Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ONCOLOGIA: CUIDADOS PALIATIVOS AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

ONCOLOGY: PALLIATIVE CARE FOR ONCOLOGY PATIENTS

Géssica dos Santos Lima[1]
Neyce de Matos Nascimento[2]

RESUMO - Neste trabalho buscou-se evidenciar a importância dos cuidados paliativos aos pacientes oncológicos, considerando que nesse momento delicado da vida do ser humano, tais cuidados poderão ser realizados de forma humanística, para eles e sua família. Portanto, este artigo objetivou abordar os cuidados paliativos na assistência de enfermagem e seus benefícios para o paciente oncológico e sua família. Caracteriza-se como pesquisa bibliográfica, desenvolvida sob abordagem explicativa, cujas informações foram colhidas em fontes secundárias de informações, no período de outubro de 2015 a Maio de 2016. Concluiu- se que a prática dos cuidados paliativos promove conforto e bem-estar, e a leitura deste artigo pode contribuir para um aprendizado em busca de uma melhor qualidade de vida, diante de uma patologia tão avassaladora.

Palavras chave: Oncologia. Cuidados paliativos. Pacientes oncológicos.

[1] Enfermeira. Concluinte do curso de Especialização em Enfermagem Oncológica.
[2] Enfermeira. Professora na Faculdade Internacional da Paraíba.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ABSTRACT - In this work we sought to highlight the importance of palliative care to oncological patients, considering that At this delicate moment in the life of the human being, such care can be performed in a humanistic way, paragraph eels and his family. Therefore, this article aimed to address OS palliative care in nursing care and its benefits to the oncologic patient and his / her family. It is characterized as a Bibliographic Research, developed to solve explanatory Approach, WHOSE INFORMATION were collected in Secondary Sources of Information, in the period of October 2015, a May 2016. It was concluded that the practice of palliative care promotes comfort and well-being, And the Reading of this Article CAN contribute to a learning process in search of a better quality of life, in the face of such an overwhelming pathology.

Keywords: Oncology. Palliative care. Cancer patients.

INTRODUÇÃO

Cuidados paliativos são intervenções não resolutivas, realizadas por profissionais de saúde com a finalidade de proporcionar conforto, aliviando o sofrimento de pessoas em estado crítico de saúde decorrente de uma doença crônica, sem perspectiva de cura. Portanto, são cuidados de caráter essencialmente humanístico, realizados sem o propósito curativo dos demais procedimentos terapêuticos, consistem efetivamente de ações de higiene, de apoio psicológico, de ajuda e acolhimento, de alívio da dor e do sofrimento. O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto ou agasalho,

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

assemelhando-se ao termo Hospice, o mesmo que abrigos e hospedarias que tem a finalidade de abrigar e cuidar de peregrinos e viajantes (SANTOS, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Ressalte-se que nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, com objetivo de cura ou remissão, e isso é compartilhado com o doente e sua família de maneira otimista. Quando a doença já se apresenta em estágio avançado ou evolui para esta condição mesmo durante o tratamento com intenção curativa, a abordagem paliativa deve entrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associadas à doença. Na fase terminal, o tratamento paliativo se impõe para garantir a qualidade de vida (INCA, 2016).

O término de uma terapia curativa para o câncer não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes e propõe que muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo, aumentando gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2016).

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo paliativo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, sendo algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico essências para o alcance do controle de sintomas. A carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, exige um diagnóstico precoce e condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente (INCA, 2016).

Na assistência de enfermagem ao paciente oncológico deve-se promover alívio para dor e outros sintomas estressantes, reafirmar vida e morte como processos naturais, oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a situação do paciente em seu próprio ambiente, pois o mesmo necessita de cuidados específicos não apenas na clínica, mas sobretudo no apoio emocional (CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER, 2016). O cuidado holístico durante todo o tratamento clínico oncológico é fundamental, considerando-se os aspectos físico, psicológico, social, econômico, cultural e espiritual, além de preconceitos e tabus concernentes ao câncer. O enfermeiro tem papel fundamental nos cuidados paliativos, requerendo conhecimento científico e habilidades técnicas, em todas as etapas do atendimento, com uma comunicação adequada entre o enfermeiro e familiares (SANTOS, 2016).

Esta problemática instiga como questão norteadora para este estudo: O significado do cuidado paliativo ao paciente oncológico? Buscando respostas a esta questão, seu desenvolvimento deu-se objetivando de forma geral, abordar sobre os cuidados paliativos na assistência de enfermagem ao paciente oncológico e sua família. De forma especifica, abordar as concepções históricas e epidemiológicas do câncer; descrever as características

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

do paciente terminal; discutir os cuidados paliativos, com foco de atenção na assistência de enfermagem ao paciente oncológico e sua família. Acredita-se que os cuidados de enfermagem nesta fase definidora da vida de qualquer indivíduo poderão ser realizados dentro de padrões humanísticos baseados no conceito de paliativo, trará ao paciente e sua família conforto diante da situação agressiva e avassaladora que os mesmos vivenciam.

METODOLOGIA

O presente estudo se configura como pesquisa bibliográfica, cuja principal vantagem reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos com base em dados bibliográficos. Essas pesquisas têm como preocupação central identificar fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de determinados fenômenos. Esse é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas. Por isso mesmo é o tipo mais complexo e delicado, já que o risco de cometer erros é aumentado consideravelmente (GIL, 2007). Em outros termos, a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos (CERVO; BERVIAN, 2007). Portanto, esta pesquisa foi desenvolvida mediante uma abordagem explicativa, a partir da revisão de textos impressos e disponíveis nos acervos da Biblioteca na Faculdade Internacional da Paraíba e textos de suporte eletrônico, disponíveis em sites na internet.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS DO CÂNCER

A oncologia é um ramo da medicina que lida com tumores e câncer. A palavra oncologia tem origem, no termo grego *onkos* que significa massa, volume, tumor e no termo "logia" que significa estudo, por tanto oncologia é o estudo dos tumores (ONCOGUIA, 2003). Há informações de que Hipócrates foi a primeira pessoa a usar uma palavra similar a câncer e a começar a definir a doença tal qual a conhecemos hoje. Ele concebeu a imagem de um tumor como uma espécie de caranguejo enterrado sob a pele dando o nome de Karkinos devido à semelhança com o caranguejo (YARAK, 2011). Contudo, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Estas células dividem-se rapidamente e tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo.

Figura 1: Oncologia/Viva Melhor



Fonte: vivamelhoronline.com

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O câncer é considerado atualmente uma das mais graves doenças que podem acometer o ser humano, estando relacionado à possibilidade de morte iminente. Não se trata de uma doença nova, pois já foi detectado em múmias egípcias, comprovando que o mesmo já comprometia o homem a mais de 3 mil anos a.C. (INCA, 2012). Mesmo com os avanços técnicos e científicos que proporcionam prevenção, detecção precoce e tratamento para inúmeros tipos de câncer, o estigma da doença ainda é forte e reforçado pelos altos índices de mortalidade. A existência de uma doença oncológica em um membro da família causa grande impacto no cotidiano e na dinâmica do núcleo familiar, impondo a necessidade de reorganizações a fim de atender às demandas e necessidades do enfermo. Independentemente do tipo de tratamento que se realiza, a presença da família junto ao doente permite que o mesmo não se perceba sozinho ou desamparado, ajudando-o a não perder sua dignidade como ser humano. Conforme a doença avança e a morte se aproxima, são mobilizadas pelos familiares estratégias de enfrentamento frente às dificuldades vivenciadas e por vir, permeadas por um misto de sentimentos e comportamentos que necessitam ser compreendidos e acompanhados no âmbito familiar pelos profissionais de saúde. Neste contexto, é fundamental uma atenção dispensada ao suporte emocional e social tanto para o doente como para sua família, para que ambos enfrentem esse processo com mais tranquilidade e dignidade, deixando de encarar a morte como um fato desastroso (BOUNDY et al., 2004).

Atualmente, os avanços científicos e tecnológicos ocorridos no campo da Biologia celular e Molecular, da Genética e das Neurociências, concomitantemente a um pensamento filosófico, possibilitaram o aprofundamento do conhecimento acerca das diversas teorias referentes á origem do câncer. Evidências indicam que, além da herança genética o processo carcinogênico é desencadeado por causas multifatoriais e inter-

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

relacionadas, envolvendo como principais fatores de risco os ambientais (tabagismo, raios ultravioleta- UVA e UVB-, radiação ionizante, álcool, hormônios entre outros), o papilomavírus humano (HPV), o vírus Epstein- Baar (EBV) e o retrovírus (HTLV 1). Vale ressaltar que a predisposição individual tem papel decisivo na resposta à exposição dos agentes carcinogênicos (químicos, físicos ou biológicos) e aos efeitos das diversas modalidades terapêuticas. Entretanto, há poucos estudos que determinem tal relação e o grau de influência. Todavia, é possível afirmar que acarcinogênese pode ser interrompida em qualquer uma das etapas, se o organismo for capaz de reprimir a proliferação celular e de reparar o dano causado ao genoma principalmente pela supressão do fator desencadeador. Entenda-se carcinogenese como o processo de transformação de uma célula normal em uma célula tumoral, o qual pode acontecer em um período de meses a anos, caracterizado por três fases: iniciação, promoção e progressão (BRASIL, 2002).

Os referidos avanços contribuíram para o aprimoramento de técnicas para prevenção e detecção precoce, com o objetivo de controlar a doença. Além disso, o aperfeiçoamento das diversas modalidades terapêuticas e as constantes pesquisas em busca da individualização do tratamento tem o propósito de aumentar a cura, a sobrevida e a qualidade de vida dos clientes e seus familiares. Porém, no contexto dos avanços técnicos e científicos para diagnóstico e tratamento, o câncer prevalece como a segunda causa de morte por doenças no mundo. No Brasil, de acordo com estimativas do Ministério da Saúde (MS), foram previstos 997.000 novos casos da enfermidade para o ano de 2014 e 2015 (GUIMARÃES; GODOY et al., 2009).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER

No atual contexto social, câncer é a terceira causa de óbitos no mundo com 12%, matando cerca de 6 milhões de pessoas por ano. Particularmente no Brasil, é a segunda causa de mortes por doenças. As tendências históricas observadas pelo INCA, no ano 2012 ocorreram 257,9 mil novos caso de câncer entre homens e 260,4 mil casos em mulheres. Estes dados permitem estimar uma incidência de câncer de 268 e de 260 por 100 mil habitantes para homens e mulheres, respectivamente. Considerando-se somente os municípios das capitais, esta incidência aumentaria para 319 e 323 por 100 mil para cada um dos sexos, respectivamente. Isto mostra a necessidade de que concentrar um conjunto importante de facilidades para o tratamento desta doença, dado seu rápido crescimento esperado para os próximos anos e as economias de escala e aglomeração que as capitais permitiram trazer para enfrentar o combate a esta doença (ALMEIDA; LEITÃO; REINA et al., 2005).

A distribuição das taxas de incidência e mortalidade de tumores malignos tem sido, em muitos países, de grande importância para o estabelecimento de políticas públicas e o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer e de assistência paliativa. Dados estatísticos representam um componente essencial dos programas de vigilância em saúde pública, pois, permitem estimar a magnitude relativa dos problemas de saúde na população, facilitando o estabelecimento de prioridades em ações preventivas e terapêuticas (INCA, 2009). A taxa de mortalidade por câncer teve uma pequena queda no Brasil na última década. De 2003 a 2012, a variação anual das mortes relacionadas ao câncer entre os homens caiu 0,53% e entre as mulheres 0,37% (BRASIL, 2014). Ressalte-se que a quantidade de óbitos e de nascimentos é uma importante fonte para a avaliação

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

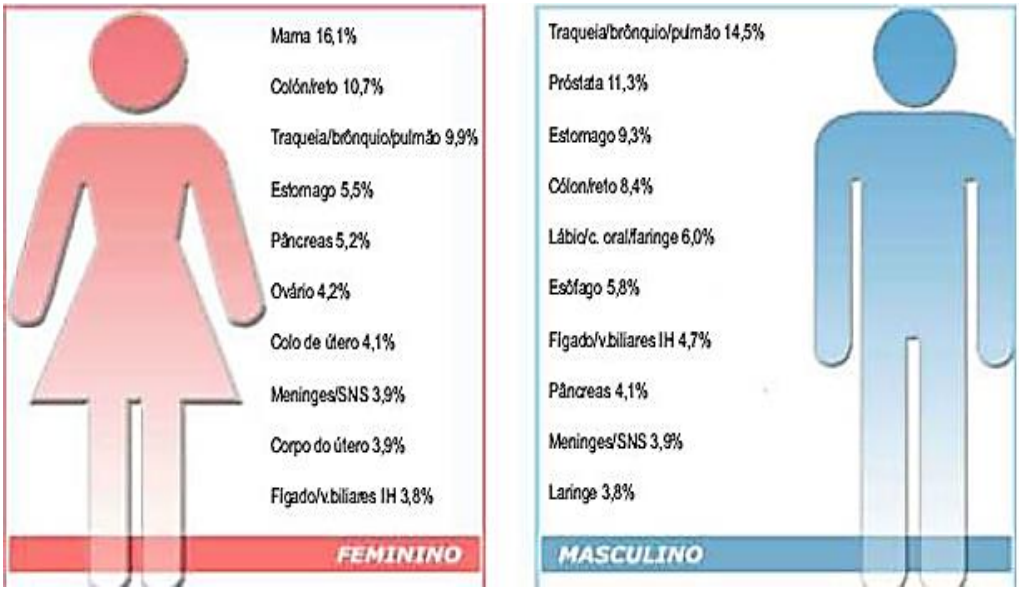
das condições de saúde da população, cujos coeficientes são os mais tradicionais indicadores de saúde (FIGUEIREDO; LEITE; MACHADO, 2009).

Entre 2011 e 2012, a taxa de letalidade aumentou nos cinco tipos de cânceres mais incidentes no sexo feminino: mama, brônquios e pulmões, colo de útero, estômago e cólon. Para cada 100 000 mulheres, o índice de mortes subiu de 11,88% para 12,10% no caso do câncer de mama e de 7,81% para 8,18% no de carcinoma de brônquios e pulmões, já no sexo masculino, dos cinco carcinomas mais letais, o índice de óbitos do período teve uma leve queda apenas em relação ao tumor de esôfago: de 6,54% para 6,53%. No caso do câncer de pulmão, o mais fatal entre eles, subiu de 15,01% para 15,54%. A taxa elevou-se de 13,50% para 13,65$ no tumor de próstata, o segundo mais letal. Já os números de câncer de estômago subiram de 9,36% para 9,39% e os de fígado, de 4,98% para 5,46% (BRASIL, 2014).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

FIGURA 2: Causas mais Frequentes de Óbitos Por Câncer



Fonte: SIM (Sistema de Informações de Mortalidade

As causas descritas nos atestados fornecem o perfil de saúde da população, permitindo conhecer as causas de morte dos indivíduos. As estatísticas de mortalidade por causas devem ser interpretadas com cautela, pois não abrangem todo o espectro de doenças que acometem uma população. Em geral, nos casos de grandes quantidades de afecções, as estatísticas refletem um quadro incompleto da situação. Quanto às mais graves,difteria e tétano, especialmente aquelas para as quais ainda não se dispõe de tratamento adequado, como a raiva e alguns tipos de câncer, as estatísticas de mortalidadedesenham um retrato bastante aproximado da morbidade na população (FIGUEIREDO; LEITE; MACHADO, 2009).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Sob o aspecto clínico, **o** câncer é uma das doenças mais temidas pela população, por ter se tornado um estigma de mortalidade e dor. Contudo, a definição científica de câncer refere-se ao termo neoplasia, especificamente aos tumores malignos, existindo quase 200 tipos que correspondem aos vários sistemas de células do corpo, os quais se diferenciam pela capacidade de invadir tecidos e órgãos, vizinhos ou distantes (ALMEIDA; LEITÃO; REINA et al., 2005). Os tumores podem originar-se em todo e qualquer tecido humano e em qualquer faixa etária, incluindo a capacidade de infiltrar-se através de barreiras de tecido normais e invadir tecidos circunvizinhos ou extensão direta ou por disseminação a regiões distantes, por meio de vias linfáticas ou sanguíneas. Ressalte-se que o significado de cancer não implica necessariamente a idéia de um tumor no sentido de uma massa sólida, sendo possível incluí-lo como uma das modalidades dos grupos das patologias Hemopáticas, como é o caso dos vários tipos de linfomas e leucemias que acometem crianças, adolescentes e adultos (COSTA JUNIOR, 2005).

A multiplicação das células saudáveis ocorre quando necessário e morrem quando o organismo não precisa mais delas. O câncer parece surgir quando o aumento de células do corpo está fora de controle, e elas de dividem muito rápido (MELO, 2014). Com o crescimento de um tumor, a população celular anormal adquire heterogeneidade e instabilidade genética e quando o tumor é detectado clinicamente, é possível que a amostra de células cancerígenas já tenha adquirido algumas propriedades físicas e químicas que dificultem uma ação eficaz imediata do tratamento prescrito. A literatura médica reconhece que quanto mais avançado for o estágio em que se encontra a doença, menor é a probabilidade de se obter a cura. A resistência às drogas quimioterápicas, por exemplo, é um fator que reduz as chances de sucesso de um tratamento clínico convencional (COSTA JUNIOR, 2005).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Em um organismo saudável, há equilíbrio entre o número de células mortas (por morte celular programada, doenças ou lesões) e a proliferação de novas células. Isso garante a integridade de tecidos e órgãos. Entretanto, mutações no DNA – alteração no código genético que "dita" as regras do corpo, pode perturbar os processos, impedindo que células não morram no tempo certo, levando a formações de tumores benignos (que não se espalham) e malignos (câncer), porém, alguns tipos de câncer, como leucemia, não formam tumores (**ACHÔA,** 2015). Note-se que cerca de 10% dos casos de câncer são hereditários, sendo que a grande maioria dos diagnósticos tem relação direta com fatores ambientais e hábitos de vida, como tabagismo, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, alimentação inadequada e exposição exagerada ao sol ou a alguns micro-organismos. Ao longo dos anos, as pesquisas na área oncológica apresentam avanços consideráveis. O desenvolvimento de novos medicamentos, tecnologias e o melhor entendimento dos tumores aumentaram as chances de sucessos no tratamento, com as mais altas taxas associadas à detecção precoce (COSTA JUNIOR, 2005).

Alguns genes têm instruções para controlar o crescimento e a divisão das células. Os genes que promovem a divisão celular são chamados oncogênese. Os genes que retardam a divisão celular ou levam as células à morte, no momento certo são denominados genes supressores do tumor. Os canceres podem ser causados por alterações no DNA que se transformam em oncogênese ou por desativação dos genes supressores do tumor. As células cancerosas põem migrar para outras partes do corpo onde elas começam a crescer e formar novos tumores. Isso acontece quando as células cancerosas entram na corrente sanguínea ou nos vasos linfático do corpo. Ao longo do tempo, os tumores irão substituir o tecido normal, esse processo de disseminação do câncer é denominado metástase (ONCOGUIA, 2003).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

No câncer invasivo, as células cancerosas invadem outras camadas celulares do órgão, ganham a corrente sanguínea ou linfática e têm a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo. Essa capacidade de invasão e disseminação que os tumores malignos apresentam de produzir outros tumores, em outras partes do corpo, a partir de um já existente, é a principal característica do câncer (THULER, 2011). Esses novos focos de doença são chamados de metástase. Independentemente do local para onde a doença se espalhou, o tipo de câncer leva o nome do local onde se originou. Por exemplo, o câncer de mama que se disseminou para o fígado é denominado câncer de mama metastático, e não câncer de fígado. Da mesma forma, o câncer de próstata que se espalhou para os ossos é chamado de câncer de próstata metastático, e não tumor ósseo (INCA, 2016).

Os cânceres podem ser agrupados em categorias mais amplas. As principais categorias de câncer incluem os carcinomas: câncer que começa na pele ou nos tecidos que revestem ou cobrem os órgãos internos (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015). Podem ser classificados ainda em subtipos de carcinoma, incluindo adenocarcinomas, carcinoma de células basais, carcinoma de células escamosas e carcinoma de células de transição. Sarcoma é a denominação aplicada ao câncer que começa no osso, cartilagem, tecido gorduroso e muscular, vasos sanguíneos ou outro tecido conjuntivo ou de suporte. Aleucemia é o nome dado ao câncer que começa no tecido produtor de sangue, como a medula óssea, e provoca a produção de um grande número de células anormais do sangue, tem ainda oLinfoma e Mieloma,cânceres que começam nas células do sistema imunológico e o câncer do sistema nervoso central que começam nos tecidos do cérebro e da medula espinhal (IARC, 2015).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Tem se atualmente milhões de pessoas vivendo com câncer ou curadas do mesmo. O risco de desenvolver vários tipos de neoplasias pode ser reduzido com mudanças no estilo de vida de uma pessoa, como não fumar, limitar o tempo de exposição ao sol, ser fisicamente ativo e manter uma alimentação saudável (RIGHINI, 2015). Existem os exames de rastreamento que podem ser realizados para alguns tipos de câncer, para que possa ser realizado o diagnóstico precoce da doença, tornando as chances de cura maiores do que quando é diagnosticada em estágios mais avançados. Milhões de pessoas vivem atualmente com câncer ou curadas do mesmo. O risco de desenvolver vários tipos de neoplasias pode ser reduzido com mudanças no estilo de vida de uma pessoa, por exemplo, não fumar, limitar o tempo de exposição ao sol, ser fisicamente ativo e manter uma alimentação saudável (RIGHINI, 2015). Existem os exames de rastreamento que podem ser realizados para alguns tipos de câncer, para que possa ser realizado o diagnóstico precoce da doença, tornando as chances de cura maiores do que quando é diagnosticada em estágios mais avançados. Ressalte-se que nem todos os tumores são câncer. Os tumores que não são cancerosos são denominados benignos. Os tumores benignos podem causar problemas, como crescerem em demasia e pressionarem outros órgãos e tecidos saudáveis. Contudo, eles não podem invadir outros tecidos e órgãos. Dessa forma, eles não podem se espalhar para outras partes do corpo (metástase) (INSTITUTO ONCOGUIA, 2016).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER

As células normais de todo organismo vivo coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional, harmonia está orientada no sentido da manutenção da vida. De acordo com suas características morfológicas e funcionais, determinadas pelos seus próprios códigos genéticos, e com sua especificidade, as células estão agrupadas em tecidos, os quais formam os órgãos (CORREIA, 2016). Os mecanismos que regulam o contato e a permanência de uma célula ao lado de outra, bem como os de controle do seu crescimento, ainda constituem uma das áreas menos conhecidas da biologia. Sabe-se que o contato e a permanência de uma célula junto à outra são controlados por substâncias intracitoplasmáticas, mas ainda é pouco compreendido o mecanismo que mantém as células normais agregadas em tecidos. Ao que parece, elas se reconhecem umas às outras por processos de superfície, os quais ditam que células semelhantes permaneçam juntas e que determinadas células interajam para executarem determinada função orgânica (INCA, 2016).

A reprodução celular é fundamental e em geral existe uma correlação inversa entre a sua diferenciação e multiplicação. Quanto mais complexo é o estado de diferenciação menor é a taxa de reprodução. Já nas neoplasias, ocorre paralelamente ao aumento do crescimento, a perda da diferenciação celular. Ou seja, as células neoplásicas perdem progressivamente as características de diferenciação e se tornam atípicas (CARPINSKI, 2010). A proliferação celular pode ser controlada ou não. No crescimento controlado, tem-se um aumento localizado e autolimitado do número de células de tecidos normais que formam o organismo, causado por estímulos fisiológicos ou patológicos. Nele, as células são normais ou com pequenas alterações na sua forma e função, podendo ser

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

iguais ou diferentes do tecido onde se instalam. O efeito é reversível após o término dos estímulos que o provocaram. A hiperplasia, a metalepsia e a displasia são exemplos desse tipo de crescimento celular benigno na maioria das vezes (THULER, 2011).

As causas do câncer ainda não são totalmente conhecidas. Em termos genéticos, os genes alterados ditos promotores da neoplasia são denominados de oncogenes. Estes genes podem estar ativos ou inativos, sendo este último conhecido como proto-oncogenes. Didaticamente os agentes neoplásicos são divididos em: Agentes físicos - energia radiante, energia térmica; Agentes químicos - corantes, fumo; agentes biológicos - virais, bacterianos (CARPINSKI, 2010). Proto-oncogênese são genes que normalmente ajudam às células a crescer. Quando um proto-oncogene sofre mutações ou existem muitas cópias do mesmo, torna-se um gene "ruim", que pode ficar permanentemente ligado ou ativado quandonão deveria ser assim. Quando isso acontece, a célula cresce fora de controle, o que pode levar ao câncer.

Vamos pensar a célula como um carro, para funcionar corretamente, é preciso ter formas de controlar sua velocidade (ONCOGUIA, 2015). A célula neoplásica sofre alteração nos seus mecanismos regulatórios de multiplicação, adquire autonomia de crescimento e se torna independente de estímulos fisiológicos, *reduzindo ou perdendo a capacidade de se diferenciar, em consequência de alterações nos genes que regulam o crescimento e a diferenciação celular* (CARPINSKI, 2010). As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir órgãos e tecidos adjacentes. O lipoma (que tem origem no tecido gorduroso), o mioma (que tem origem no tecido muscular liso) e o adenoma (tumor benigno das glândulas) são exemplos de tumores benignos (THULER, 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Quadro 1 - Principais Diferenças Entre Tumores Benignos e Malignos

TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
Formado por células bem diferenciadas (semelhantes às do tecido normal); estrutura típica do tecido de origem	Formado por células anaplásicas (diferentes das do tecido normal); atípico; falta diferenciação
Crescimento progressivo; pode regredir; mitoses normais e raras	Crescimento rápido; mitoses anormais e numerosas
Massa bem delimitada, expansiva; não invade nem infiltra tecidos adjacentes	Massa pouco delimitada, localmente invasivo; infiltra tecidos adjacentes
Não ocorre metástase	Metástase frequentemente presente

Fonte: http://bvsms.saude.gov.br

Em algumas ocasiões, entretanto, ocorre uma ruptura dos mecanismos reguladores da multiplicação celular e, sem que seja necessário ao tecido, uma célula começa a crescer e dividir-se desordenadamente. Pode resultar daí um clone de células descendentes, herdeiras dessa propensão ao crescimento e divisão anômalos, insensíveis aos mecanismos reguladores normais, resultando na formação de tumor ou neoplasia, que pode ser benigna ou maligna. A carcinogênese refere-se ao desenvolvimento de tumores malignos, estudada com base nos fatores e mecanismos a ela relacionados. Independentemente da exposição a carcinógenos, as células sofrem processos de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

mutação espontânea, que não alteram o desenvolvimento normal da população celular como um todo. Esses fenômenos incluem danos oxidativos, erros de ação das polimerases e das recombinases e redução e reordenamento cromossômico (INCA, 2016).

O crescimento celular responde às necessidades específicas do corpo e é um processo cuidadosamente regulado. Esse crescimento envolve o aumento da massa celular, duplicação do ácido desoxirribonucleico (ADN) e divisão física da célula em duas outras idênticas (mitose). Tais eventos se processam por meio de fases conhecidas como G1 - S - G2 - M, que integram o ciclo celular. Nas células normais, restrições à mitose são impostas por estímulos reguladores que agem sobre a superfície celular, os quais podem resultar tanto do contato com as demais células como da redução na produção ou disponibilidade de certos fatores de crescimento. Fatores celulares específicos parecem ser essenciais para o crescimento celular, mas poucos deles são realmente conhecidos (CORONEL, 2013).

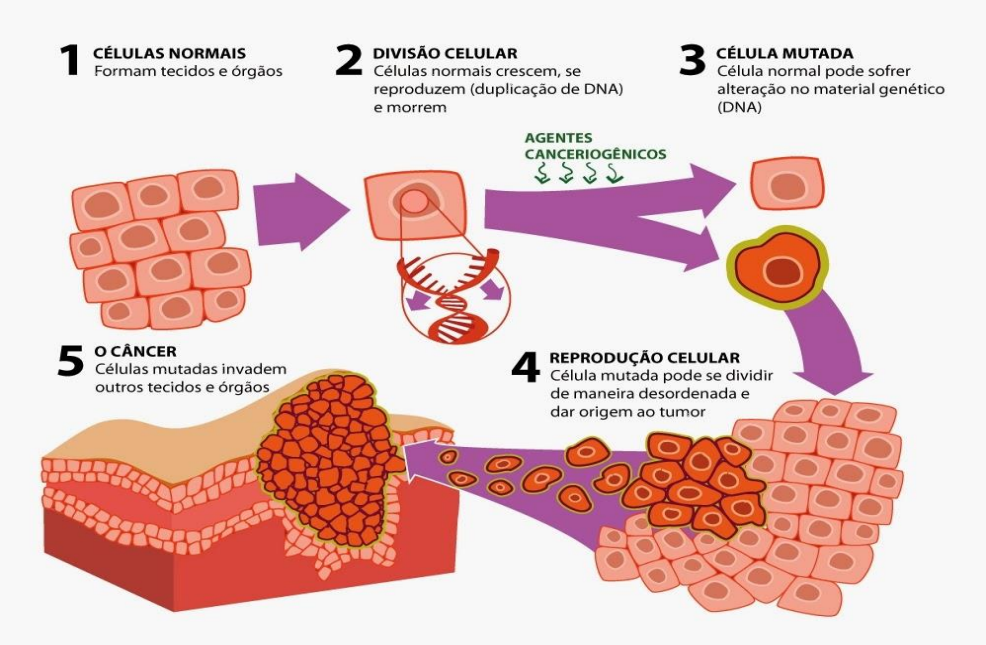
O organismo humano encontra-se exposto a múltiplos fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos ou multiplicativos. Sabe-se que a predisposição individual tem um papel decisivo na resposta final, porém não é possível definir em que grau ela influencia a relação entre a dose e o tempo de exposição ao carcinógeno e a resposta individual à exposição. Independentemente da exposição a carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que não alteram o desenvolvimento normal da população celular como um todo(CORONEL, 2013). Os fenômenos de mutação espontânea podem condicionar uma maior ou menor instabilidade genômica, que pode ser crucial nos processos iniciais da carcinogênese, como conseqüência de aneuploidia e amplificações genéticas (CARPINSKI, 2010).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 3: Carcinogênese

Fonte: paniaguabio.blogspot.com



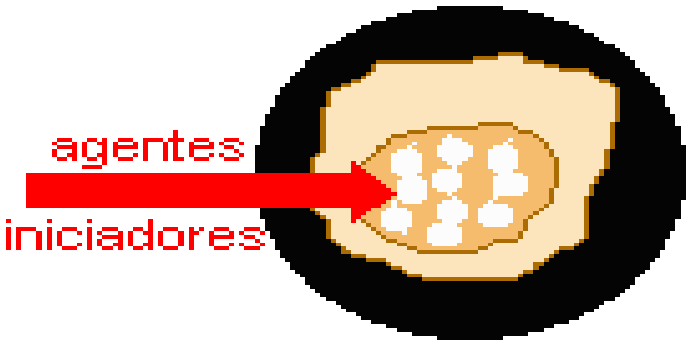
O conhecimento da forma como evoluem ou crescem alguns tumores permite que eles sejam previstos ou identificados quando a lesão ainda está na fase pré-neoplásica, uma fase em que a doença ainda não se desenvolveu. A evolução do tumor maligno depende da velocidade do crescimento tumoral, do órgão onde o tumor está localizado, de fatores constitucionais de cada pessoa, fatores ambientais entre outros. Assim, os tumores podem ser detectados em diferentes fases: fase pré-neoplásica (antes de a doença se desenvolver); fase pré-clínica ou microscópica (quando ainda não há sintomas); fase clínica (apresentação de sintomas) (THULER, 2011).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O processo de formação de câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor (CORREIA, 2016). A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e período de tempo, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular. Esse processo é composto por três estágios: iniciação, promoção e progressão. Estágio de iniciação é o primeiro estágio da carcinogênese (INCA, 2016). Nele as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos ou carcinógenos que provocam modificações em alguns de seus genes. Nesta fase as células se encontram, geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente. Encontram-se "preparadas", ou seja, "iniciadas" para a ação de um segundo grupo de agentes que atuará no próximo estágio.

Figura 1: Estágio de iniciação



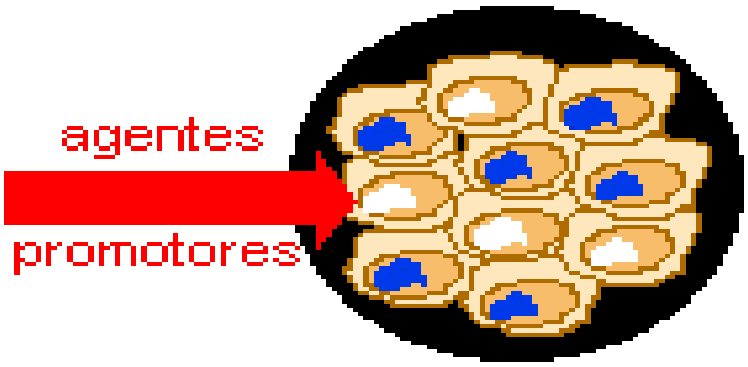
Fonte: 1.inca.gov.br/cancer/imagens/estagio1.gif

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Estágio de promoção é o segundo estágio da carcinogênese. Nele, as células geneticamente alteradas, ou seja, "iniciadas", sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores. A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato com agentes promotores muitas vezes interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação e a exposição excessiva e prolongada a hormônios são exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas.

Figura 2: Estágio de promoção



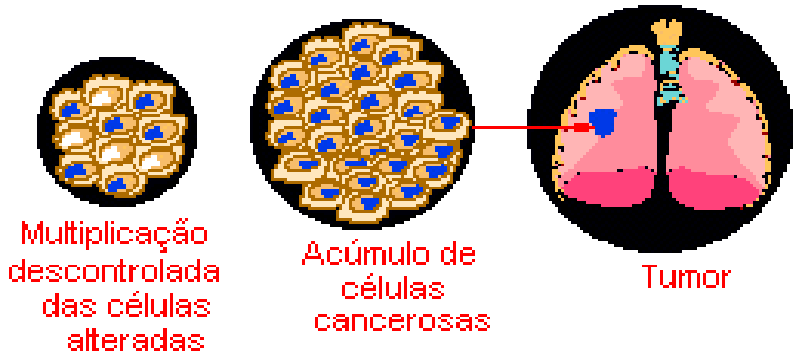
Fonte: 1.inca.gov.br/cancer/imagens/estagio2.gif

Estágio de progressão é o terceiro e último estágio e se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença. Os fatores que promovem a iniciação ou progressão da carcinogênese são chamados agentes oncoaceleradores ou carcinógenos. O fumo é um agente carcinógeno completo, pois possui componentes que atuam nos três estágios da carcinogênese.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 3: Estágio de progressão.



Fonte: 1.inca.gov.br/cancer/imagens/estagio3.gif

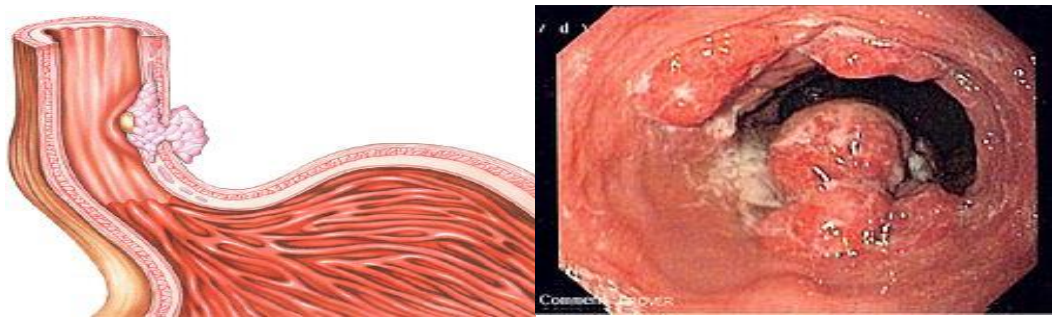
TIPOS DE CÂNCER

Estima-se que aproximadamente 391.000 casos de câncer de esôfago (tubo que liga a garganta ao estômago) ocorrem anualmente, sendo que cerca de 80% deles ocorrem em países em desenvolvimento. As áreas de maior risco no mundo encontram-se na Ásia, com altas taxas de incidência (FIGUEIREDO; LEITE; MACHADO, 2009). O câncer de esôfago é uma doença maligna que provoca muito transtorno e representa um desafio para os especialistas na área oncológica. Possui uma representação geográfica desigual em todo o mundo. Seu marco inicia-se no Oriente, nas regiões do Irã, China e África. No Brasil, o câncer de esôfago é o 6º mais frequente entre os homens e 13º entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. O tipo de câncer de esôfago mais frequente é o carcinoma epidermoide escamoso, responsável por 96% dos casos, sendo

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

que o adenocarcinoma vem aumentando significativamente. Estimativa de novos casos: 10.810, sendo 7.950 homens e 2.860 mulheres (INCA, 2016). Número de mortes: 7.930, sendo 6.203 homens e 1.727 mulheres (SIM, 2013)

Figura 4: Câncer de Esôfago**Figura 5**: Câncer de Esôfago



Fonte:saude.culturamix.com **Fonte**: pt.wikipedia.org

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou para o ano de 2012, 323 mil novos casos em homens e 132 mil em mulheres no mundo todo. As taxas de mortalidade se aproximam das de incidência, dado o mau prognóstico deste câncer, sendo esperadas 400 mil mortes por ano decorrentes deste câncer. A diferença entre os países pode ser de até 20 vezes, e as regiões mais afetadas são as menos desenvolvidas, onde ocorrem 80% dos novos casos e das mortes. Em todas as regiões ocorre mais em homens do que em mulheres numa razão de aproximadamente 2:1. No Brasil, as estimativas para 2014 previam 8.000 casos entre os homens e 2.700 entre as mulheres, aproximadamente, o que corresponde uma taxa de incidência de 8,18 por 100 mil homens e 2,7 por 100 mil mulheres. O câncer de esôfago pode ser do tipo histopatológico epidermoide e do tipo

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

adenocarcinoma. O primeiro é mais comumente associado ao abuso de fumo e álcool e hábitos alimentares inadequados e é a maioria nos países dealta incidência, localizando-se mais frequentemente no esôfago médio e proximal. Já o segundo está mais relacionado ao refluxo gastresofágico crônico, doença de Barret e obesidade e ocorre mais frequentemente no esôfago distal e junção esofagogástrica (JEG) (BRASIL, 2014).

Algumas evidências são relatadas sobre a provável causa do câncer de esôfago. Dentre elas, destacam-se os hábitos alimentares e o consumo de bebidas alcoólicas. Há também condições patológicas que podem ser consideradas como pré-cancerosas, como a esofagite crônica, que acomete os alcoólatras, o refluxo gastroesofágico, a síndrome de Plummer Vision, esofagite por soda cáustica, acalasia e hérnia hiatal. O predomínio histopatológico do câncer de esôfago e o carcinoma de células escamosas representam aproximadamente 95% dos casos; os tumores infiltrados da mucosa gástrica, cerca de 4%;e o restante são os carcinomas adenoides císticos, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoescamoso, e rabdomiossarcoma, dentre outros, que representam aproximadamente 1% dos casos (MORAES, 2000). As vias de disseminação desse tipo de câncer são determinadas por: Contiguidade, quando o tumor invade estruturas próximas, como a árvore traqueobrônquica, os grandes vasos, o nervo faríngeo-recorrente, a pleura, o pericárdio e o diafragma; continuidade: quando o tumor atinge os órgãos contínuos, a faringe e o estômago; linfático, quando os tumores podem disseminar-se para os linfonodos mediastinais, supraclaviculares, paracárdicos e tronco encefálico; linfático, quando os tumores podem disseminar-se para os linfonodos mediastinais, supraclaviculares, paracárdicos e tronco encefálico; hematogênica, qu consiste no desenvolvimento do fígado, pulmão e ossos (BRASIL, 2014).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

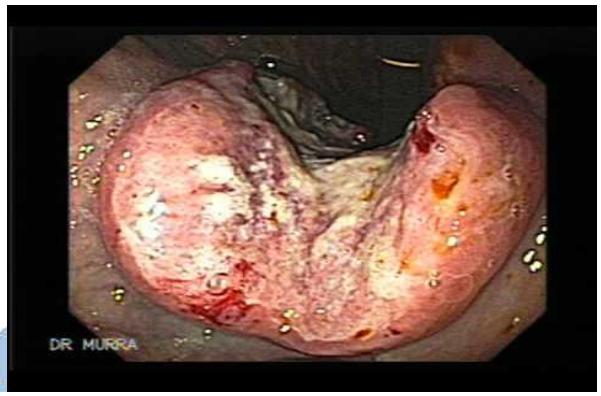
Até pouco tempo, o câncer de estômago era o segundo tipo de câncer mais comum no mundo. Atualmente com uma estimativa de 974.000 novos casos por ano (quase 10% de novos casos de câncer), está em terceiro lugar, atrás de câncer de mama. Porém, é o segundo tipo mais comum como causa de morte por câncer (734.000 mortes anuais). Sua incidência tem decrescido na maioria dos países industrializados durante as últimas duas décadas. Apesar dessa tendência favorável, altas taxas de mortalidade ainda persistem. Há uma variação significativa na sobrevivência de clientes entre países europeus, com cinco anos de sobrevivência relativa (FIGUEIREDO; LEITE; MACHADO, 2009).

Figura 6: Câncer de estomago



Fonte: cancerdeestomago.med.br

Figura 7: Endoscopia: Câncer Gástrico



Fonte:www.youtube.com

Cerca de dois terços dos casos de câncer de estômago ocorrem em países em desenvolvimento. A incidência em homens é duas vezes maior do que em mulheres, estando ambos em países de alto ou baixo risco, embora a inspeção dos dados de incidência com relação a idade específica mostra que, frequentemente, a taxa em

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

mulheres excede as taxas observadas em homens nas faixas etárias mais jovens. O câncer de estômago foi a segunda causa mais importante de morte por câncer na população masculina, em 1995. O câncer de estômago é uma doença em que células malignas são encontradas nos tecidos do estômago, uma bolsa no abdome, abaixo das últimas costelas e liga o esôfago ao intestino delgado, com importante papel nas funções do trato gastrintestinal, pois participa no processo de digestão e absorção. O tubo digestório tem a função de transformar alimento em nutrientes e absorvê-los, fornecendo energia ao corpo (FIGUEIREDO; LEITE; MACHADO, 2009).

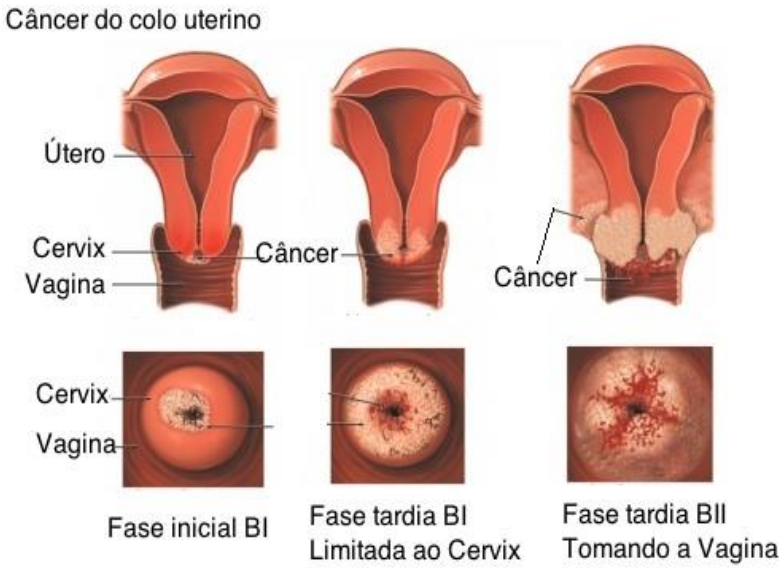
O câncer de estômago é uma das grandes causas de morte em todo o mundo. Apesar dos avanços tecnológicos referentes ás cirurgias e ao tratamento quimioterápico, esses tumores continuam sendo um grande desafio. Na maioria das vezes não apresentam sintomas, mesmo quando em estágios avançados, o que leva ao diagnóstico tardio dessa doença. As causas são desconhecidas e as áreas mais afetadas do estômago são o antro e o piloro. As áreas remanescentes afetadas, em ordem decrescente de freqüência são: a curvatura menor do estômago;o cárdia; o corpo do estômago; a curvatura maior do estômago e, normalmente as metástases são rápidas para linfonodos regionais, momento, fígado e pulmões (SIMOM, 2016).

Mundialmente, o câncer de colo do útero é o segundo tipo mais comum entre mulheres.Segundo dados do INCA, a neoplasia do colo do útero é a terceira mais frequente entre as mulheres, ficando atrás do câncer de mama e de pele não melanoma. As clientes que são encaminhadas para a radioterapia apresentam estágios avançados. Tal fato determina altos índices de recidiva loco regional (OLIVEIRA et al.,2005).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 8: Câncer de Colón de Útero



Fonte: www.guiratinga.mt.gov.br

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do Papilomavírus Humano - HPV. A infecção genital por este vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer. Tais alterações são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou), e são curáveis na quase totalidade dos casos. Por isso é importante a realização periódica deste exame. É o terceiro tumor mais frequente na população feminina depois do câncer de mama e do coloretal, sendo a quarta causa de morte em mulheres por câncer no Brasil. Prova de que o país avançou na sua capacidade de realizar diagnóstico precoce é que na década de 1990, 70% dos casos

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

diagnosticados eram da doençainvasiva. Ou seja, o estágio mais agressivo da doença. Atualmente 44% dos casos são de lesão precursora do câncer, chamada *in situ*. Esse tipo de lesão é localizada (INCA, 2016).

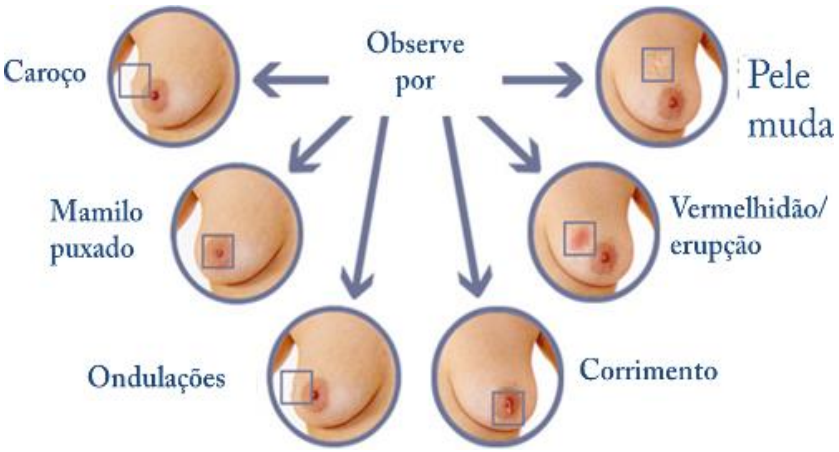
A prevenção e o diagnóstico precoce constituem as medidas ideais para reduzir a morbidade e a mortalidade decorrentes das neoplasias do colo do útero, sobretudo nos países em desenvolvimento. Programas de rastreamento do câncer de colo do útero possuem significativa importância, pelo fato de interromperem a história natural da doença, pois detectam neoplasias ou carcinoma in situ, ainda em fase pré-invasora. Com o tratamento adequado das lesões acima citadas, o câncer invasor pode ser evitado, reduzindo-se, assim, a mortalidade causada pela doença. O principal fator agressor relacionado a esse tipo de câncer é portanto a infecção local pelo vírus HPV (Papilomavírus Humano). A transmissão do HPV se dá principalmente pela via sexual sendo a doença sexualmente transmissível mais comum. De uma forma geral, são necessários vários anos entre a infecção inicial pelo HPV e o desenvolvimento do câncer, sendo que apenas uma pequena parcela das mulheres com o vírus irá desenvolver o câncer do colo do útero (SEBASTIÃO et al., 2004); (INCA, 2016).

O câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil é o de mama, respondendo por cerca de 25% dos casos novos a cada ano. O câncer de mama também acomete homens, porém é raro, representando apenas 1% do total de casos da doença. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. Estatísticas indicam aumento da sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Por conta de sua alta incidência, morbidade, mortalidade e do elevado custo do tratamento, o câncer de mama representa um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Trata-se do

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

segundo tipo de câncer mais comum na atualidade, sem dúvida, o mais comum em mulheres. A doença é mais comum entre mulheres (75% do total mundial) e as áreas com maior incidência estão localizadas na Europa. O portador de câncer de mama pode enfrentar uma incerta possibilidade de cura e medo em relação á doença (INCA, 2016).

Figura 9: Câncer de Mama



Fonte: forsale-davi.blogspot.com

O câncer de mama apresenta grande número de fatores de risco que podem estar associados á dieta e a constituição física dos indivíduos ou grupos sociais, podendo ser influenciado por modificações dos padrões de noviços de comportamento. No entanto, apresenta etiologia relacionada a fatores virais, químicos, físicos e hormonais, apresentando alta taxa de mortalidade, apesar dos avanços terapêuticos. Os fatores de risco para o carcinoma de mama compreendem fatores de predisposição hereditária, dependente de constituição hormonal, e fatores ambientais constituídos pelos agentes

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

físicos, químicos e biológicos que causam danos ao gene. A causa específica para a transformação maligna da célula epitelial ductal da mama é considerada ainda desconhecida, no entanto, várias alterações podem ocorrer dentro da célula, tornando o câncer de mama uma doença letal. O desenvolvimento do câncer de mama pode ocorrer devido ás mutações genéticas dos genes supressores BRCA-1 e BRCA-2. O BRCA-1 é responsável por cerca de 40% de todo câncer de mama hereditário e o BRCA-2 está relacionado com 85% de risco de câncer de mama (INCA, 2016).

No câncer de mama há vários tipos histológicos, no entanto, os mais comuns são: Carcinoma *in situ*: são tanto de origem lobular como ductal, que não apresentam invasão na membrana basal; Carcinomas infiltrantes ou invasores: aparecem quando as células epiteliais malignas atingem a membrana basal, podendo invadir o estroma mamário. Tais carcinomas podem ser dos seguintes tipos histológicos: Carcinoma ductal invasor: representa 65 a 80% dos carcinomas; Carcinoma mucinoso: também conhecido por coloide, mucoide ou gelatinoso, tem crescimento lento e pode se tornar columoso; Carcinoma medular: caracteriza por crescimento sincicial e grande infiltrado linfocitário; Carcinoma tubular: é um tipo especial de carcinoma ductal, conhecido também como carcinoma bem diferenciado; Carcinoma lobular infiltrante: invasor, caracteriza-se pela multicentricidade; Carcinoma papilar: é uma variante de um câncer in situ, e difuso multifocal e possui o prognóstico bom; Carcinoma raro: apócrino, de células escamosas e fusiformes, carcinossarcoma e de células de Merkel; Carcinoma micro invasor: tipo histológico raro, sendo o primeiro estágio no desenvolvimento da invasão e definido como carcinoma invasor igual ou menor que 1 mm; Carcinoma inflamatório: clinicamente é caracterizado por edema, rubor e calor da pele da mama. Histologicamente, há invasão dos vasos linfáticos por células neoplásicas; Doença de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Paget: caracterizada clinicamente por lesão eczematosa do mamilo; Formas raras: carcinoma adenocístico, o papilar, o apócrino, o secretório, os epidermoides e os sarcomas não filóides (INCA, 2016).

O câncer de pulmão é a doença mais comum entre homens (75% do total mundial) e as áreas com maior incidência estão localizadas na Europa.É o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento de 2% por ano na sua incidência mundial. A última estimativa mundial apontou incidência de 1,82 milhão de casos novos de câncer de pulmão para o ano de 2012, sendo 1,24 milhão em homens e 583 mil em mulheres. Em 90% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. No Brasil, foi responsável por 22.424 mortes em 2011. 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, 2016).

Figura 10: Câncer de Pulmão



Fonte:www.youtube.com

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

O câncer de pulmão é um tumor caracterizado pela quebra dos mecanismos de defesa naturais do pulmão, a partir de estímulos carcinogênicos ao longo dos anos, levando ao crescimento desorganizado de células malignas. Este tumor maligno que pode se estender desde a traqueia até a periferia do pulmão. O subtipo do câncer de pulmão é determinado a partir da análise de uma amostra da lesão analisada ao microscópio, este tipo de câncer caracteriza-se por ser encontrado em qualquer lugar do pulmão, o que pode torná-lo mais difícil de tratar. A causa mais comum do câncer de pulmão é o tabagismo por um longo período de tempo. Os sintomas iniciais do câncer de pulmão são facilmente confundidos com doenças comuns, sendo os mais frequentes: tosse, falta de ar, chiado no pulmão, presença de sangue no escarro e dor no peito (BRASIL, 2016).

SINAIS E SINTOMAS DO CÂNCER

A detecção precoce se baseia na seguinte premissa, quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do paciente, além de mais favoráveis a relação efetividade/custo. O objetivo é a detecção de lesões pré-cancerígenas ou do câncer quando ainda localizado no órgão de origem, sem invasão de tecidos vizinhos ou outras estruturas (INCA, 2016). Eis alguns sinais e sintomas frequentes nos pacientes oncológicos: dor; fadiga; falta de apetite; febre; náuseas e vômitos; edema e linfe ema; constipação intestinal. Os pacientes idosos com câncer avançado normalmente apresentam várias comorbidades, tanto devido aos problemas da própria idade quanto àqueles originados em decorrência dos vários tipos de tratamento oncológico aos quais foram submetidos na tentativa de cura e controle da doença. (THULER, 2011). Para esse autor os pacientes oncológicos em tratamento podem apresentar os seguintes sintomas citados a seguir.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Perda de peso - a maioria das pessoas com câncer perderá peso em algum momento do desenvolvimento da doença. Uma perda de peso Inesplicada de 10 quilos ou mais pode ser o primeiro sinal de câncer. Isso acontece na maioria das vezes com o câncer de pâncreas, estômago, esôfago ou de pulmão. A febre é muito comum em pessoas com câncer, mas isso geralmente acontece com a disseminação da doença. Quase todos os pacientes com câncer terão febre em algum momento, principalmente se a doença ou o tratamento afeta o sistema imunológico. Com menos frequência, a febre pode ser um sinal precoce de um câncer, como leucemia ou linfoma. Pode aparecer fadiga,é um cansaço extremo que não melhora com o repouso. Ela pode ser um sintoma importante quando o câncer está se desenvolvendo, como a leucemia. Alguns tipos de câncer de cólon ou de estômago podem causar perda de sangue sem razão aparente, o que é outra forma do câncer provocar fadiga.

Um sintoma frequentemente presente em caso de câncer é a dor, podendo ser um sintoma precoce de alguns tipos de câncer, como tumor ósseo ou câncer de testículo. Dor de cabeça que não passa ou melhora com tratamento pode ser um sintoma de um tumor cerebral. Dor nas costas pode ser um sintoma de câncer colo retal ou de ovário. Na maioria das vezes, a dor devido ao câncer significa que a doença já se disseminou. Em caso de aparecimento de alterações na pele - o câncer de pele e alguns outros tipos de câncer podem causar alterações na pele, como hiperpigmentação, icterícia, eritema ou prurido. Além dos sintomas mais comuns, também se deve prestar atenção para alguns outros sinais e sintomas que possam sugerir um câncer. Mais uma vez, podem existir outras causas para cada um desses sintomas, portanto, é importante consultar um médico para que seja feito o diagnóstico.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Mudança nos Hábitos Intestinais ou da Função da Bexiga - constipação a longo prazo, diarreia ou alteração nas fezes pode ser um sinal de câncer colorretal. Dor ao urinar, sangue na urina ou uma alteração na função da bexiga, por exemplo, necessidade de urinar com maior ou menor frequência do que o habitual podeestar relacionado ao câncer de bexiga ou de próstata. Converse com seu médico sobre qualquer alteração na bexiga ou na função intestinal. Ferida que não Cicatriza - os cânceres de pele podem sangrar e são similares a feridas que não cicatrizam. Uma ferida de longa data na boca poderia ser um câncer de boca. Isto deve ser tratado imediatamente, especialmente em pessoas que fumam, mastigam tabaco ou que ingerem álcool com frequência. Feridas no pênis ou na vagina podem ser sinais de infecção ou de um câncer em estágio inicial e devem ser examinadas por um médico.

Manchas Brancas na Boca ou Língua - Manchas brancas dentro da boca e na língua pode ser leucoplasia. A leucoplasia é uma área pré-cancerígena causada por irritação frequente, muitas vezes causada pelo fumo ou outro uso do tabaco. As pessoas que fumam cachimbos ou mastigam tabaco têm alto risco para leucoplasia. Se não for tratada, a leucoplasia pode se tornar um câncer de boca. Quaisquer alterações na boca de longa data devem ser imediatamente examinadas por um médico ou dentista. Hemorragia - hemorragia pode acontecer no câncer inicial ou avançado. Tosse com sangue no escarro pode ser um sinal de câncer de pulmão. Sangue nas fezes pode ser um sinal de câncer colorretal. O câncer de colo do útero ou de endométrio pode causar sangramento vaginal importante. Sangue na urina pode ser um sinal de câncer de bexiga ou câncer de rim. Uma secreção sanguinolenta do mamilo pode ser um sinal de câncer de mama.

Espessamento ou Nódulo na Mama ou em outras Partes do Corpo - muitos tipos de câncer podem ser sentidos através da pele. Estes cânceres ocorrem principalmente na

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

mama, testículos, gânglios linfáticos e tecidos de partes moles. Um nódulo ou espessamento pode ser um sinal precoce ou tardio do câncer e deve ser relatado ao médico, especialmente se você acabou de encontrar ou perceber que cresceu em tamanho. Alguns cânceres de mama aparecem como pele avermelhada ou grossa. Indigestão ou Dificuldade para Engolir - problemas de indigestão ou deglutição em que persistem podem ser sinais de câncer do esôfago, estômago ou faringe. Mas, como a maioria dos sintomas apresentados aqui, eles são mais frequentemente causados por outras patologias. Alterações numa Pinta ou qualquer Mudança na Pele - qualquer verruga, mancha ou sarda que altere de cor, tamanho ou forma, ou que muda suas bordas deve ser imediatamente examinada por um médico. Uma alteração na pele pode ser um melanoma que, quando diagnosticado no início, pode ser tratado com sucesso. Tosse Persistente ou Rouquidão - tosse persistente pode ser um sinal de câncer de pulmão. Rouquidão pode ser um sinal de câncer de laringe ou câncer de tireoide.

QUALIDADE DE VIDA

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Assim, qualidade de vida é abordada, por muitos autores, como sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados (FLECK; LOUZADA; XAVIER, 1999).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 15: Qualidade de Vida



Fonte: blog.paulasantosgomes.com

A qualidade de vida apresenta-se como uma temática de difícil compreensão e necessita de certas delimitações que possibilitem sua operacionalização em análises científicas. É considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Qualidade de vida relacionada à saúde é um estado subjetivo a saúde, são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

O câncer ainda se trata de uma doença permeada por preconceitos; para muitos ainda é tratada como a doença e não como uma doença, sobre a repercussão social do

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

câncer que tem mostrado a afecção associada à morte, medo do sofrimento. Humilhação, comprometimento físico e dor estão associados ao diagnóstico, podendo comprometer o indivíduo de forma global. Porém, os avanços na área da saúde nos últimos anos, o acentuado desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas, vêm promovendo aumento na sobrevida dos pacientes. O câncer tem reflexos na composição corporal do doente oncológico, tendo como característica a perda de massa magra com uma preservação relativa de massa proteica visceral trazendo à diminuição da capacidade funcional, ao aumento do risco de quedas e fraturas, à maior tempo de hospitalização e ao aumento de infecções nosocomiais (SANTOS, 2010).

Figura 16: Combatendo o Câncer



Fonte:www.interne.com.br

Diante da magnitude do câncer e da possibilidade de alguns pacientes evoluírem para estágios terapeuticamente incontroláveis, é necessário identificar fatores que possam estar associados à melhora ou piora de sua qualidade de vida. No paciente oncológico, a qualidade de vida é influenciada pela nutrição e composição corporal. Por isso, além de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

avaliar a QV do paciente com câncer, a avaliação da composição corporal se faz essencial (FRIO; PRETTO et al., 2015).

PACIENTE TERMINAL

A conceituação de paciente terminal não é algo simples de ser estabelecida, embora frequentemente nos deparemos com avaliações consensuais de diferentes profissionais. Talvez, a dificuldade maior esteja em objetivar este momento, não em reconhecê-lo. A terminalidade parece ser o eixo central do conceito em torno da qual se situam as consequências. É quando se esgotam as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível. O paciente torna-se "irrecuperável" e caminha para a morte, sem que se consiga reverter este caminhar (GUTIERREZ, 2011). Contudo, a doença terminal se caracteriza por algumas situações clínicas precisamente definidas, as quais podem se relacionar da seguinte forma: presença de uma doença em fase avançada, progressiva e incurável; falta de possibilidades razoáveis de resposta ao tratamento específico; presença de numerosos problemas ou sintomas intensos, múltiplos, multifatoriais e alternantes; grande impacto emocional (no paciente e familiar) relacionado à presença ou possibilidade incontestável de morte; e prognóstico de vida inferior a seis meses (CARVALHO; SILVÉRIO, 2014.

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 18: Paciente terminal



Fonte: www.psicologiamsn.com

Estudos na literatura tentam estabelecer índices de prognóstico e de qualidade de vida, procurando definir de forma mais precisa este momento da evolução de uma doença e tendo como preocupação o estabelecimento de novas diretrizes para o seguimento destes pacientes. Entretanto, estes trabalhos descrevem melhor aspectos populacionais e epidemiológicos, perdendo a especificidade quando aplicados em nível individual. Abre-se a perspectiva de discussão deste conceito caso a caso: um paciente é terminal em um contexto particular de possibilidades reais e de posições pessoais, sejam de seu médico, sua família e próprias. Esta colocação implica em reconhecer esta definição, paciente terminal, situada além da biologia, inserida em um processo cultural e subjetivo, ou seja, humano pois:

> É evidente que alguns critérios podem tornar este momento menos impreciso, entre eles os clínicos (exames laboratoriais, de imagens, funcionais, anatomopatológicos), os dados da experiência que a equipe envolvida tem acerca das possibilidades de evolução de casos semelhantes, os critérios que levam em conta as condições pessoais do paciente (sinais de contacto ou não com o exterior, respostas ao meio, à dor), a intuição dos profissionais (suas vivências e experiências

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

> semelhantes). De qualquer forma, paciente, família e equipe situam-se neste ponto da evolução da doença frente a impossibilidades e limites, de maneira que reconhecer o fim parece ser a dificuldade maior. Este conhecimento determina estragos nos que partem e nos que ficam. Morrer só, entre aparelhos, ou rodeado por pessoas às quais não se pode falar de sua angústia, determina um sofrimento difícil de ser avaliado, mas sem dúvida, suficientemente importante para ser levado em conta. Os que ficam, por outro lado, têm que se haver com a culpabilidade, a solidão e a incômoda sensação de não ter feito tudo o que poderia (GUTIERREZ, 2011, P.95).

Todas as necessidades físicas, psicossociais e espirituais são consideradas importantes para os pacientes que se encontram em cuidados paliativos. E podem ser alcançadas em mais de 90% dos pacientes com câncer avançado, através de cuidados paliativos. A ideia de uma abordagem multidisciplinar é muito importante para os cuidados paliativos, porque implica em demonstrar que nenhuma pessoa tem todas as respostas corretas para o enfrentamento de uma determinada situação, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo assim a sinergia de habilidades para assegurar o melhor cuidado, bem como um olhar para os problemas do paciente ou família, não somente sob uma única perspectiva (MÜLLER; SCORTEGAGNA; MOUSSALLE, 2011).

A prudência prestada a esses pacientes terminais deve ser de maneira humanizada, sempre tendo empatia com o doente, também serve para o acompanhante dar valor ao significado da vida. O mesmo deve ter visão positiva, mesmo sabendo que não há mais chances do paciente sobreviver, promover o bem estar, mantê-lo em lugar tranquilo, alegre e agradável é uma maneira de amenizar o sofrimento do doente (REIS, 2015). As dificuldades no estabelecimento de um conceito preciso não comprometem os benefícios que paciente, família e profissionais podem ter no reconhecimento desta condição. Ao

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

contrário, abre-se uma ampla gama de condutas que podem ser oferecidas ao paciente e sua família. Condutas no plano concreto, visando, agora, o alívio da dor, a diminuição do desconforto, mas sobretudo a possibilidade de situar-se frente ao momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e sustente seus desejos. Reconhecer, sempre que possível, seu lugar ativo, sua autonomia, suas escolhas, permitir-lhe chegar ao momento de morrer, vivo, não antecipando o momento desta morte a partir do abandono e isolamento (GUTIERREZ, 2011).

Os cuidados de enfermagem ao indivíduo com câncer devem ser individualizados, pois cada fase da vida apresenta transformações fisiológicas e psíquicas. A dor e o sofrimento manifestam-se em cada pessoa com características e intensidade diferentes. Além disso, o paciente está fragilizado e com uma perspectiva de sobre vida reduzida, por isso diante de um diagnóstico de uma doença neoplásica, a sua perspectiva se torna bem reduzida e ocorre um grau de sofrimento. O enfermeiro deve promover uma maior aproximação com esse paciente, alcançando por meio da comunicação, para identificar suas necessidades, planejar e desenvolver ações que visem a promover melhor qualidade de vida (SILVA, 2015).

O relacionamento da equipe de enfermagem com o paciente e seus familiares é extremamente importante no processo de cuidar inclua a maneira de como é dada a notícia, a clareza com que é abordado o assunto, abertura que é dada ao paciente e a sua família para que assim se possa conversar sobre o seu sofrimento, seus sentimentos, dúvidas e recuperação. A pessoa com câncer precisa de ajuda da enfermagem na identificação de seus problemas para que possam enfrentá-los de forma realista, participar ativamente da experiência e, se possível, encontrar soluções para eles (PEDRO; FUNGHETTO, 2005). Nesse sentido, é possível se perceber a importância do enfermeiro

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

para o controle do medo, da fragilidade, das angustias e das dificuldades encontradas na experiência da internação através da assistência de enfermagem promovendo suporte psicossocial, promovendo conforto e cuidados necessários para este contexto (SILVA, 2015).

CUIDADOS PALIATIVOS

Cuidados paliativos são cuidados ativos totais prestados a pacientes e suas famílias quando se estabelecem que o doente já não se beneficiará de tratamento antitumoral. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, e controle de sintomas do doente e o alivio do sofrimento humano integrado pelo caráter trans., multi interdisciplinar dos cuidados paliativos (SILVA, 2015). O término de uma terapia curativa para o câncer não significa o final de um tratamento ativo, mas mudanças em focos de tratamento. A OMS enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes e propõe que "muitos aspectos dos cuidados paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento oncológico ativo" e são aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente (INCA, 2016).

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

Figura 17: Cuidados Paliativos



Fonte:www.slideserve.com

O cuidado paliativo é concebido como um tratamento que fornece alívio, de duração variável. O termo palliare era entendido como cobrir, proteger, acobertar, sendo um termo constantemente compreendido em nossa cultura como algo sem muito valor (MELO, 2000). Atualmente, o conceito de cuidados paliativos aborda intervenções que visam o controle da dor e o alívio dos sintomas em busca de uma qualidade de vida melhor, com a perspectiva de cuidar e não somente curar. Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo paliativo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente ativos, principalmente em pacientes portadores de câncer em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessário um diagnóstico precoce e

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente (INCA, 2016).

A abordagem paliativa visa a promover qualidade aos dias de vida do paciente crônico, sem possibilidades terapêuticas, por meio do alívio da dor e de seu sofrimento biológico, psicológico e espiritual. Trata-se de uma terapêutica humanizada, empregada desde o diagnóstico de uma doença crônicodegenerativa, como o câncer, a qual assume maior amplitude em pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo, especialmente, quando o mesmo se encontra na sua fase avançada e progressiva. Assim, cabe à equipe de saúde assistir paciente e seus familiares, uma vez que participa diretamente do seu processo de tratamento e encontra-se presente na sua fase terminal de vida (ALVES; ANDRADE et al, 2015). Cuidados paliativos são cuidados ativos totais prestados a pacientes e às suas famílias quando se estabelecem que o doente já não se beneficiará de tratamento antitumoral. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, e controle de sintomas do doente e o alivio do sofrimento humano integrado pelo caráter trans, multi interdisciplinar dos cuidados paliativos (BRASIL, 2001).

A Revista Brasileira de Cancerologia (2002) apresentou em sua publicação os principais sintomas e medidas terapêuticas que podem ser: Agitação psicomotora – corrigir alterações desencadeantes na medida do possível proceder à orientação do paciente e cuidador e tranquilizar o ambiente; alteração da mucosa oral – aumentar a ingesta hídrica, evitar alimentos ácidos, higiene bucal com escovação de dentes e língua; Anorexia – medicação CPM, permitir a ingesta em pequena quantidade e a intervalos regulares de alimentos do seu agrado, incentivar as refeições junto a família; constipação Intestinal – hidratação, orientação nutricional, prevenir sempre, medicação CPM,

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

processo ao toque retal, palpação e ausculta abdominal; convulsão – em caso de metástase cerebral, medicação COM; depressão – medicação com abordagem Psicológica ao paciente e a família; dispneia – nebulização com morfina quando o câncer estiver avançando, manter a cabeceira elevada, preferencialmente o paciente sentado e o ambiente bem ventilado, em caso de hipoxemia, indicar oxigeno terapia.

A finalidade dos cuidados paiativos é fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências oncológicas; reafirmar vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto (INCA, 2016).

Atuação do enfermeiro no cuidado paliativo

A unidade de tratamento compreende o paciente e sua família; os sintomas do paciente devem ser avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz através de consultas frequentes e intervenções ativas; as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser feitos com base em princípios éticos; os cuidados paliativos devem ser fornecidos por uma equipe interdisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, imprescindíveis para o controle de

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

todo e qualquer sintoma; a comunicação adequada entre equipe de saúde e familiares e pacientes é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte (INCA, 2016). Considere-se que o câncer é uma patologia que causa muita dor, além de sofrimentos emocionais e espirituais devastadores. Os cuidados paliativos são o auxílio em turno integral que se oferece para pacientes e familiar que tem uma doença crônica (REIS, 2015). Nesse sentindo, é possível se perceber a importância do enfermeiro para o controle do medo, da fragilidade, das angustias e das dificuldades encontradas na experiência da internação através da assistência de enfermagem promovendo suporte psicossocial, promovendo conforto e cuidados necessários para este contexto (SILVA, 2015).

CONSIDERAÇÔES FINAIS

A partir do exposto neste estudo, podemos considerar que os cuidados paliativos são cuidados ativos totais prestados ao paciente, quando se estabelecem que o mesmo já não se beneficiará de tratamento antitumoral que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente, e controle de sintomas do doente diante de uma doença que ameace a vida. Tais cuidados devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto á evolução da doença. Contudo os cuidados de enfermagem ao paciente com câncer devem ser individualizados, pois cada fase da vida apresenta transformações fisiológicas e psíquicas, em que o paciente está fragilizado e com uma perspectiva de vida reduzida, por isso a importância do relacionamento paciente, equipe de enfermagem e família, onde

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

no processo de cuidar , inclua a maneira de como é dada a notícia, a clareza de como é abordado o assunto, abertura que é dada ao paciente e sua família para que possam conversar sobre sofrimento, dúvidas e recuperação.

Em decorrência deste estudo, recomenda-se que o enfermeiro deve promover uma maior aproximação com o paciente oncológico, por meio da comunicação para identificar suas dificuldades, necessidades, promovendo melhorias em sua qualidade de vida, nesse momento de medo, fragilidade e angústia. Assim, espera-se que os resultados desta pesquisa, possam favorecer aos profissionais de enfermagem uma melhor percepção e entendimento sobre os cuidados paliativos prestados a esse tipo de pacientes, que este artigo contribuir para um aprendizado em busca de uma melhor qualidade de vida, em se tratando de uma patologia tão avassaladora.

REFERÊNCIAS

ACHÔA, Y, Pequeno dicionário dos tratamentos de câncer, **São Paulo,** 2015, disponível http://saude.ig.com.br, acessado 01/04/2016;

ALMEIDA. V. L; LEITÃO. A; REINA. L. C. B; et al. **Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA:**Uma Introdução, São Paulo, 2005, disponível em: www.scielo.br, acessado em: 05 /09/ 2015;

ALVES, R. F; ANDRADE, S. F, de O; ET AL, **Cuidados paliativos:** Desafios para Cuidadores e Profissionais de Saúde,**Rev. Psicol**, 2015, disponível http://www.scielo.br, acessado 03/04/2016;

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

BRASIL.**Cuidados Paliativos Oncológicos** Controle de Sintomas, Rio de Janeiro, 2001.Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/. Acesso em: 09/2015;

BRASIL, Ministério da Saúde, **Câncer no Brasil:** Dados dos Registros de Base Populacional, 2016, disponível www1.inca.gov.br/vigilância, acessado 13/03/2016;

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer – INCA, **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003;

BRASIL, **Cai mortalidade por câncer no Brasil**, 2014, disponível http://veja.abril.com.br, acessado 01/04/2016;

CARVALHO R. M; SILVÉRIO G. C,**Qualidade de vida ao paciente terminal com câncer. In:** 1° Prêmio de Oncologia Novartis – Saúde Brasil; 2006;

CORONEL, D, **Fisiopatologia do câncer**, 2012, disponível http://www.ebah.com.br, acessado 01/04/2016;

CORREIA, S. M. A. **Oncogênese**, Graduação e estadiamento, 2016, disponível https://docs.google.com, acessado 01/05/2016;

COSTA JUNIOR. Á. L. C; COUTINHO S. M. G,**O câncer:** Algumas Informações, Crenças e Atitudes ... - SBPO*São Paulo, 2005*, disponível em: www.sbpo.org.br, *acessado em: 05/09/2015;*

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; et al, Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, **Revista de SaúdePública**, Rio de Janeiro, v.33, n.2, 1999;

FRIO, C. C; PRETTO, A. D. B; et al, Influência da Composição Corporal sobre a Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer, **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2015 disponívelhttp://www1.inca.gov.br, acessado /3/4/2016;

GIL. A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007;
GUIMARÃES, E. M. P; GODOY, S. C. B; et al. **Educação Permanente:** Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação como Ferramenta para Capacitação

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Profissional, remE - **Rev. Min. Enferm**. Minas Gerais, 2009, disponível http://www.enf.ufmg.br, acessado 01/05/2016;

GUTIERREZ, P. L, O que é o Paciente Terminal, **Rev. Assoc. Med. Bras**. vol.47 no.2 São Paulo, 2011, disponível http://www.scielo.br, acessado 03/04/2016;

INSTITUTO ONCOGUIA. O que é Oncologia? 2003,Disponível em: www.oncoguia.org.br. *Acesso em: 05/09/2015;*

INCA.O que é o câncer?. *Rio de Janeiro, 2012, disponível em:Www1.inca.gov.br/conteúdo view.asp? Id=322,* acessado em: 05/09/2015;

INCA, TIPOS DE CÂNCER, 2016, disponível, 2016, disponívelwww2.inca.gov.br/wps/wcm, acessado 01/03/2016;

INCA, Detecção precoce do câncer, 2016, disponível http://www1.inca.gov.br, acessado 02/04/2016;

KARPINSKI, A. P, **PATOLOGIA E FISIOLOGIA**, 2010, disponível https://patofisio.wordpress.com/ acessado 01/04/2016;

MÜLLER, A. M; SCORTEGAGNA, D; MOUSSALLE, L. D, **Paciente Oncológico em Fase Terminal:** Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta, **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2011, disponível http://www.inca.gov.br, acessado 03/04/2016;

PEDRO. E. N. R.; FUNGHETTO, S. S. **Concepções de cuidado para os cuidados:** um estudo com a criança hospitalizado com câncer. **Rev. GaúchaEnferm**. Vol. 26, n.2, pp. 210 – 219, 2005;

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S; SANTOS, A. dos, Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação, **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, 2012, disponível http://www.scielo.br, acessado 03/04/2016

PINTO, L, F, R, **Câncer é uma Doença Celular:** Passado, Presente e Futuro, 2013, disponível http://bvsms.saude.gov.br, acessado 13/03/2016;

Temas em Saúde
Volume 17, Número 1
ISSN 2447-2131
João Pessoa, 2017

Artigo

REIS, J. O, Cuidados Paliativos em Pacientes Terminais Oncológicos, 2015, disponível http://www.portaleducacao.com.br, acessado 03/04/2016;

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA.Cuidados Paliativos Oncológicos - Controle de Sintomas, 2002, disponível em:http://www.inca.gov.br/, acessado em:05/09/2015;

SANTOS, M. I. de C, Qualidade de Vida em Pacientes Portadores de Câncerde Próstatacom Metástase Óssea, 2010, disponível http://bvsms.saude.gov.br acessado 03/04/2016;

SANTOS D. B. A; LATTARO R. C. C; ALMEIDA D. A. Cuidados Paliativos de Enfermagem ao Paciente Oncológico, **Revista Iniciação cientifica de libertas**, 2011, São Sebastião do Paraiso, disponível em:https://professores.faccat.br, *acessado em: 05/09/2015;*

*SIMOM, S.*Desafios dos tumores neuroendócrinos, do diagnóstico ao tratamento, 2016, disponível http://www.oncologiador.com.br, acessado 01/03/2016;

THULER, L. C. S, **ABC do câncer:** abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011, disponível http://bvsms.saude.gov.br, acessado 01/03/2016;

YARAK, A**, Livro traça a História Milenar do Câncer** - e da Guerra Contra ele, 2011, disponível http://veja.abril.com.br/, acessado 13/03/2016;