar, instruir, medicar e alimentar o paciente e oferecer suporte para aumentar a sua sobrevivência com qualidade.

A pesquisa relata importância da atuação do enfermeiro na prevenção, descoberta e acompanhamento do tratamento do paciente oncológico.

O estudo demonstra o valor do diálogo entre o profissional, paciente e seus familiares.

A literatura estudada aponta o poder de uma equipe formada por pessoas criativas, competentes, eficientes e eficazes no atendimento.

São evidenciados pelos pesquisadores os direitos aos pacientes oncológicos oferecidos pelo Sistema único de saúde (SUS).

Os resultados do INCA apontam incidências de câncer no estado do Rio Grande do Norte: Cânceres mais comuns no Rio Grande do Norte, sua Prevenção e seu Tratamento: Tendo como principais nas mulheres: Útero, mama, e nos homens: próstata e pulmão.

4 RECOMENDAÇÕES

O estudo recomenda que sejam realizadas pesquisas para enriquecer, aprofundar e atualizar esta temática enfatizando a importância da atuação do enfermeiro em pacientes oncológicos do SUS.

Que sejam realizadas ações educativas para promover a conscientização da prevenção desta problemática de alta relevância pela população.

REFERÊNCIAS

Assistência de Enfermagem ao Paciente Oncológico. Disponível em:

<<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/7Suplemento.asp?nrev=Nº 7>> acesso em: 23 de fevereiro de 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.

Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322> acesso em: 22 de Fevereiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio>

acesso em: 10 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/prevencao> acesso em: 10 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce> acesso em: 10 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/prevencao>> acesso em: 15 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/sintomas>> acesso em: 15 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/deteccao_precoce> acesso em: 15 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>>

acesso em: 18 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/prevencao>> acesso em: 18 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/sintomas>> acesso em: 18 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>>

acesso em: 23 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao/prevencao>> acesso em: 23 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao/prevencao>> acesso em: 23 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao/sintomas>> acesso em: 23 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao/diagnostico>> acesso em: 23 de setembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS. Disponível em:

http://portal.saude.rj.gov.br/Guia_sus_cidadao/pg_14.shtml. Acesso em: 01 de outubro de 2010.

Câncer de próstata tratamento. Disponível em:

<<http://www.myprostatecanceroptions.com/por/brachytherapy.php>> acesso em: 13 de setembro de 2010.

Câncer e Emoções. Disponível em:

<<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=233&sec=22>> acesso em: 03 de agosto de 2010.

Dor Oncológica: Os Cuidados de Enfermagem. Disponível em:

<<http://www.museudeenfermagem.com.br/espaco-da-enfermagem/noticias/196-dor-oncologica-os-cuidados-de-enfermagem>> acesso em: 23 de fevereiro de 2010.

Exames de Imagem. Disponível em:

<<http://www.oncoquia.com.br/site/interna.php?cat=86&id=968&menu=2>> acesso em: 05 de novembro de 2010.

FROIS, Danielle. **Tratamento Para o Câncer.** Disponível em:

<<http://www.blogger.com/feeds/7040582679898692186/posts/default>> acesso em: 23 de fevereiro de 2010.

Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=RN>> acesso em: 10 de setembro de 2010.

KUBLER, Elisabeth. **Lidando com a Morte.** Disponível em:

<<http://qballone.sites.uol.com.br/voce/morte1.html>> acesso em: 27 de outubro de 2010.

LAKATOS E.M., MARCONI M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa.** 7ª ed. São Paulo: Atlas S.A. 2008.

MENDES, P. **SUS Vai Incluir Novos Procedimentos Para Tratamentos de Câncer de Fígado e Mama em Setembro.** Disponível em:

<<http://noticias.r7.com/saude/noticias/sus-vai-incluir-procedimentos-para-tratamento-de-cancer-de-figado-e-mama-20100825.html>> acesso em: 06 de outubro de 2010.

NASCIMENTO, José Hermes Ribas; SILVA, Vinicius Duval; MACIEL, Antonio Carlos. **Acurácia dos achados ultrassonográficos do câncer de mama: Correlação da classificação BI-RADS® e achados histológicos.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842009000400009&script=sci_arttext&tlng=es> acesso em: 20 de agosto de 2010.

O Diagnóstico de Câncer. Disponível em: <http://www.tribunatp.com.br/modules/news/article.php?com_mode=nest&com_order=1&storyid=5563> acesso em: 02 de outubro de 2010.

Onde se Tratar de Câncer Pelo SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/133cancer_sus.html> acesso em: 01 de outubro de 2010.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; SILVA, Fernanda Machado da. **Cuidado de Pacientes em Fase Terminal: a Perspectiva de Alunos de Enfermagem.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a05v43n2.pdf>> acesso em: 23 de Fevereiro de 2010.

SANTANA, Júlio C. Batista; PAULA, Kênia Fraga; CAMPOS, Ana Cristina Viana; REZENDE, Maria Alice Efigênia; BARBOSA, Bruna Danielle Guedes; DUTRA, Bianca Santana; BALDESSARI, Carlos Eduardo Freitas. **Cuidados Paliativos aos Pacientes Terminais: Percepção da Equipe de Enfermagem.** Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/77a86.pdf>> acesso em: 23 de fevereiro de 2010.

SCLOWITZ, Marcelo L; MENEZES, Ana Maria B.; GIGANTE, Denise P; TESSARO, Sérgio. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista de saúde pública.** Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102005000300003&script=sci_arttext&tlng=es> acesso em: 10 de setembro de 2010.

SIQUEIRA, Ludmila. **Indicações e Restrições da Braquiterapia no Câncer de Próstata.** Disponível em:

<<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2032/paginas/materia%2006-32.html>>
acesso em: 28 de outubro de 2010.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G.; **Brunner/Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. Ed. v. 1, Guanabara: Koogan, 2008.

SORESINI, P. **A enfermagem e o Paciente Oncológico**. Disponível em:
<<http://www.neo.med.br/neo/leitura-importante/a-enfermagem-e-o-paciente-oncologico-2.html>> acesso em: 23 de Fevereiro de 2010.

Tudo Sobre o Câncer. Disponível em:
<<http://www.accamargo.org.br/index.php?page=12>> acesso em: 23 de setembro de 2010.

Tudo Sobre o Câncer. Disponível em: <<http://www.oncoguia.com.br>> acesso em: 23 de fevereiro de 2010.

ZAGO, M. M. F. et al. O adoecimento pelo câncer de laringe. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 108-114, jun. 2001. Acesso em: 22 de Fevereiro de 2010.