

FRACTAIS DAS AÇÕES DE INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE NO PROCESSO CUIDAR EM ONCOLOGIA



Organizadores:

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

Sâmara Sirdênia Duarte do Rosário Belmiro

Francisco Arnoldo Nunes de Miranda



**FRACTAIS DAS AÇÕES DE INTEGRALIDADE
NA ATENÇÃO À SAÚDE NO PROCESSO
CUIDAR EM ONCOLOGIA**



**Reitor**

Prof. Pedro Fernandes Ribeiro Neto

Vice-Reitor

Prof. Aldo Gondim Fernandes

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. João Maria Soares

**Comissão Editorial do Programa Edições UERN:**

Prof. João Maria Soares

Profa. Anairam de Medeiros e Silva (**Editora Chefe**)

Prof. Eduardo José Guerra Seabra

Prof. Humberto Jefferson de Medeiros

Prof. Sérgio Alexandre de Moraes Braga Júnior

Profa. Lúcia Helena Medeiros da Cunha Tavares

Prof. Bergson da Cunha Rodrigues

Assessoria Técnica:

Daniel Abrantes Sales

Catálogo da Publicação na Fonte.**Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.**

Fractais das ações de integralidade na atenção à saúde no processo cuidar em oncologia/
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho... [et al]. - Mossoró – RN, EDUERN, 2017.

192 p.

ISBN: 978-85-7621-174-7

1. Câncer - Oncologia. 2. Pesquisas - Oncologia. 3. Oncologia – Mossoró – Rio Grande do Norte. I. Carvalho, Francisca Patrícia Barreto de. II. Oliveira, Kalyane Kelly Duarte de. III. Belmiro, Sâmara Sirdência Duarte do Rosário. IV. Miranda, Francisco Arnoldo Nunes de. V. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. VI. Título.

UERN/BC

CDD 616.994

Prefácio

O Câncer é hoje no Brasil a segunda causa de morte por doença. A relação morbidade e mortalidade é, porém, desproporcional quando comparada àquela observada em países da Europa ou América do Norte. A razão principal desta disparidade reside no fato de que, em nosso meio, as medidas de prevenção, em geral, são insuficientes. Associado a esta temos ainda muitos casos em que o diagnóstico é feito tardiamente. Finalmente, há que se considerar que a orientação terapêutica nem sempre é adequada.

Entretanto, na última década, muitos estudos e pesquisas tem se voltado com vigor a essa área do conhecimento, frente a necessidade de conhecer e principalmente dotar os profissionais com um melhor manejo para uma clínica e terapêutica mais eficaz. Das centenas de escolas de saúde existentes no país, são poucas as que não ministram noções de oncologia como disciplina isolada ou transversal em seus currículos de graduação. No que se refere a pós-graduação lato sensu observamos um aumento significativo não apenas de residências médicas mas das residências multiprofissionais em oncologia, credenciadas pelo Ministério da Educação. Com relação a pós-graduação stricto sensu, o primeiro curso de mestrado em oncologia foi aprovado pela CAPES no ano de 2005 e atualmente o cenário nacional aponta várias oportunidades de cursos de mestrado e doutorado em grandes centros de investigação da oncologia. Soma-se aos diversos cursos técnicos de atualização e EAD.

No campo das pesquisas científicas, muitos clínicos, cientistas e epidemiologistas vem estabelecendo um firme conjunto de dados, que se configuram como uma base de conhecimento importante para a clínica do paciente. Os estudos de perfis e comportamento de muitos cânceres vem ganhando uma grande dimensão, sobretudo a sua dinâmica, em grupos específicos, como por exemplo, em crianças e adolescentes. A imprecisão de sinais e sintomas do câncer pediátrico, confundidos com outras doenças comuns é um fator de diagnóstico tardio nos dias atuais.

Comprometimento e parceria. São as duas palavras chaves que trazem o real significado dessa obra. A construção participativa das análises a partir das parcerias intra e interinstitucionais fortaleceu a multiplicidade de olhares bem como a reflexão dos resultados aqui descritos.

A publicação do presente livro é por demais oportuna. O acontecimento inicial que culminou na publicação dessa obra foi a construção do primeiro Programa Institucional de Iniciação Científica, criado no ano de 2007, pelo Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) e voltado exclusivamente para estudos no campo da saúde em oncologia.

A efetiva participação de muitos estudantes de graduação em saúde, muitos bolsistas

de iniciação científica, profissionais do Hospital, professores e pesquisadores formaram a lista de atores que construíram algumas páginas da história da pesquisa oncológica em nossa região. Embora alguns estudos se caracterizem de maneira bem especializada em sua própria área de pesquisa, o contexto anterior, apontava um cenário em que praticamente não existiam informações compiladas sobre o comportamento dessa doença em nossa região.

Sinto-me honrado em ter participado dessa caminhada, ter coordenado, ao longo de uma década, um programa com mais de 100 pesquisas, num conjunto de mais de 250 alunos de diferentes instituições. Acima de tudo, apreciamos as diversas lições de vida que aprendemos com os nossos colegas e pacientes. Estou certo de que o leitor não apenas se beneficiará de sua leitura, como gostará de tê-lo sempre à mão para usar como fonte de referência.

Wogelsanger Oliveira Pereira

PERFIL DAS NEOPLASIAS MAIS FREQUENTES NOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA DO RIO GRANDE DO NORTE

*Leonardo Magela Lopes Matoso
Líbina Edriana da Costa Oliveira
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira*

INTRODUÇÃO

Conceitua-se o câncer como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos em suas várias localizações (VICENZI et al., 2013). Ao dividir-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, dessa maneira formam-se tumores pelo acúmulo de células cancerosas (BRASIL, 2011).

A etiologia do câncer é multicausal e resulta da interação de vários fatores de risco, que favorecem em maior ou menor extensão a probabilidade do indivíduo de ter a doença. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas, a divisão das células cancerosas ocorre de forma rápida, tende a ser agressiva e incontrolável, o que resulta em aglomerações tumorais ou neoplasias malignas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No Brasil, a frequência do câncer torna-se cada vez maior, ao ponto de ocupar o segundo lugar nas causas de morte por doença. Consoante com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima para o ano de 2030 que sejam registrados 27 milhões de novos casos de câncer mundialmente (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, são imprescindíveis ações profiláticas e de controle do câncer e, partindo dessa premissa, o INCA desenvolve estratégias em âmbito nacional, em consonância com a Portaria GM/MS 874, de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria considera a diversidade regional e reconhece a integralidade como diretriz para organização da linha de cuidados em atenção oncológica, a fim de garantir condições de acesso aos cuidados em oncologia e diagnóstico precoce na rede básica de saúde (BRASIL, 2004).

Como proposta de reforço da atenção integral à saúde, Pinheiro (2009) relembra que no de 2003 foi lançada a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, sugerindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH é vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), construindo, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde, como a filosofia de Clínica Ampliada, em que o cuidado em saúde não se trata apenas de um nível de atenção do sistema de saúde, mas corresponde a uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o direito de ser.

Uma das formas de se traçar estratégias em relação ao câncer é obtendo medidas epidemiológicas em suas múltiplas dimensões, nesse sentido, utilizam-se os registros hospitalares de câncer (RHC) e o registro de câncer de base populacional (RCBP), estes são os responsáveis pelo fornecimento de informações sobre a qualidade da assistência em hospitais, e pelo monitoramento do perfil da incidência e prevalência do câncer por área geográfica, respectivamente (BRASIL, 2007). Dessa forma, torna-se imperativo que estes registros apresentem dados atualizados e padronizados sobre a doença em todos os estados brasileiros.

O RHC mostra-se válido como instrumento de vigilância e monitoramento das neoplasias, por possuir como objetivo avaliar a frequência, a mortalidade e a sobre-vida populacional devidas ao câncer, por meio da coleta, análise, interpretação e divulgação de informações, de forma sistemática, em populações e períodos de tempo definidos. Além disso, garante informações sobre a ocorrência e o perfil epidemiológico dos diversos tipos de neoplasias nas comunidades. Isso dá subsídio aos profissionais da saúde e gestores para o planejamento, a implementação de programas e ações de prevenção, de controle e de atenção à população doente. Diante do exposto, questionou-se: Qual o perfil das neoplasias mais frequentes nos serviços de referência em oncologia do Rio Grande do Norte (RN)?

Este estudo tem como hipótese que a ocorrência das doenças reflete o estilo de vida das pessoas, suas condições sociais, econômicas e ambientais. A forma pela qual o indivíduo se insere em seu espaço social e com ele se relaciona é o que desencadeia o processo patológico e, a partir disso, define diferentes riscos de adoecer e morrer (BRASIL, 2011). Daí o interesse por levantar dados dos serviços de referência que atendem a um determinado âmbito geográfico, configurando-se, assim, como um estudo de caráter local.

O estudo objetivou caracterizar o perfil das neoplasias mais frequentes nos serviços de referência em oncologia do Rio Grande do Norte (RN). Por conseguinte, os objetivos específicos foram identificar o perfil sociodemográfico da população atendida no serviço e verificar a distribuição das neoplasias.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, e retrospectivo, realizado por meio do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) da base de dados do Estado do Rio Grande do Norte (RN), ou seja, foram analisados todos os centros, hospitais e instituições cadastradas no RHC e consolidadas no Estado do RN.

O Rio Grande do Norte situa-se na Região Nordeste do Brasil. Atualmente conta com uma população de 3.408.510 habitantes, dos quais 1.729.240 são mulheres e 1.679.270, homens, distribuídos em 167 municípios (IBGE, 2014).

Assim, pesquisaram-se as unidades hospitalares do RN: o Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) e Hospital Wilson Rosado, localizadas no Município de Mossoró; Hospital do Coração de Natal, Hospital Dr. Luis Antônio, Hospital Infantil Varela Santiago, Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Instituto de Onco-Hematologia de Natal e Natal Hospital Center, localizadas no Município de Natal.

A divulgação das informações geradas pelo Sistema de Informação em Saúde (SIS) do RHC dar-se-ia pelo Integrador RHC, que é um sistema da Web, centralizado, de baixo custo, multiplataforma, flexível e de fácil manutenção.

Adotou-se por consistência dos dados o período de coleta compreendido entre os anos 2005 e 2013. Esse recorte temporal justifica-se pelo fato de a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) ter sido instituída em 8 de dezembro de 2005.

Após a coleta de dados, calcularam-se as ocorrências anuais por tipo de câncer, o crescimento das taxas por ano e, a partir dos valores brutos extraídos da base de dados, estes foram também estratificados e apresentados através de frequências relativas a partir das análises em separado em variáveis.

Variáveis sociodemográficas: faixa etária; sexo; raça/cor; estado conjugal; grau de instrução e ocupação. Variáveis referentes ao tumor: histórico familiar; clínica de atendimento; clínica de tratamento; origem do encaminhamento; localização primária do tumor; base de diagnóstico; tratamento recebido e estágio da doença final.

Os dados foram tabulados no RHC, exportados para o Microsoft Excel 2014, expostos em forma de quadros, gráficos e tabelas e discutidos à luz da literatura pertinente.

A pesquisa dispensa o uso de TCLE, uma vez que, mesmo utilizando dados provindos de prontuários, esses dados são integrados no Sistema de Registro Hospitalar de Câncer (SIS RHC), tornando-se informações de domínio público, inclusive divulgadas pelo INCA de forma analítica e não analítica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de iniciar a análise propriamente dita, cabe deixar claro que durante a condução da pesquisa encontraram-se muitas variáveis com informações incompletas. De acordo com o Manual de Registros Hospitalares de Câncer: Planejamento e Gestão, convencionou-se que, quando a informação referente a determinado item não estiver disponível, seria utilizada a criptografia “nove” dentro do RHC, ou seja, seria enquadrado como um item “Sem Informação” (INCA, 2010).

Na Tabela 1, observa-se o perfil sociodemográfico, no qual é possível notar que a maior parte dos pacientes é do sexo feminino, 11.350 pacientes, o que corresponde a 51,56%. Já a faixa etária mais prevalente foi de 60 a mais de 85 anos (56,04%). Houve predomínio da cor parda num total de 12.083 pacientes (54,90%) e, com relação ao estado civil, 13.453 eram casados. Quanto à escolaridade, observa-se que 14,10% dos pacientes não possuíam grau de instrução, ou seja, eram analfabetos, não sabiam ler e escrever.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica

Variáveis	Descrição	n	%	Total	
				n	%
Faixa Etária	00-19 anos	482	2,20	22.011	100
	20-59 anos	9.193	41,76		
	60-85+ anos	12.336	56,04		
Sexo	Masculino	10.658	48,42	22.011	100
	Feminino	11.350	51,56		
	Ignorado	3	0,02		
Raça/Cor	Branca	6.326	28,74	22.011	100
	Amarela	19	0,08		
	Parda	12.083	54,90		
	Preta	484	2,20		
	Indígena	19	0,08		
	Sem Informação	3.080	14,0		
Estado Civil	Solteiro	3.960	17,99	22.011	100
	Casado	13.453	61,12		
	Viúvo	2.969	13,49		
	Separado judicialmente	879	3,99		
	União Consensual	9	0,04		
	Sem Informação	741	3,37		
Escolaridade	Fundamental Completo	1.543	7,01	22.011	100
	Fundamental Incompleto	2.766	12,57		
	Nível Médio	1.329	6,03		
	Superior	574	2,61		
	Nenhum	3.104	14,10		
	Sem Informação	12.695	57,68		

Fonte: Extraído do sistema web Integrador RHC, 2014.

Os achados revelam que a faixa etária predominante na pesquisa foi de 60 a mais de 85 anos e a literatura aponta que esse tipo de achado é esperado, visto que, com o desenrolar do processo de transição demográfica e consequente envelhecimento populacional, as neoplasias, doenças tipicamente concentradas nas faixas etárias mais avançadas, consolidam-se, não apenas como importante causa de morbimortalidade, mas como elemento crescente de demanda aos serviços de saúde, especialmente os hospitalares (CAVALINI et al., 2012).

Com relação ao sexo, a proporção de pacientes do sexo feminino foi maior que do sexo masculino. Esse fato pode ser reflexo da implementação da PNAO a partir do ano de 2005, o que provavelmente está relacionado, igualmente, à organização da oferta de serviços oncológicos específicos que pode ser mais concentrada no cuidado de neoplasias típicas ou mais frequentes no sexo feminino, como, por exemplo, os tipos de câncer relacionado a mama e colo uterino.

Outro fator acerca da preponderância do sexo feminino é o reflexo direto do efeito de envelhecimento populacional, que é mais pronunciado no sexo feminino. Isso poderia levar a uma maior proporção de casos de câncer do sexo feminino na população atendida nos serviços de referência do RN, em função da maior sobrevivência geral dos indivíduos desse sexo (CAVALINI et al., 2012).

Em relação a raça/cor, este estudo aponta que 54,90% dos sujeitos desta pesquisa eram de raça/cor parda. Essa informação está em acordo com as estatísticas de distribuição para o Estado do RN. Não foram localizados estudos que comprovem a relação direta do tipo de raça/cor ao câncer propriamente dito, mas sabe-se que a incidência de câncer de pele vem aumentando na população mundial ao longo dos anos e ter a pele de cor clara (apontado no estudo com 28,74%) se destaca como fator de risco para esses tumores (CAVALINI et al., 2012).

Com relação ao estado civil, a maior proporção foi de casados, com 61,12%. De acordo com um estudo publicado pela Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, pacientes casados ou em união estável que são portadores de câncer se tratam de uma maneira mais adequada devido ao apoio social ser mais frequente. Corroborando com esse estudo, Andrade et al. (2013) esclarece que pacientes casados possuem um alto grau de resiliência, com melhor enfrentamento da doença.

No que se refere ao grau de escolaridade, a priori, é essencial justificar que esse item teve um percentual de 57,68% equivalente a dados sem informação, o que revela uma subnotificação. Entretanto, essa informação negativa não avilta a relevância deste estudo, uma vez que pesquisas (WAGNILD, 2008; CAVALINI et al., 2012) mostram que o baixo grau de escolaridade está associado à maior vulnerabilidade para o câncer, fato revelado em nossa pesquisa.

Em estudo realizado no Serviço de Registro Hospitalar de Câncer do Hospital do Câncer I do INCA, constatou-se que 61% dos pacientes possuíam o primeiro grau incompleto e 13,2% eram analfabetos (CAVALINI et al., 2012). Resultados semelhantes foram identificados no

presente estudo, onde 12,57% possuíam ensino médio incompleto e 14,10% eram analfabetos. Estudos distintos demonstram que a baixa escolaridade pode fazer com que os indivíduos apresentem dificuldade para entender as orientações terapêuticas e ainda dificuldade para adotar melhores hábitos de vida diferentes dos que estão acostumados (MODENEZE, 2004). Sendo assim, pessoas com maior grau de escolaridade apresentam melhor capacidade cognitiva, o que influencia, conseqüentemente, na capacidade de percepção da doença e tomada de decisão (WAGNILD, 2008).

A variável ocupação foi classificada de acordo com as normas da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho. Os dados foram estratificados em dez categorias profissionais, além de “não se aplica” e “sem informação”. É importante ressaltar que o termo “não se aplica” inclui profissões que não estão na classificação da CBO, neste caso 5.393 sujeitos pesquisados (24,5%). Entre as ocupações mais frequentes estão os trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca (TABELA 2).

Tabela 2 – Número de Casos por ocupação segundo a classificação Brasileira de Ocupações

Variáveis	Descrição	n	%	Total	
				n	%
Ocupação	Poder público, dirigentes de empresa e gerentes	237	1,10	22.011	1100
	Profissionais das Ciências e das Artes	516	2,34		
	Técnicos de Nível Médio	1.019	4,62		
	Profiss. de serviços administrativos	191	0,86		
	Profiss. vendedores do comércio e mercados	660	2,99		
	Trab. agropecuário, florestais e da pesca	2.891	13,1		
	Produt. de bens, e prestadores de serviços industriais	510	2,31		
	Produt. de bens, e prestadores de serviços industriais	1.019	1,20		
	Trab. de reparação e manutenção	192	0,87		
	Membros das forças armadas, PM e Bombeiros	245	1,11		
	Não se aplica	5.393	24,5		
	Sem informação	9.951	45,0		

Fonte: Extraído do sistema web Integrador RHC, 2014.

De acordo com Galbiatti et al. (2013), o câncer é multicausal, ou seja, está associado com a herança genética, hábitos e costumes, assim como fatores de risco de natureza ambiental que sabidamente predispõem o indivíduo a determinados tipos de câncer. Apesar de a ocupação principal dos sujeitos não ter sido estabelecida em 45% dos casos neste estudo, em 13,1% dos casos eram de trabalhadores ligados à agricultura/agropecuária, pecuária e produção florestal.

São diversos os contextos nos quais se podem verificar os reflexos das recentes e profundas transformações ocorridas no mundo do trabalho e seus efeitos impostos sobre as condições de vida e saúde dos trabalhadores (FREITAS; GARCIA, 2012).

É incontestável que o uso de agrotóxicos tem uma participação importante na produtividade agrícola, pois a eficácia desses produtos na erradicação de pragas tem relação direta com a produtividade e, conseqüentemente, com os preços desses alimentos. Contudo, o

uso irracional dos agroquímicos está ameaçando a saúde dos agricultores, da sociedade e dos recursos naturais, principalmente, o edáfico e o hídrico (LONDRES, 2011).

É necessário considerar também, de acordo com Londres (2011), a exposição dos raios solares ligados ao câncer de pele, que corresponde cerca de 25% de todos os tumores diagnosticados em todas as regiões geográficas. Por esse fato, a agricultura e a pecuária estando entre as atividades econômicas mais importantes do estado, surge dessa forma a necessidade de políticas de saúde que objetivem a conscientização da população, principalmente esses trabalhadores, em relação à proteção contra a exposição solar em excesso através do uso de filtros de proteção solar, entre outras medidas.

Tabela 3 – Caracterização e desfecho dos casos de câncer

Variáveis	Descrição	n	%	Total	
				n	%
Histórico Familiar	Sim	3.715	16,88	22.011	100
	Não	4.660	21,17		
	Sem Informação	13.636	61,95		
Encaminhamento	SUS	18.017	81,85	22.011	100
	Não SUS	3.826	17,40		
	Veio por conta própria	10	0,04		
	Sem Informação	158	0,71		
Base de Diagnóstico	Histologia de Tumor Primário	21.151	96,00	22.011	100
	Histologia de Metástase	302	1,40		
	Citologia	422	2,00		
	Clínica	73	0,33		
	Outros	63	0,27		
Tratamento Recebido	Cirurgia	9.437	42,87	22.011	100
	Radioterapia	932	4,23		
	Quimioterapia	2.752	12,50		
	Hormonioterapia	775	3,53		
	Transplante de Medula Óssea	11	0,05		
	Concomitante	4.962	22,55		
	Sem Informação	3.142	14,27		
Estágio da Doença Final	Remissão Completa	11.168	50,73	22.011	100
	Remissão Parcial	639	2,90		
	Doença em Progresso	3.269	14,85		
	Doença Estável	4.003	18,18		
	Outros	2.932	13,34		

Fonte: Extraído do sistema web Integrador RHC, 2014.

A literatura aponta uma maior associação encontrada entre história familiar de câncer e maior probabilidade de adquirir a doença. Porém, os resultados obtidos no estudo mostram que 4.660 (21,17%) não possuíam nenhuma relação de diagnóstico de câncer em parentes exclusivamente consanguíneos, ascendentes ou colaterais até segunda geração (pais, avós,

tios, tias, irmãos e irmãs). Contudo, é importante ressaltar que esta informação pode estar subnotificada, uma vez que os dados trouxeram 13.636 (61,95%) dos registros “sem informação”.

Com relação à variável “encaminhamento”, dos 22.011 sujeitos trabalhados na pesquisa, 18.017 (81,85%) chegaram ao serviço especializado ou de alta complexidade seguindo a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o que preconiza a portaria 1.820 de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Segundo Brasil (2011), as Redes de Atenção à Saúde constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e emissões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Etêm diversos atributos, entre eles destacam-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; compreendendo também a atenção secundária e terciária.

A agilidade nos encaminhamentos conduz a um diagnóstico muitas vezes precoce, o que auxilia nas tomadas de decisões e no tratamento. Sendo assim, com relação à base de diagnóstico, a histologia do tumor primário foi a base mais importante para o diagnóstico na maioria dos casos, totalizando 21.151 sujeitos. A porcentagem de casos com diagnóstico confirmado por exame histopatológico totalizou 96%. O grau máximo de certeza no diagnóstico de uma neoplasia maligna é dado pela histologia do tumor primário (exames microscópicos, imuno-histoquímica, imunofenotipagem, citogenética) de material coletado através de biópsia, peça cirúrgica ou do exame post-mortem (INCA, 2010).

De acordo com Matoso e Rosário (2014) a importância do diagnóstico precoce do câncer está em tentar evitar a disseminação das células malignas pelo corpo. Por isso, quando o mesmo é detectado e tratado precocemente, o sujeito tem mais opções de tratamento e boas chances de recuperação completa.

Na Tabela 3, é possível visualizar na variável “tratamento recebido” que a cirurgia corresponde uma das opções terapêuticas mais utilizadas pelos sujeitos, 9.437 (42,87%). O ato cirúrgico visa à ressecção do tumor primário ou suas metástases. A cirurgia oncológica é a modalidade de tratamento mais antiga contra o câncer. Graças aos avanços tecnológicos, ao melhor entendimento dos mecanismos de desenvolvimento e progressão dos tumores e à eficácia cada vez maior dos tratamentos com radioterapia e quimioterapia, os resultados do tratamento oncológico, avaliados através das taxas de sobrevida e controle de doença, têm sido cada vez melhores.

No universo trabalhado, cerca de 11.168 sujeitos, o equivalente a 50,73%, atingiram a remissão completa da doença, ou seja, conseguiram chegar em uma fase da doença no qual não há sinais de atividade, porém, não significa cura completa e há risco de recidiva tardia. Para

cada doença, dependendo das suas características, há um tempo determinado de ausência de sinais detectáveis em exames clínicos, laboratoriais e de imagem para o diagnóstico da fase de remissão como, por exemplo, o câncer que tem como tempo estimado um período de cinco anos.

Na variável clínica de entrada/atendimento (Tabela 4) foi possível identificar, por meio das especialidades médicas, que a maior frequência dos atendimentos se dá nos tipos: Cabeça e Pescoço (29,51%), seguida pela Oncologia Clínica (14,27%), Cirurgia Geral (11,17%), Mastologia (10,73%) e Urologia (9,93%) (Tabela 4). Por outro lado, a variável clínica de tratamento é o conjunto de terapêuticas específicas para o tratamento do câncer que foram ministradas ao paciente desde sua chegada ao hospital, sem serem considerados os tratamentos realizados em outras instituições, ou em consultórios particulares.

Tabela 4 – Caracterização referente ao tumor segundo clínica de entrada e tratamento

Variáveis	Descrição	n	%	Total	
				n	%
Clínica de Entrada (Atendimento)	Cabeça e Pescoço	6.497	29,51	22.011	100
	Cirurgia Geral	2.460	11,17		
	Mastologia	2.363	10,73		
	Oncologia Clínica	3.141	14,27		
	Urologia	2.186	9,93		
	Outros	5.364	24,39		
Clínica de Tratamento	Cabeça e Pescoço	5.983	27,18	22.011	100
	Cirurgia Geral	2.163	9,82		
	Mastologia	1.558	7,07		
	Oncologia Clínica	5.784	26,27		
	Radioterapia	1.717	7,80		
	Outros	4.806	21,86		

Fonte: Extraído do sistema web Integrador RHC, 2014. Integrator system, 2014.

A região da cabeça e do pescoço teve um quantitativo maior se comparada com as outras clínicas de entrada e tratamento. Isso se dá pelo fato de que inúmeros pacientes procuram o serviço com sinais clínicos de câncer de pele, comum por acometer essa região.

O câncer de pele é o mais comum e o mais prevalente dentre os que ocorrem no Brasil. Ele corresponde a cerca de 25% do total dos tumores diagnosticados em todas as regiões, tornando-se um grave problema de saúde pública (INCA, 2010).

Dentre as várias especialidades clínicas observou-se como prevalentes a oncologia clínica, onde o médico oncologista realiza uma consulta sistematizada com anamnese, exame físico, e por último dá-se o planejamento da conduta a ser seguida de acordo com o diagnóstico

evidenciado e comprovado por exames de diagnósticos, e a cirurgia geral vem sendo uma grande aliada na detecção dos tumores, seja através da cirurgia exploratória com objetivo de localizar o tumor, e se possível fazer a retirada, melhorando o prognóstico dos pacientes acometidos pelos vários tipos de neoplasias (LAGES et al., 2012).

Dentre as clínicas de entrada e tratamento que se mostraram acentuadas nos dados da pesquisa estão os serviços de mastologia. É uma aliada no diagnóstico e tratamento de uma das neoplasias que mais acometem as mulheres no Brasil e no mundo – o câncer de mama – este, de acordo com o INCA (2012), é o segundo tipo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, correspondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom.

Na Tabela 5 a seguir, será apresentada a variável “Localização Primária do Tumor”, que corresponde à localização anatômica do tumor, ou seja, à parte do corpo humano na qual o tumor se encontra instalado. Para especificar a correta localização anatômica do tumor primário, utilizam-se os códigos topográficos da Classificação Internacional de Doenças para Oncologia (CID-O), derivada da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, e os Códigos são agrupados de C00.0 a C80.9 (INCA, 2010).

Tabela 5 – Caracterização Referentes ao Tumor

Variáveis	Descrição	n	%	Total	
				n	%
Localização Primária do Tumor	Sistema Digestório	3.024	13,73	22.011	1100
	Sistema Tegumentar	6.705	30,50		
	Sistema Reprodutor	7.576	34,41		
	Glândulas Endócrinas	1.372	6,23		
	Sistema Respiratório	1.104	5,01		
	Outros	19.781	10,12		

Fonte: Extraído do sistema web Integrador RHC, 2014.

Na localização primária do tumor, os que obtiveram maior prevalência foram os tumores ligados ao Sistema Reprodutor com 7.576 (34,41%) e Sistema Tegumentar com 6.705 (30,50%). O que corrobora com a Tabela 4, “caracterização referente ao tumor segundo clínica de entrada e tratamento”, tomando-se como pressuposto que o número de casos que dão entrada no serviço de oncologia para diagnóstico e tratamento condizem com os sistemas prevalentes neste estudo.

Já o câncer de colo uterino, no Brasil, constitui-se num problema de saúde pública. Este é o único câncer para o qual se dispõe de tecnologia para prevenção, detecção precoce e

tratamento curativo. Entretanto, não obstante todos estes recursos estarem disponíveis desde a década de 40, a mortalidade por esta doença não registrou qualquer queda nos últimos 20 anos, o que parece estar relacionado à utilização inadequada da tecnologia e dos recursos disponíveis, na medida em que a sua utilização não estava prioritariamente dirigida à população sob maior risco (BRASIL, 2009).

Para Jorge (2008), todas as mulheres que já iniciaram a vida sexual são potencialmente susceptíveis ao desenvolvimento da afecção, especialmente se estiverem presentes os fatores de risco representados por algum tipo de infecção cérvico-vaginal sexualmente transmissível, início precoce da vida sexual, a multiplicidade de parceiros, o tabagismo e más condições de vida.

Já, nas neoplasias ligadas ao sistema digestório, estão inclusos os cânceres de estômago, fígado, pâncreas, vesícula biliar, peritônio e seus órgão adjacentes, estando especificadamente o câncer de estômago como o mais incidente neste sistema, com uma estimativa aproximada de 20.390 casos novos, sendo 12.870 em homens e 7.520 nas mulheres para o ano de 2014 (LACERDA et al., 2014).

Segundo a Associação Brasileira de Câncer Gástrico (2011), algumas doenças pré-existentes podem ter forte associação com esse tipo de tumor, como anemia perniciosa, lesões pré-cancerosas (como gastrite atrófica e metaplasia intestinal), e infecções pela bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Presente nos alimentos e na água potável, a *H. pylori* é considerada a segunda mais frequente, só superada pelas bactérias da cárie. Estima-se que ela habite o estômago de cerca de 70% da população no Brasil, porém somente indivíduos predispostos geneticamente, ou seja, que tenham nascido com um receptor no estômago capaz de hospedar a bactéria, são afetados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações analíticas observadas neste estudo estão, majoritariamente, concentradas na qualidade da informação do RHC, que reflete diretamente a qualidade da informação disponível nos registros hospitalares. Assim, nota-se a importância da busca pelo aprimoramento da informação registrada desde o momento da entrada do paciente no serviço, para que o RHC possa cumprir adequadamente sua função de ferramenta de gestão da assistência oncológica hospitalar.

Para isso, são necessários a participação e o comprometimento de todos os atores envolvidos no RHC (desde os profissionais de saúde envolvidos na assistência até os gestores do sistema de saúde), e a disponibilidade de recursos físicos e tecnológicos para a adequada implementação do sistema de informação (desde a etapa de registro até a divulgação da

informação).

Assim, tendo em vista a posição prioritária do câncer como um problema de saúde pública no Brasil e o histórico de implementação de políticas públicas de assistência oncológica, este estudo demonstra potencial de apoio do RHC à gerência hospitalar nessa área de atenção. A interpretação de suas informações tem como objetivo sensibilizar não apenas os profissionais de saúde e a gerência da unidade hospitalar, mas também a população de referência para o serviço. Isso possibilitaria a formulação e implantação de melhorias na assistência à saúde, pautadas na definição de prioridades baseadas em evidências e na participação de todos os atores envolvidos na assistência oncológica.

A pesquisa não pode encerrar-se nas suas conclusões, mas deve abrir possibilidades para uma reflexão acerca do que se vivenciou durante o seu desenvolvimento e a partir do conhecimento construído através dele. Com base nesse conhecimento, pode-se entender a urgência do aprimoramento de novos saberes que viabilizem concepções e práticas sociais mais eficazes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, F. P. et al. Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; 22(2): 476-84, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER GÁSTRICO. **Consenso Brasileiro de Câncer Gástrico**. In: XXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia – 2011 – Fortaleza, Brasil.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: grupo de trabalho de humanização (GTH). Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.5, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas por local de internação no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Registro Hospitalar de Câncer: planejamento e gestão**. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012 - Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Relator: Ministro José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: MS, 2013.

CAVALINI, L. T. et al. Perfil de Registro Hospitalar de Câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 58(2): 153-161, 2012.

FREITAS, C. M; GARCIA, E. G. Trabalho, saúde e meio ambiente na agricultura. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 37 (125): 12-16, 2012.

GALBIATTI, A. L. S. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. **Braz J Otorhinolaryngol**, 79(2):239-47, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico de 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2010. 215p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão**. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER Ministério Da Saúde. Estimativa 2014- **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2013.

JORGE, R. J. B. Exame Papanicolau: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**. Fortaleza, 2008.

LACERDA, K. C. et al. Stomach cancer mortality in the city of Volta Redonda, Rio de Janeiro, Brazil, 1981-2008. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 519-526, 2014.

LAGES, R. B. et al. Detecção precoce do câncer de pele: Experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. **Rev Bras. Promoç. Saúde, Fortaleza**, 25(2): 221-227, abr./jun., 2012.

MATOSO, L. M. L.; ROSÁRIO, S. S. D. Efeito colateral da quimioterapia e o papel da enfermagem. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p.42-57, jul./dez. 2014.

MODENEZE, DM. **Qualidade de vida e diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico**. UNICAMP. [periódico na internet] Campinas: [s. n.], 2004.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009.

VICENZI, A. et al. Cuidado Integral de Enfermagem ao Paciente Oncológico e à Família. **Enferm UFSM**. Set/Dez;3(3):409-417, 2013.

WAGNILD, G. A Review of the Resilience Scale. **J Nurs Meas**. 17(2):105-13, 2009.

IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE ONCOLOGIA: em busca da integralidade

*Ana Paula Nunes de Lima Fernandes
Larissa Mendonça Torres Rosário
Bruna Gabriela de Souza Carvalho
Janaína Maciel de Queiroz
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira*

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surgiu com o intuito de dar embasamento e caráter científico às práticas assistenciais, e isso ocorreu pelo fato de a profissão ter surgido como prática caritativa. O Processo de Enfermagem é o maior método científico que viabiliza a Sistematização da Assistência, pois permite que o trabalho em equipe se dê de forma organizada, qualificada e eficiente, permitindo enxergar as particularidades dos pacientes, direcionando possíveis intervenções (MARIA, 2012).

Nessa prática o enfermeiro é o principal responsável por conduzir esse processo, exaltando também a integralidade da assistência, que tem ações voltadas para suprir as necessidades sociais e principalmente na determinação dos processos de saúde/doença da população (BONFADA et al., 2012).

Para conduzir tal processo é preciso despertar tanto no enfermeiro, como em toda equipe, um pensamento crítico e reflexivo, pois diversas equipes atualmente desenvolvem um trabalho tecnicista e fragmentado, limitando-se a demandas do serviço e a seguir as prescrições médicas (NETO, 2013). A busca da integralidade é dificultada pela insistência do modelo médico-assistencial privatista. É preciso buscar novas identidades e papéis no trabalho em equipe, rompendo a lógica da queixa-conduta e fragmentação das intervenções terapêuticas, mesmo que as equipes estejam limitadas pelas condições institucionais para suprir a demanda necessária à SAE sob o olhar integral a partir da leitura ampliada da realidade (BONFADA et al., 2012).

É preciso construir cada vez mais a autonomia da profissão, embasando-se no modelo de processo de enfermagem mais conhecido no Brasil, que é o de Vanda Horta, criado em 1979, com as fases de histórico e diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição, evolução e avaliação de enfermagem, visto que a equipe possui uma responsabilidade ética, legal e técnica para o cuidado com o paciente (SILVA et al., 2011).

Em 2002 o Conselho Federal de Enfermagem tornou obrigatória a implementação da SAE em todas as instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas, por meio da Resolução COFEN-272/2002 (SILVA et al., 2011). Em 2009, com o aprimoramento e evolução do Processo de Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem criou uma nova resolução, a Resolução COFEN-358/2009, que traz aspectos da Resolução 272/2002 e ainda que a SAE possa agora ser realizada não só pelo enfermeiro, mas por toda a equipe de enfermagem (FERNANDES; TORRES, 2012).

Isso implica em um processo de implantação verticalizado e dinâmico, em que todos estão envolvidos no processo, embora planejem, executem e desenvolvam atividades diferentes, mas de maneira articulada. Mesmo que isso tenha ocorrido, hoje ainda não se observa a SAE implementada em todas as instituições. Ainda há muitas dificuldades, como o conhecimento da equipe, o quantitativo de enfermeiros nos serviços relacionados com a demanda dos mesmos, o envolvimento da equipe no processo de sistematizar, o apoio da própria instituição para implementação da SAE e também os indicadores de resultado da assistência prestada, estas mesmas dificuldades estão presentes no processo de cuidar sob a ótica da integralidade (BONFADA et al., 2012).

O Processo de Enfermagem exige conhecimento teórico e prático, além de experiência e habilidade intelectual. Deixando a enfermagem como prática empírica e fenômeno natural e considerando o cunho científico que ela exige, com constantes aprimoramentos e recursos tecnológicos disponíveis, o resultado é um empreendimento humano que necessita de educação permanente estimulando o pensamento crítico e reflexivo do profissional citado anteriormente (MALUCELLI, 2010).

Com o comprometimento das instituições de saúde e até mesmo das equipes e dos profissionais em se manterem qualificados, com o interesse de executar o serviço de forma eficiente e qualificada de maneira a implementar a SAE, existem instrumentos facilitadores do processo. Neto (2013) refere que, com base nos aspectos intelectuais, interpessoais e científicos, modelos assistenciais são construídos por meio da relação entre teoria e prática, assim modelos de coleta de dados para a sistematização da assistência podem ser criados com intuito de minimizar as dificuldades mencionadas anteriormente para implantação da SAE, como otimizar o tempo da consulta de enfermagem, tendo em vista as grandes demandas nos serviços de saúde.

Dessa forma, este estudo pretende caracterizar o processo de trabalho de enfermagem no COHM após o primeiro contato com a SAE, descrever as etapas aplicadas durante o processo de consolidação da SAE no COHM e descrever as mudanças ocorridas e as perspectivas de futuro, sob o ponto de vista da referida equipe de enfermagem, após a implementação da sistematização.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, sendo utilizado o método da pesquisa-ação para efetivar ações qualitativas.

Este estudo desenvolveu-se em uma unidade hospitalar especializada na área de oncologia e hematologia, o Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM, localizado na Rua Juvenal Lamartine, 334, Santo Antônio, e tendo como alvo principal da ação a equipe de enfermagem da própria instituição.

O universo da pesquisa compôs-se pela equipe de enfermagem da Unidade Hospitalar do COHM, e a amostra por 21 profissionais. Os critérios de inclusão foram: ser funcionários do COHM, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os critérios de inclusão subsidiaram os critérios de exclusão.

A pesquisa se desenvolveu por meio de três momentos. O primeiro momento foi a disponibilidade dos impressos para uso da equipe por duas semanas, e em seguida aplicou-se um questionário semiestruturado com os participantes-alvo da pesquisa, neste sendo identificados os conhecimentos prévios e pontos de intervenção e mudanças para operacionalização e implementação.

O segundo momento se deu através dos seminários de treinamento da equipe de enfermagem, baseado no que foi identificado no primeiro momento em relação aos conhecimentos referentes à SAE.

O terceiro aconteceu concomitante com este, no qual foram abordadas as mudanças nos impressos, tanto sugeridas quanto observadas com o uso, e apresentado o manual de normas e uso dos impressos novos. No quarto momento aplicou-se o mesmo questionário para avaliar as mudanças e conhecimentos construídos ao longo de todo o processo.

Os dados qualitativos foram analisados pela técnica de análise de conteúdo com base em Bardin (2009).

Os dados quantitativos foram tabulados em planilhas eletrônicas utilizando-se o software Microsoft Excel (Microsoft Corporation) e posteriormente exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 15.0).

Por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, este estudo foi submetido à

avaliação do CEP/UNP, respaldado por essa resolução e aprovado pelo protocolo de número 007/2011. Além da assinatura dos participantes em um TCLE, que lhes informou sobre os objetivos das pesquisas, e que risco seria fornecido aos mesmos, caso participassem.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização dos sujeitos

Os sujeitos da pesquisa dividiram-se em duas categorias profissionais: enfermeiros e técnicos, totalizando 21 profissionais de um quantitativo de 24; os demais não fizeram parte da pesquisa por se negarem ou estarem de licença do trabalho. Da amostra total, 71,5% representam os técnicos de enfermagem e 28,5%, os enfermeiros, cujo tempo de atuação profissional variou em 40% trabalhando de 1 a 5 anos, 33,3%, de 6 a 10 anos e 20% com mais de 10 anos de atuação em relação aos técnicos; e 50% de 1 a 5 anos, e 50% de 6 a 10 anos entre os enfermeiros. O tempo de atuação no COHM em relação aos técnicos se configurou em 13,3% com menos de 1 ano de trabalho, 66,5% de 1 a 5 anos, 13,3% de 6 a 10 anos e 6,6% com mais de 10 anos. Quanto aos enfermeiros, 83,3% de 1 a 5 anos e 16,6% de 6 a 10 anos de trabalho no COHM.

Conhecimento sobre a SAE e uso dos instrumentos de implantação

Como se tratava da continuidade de um processo de implantação da SAE, alguns profissionais já haviam tido um contato anterior com esse modelo sistemático de trabalho de enfermagem, outros não. Durante dois anos muitas coisas aconteceram, desde a mudança das instalações físicas do hospital, como do corpo de funcionários do serviço, e ainda houve a mudança do sistema de informação, com o qual se desejava agregar as fichas e impressos ao sistema informatizado, e isso atrapalhou o desenvolvimento e uso dos impressos facilitadores da SAE pelos profissionais.

Des/a forma, iniciou-se a pesquisa em busca de avaliar como estava o processo, para só assim intervir, caso fosse necessário. Foram impressos os modelos de fichas de prontuário de admissão, exame físico, diagnósticos, prescrições e evolução de enfermagem que foram desenvolvidos para esse serviço. Após duas semanas de uso manual, aplicamos entrevista semiestruturada para avaliar. O primeiro questionamento perguntava o conhecimento do profissional acerca da SAE. Entre os técnicos 6,6% afirmaram não conhecer, 60% conheciam pouco e 33,3% conheciam bem. Não houve entre os enfermeiros quem afirmasse não conhecer, 66,6% conheciam pouco e 33,3% conheciam bem.

O segundo questionamento referiu-se à dificuldade de trabalhar com a SAE; entre os técnicos, 13,3% não tinham dificuldade, 86,6 tinham alguma dificuldade e nenhum afirmou ter muita dificuldade. Dos enfermeiros, 33,3% não tinham dificuldade, 66,3% tinham alguma dificuldade e nenhum afirmou ter muita dificuldade.

É possível avaliar que a maioria dos profissionais afirmou conhecer pouco da SAE, o que acabava influenciando também no processo de uso e de como trabalhar com os instrumentos que a viabilizam, pois para se trabalhar com este processo exige-se conhecimento científico e embasamento, para que o mesmo não seja realizado apenas de forma empírica (MALUCELLI, 2010).

Ainda se infere que a maioria dos enfermeiros, 66,6%, demonstrou alguma dificuldade em trabalhar, mesmo alguns dos que conheciam bem. Nem sempre é apenas a falta de conhecimento que dificulta esse processo, mas os diversos fatores técnicos, físicos, materiais, organizacionais e subjetivos dos serviços de saúde e dos profissionais (CASAUFUS; DELL'ACQUA; BOCCHI et al., 2013).

Mas o resultado ainda foi positivo, pois nenhum profissional afirmou a opção “tenho muita dificuldade”, que fazia parte do questionário, demonstrando que, apesar de tudo, não era todo o processo que estava fragilizado, eram partes. E assim, destas, se poderia criar caminhos para erradicar ou ao menos minimizar esta dificuldade, diante da subjetividade dos sujeitos e de dissipar saberes e práticas.

Isso também evidencia a necessidade da contínua atualização de conhecimentos e práticas por meio das equipes de saúde. Com as mudanças de admissões profissionais, bem como de técnicas de trabalho, muitas vezes os conhecimentos não são compartilhados pelos membros da equipe e se torna necessário desenvolver momentos de educação continuada dos profissionais, sendo a implantação sistematizada da assistência de enfermagem um processo dinâmico e metamórfico, se adequando às necessidades dos clientes/usuários e dos serviços de saúde que farão uso. É nesse momento de educação que se busca a autoanálise do cuidado embasado no eixo da integralidade da assistência, para superar os modelos centrados em procedimentos e acolher o paciente de forma holística, compreendendo também a sua singularidade (SILVA; MOREIRA, 2011).

Além da contínua reciclagem de saberes, os instrumentos facilitadores e viabilizadores desempenham também importante papel neste processo de implantação. Foi questionado se os formulários estavam orientando a implementação da SAE.

A maioria afirmou que os impressos orientavam razoavelmente este processo de implantação, 53,3% entre técnicos e 83,3% entre enfermeiros. Estes são uma das ferramentas facilitadoras imprescindíveis e que precisam ser construídas de acordo com a necessidade do serviço. Por isso a importância da participação da equipe durante todo o processo de construção

que, além de conhecer bem as demandas do serviço, pode relatar a melhor forma de se trabalhar relacionando a praticidade dos impressos com as situações já vivenciadas e informações mais frequentes que podem constar neles. Isso facilitará o manuseio, tornando o processo mais flexível, dinâmico, horizontalizado e com maior índice de aceitação (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

Além disso, os impressos que constituem o prontuário do paciente serão fundamentais na busca da integralidade, permitindo que as informações não fiquem dispersas e desconectas, facilitando a assistência multiprofissional, sem que haja duplicidade de informações e prejuízos para a instituição (GALVÃO; RICARTE, 2011).

As respostas ainda variaram em 13,3% e 0% afirmando que os impressos não orientavam, 33,3% e 16,6% que orientavam bem, e ninguém afirmou que eles não orientavam, entre técnicos e enfermeiros respectivamente.

Em seguida algo que contradiz a lógica do uso da SAE, como um processo que viria como forma de trazer melhorias para o serviço e uma delas seria a otimização do tempo, pois os impressos se apresentam em forma de check list, com resultados prévios apenas para marcar. E, segundo estudo realizado por Amante, Rossetto e Schneider (2009), uma das facilidades encontradas na implementação da SAE com impressos é a agilidade no processo de preenchimento, em que o enfermeiro deve se desprender um pouco das atividades burocráticas e desenvolver a SAE de forma habitual como rotina de trabalho.

A maioria referiu que os impressos estavam influenciando de forma a atrasar o processo de trabalho, 66,6% dos técnicos e 83,3% dos enfermeiros, apenas uma pequena minoria afirmou agilizar, 26,6% e 0% de técnicos e enfermeiros respectivamente. Assim, foi preciso repensar as formas em que estavam dispostas nos impressos as informações que utilizariam, bem como investigar que outros fatores poderiam estar envolvidos. Uma pequena parte, 6,6% dos técnicos e 16,6% dos enfermeiros, achava que os impressos não influenciavam no processo.

Diante desses desafios quanto aos instrumentos, questionou-se o desenvolvimento das etapas da SAE e o principal fator que dificulta ou impede a operacionalização destas.

As etapas da SAE precisam ser desenvolvidas em sua totalidade, pois, se assim não forem, desenvolveremos outro processo de assistência, porém não este sistemático, integral e contínuo. Desse modo, precisa-se sempre buscar evoluir no processo de prática e teoria da SAE, já que 53,3% dos técnicos e 66,6% dos enfermeiros afirmaram desenvolver as etapas parcialmente. Somente 13,3% dos técnicos afirmaram não realizar a SAE.

As apontadas pelos profissionais para a operacionalização dos impressos e da assistência, conseqüentemente, em sua maioria, não se resumem a este tipo de metodologia em saúde, são dificuldades muitas vezes gerais dos serviços diante do cenário de saúde nacional. Muitos autores trazem estas mesmas dificuldades, principalmente a falta de tempo

mencionada entre 53,3% e 33,3%, grande demanda de pacientes, 40% e 100%, e falta de treinamento, 20% e 16%, entre técnicos e enfermeiros respectivamente; porém poucas são as soluções para superá-las, os serviços em parte contribuem com uma parcela no que diz respeito a visar outras prioridades burocráticas e não a assistência integral. (BARBOSA et al., 2012; REMIZOSKI et al., 2010; NERY et al., 2013).

Porém os cenários hospitalares, principalmente os sistemas privados, tendem a se preocupar cada dia mais com a qualidade da assistência, vista a inserção de fatores mais habituais em outros países, como é o caso da acreditação hospitalar ou certificação em saúde, e isso passará a ser um bom estímulo para voltar os olhares não só para a quantidade de serviços e de atendimentos, mas sim para a qualidade destes, e a enfermagem é uma profissão que age diretamente na garantia desta durante todos os processos. (MANZO et al., 2012).

Muitos são os fatores que predispõem às falhas, o manual de segurança ao paciente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA traz que alguns deles envolvem as várias fontes de informações, a necessidade de prestar informações precisas de fatos e situações que mudam frequentemente, a multiplicidade de indivíduos com prioridades diferentes, entre outros. (BRASIL, 2013). E estes permeiam muito pelos processos de comunicação entre a equipe e de como as informações estão dispostas. Foi questionado como a SAE influenciou na comunicação entre a equipe, e a maioria, 46,6% entre os técnicos e 50% entre os enfermeiros, afirmou que a SAE influenciava na melhoria da comunicação e informação no processo de trabalho, consequentemente garantindo maior segurança aos pacientes, evitando falhas e gerando qualidade na assistência pautada na integralidade.

É evidente a melhoria na comunicação, pois, com a utilização de uma linguagem universal, registro e disponibilidade dos impressos pautados na SAE, todos os profissionais podem acessar informações imprescindíveis no processo do cuidar. Para Dornfeld e Pedro (2011), existem muitos estudos que apontam várias dificuldades para se manter a comunicação entre a equipe, exaltando uma cultura de segurança do paciente a qual está sendo muito abordada nas publicações científicas, buscando a valorização de práticas baseadas em evidências, bem como a comunicação interpessoal e trabalho em equipe, dessa maneira a SAE se expressa como um meio para esta busca. Para 33,3% dos técnicos dificultou e para 20% e 50% dos técnicos e enfermeiros, respectivamente, não influenciou.

Seminários sobre SAE

Considerando a importância do conhecimento acerca da sistematização da assistência de enfermagem para sua operacionalização no setor de internamento do COHM, foi proposta

a realização de seminários. O primeiro seminário aconteceu no dia 22 de março de 2014, na sala de recepção da pediatria do COHM. Para esse dia foi disponibilizada uma lista que contava com a relação de duas turmas, uma pela manhã e outra no turno da tarde.

A turma da manhã iniciou-se às 8 h com a participação de 16 profissionais da equipe de enfermagem, tendo com facilitadoras do processo as alunas pesquisadoras deste projeto. O primeiro momento do seminário iniciou-se com o tema SAE. Objetivou-se explicar acerca do olhar diferenciado sobre a história do paciente exercido pela medicina e pela enfermagem a fim de mostrar que a sistematização da assistência vai além de técnicas e procura realizar um cuidado humanizado, com assistência integral ao sujeito.

Logo após, procurou-se minimizar as dúvidas e conceitos equivocados entre os termos “processo de enfermagem”, “sistematização da assistência de enfermagem” e “metodologia da assistência de enfermagem”, que muitas vezes são vistos como uma prática só.

As facilitadoras do processo explicaram acerca do embasamento a partir da teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta, das resoluções COFEN/COREN que regulamentam a SAE, primeiro como atividade privativa do enfermeiro, depois com o envolvimento de toda a equipe de enfermagem, cada profissional com as responsabilidades que lhe são pertinentes. Além disso, explicou-se a SAE como instrumento de planejamento e modelo organizacional dos cuidados de enfermagem, sendo sistemático, dinâmico, humanizado e dirigido a resultados.

Por fim, foi dada ênfase às etapas para um cuidado planejado e sistematizado com histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e resultados, explicando cada etapa e a melhor forma de executá-las, como habilidades especiais para realização de entrevistas, sabendo lidar com a diversidade cultural dos pacientes, obtendo o máximo de informações e o senso crítico e reflexivo ao saber compilar todos os achados em busca de se obter bons resultados para a assistência.

Dando continuidade, o segundo momento do seminário aconteceu concomitante ao primeiro, destinou-se às normas de utilização dos impressos. As facilitadoras do processo chamaram a atenção para a importância de um prontuário completo, que norteia as ações não só da equipe de enfermagem, mas de toda a equipe de saúde, permitindo a continuidade da assistência e planejamento das ações. Ressaltaram a importância dos registros para o ensino e pesquisa, bem como para a auditoria em enfermagem.

Foi justificada a configuração predominante dos impressos, em forma de check list, ressaltando todos os benefícios possibilitados por ele. O objetivo maior foi apresentar as alterações realizadas nos impressos a partir de sugestões da própria equipe de enfermagem, explicando a melhor forma de preenchimento dos mesmos e como se deve seguir a rotina de realização da SAE com todos os pacientes, de maneira que a equipe possa dar conta da demanda,

dividindo a realização da SAE por turnos, e as outras equipes devem dar continuidade ao processo.

O seminário foi um momento bastante dinâmico, os envolvidos foram ativos, mostrando-se participativos durante todo o processo. Esclarecendo dúvidas quanto à SAE e relatando suas experiências de trabalho. Também foi um momento de grande relevância para otimização dos impressos, uma vez que apresentaram suas opiniões e sugestões para realização de alterações, possibilitando o seu melhor uso diante da rotina de trabalho.

Avaliação dos treinamentos na prática profissional

Após analisar os dados obtidos através dos questionários aplicados na quarta etapa desta pesquisa, procurou-se trabalhar as fragilidades, bem como pontos fortes obtidos através desta, elencando o saber construído e justificado pelos autores que foram trabalhados no decorrer das discussões.

Procurou-se intervir de maneira a melhorar os resultados obtidos e, após isso, foi novamente aplicado o mesmo questionário com os profissionais, permitindo assim que fosse traçado um comparativo de resultados, ação viável em se tratando de que a amostra é a mesma que preencheu o primeiro questionário.

Quanto ao conhecimento dos sujeitos acerca da SAE e sua utilização, além do conhecimento prévio que as instituições ensino superior têm a responsabilidade de propiciar para o desenvolvimento de habilidades, segundo Silva et al. (2014), procurou-se trabalhar sobre o fato de que os profissionais necessitam sempre de atualização de acordo com Malucelli, (2010), e, como previsto na metodologia desta pesquisa, foi realizado seminário para aprofundar o conhecimento científico sobre SAE.

Percebe-se ao comparar os resultados que houve um aumento de 6,7% em relação àqueles que afirmaram conhecer bem entre os técnicos, valor que variou entre conhecer pouco e conhecer bem, pois o número de quem afirmou não conhecer permaneceu o mesmo, 6,6%. Em relação aos enfermeiros a diferença entre conhecer pouco e conhecer bem variou significativamente, uma vez que primeiramente 33,3% afirmava conhecer bem e após os seminários o valor aumentou para 83,4%.

Além do seminário sobre SAE, foi realizado um treinamento sobre a utilização dos impressos que permitem sua operacionalização. Tornando-se evidente que, quanto maior o conhecimento sobre o que se trabalha, melhor o desempenho das atividades realizadas, pois em ambas as categorias, técnicos e enfermeiros, houve melhoria quanto à realização do trabalho. Antes 86,6% dos técnicos afirmavam ter alguma dificuldade, e esse número caiu para 46,6%; em relação aos enfermeiros a diferença variou em 33,2%, já que a porcentagem caiu para 33,4%.

Quanto à orientação dos impressos para implementação da SAE, a maioria dos sujeitos anteriormente, tanto técnicos, 53,3%, como enfermeiros, 83,3%, afirmavam que o instrumento orientava razoavelmente quanto a isso. Afirmavam ainda que sua utilização estava atrasando o processo de trabalho, entre os técnicos 66,6% e enfermeiros 83,3%. Para isto procurou-se discutir de forma dinâmica que alterações poderiam ser realizadas para facilitar o trabalho sem que se perdessem os objetivos da SAE. Então, juntamente com pesquisadores, houve uma discussão entre os profissionais e representantes da instituição, foram sugeridas as alterações e aplicadas nos impressos.

Após a melhoria dos impressos alterados de acordo com a rotina de trabalho dos mesmos, 46,7% dos técnicos passaram a afirmar que os impressos orientavam bem a implementação da SAE. Entre os enfermeiros 50% afirmaram orientar bem e 16,7% que orientavam muito bem, resultado relevante, conseqüentemente os impressos facilitam o planejamento, intervenção, resultados esperados e avaliação da assistência prestada.

A partir do momento em que os sujeitos empregaram os novos impressos em sua rotina, com o passar do tempo foram se habituando ao uso e 40% dos técnicos e 33,4% dos enfermeiros passaram a afirmar que os impressos agilizavam o processo de trabalho. Pois estes se apresentaram em forma de check list nesta pesquisa assim como no estudo de Amante, Rossetto e Schneider (2009), que enfatiza a rapidez no preenchimento destes e considera o retardamento das ações em virtude da realização de outros procedimentos pelo enfermeiro.

Como mencionado anteriormente, a SAE tem que ser realizada em sua totalidade, executando-se todas as etapas do processo de enfermagem, e, ainda sob a visão de Nascimento et al. (2012), realizar apenas algumas das etapas torna processo incompleto. Então, diante das dificuldades apontadas pela equipe em realizar a SAE procurou-se intervir em todas as variáveis possíveis apontadas por esta como impedimento, como falta de organização dos impressos, falta de treinamento e compreensão dos impressos. Com isso se conseguiu resultados mais positivos em relação ao desenvolvimento das etapas da SAE, o percentual dos técnicos e enfermeiros que responderam que estava sendo possível desenvolver as etapas da SAE aumentou em 33,4% e 33,3%, correspondendo a 66,7% e 66,7% respectivamente.

Quanto aos principais fatores que dificultam esse processo, houve uma diminuição nas variáveis. Os técnicos, após as melhorias apresentadas nos impressos e treinamentos realizados, só apontaram as variáveis “falta de tempo” e “grande demanda de pacientes”, 53,3%, conservando o percentual do primeiro questionário, e 46,7% tendo um aumento de 6,7% em relação ao percentual do primeiro questionário respectivamente. Dos enfermeiros 16,7% ainda referiram falta de tempo, 66,7%, a grande demanda de pacientes. As literaturas apontam esse tipo de resultado em virtude do número de enfermeiros na instituição ser insuficiente, contribuindo para essa falta de tempo em atender a grande demanda de pacientes utilizando-se da SAE

como método de assistência. E 33,4% continuavam achando que a organização dos impressos dificultava a operacionalização da SAE, mesmo após as alterações sugeridas por eles próprios (NASCIMENTO et al., 2012).

Um dos objetivos de se realizar a SAE é que o paciente tenha um atendimento de qualidade e integral, o que necessita que toda a equipe esteja a par do seu processo saúde/doença, garantindo assim também a sua segurança (SILVA et al., 2014).

Com a implementação da SAE e os registros dos impressos, esperou-se que a informação e comunicação entre a equipe melhorasse em virtude de todas as adequações realizadas, pois Félix, Rodrigues e Oliveira (2009) dizem que esse método proporciona uma maior facilidade na passagem de plantão, assegurando também a continuidade do cuidado e sua avaliação. Porém o percentual de técnicos que afirmavam que havia melhorado a comunicação e informação caiu de 46,6% para 40%, o percentual de quem afirmou que dificultou caiu de 33,3% para 13,3%, e o de que não influenciou aumentou de 20% para 46,7%, então conclui-se que, na verdade, não houve muita alteração na comunicação após as alterações e treinamentos realizados dos impressos da SAE. O percentual de enfermeiros para as afirmativas não alterou, permanecendo em 50% os que achavam que melhorou a comunicação e informação e 50% os que afirmaram não haver influência.

Diante de toda essa sistemática adotada para implementação da SAE e da utilização dos impressos, com treinamento, ainda assim não há garantia de que o serviço seja prestado com a integralidade da assistência, visto que, além disso, a equipe precisa ter um olhar diferenciado sobre o sujeito, havendo necessidade de compreender o contexto de cada pessoa, usando a clínica ampliada como eixo norteador para a integralidade da atenção (BONFADA et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que são muitos os desafios e limitações para a implantação da SAE nos serviços de saúde, em especial no setor de internamento onde se desenvolveram as pesquisas, e que estas vão além de dificuldades teóricas, mas sim são estruturais, materiais e de recursos humanos.

Infer-se também que os objetivos propostos foram alcançados no sentido de que os processos passíveis de intervenção surtiram bastante efeito, principalmente em aperfeiçoamento do conhecimento para operacionalização prática e teórica na assistência prestada, na reformulação e disponibilidade de impressos que atendem as necessidades específicas do setor, dos profissionais e dos clientes. Isso implica em influenciar na melhoria da assistência, tornando-a mais segura, qualificada e integral, uma vez que a equipe de enfermagem se sente envolvida em todo processo de implantação.

As limitações encontradas no processo de pesquisa estão em não poder excluir todos os fatores externos e internos que influenciam no trabalho dos profissionais, como a falta de tempo e o grande número de pacientes. Porém, compreendemos que estas não são realidades isoladas, mas que infelizmente fazem parte da grande maioria dos serviços de saúde.

Conclui-se que trabalhos como estes são extremamente importantes para a melhoria da assistência à saúde da população, pois geram impacto direto nos serviços. Bem como que dizem respeito à necessidade de continuidade de intervenções, aperfeiçoamento e pesquisas no sentido de gerar melhorias no processo de implementação da SAE, para garantir a continuidade, a qualidade e a integralidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

AMANTE, N. A. ROSSETO, A. P. SCHNEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva Sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev Esc Enferm USP**, 43(1): 54-64. 2009.

BARBOSA, E. P. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: dificuldades de implantação na visão do Enfermeiro. **PERSPECTIVA, Erechim**. v.36, n.133, p.41-51, mar. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Assistência Segura**: uma reflexão teórica aplicada à prática. ANVISA, 2013.

BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.2. Rio de Janeiro, 2012.

CASAFUS, K.C.U.; DELL'ACQUA, M.C.Q; BOCCHI, S.C.M. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. Esc. **Anna Nery Rev. Enferm**, 17(2): 313-321, abr.-jun. 2013.

DORNFELD, D., PEDRO, E.N.R. A comunicação como fator de segurança e proteção ao parto. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], abr/jun, 13(2): 190-8. 2011. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10925>.

FÉLIX, N. N.; RODRIGUES, C. D. D.; OLIVEIRA, V. D. C. Desafios encontrados na realização

da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. **Arq Ciênc Saúde**, out-dez; 16(4): 155-60. 2009.

FERNANDES, A. P. N. L. TORRES, L. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Centro de Oncologia e Hematologia**: uma pesquisa ação. Universidade Potiguar, 2012. 44p.

GALVÃO, M. C. B. RICARTE, I. L. M. O prontuário eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias da ciência da informação. InCID: **R. Ci. Inf. e Doc.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 77-100, jul./dez. 2011.

HERMIDA P.M. V.; ARAÚJO I. E. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**, set/out; 59(5): 675-9. 2006.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar./apr. 2007.

MALUCELLI, A. et al. Sistema de informação para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 63(4): 629-36, jul/ago. 2010.

MANZO B. F. et al. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.1, jan./fev. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100020>

MARIA, M. A. QUADROS, F. A. A. GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 65(2): 297-303, mar./abr. 2012.

MENESES, S. R. T. PRIEL, M. R. PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 45(4):953-8. 2011.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, mar. 2012.

NERY I. S.; S. A. G.; SAMPAIO M. R. F. B. Dificuldades para a implantação sistematização da assistência de enfermagem em maternidades. **Enfermagem em Foco**, 4(1): 11-14. 2013.

NETO, J. M. FONTES, W. D. NOBREGA, M. M. L. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 66(4): 535-42, jul./ago. 2013.

REMIZOSKI J.; ROCHA M.M.; VALL J. Dificuldades na implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: uma revisão teórica. **Cadernos da Escola de Saúde. Curitiba**, 03: 1-14; 2010.

SILVA M. M.; MOREIRA M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm**, 24(2): 172-8. 2011.

SILVA, P. J. GARANHANI, M. L. GUARIENTE, M. H. D. M. Sistematização da assistência de enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, jun. 2014.

SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP**, 45(6): 1380-6. 2011.

DETERMINANTES QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO EM TRATAMENTO

*Elka Fernanda Paulino Martins;
Juliana Suelly de Almeida e Assis;
Renata Janice Moraes Lima Ferreira Barros;
Antônia Líria Feitosa Nogueira Alvino.
Fátima Raquel Rosado Moraes*

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença conhecida há muitos séculos e essa patologia foi amplamente considerada como proveniente dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a maior parte do ônus global do câncer pode ser observada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos. Na atualidade, continua sendo um dos principais responsáveis por doença e morte (INCA, 2011).

No caso do Brasil, o INCA fez estimativas para 2012, válidas também para o ano de 2013, apontando para a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos, incluindo os casos de câncer de pele não melanoma, reforçando a magnitude desse tipo de problema no país. Sem os casos de câncer de pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos (INCA, 2012).

A população brasileira vem sofrendo mudanças em seu perfil epidemiológico. O câncer está entre as doenças não transmissíveis responsáveis pela mudança deste perfil de adoecimento. Muitos fatores podem explicá-lo, dentre eles: a maior exposição a agentes cancerígenos, os atuais padrões de vida adotados em relação ao trabalho, os fatores ambientais que expõem as pessoas a agentes químicos, físicos e biológicos, à alimentação e ao consumo de álcool e fumo resultantes de mudanças no estilo de vida das pessoas e do processo de industrialização (INCA, 2012).

Frente a este cenário, ainda se tem a doença oncológica como carreadora de muitos estigmas e, conseqüentemente, geradora de muitos sentimentos que podem influenciar na Qualidade de Vida (QV) dos pacientes acometidos, pois o adoecer transforma todo o corpo

para enfrentar a doença (FIGUEIREDO et al., 2010).

Acredita-se que o indivíduo passe a ter o “papel de doente” na doença oncológica, podendo corresponder a uma fase de dependência fisiológica e psicológica. Assim, é necessária e importante uma assistência à pessoa e à família, no sentido de ajustar as expectativas de recuperação e as adaptações necessárias às mudanças de vida. Os profissionais de saúde precisam identificar estes determinantes, dessa forma, poderão compreender melhor o paciente oncológico, ajudando-o a tornar-se ativo no seu processo de saúde/doença (QUERIDO, 2010).

O enfoque desta pesquisa foi buscar não centralizar a doença e sim o sujeito, considerando o ser humano um ser físico, espiritual, psicológico e social que expressa sua doença de forma diferente. Dessa maneira, deve-se atentar a todos esses níveis, ampliando o olhar para pensar o sujeito, levando em consideração os seus desequilíbrios, para que seja possível um cuidado integral (FIGUEIREDO et al., 2010).

O estudo apresentou relevância para os serviços de saúde de oncologia, pois promoveu melhor compreensão acerca da possível qualidade de vida do paciente com câncer. Além disso, permitiu a obtenção de compreensão do real impacto da doença, facilitando a prática clínica e terapêutica.

Esta pesquisa trouxe contribuições significativas para a sociedade em geral, por referir-se ao câncer, uma doença que pode atingir qualquer indivíduo, sem distinção de sexo, raça, cor, religião, ou situação social e econômica, sendo um problema de saúde mundial, que merece mais estudos para identificar melhores formas de enfrentamento e cura.

Portanto, os dados desta pesquisa são importantes como fonte de informações de embasamento empírico e científico, relevantes para a enfermagem como ciência, bem como para a comunidade acadêmica, serviços de saúde e sociedade.

O objetivo deste estudo foi identificar os determinantes que influenciam na qualidade de vida do paciente oncológico em tratamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido nas dependências de um hospital oncológico, no ambulatório de Quimioterapia – adulto e no setor de internamento.

A amostra desta pesquisa foi constituída por pacientes oncológicos em tratamento em um hospital oncológico. Os mesmos foram selecionados respeitando os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, portador de neoplasia maligna, que estivesse em tratamento por no mínimo seis meses.

Foram excluídos deste estudo os pacientes menores de dezoito anos, portadores de

doença hematológica, sem diagnóstico de neoplasia maligna, em uso de substâncias químicas com ação no sistema nervoso central, usuários de drogas ilícitas, com déficit cognitivo ou em surto psicótico.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi considerada uma população total de 410 pacientes que se enquadravam nos critérios de inclusão no período de elaboração do projeto da pesquisa, sendo levado em consideração um percentual de 5% de erro amostral e com nível de confiança de 95%. Dessa forma, o valor estimado totalizou-se 199 sujeitos.

No decorrer das entrevistas ocorreram alguns contratemplos, que interferiram na amostra, como, por exemplo: a maior incidência de pacientes em início do tratamento e demanda diminuída de pacientes no serviço por questões temporais. Sendo assim, totalizou em 168 pacientes entrevistados.

A coleta de dados deu-se através de um questionário fechado, contendo três partes, onde as duas partes iniciais foram elaboradas pelas pesquisadoras e a terceira parte foi uma adaptação e síntese dos questionários existentes na literatura: Versão validada em Português do Questionário de Qualidade de Vida 25 FACT- HN (Versão 4.0).

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2013. Os participantes foram recrutados de maneira aleatória, pois se encontravam no hospital de referência conforme marcação de consulta, a qual era agendada anteriormente para continuidade do tratamento quimioterápico. Outros pacientes estavam no setor de internamento, devido a peculiaridades de seu tratamento.

Os dados foram dispostos em planilhas do programa Excel, do MICROSOFT versão 2007, os quais contiveram os valores brutos, que foram transformados em índices percentuais, para assim, poderem-se identificar os valores quantitativos. Os cálculos foram realizados por um profissional estatístico.

Para isso foi utilizada uma fórmula aplicada para cada item da entrevista, que consistiu em dividir o valor de um item da amostra pelo valor total da amostra e multiplicar por 100: $(a_i / t_i) * 100$. Onde a_i = valor de um item; T_i = valor da amostra.

Realizou-se também o cálculo do desvio padrão (DP) que possibilitou mostrar uma variação de uma média, em torno da média dos valores, com a intenção de identificar a média de idade dos participantes da pesquisa (CALLEGARI; SIDIA, 2003).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) sob nº de Parecer 166.354.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer é uma doença que envolve múltiplos fatores de risco, como os de ordem

genética, ambiental e os fatores relacionados ao estilo de vida de cada pessoa. A combinação desses fatores pode, portanto, aumentar a possibilidade de ocorrência do câncer (FIGUEIREDO et al., 2010).

Nesta pesquisa, as variáveis sociodemográficas estudadas foram: sexo, estado civil, escolaridade, ocupação, número de filhos, tabagismo, atividade física e idade dos pacientes apresentada na forma de média e desvio padrão. O que intencionou traçar o perfil dos pacientes oncológicos, na busca de identificar fatores determinantes ao câncer.

A média de idade dos pacientes entrevistados foi de 58,41 anos (DP= 15,04 meses), prevalecendo a quinta década; teve predominância do sexo feminino (66,7%) em relação ao masculino (33,3%); 58,3% eram casados; 56,0% tinham três ou mais filhos; 55,4% eram aposentados e 67,3% tinham baixa escolaridade.

Quando perguntados sobre aos hábitos atuais, os dados foram quase unânimes em relação ao tabagismo: 98,8% não fumavam atualmente. Em relação aos exercícios físicos, 73,8% dos entrevistados não praticavam nenhuma atividade física. Em sua maioria referiram o uso do tabaco em outra fase de sua vida, alguns por longos anos, sendo assim, não se pode excluir o tabaco como importante fator de risco evitável para o desenvolvimento do câncer destes pacientes.

O tabagismo é considerado a principal causa isolada evitável do câncer, sendo responsável por cerca de 80 a 90% da mortalidade por câncer de pulmão. O mesmo também está relacionado a mortes por câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, fígado, rim, ureter e bexiga. Diante disso, alguns estudos afirmam que “a mortalidade por câncer de pulmão entre os fumantes está cerca de 15 vezes maior do que entre indivíduos que nunca fumaram, ao passo que entre os ex-fumantes é cerca de 4 vezes maior” (MELO et al., 2010).

O sobrepeso e a obesidade constam como a segunda causa evitável de câncer. Sendo assim, é importante a prática de atividades físicas, que, mesmo sem impacto sobre o peso corporal, reduzem o risco de câncer de cólon, mama e pulmão (MENEZES; CAMARGO; OLIVEIRA, 2010).

A caracterização clínica dos pacientes nos possibilita conhecer o tempo do diagnóstico médico e de tratamento, que dependendo de seu tempo implica na presença de metástase. E em relação às modalidades de tratamento, temos: a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia. Estas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração. Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica.

Neste estudo, a maioria (62,5%) dos entrevistados estavam entre 6 meses e 2 anos de tempo de diagnóstico, o tratamento do câncer sendo em torno de 2 anos. Apenas 14,3% dos

pacientes faziam tratamento havia mais de 5 anos e 19,6% apresentavam metástase. Dessa maneira, é importante que se investigue a história clínica do paciente, a fim de saber o tempo de diagnóstico médico e de tratamento, fatores que podem implicar na presença de metástase, ou seja, de comprometimentos relacionados à doença.

O tratamento quimioterápico foi o mais prevalente nos entrevistados desta pesquisa. A quimioterapia distribui efeitos em todo o organismo, buscando eliminar focos de doença regionais e, principalmente, os focos a distância, chamados de metástases. É considerada complementar ao tratamento cirúrgico e radioterápico, que têm suas ações terapêuticas no local exato da doença (ALMINHANA; NOÉ, 2010).

A adesão à quimioterapia entre os pacientes entrevistados foi de 95,2%. Entretanto, vale ressaltar que a maior parte das entrevistas foi realizada em ambulatório, por apresentar maior número de pacientes que se adequavam aos critérios de inclusão da pesquisa. Constatou-se também que 67,9% já haviam passado por cirurgia; 30,4% estavam em tratamento radioterápico; 9,5%, em hormonioterapia; e apenas 10,7% estavam em tratamento psiquiátrico.

Os 10,7% de pacientes citados acima constituem um importante dado, pois faz compreender que estas pessoas estavam em tratamento psicológico buscando apoio devido a possíveis conflitos causados pelo fato de estarem com o câncer. Diante disso, se faz necessário um acompanhamento psicológico, com a prática de terapias individual ou grupal, de acordo com o que se adequar melhor à sua rotina, na busca da melhoria da QV.

Os grupos terapêuticos podem ser uma das alternativas utilizadas. Esta modalidade pode contribuir de forma significativa na melhoria da QV, no vigor físico, bem como no sistema imunológico e no enfrentamento do câncer dos participantes dos grupos. Pois o melhor caminho para a cura é descobrir as situações que geram tristeza, desesperança ou hábitos que tragam algum prejuízo à saúde física, emocional e espiritual. Dessa forma, os pacientes podem encontrar alternativas que lhes tragam maior felicidade e passem a adotar condutas positivas (FIGUEIREDO et al., 2010).

Internamente os pacientes com câncer enfrentam conflitos entre suas instâncias racionais e efetivas, contrapondo-se entre entendimentos, desejos e medos. E, no mundo externo, eles enfrentam muitas influências familiares, profissionais e da comunidade em que estão inseridos. Assim, cada elemento se apresenta, em um dado momento, como um determinado ou determinante em seu processo de tratamento e cura (VEIT; CARVALHO, 2010).

O conhecimento dos sinais e sintomas de desconfortos apresentados pelos pacientes oncológicos em tratamento é fundamental para a prática da equipe multiprofissional, por permitir a compreensão das alterações que estes pacientes sofrem com o advento da doença e do tratamento, possibilitando a estes profissionais um olhar mais amplo, de modo a atender as

fragilidades decorrentes do adoecimento (MACHADO et al., 2010).

Dos sinais e sintomas presentes nos pacientes, houve maior incidência de ressecamento de mucosas (40,5%), falta de apetite (39,9%) e perda de peso (37,5%). Em relação à fraqueza, houve um predomínio de fadiga física (47,6%). Ao se tratar de membros inferiores, o desconforto predominante foi o edema (23,8%). Apenas 21,4% apresentavam tosse e 17,9%, dificuldade para respirar. Em seguida, relataram sentir a sensação de boca seca (41,7%), enjoo (29,2%) e mau hálito (28,0%). Somente 12,5% apresentavam retenção urinária.

O diagnóstico de câncer permite desencadear diversos sentimentos e percepções no sujeito acometido, tanto no âmbito biológico como no emocional, provocando desequilíbrios e conflitos internos, além de causar um sofrimento tão intenso capaz de resultar em desorganização psíquica. Essas consequências sofrem influências a partir de vivências anteriores, de como o paciente enxerga a doença, resultando em comportamentos únicos (COSTA; LEITE, 2009).

A mensuração da qualidade de vida (QV) dos pacientes em tratamento de câncer é fundamental para se conhecer os domínios afetados e planejar as intervenções realizadas pela equipe cuidadora para a reabilitação destes. Um conhecimento mais profundo proporcionado pela avaliação da QV contribuirá, certamente, para a melhoria do cuidado ofertado (NUNES et al., 2011).

Variáveis	Nem um pouco		Um pouco		Mais ou menos		Muito		Muitíssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Estou sem energia	72	42,9	35	20,8	30	17,9	30	17,9	1	0,6
2. Fico enjoado(a)	72	42,9	31	18,5	37	22,0	26	15,5	2	1,2
3. Por causa do meu estado físico, tenho dificuldade em atender às necessidades da minha família	66	39,3	22	13,1	26	15,5	53	31,5	1	0,6
4. Tenho dores	78	46,4	47	28,0	16	9,5	24	14,3	3	1,8
5. Sinto-me incomodado(a) pelos efeitos secundários do tratamento	67	39,9	36	21,4	23	13,7	41	24,4	1	0,6
6. Sinto-me doente	87	51,8	27	16,1	34	20,2	19	11,3	1	0,6
7. Tenho que me deitar durante o dia	61	36,3	46	27,4	21	12,5	40	23,8	0	0,0

Fonte: Dados coletados no período de janeiro a abril de 2013.

Em relação ao bem-estar físico (Tabela 1), na maioria os pacientes mostraram-se otimistas, pois responderam 'nem um pouco', ou seja, eles referiram não sentir: falta de energia (42,9%), enjoo (42,9%), dores (4,4%), incômodos relacionados aos efeitos secundários do tratamento (39,9%) e a necessidade de deitar-se durante o dia (36,3%).

Os sintomas físicos que estão associados ao câncer e ao seu tratamento expõem o paciente oncológico e sua família a um desgaste psicológico, o qual influencia na sua dinâmica e consequentemente na sua QV (QUERIDO, 2010).

Tabela 2 - Dados referentes ao bem-estar social/familiar do paciente oncológico em tratamento

Variáveis	Nem um pouco		Um pouco		Mais ou menos		Muito		Muitíssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Sinto que tenho uma boa relação com os meus amigos	3	1,8	5	3,0	22	13,1	132	78,6	6	3,6
2. Recebo apoio emocional da minha família	4	2,4	9	5,4	13	7,7	131	78,0	11	6,5
3. Recebo apoio dos meus amigos	6	3,6	10	6,0	16	9,5	132	78,6	4	2,4
4. A minha família aceita minha doença	4	2,4	10	6,0	22	13,1	130	77,4	2	1,2
5. Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família fala sobre minha doença	11	6,5	8	4,8	13	7,7	133	79,2	3	1,8
6. Sinto-me próximo(a) do(a) meu(minha) parceiro(a) (ou da pessoa que me dá maior apoio)	23	13,7	4	2,4	15	8,9	119	70,8	7	4,2
7. Estou satisfeito(a) com a minha vida sexual durante o dia	84	50,0	12	7,1	29	17,3	39	23,2	4	2,4

Fonte: Dados coletados no período de janeiro a abril de 2013.

A Tabela 2 traz dados otimistas no que concerne à relação do paciente oncológico e seus familiares e amigos: 79,2% relataram muita satisfação com a maneira com que a família se referia à sua doença; 78,6% relataram muito boa relação com os amigos e recebiam muito apoio dos amigos; 78,0% citaram receber muito apoio emocional da sua família. Diante dos dados, a maioria dos pacientes sentia-se amparada pela sua família e amigos, incluindo seu companheiro (70,8%).

Em qualquer família, o surgimento do câncer traz modificações significativas de cotidiano. São mudanças que percorrem diversas fases durante o tratamento. É de imensa importância que haja apoio da família, pois a doença oncológica se torna um problema, além de pessoal, também social, já que a doença não afeta somente o paciente, mas também outras pessoas significativas, família, amigos e colegas (QUERIDO, 2010).

Ainda no contexto social/familiar, 50,0% dos indivíduos não se sentiam sensibilizados quando se referia à sexualidade, fato este que está relacionado com o processo de adoecimento da pessoa, que carrega desatenção para atividades relacionadas ao prazer. Diante disso, o relacionamento sexual é comprometido.

A sexualidade, por vezes, sofre alterações no sentido emocional e físico do paciente. Essas emoções desencadeiam processos físicos, podendo causar um bloqueio total ou parcial

da resposta sexual normal. Entretanto, este comportamento também é influenciado pelo estado geral do paciente, pelo tipo de tratamento a que ele está submetido e pela qualidade do relacionamento do casal (CARVALHO; MARTINS; REZENDE, 2011).

A insatisfação sexual, portanto, é um fator que merece atenção e deve ser questionados pelos profissionais de saúde, pois, geralmente, não dão ênfase nesse aspecto por falta de formação adequada para essa abordagem, seja por não considerá-la importante ou pelo fato de a pessoa doente ficar inibida de realizar questionamentos sobre essa área.

Tabela 3 - Dados referentes ao bem-estar emocional do paciente oncológico em tratamento

Variáveis	Nem um pouco		Um pouco		Mais ou menos		Muito		Muitíssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Sinto-me triste	92	54,8	22	13,1	28	16,7	20	11,9	6	3,6
2. Estou satisfeito(a) com a maneira como enfrento minha doença	8	4,8	9	5,4	35	20,8	111	66,1	5	3,0
3. Estou perdendo a esperança na luta contra a minha doença	144	85,7	7	4,2	7	4,2	10	6,0	0	0,0
4. Sinto-me nervoso(a)	85	50,6	18	10,7	33	19,6	29	17,3	3	1,8
5. Estou preocupado(a) com a ideia de morrer	127	75,6	11	6,5	12	7,1	13	7,7	5	3,0
6. Estou preocupado (a) que meu estado venha a piorar	100	59,5	17	10,1	21	12,5	27	16,1	3	1,8

Fonte: Dados coletados no período de janeiro a abril de 2013.

Na Tabela 3 acima, com os dados referentes ao bem-estar emocional, felizmente em sua maioria os entrevistados mostravam-se confiantes em si e no seu tratamento. Tais dados são estatisticamente significativos ao revelarem que 54,8% dos entrevistados não se sentiam tristes; 66,1% estavam satisfeitos de como enfrentavam sua doença; 85,7% não estavam sem esperança na luta contra a doença; 75,6% não estavam preocupados com a ideia de morrer; 59,5% não estavam preocupados que viessem a piorar; e 50,6% não se sentiam nervosos.

E isso advém de atitudes positivas, que se fazem importantes no estado emocional da pessoa com neoplasia maligna, influenciando no estado de saúde, pois a mente afeta o corpo e vice-versa (QUERIDO, 2010).

Outros estudos reiteram a importância de o indivíduo buscar ficar bem consigo mesmo, pois é essencial que ele não desista da vida que existe dentro de si e que ele possa “descobrir ou redescobrir a sua canção interior” a partir das adversidades de sua vida (TEIXEIRA; PIRES, 2010).

Este estudo buscou mensurar também a capacidade funcional dos participantes, que em sua maioria é constituída por habilidades motoras e cognitivas. Condições que afetem estas habilidades podem desencadear processos incapacitantes e, dessa forma, afetar a QV, a funcionalidade e, conseqüentemente, o desempenho de atividades cotidianas, gerando sofrimento (VENDRUSCULO, 2011).

Tabela 4 - Dados referentes ao bem-estar funcional do paciente oncológico em tratamento

Variáveis	Nem um pouco		Um pouco		Mais ou menos		Muito		Muitíssimo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Sou capaz de trabalhar (inclusive em casa)	49	29,2	28	16,7	36	21,4	54	32,1	1	0,6
2. Sinto-me realizado(a) com o meu trabalho (inclusive em casa)	39	23,2	9	5,4	13	7,7	101	60,1	6	3,6
3. Sou capaz de sentir prazer em viver	2	1,2	5	3,0	11	6,5	138	82,1	12	7,1
4. Aceito minha doença	18	10,7	14	8,3	43	25,6	92	54,8	1	0,6
5. Durmo bem	21	12,5	14	8,3	25	14,9	105	62,5	3	1,8
6. Gosto das coisas que normalmente faço para me divertir	11	6,5	12	7,1	14	8,3	129	76,8	2	1,2
7. Estou satisfeito(a) com a minha vida neste momento	7	4,2	9	5,4	64	38,1	86	51,2	2	1,2

Fonte: Dados coletados no período de janeiro a abril de 2013.

Pelos dados referentes ao bem-estar funcional (Tabela 4), 32,1% dos pacientes referiram estar aptos a trabalhar, inclusive em casa; 29,1% se diziam incapazes de trabalhar e 60,1% dos entrevistados se sentiam realizados desenvolvendo atividades laborais, mesmo que fosse em casa. Dos participantes, 82,1% afirmaram sentir prazer em viver; 54,8% aceitavam a doença; 62,5% relataram dormir bem; 76,8% faziam coisas para se divertir.

Outro dado estatisticamente importante é que mais da metade da amostra, 51,2%, referiu estar satisfeita com a sua vida no momento, mostrando o poder de resiliência destes pacientes oncológicos, que, apesar da doença, conseguiam ter sentimentos positivos acerca de sua vida.

Apesar de muitos pacientes relatarem não estar aptos a desenvolver as atividades laborais, a maioria conseguia ser positiva e satisfeita com o modo de vida atual, mostrando que podiam ser felizes apesar das adversidades. Este comportamento é um fator importante que influencia positivamente na QV.

Em um estudo com mulheres com câncer de mama, foi avaliado que nas mulheres que apresentavam leves alterações nas condições físicas também foram verificadas alterações psicossociais no bem-estar emocional e nas atividades sociais e de lazer, influenciando negativamente na QV destas mulheres. Dessa forma, compreende-se a capacidade funcional como a junção de habilidades motoras e cognitivas, em que condições que afetam estas habilidades podem desencadear processos incapacitantes e, dessa forma, afetar a QV, a funcionalidade e, conseqüentemente, o desempenho de atividades cotidianas com tal comprometimento, gerando sofrimento (VENDRUSCULO, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença antiga que continua acometendo significativamente a população. Carrega consigo muitos estigmas, conseqüentemente, acendem-se de imediato fortes sentimentos na pessoa que recebe o diagnóstico de câncer, o que afeta diretamente a qualidade de vida destes pacientes.

Neste estudo, pode-se identificar a prevalência dos sinais e sintomas de desconfortos psicológicos e físicos, fato este implica a indissociabilidade do corpo e mente que acarreta desequilíbrio na vida do indivíduo, não somente em partes, mas no seu todo.

O bem-estar mais afetado é o que se refere à insatisfação sexual, por se tratar de um ato sensível, que requer ação do estado físico e emocional, muitas vezes alterado na doença. Em relação ao bem-estar físico, os pacientes oncológicos não conseguiam atender as necessidades da família e ainda faziam uso de tabaco e álcool, que comprometem a recuperação do câncer. Pode-se acreditar que o uso destas substâncias compreende-se como válvula de escape para os pacientes.

Este estudo sofreu algumas fragilidades no decorrer de sua execução, como a ausência de um projeto piloto, que facilitaria a execução do questionário. Deixa, então, alguns vieses para novas pesquisas em oncologia, tais como investigar bem-estar espiritual e psicológico.

Diante dos dados desta pesquisa, estes confirmam a relevância de conhecer o paciente oncológico de acordo com suas singularidades, incluindo fatores biopsicossociais, em prol de um cuidado humanizado, longitudinal e holístico.

REFERÊNCIAS

ALMINHANA, L.O.; NOÉ, S.V. Saúde e espiritualidade: contribuições da psiconeuroimunologia e das técnicas mente-corpo para o tratamento do câncer. **Estudos teológicos**, São Leopoldo, v. 50, n. 2, p. 261-272, jul./dez. 2010.

CALLEGARI, J.; SIDIA, M. **Bioestatística**: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.

CARVALHO, D.M.; MARTINS, C.; REZENDE, L.F. Sexualidade no pós-operatório de câncer de mama. **Pensamento plural**: revista científica do UNIFAE, São João da Boa Vista, v5, n 2. 2011.

COSTA, P.; LEITE, R.B.O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista de cancerologia**, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A. et al. O corpo sadio que adoece por câncer: um “caranguejo” no meu corpo. In: **Especializações em Enfermagem**: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. v. II. São Paulo: Editora Yends; 2010. p.03-07.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro: Inca, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. 118p.

MACHADO. et al. Ação de enfermagem fundamentada no saber médico. In: **Especializações em Enfermagem**: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. v. II. São Paulo: Editora Yends; 2010. p.46-118.

MENEZES, M.F.B. Possibilidades de intervenção para a enfermagem nos espaços de cuidado em oncologia. In: **Especializações em Enfermagem**: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem. v. II. São Paulo: Editora Yends; 2010. p.129-135.

NUNES, S.M. et al. Qualidade de vida percebida pelos pacientes do hospital de dia de oncologia da ULS de Castelo Branco. **Revista de Saúde Amato Lusitano**, 29: 6-9. 2011.

QUERIDO, A. I. F.; DIXE, M. A. A esperança e qualidade de vida dos doentes em cuidados paliativos. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. p. 613-622. 2010.

TEIXEIRA E.B.; PIRES E.F. Psico-Oncologia: Proposta de trabalho de apoio Psicossocial aos pacientes com câncer. **Revista Saúde**. 2010 [S.I.].

VEIT, M.T., CARVALHO, V.A. de. Psico-oncologia: um novo olhar para o câncer. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, 34 (4): 526-530. 2010.

VENDRUSCULO L.M. **Capacidade funcional e Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

NEOPLASIA INFANTOJUVENIL: DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

*Leonardo Magela Lopes Matoso
Líbina Edriana da Costa Oliveira
Bruna Gabriela de Souza Carvalho
Janaína Maciel de Queiroz
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira*

INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil se constitui em uma problemática de relevância para o contexto de saúde atual, quer pelas suas características peculiares diante dos demais tipos de cânceres, no sentido que apresentam desenvolvimento rápido e origem, em sua maioria, restritamente por desordem genética, uma vez que permanecem em estudo causas prováveis para o seu desenvolvimento. (BRASIL, 2008).

Sabe-se que os tumores pediátricos estão entre as dez primeiras causas de morte no Brasil na faixa etária de 1 a 19 anos, e no caso de crianças a partir dos 5 anos torna-se a primeira causa de morte (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, enfatiza-se a capacidade e a habilidade para fazer o diagnóstico precoce para melhorar o prognóstico e consequentemente a cura, uma vez que, identificado rápido, estima-se em mais de 70% as chances. E para tal necessita-se do conhecimento mínimo de toda a equipe da atenção primária sobre os sinais e sintomas específicos do câncer infantojuvenil, para que possam se articular e intervir de forma satisfatória, minimizando o tempo de encaminhamento para o serviço especializado. (BRASIL, 2011).

Entende-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) desponta como uma grande aliada na percepção de sintomatologias representativas de câncer, uma vez que possibilita um contato mais direto e contínuo entre os profissionais de saúde e a população. (AZEVEDO et al., 2012). Dessa maneira a assistência à saúde é realizada com base no princípio da integralidade do SUS, vendo o sujeito de forma ímpar, com suas peculiaridades (MALTA; SCHALL, 2012).

A partir da Portaria nº 2.439, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, as ações e as responsabilidades da atenção primária de saúde tornam-se mais claras, através das

ações de promoção à saúde, cuidados paliativos e as ações clínicas para acompanhamento do paciente em tratamento em outros níveis de atenção, visando à integralidade e acessibilidade da assistência (BRASIL, 2006).

Algumas estratégias podem ser utilizadas para promover o diagnóstico precoce, a primeira seria a educação em saúde para os profissionais, através de capacitações em que os mesmos fossem capazes de conhecer a problemática do câncer infantojuvenil e os sinais e sintomas para assim fazer diagnóstico precoce (GRABOIS et al., 2011).

Dessa forma, questiona-se: Quais as atividades desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família para detecção precoce do câncer infanto-juvenil? Que melhorias podem existir na atuação da equipe da Estratégia Saúde da Família, no que se refere à identificação precoce de câncer infanto-juvenil após as ações educativas?

Frente ao exposto, formula-se o objetivo geral: analisar as atividades desenvolvidas pelas equipes da atenção primária para identificação de casos suspeitos de câncer infanto-juvenil. E como específicos: identificar o trabalho atual das equipes para identificação precoce de câncer infanto-juvenil; descrever as etapas aplicadas durante o desenvolvimento das atividades educativas para identificação do câncer infanto-juvenil; e avaliar as perspectivas de trabalho das equipes da atenção básica para identificação precoce do câncer infanto-juvenil após as ações educativas.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido com o suporte da pesquisa ação, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (UnP) com Parecer de nº 264.978, CAAE: 11660512.0.0000.5296.

Desenvolveu-se a pesquisa na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Joaquim Saldanha, localizada no bairro Estrada da Raiz, Município de Mossoró/RN, Brasil. Os sujeitos constituíram-se de 22 profissionais das duas equipes de saúde da família que atendem na referida unidade, adotando-se como identificação a seguinte codificação: dois médicos (MED), dois enfermeiros (ENF), dois odontólogos (ODN), quatro técnicos de enfermagem (TEF), dois auxiliares de consultório dentários (ACD) e 10 agentes comunitários de saúde (ACS).

Utilizou-se como critérios de inclusão: integrar a equipe da ESF, exercer atividades assistenciais na Unidade. Como critérios de exclusão: profissionais que exercem funções administrativas e gerenciais, que estavam na unidade para serviços temporários e aqueles que estavam de férias.

Realizou-se a coleta de dados em três momentos, no período de janeiro a julho de 2013. No primeiro, aplicou-se uma entrevista semiestruturada para captar o diagnóstico situacional

sobre o conhecimento e atividades desenvolvidas em relação ao câncer infanto-juvenil. No segundo momento realizaram-se dois seminários de treinamentos com as equipes mediante as necessidades identificadas no primeiro momento, no intuito de suprir as principais necessidades. E, no terceiro, reaplicaram-se novas entrevistas com os profissionais que participaram dos treinamentos, para identificar as mudanças ocorridas na prática assistencial das equipes após as ações de capacitação, e quais as perspectivas de futuro em relação a essas mudanças.

Utilizou-se das contribuições da técnica de análise de conteúdo baseada em Bardin. Na pré-análise realizaram-se a transcrição dos dados, leitura flutuante e retomada do contexto do objetivo do estudo. Na fase de exploração do material, codificou-se, recortou-se o texto em unidades de registro e em unidades de contexto, formulando categorias. Na terceira, se fez a interpretação das categorias emergidas. (BARDIN, 2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conhecimento dos profissionais sobre o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil

O primeiro momento da pesquisa desenvolveu-se através de entrevista com o objetivo de depreender o conhecimento dos profissionais sobre o diagnóstico do câncer infanto-juvenil.

Os 22 profissionais participantes apresentavam idade entre 27 e 61 anos, com 10 anos de atuação profissional e com igual tempo de trabalho na UBS, onde a maioria atuava havia mais de 10 anos, exceto um com menos de 5 anos.

Salienta-se que profissionais com mais tempo de formação e atuação podem ser resistentes à mudança que a ESF propõe, e consequentemente nas ações a serem desenvolvidas dentro desse contexto, com destaque para a prevenção das neoplasias, considerado como um resquício do processo de formação decorrente de currículos anteriores assentados no tratamento da doença e pouco voltados à saúde pública. (AZEVEDO et al., 2012).

Após a realização das entrevistas com as equipes da ESF, analisou-se que, no questionamento sobre o conhecimento em relação ao câncer infanto-juvenil, destacaram-se as seguintes categorias: **desconhecimento** e **conhecimento geral**.

A categoria **desconhecimento** mostrou-se significativamente presente nas falas, exemplificada a seguir:

[...] eu não tenho conhecimento em relação ao câncer, ouvi algumas coisas em relação à doença durante a formação, mas, como a gente não tem atuação,

não trabalha, inclusive não tem experiência de nenhum paciente nesse tempo para a gente se interessar e rever. A gente não teve nenhuma experiência com paciente infantil e nem procurou. (ENF)
Eu não conheço nada de câncer, não tenho experiência profissional. Só ouço falar que existe. (ACS)

As falas justificam o desconhecimento sobre o câncer como consequência da formação profissional inadequada nesta área de atuação, especialmente no que concerne à atenção em pediatria. Soma-se a falta de investimento pelas entidades e instituições em pesquisa nessa área para promover e disseminar o saber sobre problemáticas como essas. (JAMES et al., 2009).

Outras falas possibilitam refletir sobre a categoria o **conhecimento geral sobre a doença**:

Uma das doenças que mais acomete a população no mundo e as crianças também; uma das coisas que a gente ver mais no câncer é a leucemia em crianças. (TEF)
Quando há alguma suspeita ou diagnóstico, devemos encaminhá-la rapidamente para um centro especializado. (ACD)
A causa está geralmente relacionada a fatores genéticos. (MED)

Em se tratando de câncer, há uma diferença quando se relaciona os cânceres que acometem adultos e crianças. Sabe-se que na criança a origem é ainda um pouco desconhecida, pois seu período de latência é curto e não há grandes exposições a fatores externos assim como nos adultos, além das características específicas de origem histopatológica. Este fato se constitui em um motivo para ser estudado separadamente dos cânceres que acometem adultos (BRASIL, 2011).

Reconhece-se a importância do encaminhamento dos casos suspeitos para níveis especializados, garantindo diagnóstico e tratamento precoce, e assim um melhor prognóstico. Para a efetivação dessa premissa, a rede de saúde, em seus diversos níveis de complexidade, tem que estar bem organizada, ofertando um serviço de qualidade, e educação permanente para profissionais, no qual o tempo de referência e contrarreferência configura-se como fundamental no processo de acordo com os princípios de integralidade e humanização do SUS. (BRASIL, 2011; AZEVEDO et al., 2012).

Sobre o segundo questionamento da entrevista, se os profissionais conheciam sinais e sintomas sugestivos de câncer, as respostas se enquadram em uma categoria: **conhecimento superficial**.

Admite-se como relevante conhecer os sinais e sintomas, uma vez que no câncer infantojuvenil esses dois fatores dificultam um pouco o diagnóstico por serem comuns em

outras patologias mais simples e mais frequentes, variando desde uma simples febre a dores ósseas, vômitos, cefaleias, sangramentos, alterações na visão, ao passo que esses mesmos sinais e sintomas podem identificar a malignidade da doença. (AZEVEDO et al., 2012; FORGIE; ROBINSON, 2007).

Primeiro eles investigam a partir da imunossupressão, o paciente está imunodeprimido, aí vamos investigar o que que está causando aquilo, se tem a possibilidade de câncer. Paciente com febre persistente, os exames são sempre alterados, os leucócitos, e paciente com dor, porque quando é sarcoma no osso o paciente tem dor persistente, que nada passa, por aí. (TEF)
Durante o C e D, acaba despertando assim que a gente precisa ter cuidado. Uma dor óssea na infância, algumas coisas na própria coloração de pele quando a gente está fazendo o C e D, algumas manchas no caso de quando é recém-nascido, neonato [...] (ENF)

Assim, todos os profissionais de saúde que fazem parte da ESF precisam capacitar-se na busca desses sinais e sintomas, bem como realizar as intervenções necessárias a possíveis complicações cabíveis às especialidades (BRASIL, 2011).

Ainda há o conhecimento adquirido através da mídia: “Agora tá passando direto na televisão que são as manchas, são as febres, a palidez” (ACS).

Uma iniciativa bastante eficaz do INCA em 2003, em trazer o câncer como problema de saúde pública, exigindo a integração e o envolvimento de todo o sistema de saúde, em conjunto com a sociedade civil, tornando a realidade do câncer mais próxima das pessoas através de informações dadas pelos meios de comunicação, permitindo que a população despertasse a conhecer e até mesmo suspeitar dos indícios dessas doenças dentro de suas casas. Essa iniciativa beneficiou também os profissionais de saúde, embora sabendo-se que o conhecimento dos mesmos deveria ser mais aprofundado (BRASIL, 2011).

Dessa forma, os meios de comunicação constituem-se importantes veículos para a divulgação desta problemática de saúde de forma acessível a todos os públicos, porém, de forma isolada, mostram-se insuficientes para suprir a complexidade das inespecificidades dos sinais e sintomas que a equipe da ESF precisa conhecer. (BRASIL, 2011).

As categorias já apresentadas demonstram um conhecimento limitado sobre as neoplasias, evidenciando ainda a inexistência de trabalhos de busca ativa de casos suspeitos na área adstrita à unidade: “Nunca fizemos, nunca tivemos apoio de nada, sobre esse assunto” (ACS).

Essa realidade confronta-se com a Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, que recomenda: é preciso que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) façam sua parte junto à população, seja no âmbito individual ou coletivo no sentido de promoção, mas também de

prevenção de câncer. E os profissionais da ESF são responsáveis por isso, como também pelo elo com a atenção secundária e terciária da rede de assistência em saúde, ou seja, pautada na assistência integral (BRASIL, 2005).

Quando questionados sobre quais as dificuldades para a busca de casos, obtiveram-se informações de suma importância para conhecer os caminhos que podem ser traçados para amenizar essas dificuldades, que se distribuem em quatro categorias: **desinteresse de alguns profissionais, falta de capacitação/programa, acesso/organização dos serviços e o distanciamento da população.**

Uma das categorias aponta o **desinteresse de alguns profissionais** como uma das grandes dificuldades, pois a maioria não busca e se utiliza de outras justificativas para dizer que o interesse da equipe nem sempre é compartilhado: “Uma das dificuldades é a falta de esforço de algumas categorias profissionais, a gente nunca focou fazer esse trabalho de busca ativa de pessoas, de crianças com esses sintomas” (ACS).

O desinteresse ligado ao modo ineficiente de organização dos serviços deixa tudo mais complexo, necessita-se de serviços mais eficientes e organizados para fazer um diagnóstico precoce. Este influencia em todo o processo e pode ser um dos fatores para o mau prognóstico da doença (BRASIL, 2011).

Outra categoria explicita a **falta de capacitação/programa**, mostrando-se como grande dificuldade para a busca de casos, o que justifica mais ainda esta pesquisa, para intervir neste processo com intuito de minimizá-los.

A pouca capacitação, a gente não se sente tão preparado para, pelo menos, suspeitar de um diagnóstico desse. A gente pode até suspeitar, mas não tem bem aquela segurança de encaminhar. (ODN)

Não existe programa específico da Secretaria de Saúde para este trabalho. (MED)

A Política Nacional de Atenção Oncológica, no seu artigo 3º inciso XIII, traz a importância da capacitação dos profissionais da ESF no que diz respeito ao conhecimento e diagnóstico precoce do câncer na infância, porém os cursos de formação acadêmica destes não abrangem essa temática, ou quando isso acontece é de forma ainda muito superficial, sem considerar sua tamanha importância (BRASIL, 2005).

Ainda se soma a dificuldade de não existir um programa específico na unidade para a busca de casos. O Ministério da Saúde propõe um programa para os serviços, principalmente da atenção primária, e que haja a continuidade e acompanhamento na atenção secundária e terciária, porém falta a inserção dentro dos programas já existentes na unidade e das atividades e estratégias, afinal na própria visita domiciliar deve-se atentar para os sinais e sintomas, ou

nas consultas de rotina na unidade, quando esse link não existe, a integralidade da assistência ao paciente é impossibilitada (AZEVEDO et al., 2012).

Na categoria **acesso/organização dos serviços**:

A primeira questão é a estruturação da equipe, a falta de apoio da própria Secretária. Também trabalhamos numa área bem complicada de se abordar essas questões (ACS)

Dificuldade de acesso às casas, são muito longes, a gente não tem acesso porque é favela, então a gente tem medo de ir só.” (ACD)

Aponta-se a necessidade de conhecer a realidade desta população e ainda criar vínculos de confiança, sendo estas umas das finalidades da ESF, pois muitas vezes um dos maiores atrasos no tempo de diagnóstico relaciona-se à acessibilidade aos serviços (JAMES et al., 2009).

Muitas vezes, por não haver o vínculo com a população, os profissionais se deparam com a rejeição destes usuários aos serviços, programas e estratégias de atenção. Isso evidencia-se nas falas a seguir, correspondentes à categoria **distanciamento da população**, e vai muito além da não participação no serviço, mas envolve questões de medo do diagnóstico e automedicação.

A questão assim do diagnóstico, de encontrar os casos, porque o método de rastreamento tem que os jovens procurarem os serviços para fazer o exame preventivo, mas seria muito bom se os adolescentes viessem no serviço, fazer o exame, mas não vêm. (MED)

Uma das dificuldades é a resistência da comunidade. Tem usuário que diz, não só em relação ao câncer: “Eu não vou porque, se eu procuro, acho.”. Eles têm ainda essa mentalidade. Eles acham que, se não é um sintoma aparente que atrapalhe, muitos se automedicam e quando vai procurar já é uma coisa bem avançada. (ENF)

Estudos sobre o atraso no diagnóstico enfatizam a necessidade de atenção aos sinais e sintomas para não confundir com outras patologias, uma vez que muitos sintomas são inespecíficos e podem ser um dos fatores que influenciam a automedicação e adiamento em procurar o serviço de saúde (JAMES et al., 2009). Ainda, a questão do medo do diagnóstico e da possibilidade de vivenciar o câncer é algo que deve ser trabalhado junto às famílias da criança ou adolescente, pois torna-se uma barreira para a detecção precoce e estes sentimentos devem ser trabalhados primeiramente pela equipe e posteriormente transmitidos à sociedade (DUPAS et al., 2012).

Em relação ao questionamento sobre quais os benefícios do diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil, constatou-se que os profissionais reconheciam a importância, mesmo

aqueles que não conheciam muito bem a doença. As falas foram divididas em duas categorias: **diminuição das sequelas/agravos e a cura; diminuição dos gastos em saúde.**

A categoria **diminuição das sequelas/agravos e a cura** está expressa nas seguintes falas:

No caso, a gente sabe que o câncer tem que ser diagnosticado o mais precoce possível para que seja tratado e evite as sequelas. (ENF)

Quanto mais precoce for o diagnóstico, menos sofrimento para o paciente, menos agravos [...] (ACS)

O melhor benefício seria a cura. Sendo diagnosticado no começo o câncer infantil tem 90 % de cura. Então seria a melhor coisa que podia existir. (ACS)

Os profissionais mostram-se conscientes de que a identificação precoce da doença aumenta as chances de cura. Dados demonstraram que cerca de 40 a 70% das crianças com tratamento tardio apresentaram sequelas no que diz respeito a alterações crônicas consequentes deste tratamento (ANDRES; SOUZA, 2009).

Os profissionais citam ainda, como benefícios do diagnóstico precoce, a diminuição dos gastos em saúde. “[...] menos gasto até para o Ministério da Saúde. Para a saúde pública de uma forma geral, ela vai gastar menos com medicação, exames e internações” (ACS). O diagnóstico tardio representa um maior processo de terapia com o paciente, o uso de equipamentos e serviços mais caros para tentar o estadiamento e a cura do câncer. (BRASIL, 2011).

Construção do conhecimento sobre o câncer infanto-juvenil

O segundo momento da pesquisa desenvolveu-se por meio de seminários. Através destes, objetivou-se melhorar o conhecimento dos profissionais participantes da pesquisa sobre o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil. Para a elaboração dos seminários tomou-se por base as fragilidades no conhecimento, evidenciadas pelas entrevistas do primeiro momento.

A escolha de seminários como método facilitador é baseada na construção do saber, em que o conhecimento passa a fazer parte do cotidiano, ou seja, o aprendiz apreende e se transforma na sociedade, diante da mudança de suas ações (NÓBREGA; MONTEIRO, 2008).

O primeiro seminário aconteceu no dia 20 de maio de 2013, no auditório do Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM). Contou como facilitadora com a médica especialista em oncologia pediátrica que atende no COHM. Nesse momento objetivou-se discutir os principais tipos de câncer que acometem as crianças e adolescentes e os sinais e sintomas prováveis.

Questionou-se os profissionais sobre a hereditariedade do câncer e sobre a média de sobrevida quando acontece o diagnóstico precoce. Evidenciaram-se dificuldades em responder os questionamentos.

Em seguida conceituou-se câncer, foram expostos dados estatísticos sobre a morbimortalidade por essa patologia e discutidos os principais sinais e sintomas que devem levar os profissionais a pensar em um possível caso de câncer infanto-juvenil.

Além da abordagem geral, explicaram-se sinais e sintomas característicos de alguns tipos de câncer que são mais comuns na infância e adolescência: leucemia, tumores do sistema nervoso, tumores oculares e tumores ósseos na adolescência. Em seguida, se explicitou a assistência necessária, os profissionais envolvidos e como a atenção básica pode contribuir e estabelecer vínculos com os serviços de referência em oncologia.

O segundo seminário aconteceu no dia 12 de julho de 2013, na sala de espera da pediatria do COHM, e contou como facilitadora com uma enfermeira do serviço de oncologia. Esse momento teve como objetivo discutir a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Discutiram-se os objetivos da política, falou-se sobre o papel da atenção básica que a política define e ainda como os profissionais podem encaminhar os pacientes com suspeita de câncer infanto-juvenil para o serviço de referência.

A parte dos encaminhamentos chamou a atenção dos participantes, uma vez que acreditavam ser um serviço de difícil acesso.

Nos dois momentos os profissionais mostraram-se atentos, questionaram, contaram experiências vivenciadas na área da unidade básica de saúde. Ao final, questionou-se sobre o entendimento e a utilidade do treinamento, evidenciando-se que acreditavam na possibilidade de identificar casos suspeitos e encaminhá-los. Enfatizaram a necessidade de que os treinamentos ocorram de forma contínua.

Análise das mudanças no processo de trabalho dos profissionais após as ações educativas

O terceiro momento da pesquisa desenvolveu-se através de entrevista com o objetivo de analisar as contribuições dessas ações educativas para a melhoria do conhecimento e da prática. A replicação das entrevistas aconteceu no mês de setembro de 2013, dois meses após o último seminário.

Acredita-se na necessidade desse intervalo de tempo entre os seminários e a replicação da entrevista para que os participantes refletissem sobre os conhecimentos adquiridos e a viabilidade de pô-los em prática. Sabe-se da limitação desse intervalo, uma vez que pôr as ações

em prática depende de outros fatores além do conhecimento dos profissionais, como estrutura dos serviços, políticas e programas de saúde.

Questionou-se aos profissionais quais as mudanças na rotina de trabalho em relação ao diagnóstico precoce após as ações. Destacaram-se duas categorias: **melhorias no conhecimento; mais atenção aos sinais e sintomas.**

Melhorou, porque até então eu não tinha conhecimento. Então serviu, pois vai ajudar a identificar os casos na área que eu trabalho. (ACS)

O conhecimento é sempre muito bom e muito importante. Não me deparei com nenhum caso suspeito, mas caso apareça estou mais preparada para identificar; espero que não apareça nenhum caso, mas se aparecer... (ENF)

Não, ainda não me deparei com casos. Mas os treinamentos tiveram muita serventia, foi muito rico, estou mais preparada agora. (TEF)

As falas evidenciam **melhorias no conhecimento**, constata-se a evolução das posturas e pensamentos quanto ao câncer antes de terem acesso a informações sobre a doença e após. A informação torna-se assim uma arma fundamental para a mudança das práticas dos profissionais e da forma de prestar atenção à saúde da população, seja no sentido de patologias específicas, como neste caso, ou na prevenção (CESTARI; ZAGO, 2005).

Com mais informações, os profissionais relataram estarem **mais atentos aos sinais e sintomas** na rotina de trabalho:

Não ouve nenhuma suspeita ainda após os encontros, mas houve sim mudanças na minha rotina de trabalho, agora estou mais atenta aos sinais e sintomas de câncer infantojuvenil e agora tenho conhecimento em relação aos casos suspeitos, como devemos proceder, pra onde encaminhar. (ENF)

Eu acho que agora a gente olha diferente pras crianças, quando a gente faz o C e D, embora a faixa etária que a gente faça não abranja todo o grupo de risco, que faz o diagnóstico, que é só até dois anos, depois de dois anos a gente não tem mais esse acompanhamento. Mas, pelo menos, a gente já observa melhor, já tem uma outra visão dos exames, das consultas. (ENF)

Novidades, eu não conhecia muita coisa do que foi explicado pela pediatra e eu via o câncer mais de um modo geral de adulto, não do câncer infantil, e me despertou bastante curiosidade, é tanto que eu fiz outras pesquisas após as palestras. (ACS)

As falas despertam a atenção para uma conduta que pode tornar-se comum na realidade da atenção primária: os profissionais dificilmente chegam a pensar a possibilidade de ser câncer

pelo fato de ser algo distante das suas realidades, e os sintomas passam despercebidos na maioria das vezes pela sua inespecificidade. Também, além de suspeitar, salienta-se a importância de esclarecer a equipe quanto aos serviços de encaminhamento e o sistema de acessibilidade (CAVICCHIOLI et al., 2007).

Ainda que esta mudança se desenvolva discretamente, constitui-se significativa para a incorporação de práticas que se disseminem por toda a equipe. A educação em saúde possibilita mudar a repercussão e a forma de encarar os processos oncológicos, que muitas vezes se tornam impasses no trabalho em saúde com os profissionais e consequentemente com a população (BRANCO, 2005).

O segundo questionamento, sobre as expectativas para continuar trabalhando na busca de novos casos, evidenciou duas categorias: **colocar os aprendizados em prática e continuar aprendendo**. Na primeira categoria, **colocar os aprendizados em prática**, destacam-se as falas:

Não gostaria que tivesse novos casos, mas, quando aparecer algum caso suspeito, vou fazer o possível para colocar em prática tudo que aprendi para uma detecção precoce, e uma possível cura, ou, melhor qualidade de vida para essa criança. (ACD)

Espero que com o meu conhecimento eu possa ajudar e identificar casos suspeitos de câncer infantojuvenil na minha área. (ACS)

A equipe de profissionais da ESF devidamente qualificada precisa responsabilizar-se por desenvolver e priorizar ações determinantes para a rapidez e eficiência no diagnóstico precoce, seja na unidade ou serviços de referência (BRASIL, 2011).

Minha expectativa é que eu consiga identificar casos futuros, pois antes eu já tive experiências de dois casos de crianças com câncer na minha área que pude acompanhar, um ganglionar e um que foi um recém-nascido, que já nasceu com câncer e teve a suspeita e foi para Natal. E é muito complicado, mas quero continuar fazendo o trabalho que aprendi. (ACS)

Conforme a médica nos informou, a facilidade que tem hoje da gente ter mais o acesso, como a gente despertar a curiosidade do médico da atenção básica, a expectativa hoje é bem mais ampla e eu tenho muita fé que vai dar tudo certo, porque o câncer por ser uma doença velha, não ser uma doença tão atual, a gente consegue diagnosticar ela um pouco mais sério pelas facilidades que Mossoró hoje apresenta; o centro de oncologia, os novos médicos preocupados e vocês, estudantes ótimas que estão vindo aqui, trazendo isso pra nós. (ACS)

Precisa-se de trabalhos contínuos em torno do diagnóstico do câncer infanto-juvenil e de participação multidisciplinar. Muitas vezes os profissionais da atenção primária não se sentem sujeitos inseridos nos processos de combate e tratamento ao câncer, e intercessores nos demais setores de saúde, porém, com a compreensão do seu papel nesse processo, constroem-se motivações (BRASIL, 2011).

E a última categoria deste questionamento torna-se uma das mais importantes ferramentas para a consolidação das ações e para que este processo seja contínuo e eficaz: **continuar aprendendo.**

Ter material de apoio e profissionais sensibilizados com a causa, e continuar trabalhando e aprendendo sobre câncer na infância e adolescência. (TEF)
As expectativas de continuar participando e se capacitando, e trabalhando na busca ativa de casos. (ACS)

Cita-se a necessidade da busca constante de capacitação pelos profissionais da atenção básica em relação ao câncer. A política de atenção oncológica prevê que para uma assistência adequada os profissionais devem ter processos de educação permanente, bem como capacitação para prevenção e identificação precoce do câncer infantojuvenil; que inclusive nem sempre estão inseridos nos cursos de formação destes profissionais. E que os mesmos deveriam ser submetidos a capacitações em relação a estas políticas de diagnóstico precoce ao entrarem na ESF (BRASIL, 2005; MARCHI et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou muitas dificuldades de inserir as ações de diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil nas unidades básicas de saúde, uma vez que são vários os fatores necessários para a inserção das ações: conhecimento adequado, responsabilidade dos gestores em querer que os profissionais que já estão em processo de trabalho adquiram esses conhecimentos e investimentos no sentido de melhorar os modelos de assistência existentes, que têm que ser pautados nos princípios de integralidade e humanização dos SUS.

Atingiram-se os objetivos da pesquisa na medida em que foi possível identificar qual o conhecimento dos profissionais da atenção primária sobre o diagnóstico precoce do câncer infanto-juvenil de forma multiprofissional, interdisciplinar e integral. E diante disso a intervenção aconteceu de forma a atender as necessidades, como foi analisado através dos discursos das entrevistas de avaliação final das capacitações. Esta pesquisa ação por si só não supriu todas as dificuldades que o serviço e as equipes apresentavam para desenvolver as

atividades propostas, porém acredita-se que contribuiu para minimizar esta problemática.

Uma limitação encontrada refere-se à participação dos profissionais de saúde, mesmo tendo sido pactuada anteriormente na reunião de planejamento. Cita-se a dificuldade de envolver alguns profissionais da equipe, como médicos e dentistas. Esses chegaram a presenciar os encontros, mas sentiu-se a falta da sua participação efetiva, emitindo opiniões, sugestões e esboçando interesse em contribuir para a prevenção e encaminhamento dos casos de câncer infanto-juvenil que possam surgir na área da UBS.

Mesmo diante dessa limitação, os resultados explicitam muitos benefícios e contribuições nos serviços para o diagnóstico precoce, mas que muitos ainda estão por vir, visto que os profissionais não se haviam deparado ainda com nenhum caso na sua área após as intervenções. Enfim, a pesquisa não se constituiu uma ação de intervenção finita, pelo contrário, constitui-se um processo de construção e desconstrução de conceitos e práticas instituídas nos serviços e em suas equipes.

REFERÊNCIAS

ANDRES, J.C.; SOUZA, A.I.J. Crianças e Adolescentes Sobreviventes ao Câncer: Desafios e Possibilidades. **Cienc Cuid Saúde**, 8(1):131-137. 2009.

AZEVEDO, M.C.C.V. et al. Atuação das equipes da atenção primária na identificação precoce do câncer infantojuvenil. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, 4(3):2692-01, jul./set. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições Persona; 2004.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Situação do câncer no Brasil**. Brasília, 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de atenção Oncológica. **Diário Oficial da União**, 2005, 8 dez. [citado 30 Julho 2013]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf. 11>.

BRANCO, I.M.B.H.P. Prevenção do Câncer e Educação em Saúde: Opiniões e Perspectivas de Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, 14(2): 246-9. 2005.

CAVICCHIOLI, A.C.; MENOSSI, M.J.; LIMA, R.A.G. Câncer Infantil: O Itinerário Diagnóstico. **Rev Latino-Am Enfermagem**, 15(5): 1025-1032. 2007.

CESTARI, M.E.W.; ZAGO, M.M.F. A Prevenção do Câncer e a Promoção de Saúde: Um Desafio para o Século XXI. **Rev Bras Enferm**, 58(2): 218-21. 2005.

DUPAS, G. et al. Câncer na infância: conhecendo a experiência do pai. remE – **Rev. Min. Enferm.**, 16(3): 348-354, jul./dez. 2012.

FORGIE, S.E.; ROBINSON, J.L. Pediatric malignancies presenting as a possible infectious disease. **BMC Infect Dis**. 7 (44): 1-6. 2007.

GRABOIS, M.F.; OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S. Childhood cancer and pediatric oncologic care in Brazil: access and equity. **Cad. Saúde Pública**. 27(9): 1711-20. 2011.

JAMES, B.O. et al. Factors influencing time to diagnosis of childhood cancer in Ibadan, Nigeria. **Afr Health Sci**. 9(4): 247–253. 2009.

MARCHI, J.A. et al. Câncer infantojuvenil: perfil de óbitos. **Rev Rene**, 14(4): 911-9. 2013.

NÓBREGA, L.L.R.; MONTEIRO, A.I. Contexto das práticas educativas do enfermeiro do programa saúde da família: estímulo à participação comunitária? **Rev. Téc-Cient Enferm**, v. 6, n. 18, p. 144-154. 2008.

CÂNCER INFANTO JUVENIL:

Um retrato clínico

*Érica Larissa Ferreira Barreto
Tatiane Aparecida de Queiroz
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda*

INTRODUÇÃO

O câncer é conhecido há muitos séculos e nas últimas décadas vem ganhando uma maior dimensão, convertendo-se em um problema de saúde pública mundial. No Brasil, as estimativas para o ano de 2014 serão válidas também para o ano de 2015 e apontam a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer e de aproximadamente 395 mil novos casos, excluindo-se os casos de câncer de pele não melanoma (BRASIL, 2014).

Nos últimos anos, houve uma diminuição significativa do número de óbitos em crianças e adolescentes por doenças infecciosas e parasitárias, doenças dos aparelhos circulatório e respiratório e afecções originadas no período perinatal. Por outro lado, ganham importância as mortes por neoplasias e por causas externas (violência e acidentes), logo a mortalidade por câncer é, atualmente, a primeira causa de mortes por doença nesta população (BRASIL, 2008).

Estima-se que a incidência dos tumores pediátricos no mundo varie entre 1% e 3% do total de casos de câncer. No Brasil, segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), esse percentual encontra-se próximo de 3% (BRASIL, 2014).

Cerca de 33% da população brasileira encontra-se abaixo dos 19 anos na projeção populacional estimada pelo censo demográfico 2010, logo, esses dados demonstram a importância do câncer infantojuvenil para a saúde pública, visto que o Brasil possui uma população jovem (BRASIL, 2014).

A associação entre fatores de risco e o câncer pediátrico ainda não está totalmente bem estabelecida no que diz respeito a fatores de risco ambientais e comportamentais associados a vários tipos de neoplasias na população adulta. Em geral, pouco se conhece sobre a etiologia do câncer na infância, principalmente por sua raridade, o que limita o poder estatístico de alguns estudos (BRASIL, 2011).

Nas crianças e adolescentes os sintomas do câncer são semelhantes a outras doenças,

o que dificulta o diagnóstico. Além disso, o não estabelecimento de diálogo efetivo entre responsável, criança e profissional, e o despreparo dos profissionais em identificar sinais e sintomas do câncer nessa população contribuem para o diagnóstico tardio (CAVVICCHIOLI; MENOSSI; LIMA, 2007).

Não diferente das demais parcelas da população, as crianças e adolescentes com câncer necessitam de um atendimento em saúde pautado na integralidade. A integralidade na atenção à saúde define-se como um princípio do SUS, que orienta políticas e ações programáticas voltadas às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, levando em consideração as dimensões biológica, cultural e social do indivíduo (SILVA; SENA, 2008).

Para que de fato a integralidade seja materializada na atenção a esse público, a rede de atenção à saúde precisa estar fortalecida. Não apenas os serviços de referência em oncologia, mas os serviços de diferentes níveis de complexidade necessitam estar preparados para atender as crianças e adolescentes acometidos pelo câncer.

A atenção primária, como porta de entrada do usuário no SUS, precisa atender os usuários garantindo resultados satisfatórios (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011), no sentido de reconhecer precocemente sinais e sintomas do câncer, proporcionando um encaminhamento imediato aos serviços de referência, bem como estes necessitam estar bem articulados com os demais níveis de atenção para que de fato se desenvolvam ações resolutivas.

Em Mossoró, cidade que nos últimos anos vem sendo polo de atenção à saúde da região oeste do Estado do Rio Grande do Norte, há um serviço de referência especializado em oncologia e hematologia que possui uma ala pediátrica disponível ao atendimento dos casos de câncer infantojuvenil. Esse espaço torna-se propício para a geração de dados e informações que venham evidenciar particularidades importantes que caracterizem os casos atendidos na região.

O objetivo deste estudo é caracterizar clinicamente os casos de câncer infantojuvenil (0 a 19 anos) diagnosticados entre os anos de 2008 a 2012 em um serviço de oncologia e hematologia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e documental, com abordagem quantitativa, realizado em um serviço especializado em onco-hematologia que atualmente é unidade de referência no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de câncer para toda a região oeste do Estado do Rio Grande do Norte. Tal serviço dispõe de um setor especializado que atende aos casos de câncer infantojuvenil.

Para atender aos objetivos da pesquisa optou-se pela busca de variáveis importantes nos prontuários que foram levantados a partir do Registro Hospitalar de Câncer. Foram incluídos casos diagnosticados entre os anos de 2008 e 2012 e pacientes com idade entre 0 e 19 anos no momento do diagnóstico de câncer. Vale salientar que o serviço em questão começou a atender crianças e adolescentes no ano de 2008, de modo que 100% da população atendida entre os anos de 2008 e 2012 foi incluída neste estudo.

De posse dos prontuários que se adequavam a tais critérios, foi realizado um estudo minucioso procurando responder a algumas variáveis contidas em um roteiro norteador delimitadas previamente e que envolviam algumas características sociais e demográficas, como idade, sexo e município de procedência; e clínicas, como ano em que foi realizado o diagnóstico, histologia da doença, exames para obtenção do diagnóstico, tratamento utilizado e óbito.

Os dados foram coletados entre os meses de setembro e novembro de 2013. Em nenhum momento houve qualquer tipo de identificação dos prontuários participantes, buscando assim preservar a identidade dos pacientes.

Os dados foram analisados a partir da construção de um banco de dados em formato xlsx. Para a construção de tabelas e gráficos utilizou-se Excel 2010, enquanto que os testes estatísticos foram feitos através do software estatístico Statistic Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, e o software livre estatístico R, versão 3.0.0. Para as conclusões e critérios de rejeição da hipótese nula, considerou-se um nível de significância de 5%. Todo o trabalho estatístico foi feito por profissional especializado na área para garantir a fidedignidade e relevância dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) sob o Parecer 356.740, buscando assim garantir o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No Registro Hospitalar de Câncer identificou-se um total de 51 prontuários que se adequavam aos critérios de inclusão da pesquisa. De acordo com a distribuição dos casos diagnosticados durante o espaço temporal da casuística, verificou-se que no ano de 2008 foram diagnosticados 27,45% do total de casos; no ano de 2009, 17,65%; no ano de 2010, 17,65%; em 2011, também 17,65% do total de casos; e em 2012, 19,60% de todos os casos diagnosticados entre 2008 e 2012.

Com relação à procedência dos pacientes atendidos, houve uma predominância de 56,86% dos pacientes residentes em Mossoró, seguidos pelos de Assú (5,88%), Caraúbas (5,88%), Governador Dix-Sept Rosado (5,88%), Apodi (3,93%), Baraúnas (3,93%). Outros municípios

como Areia Branca, Coronel João Pessoa, Ipanguaçu, Itajá, Martins, Messias Targino, São Rafael e Umarizal apresentaram um percentual de 1,96.

O sexo masculino apresentou-se como o mais prevalente (58,82%), assim como houve uma maior incidência em crianças menores de 12 anos (58%). Quanto ao tipo de histologia, a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) foi o tipo mais prevalente de câncer encontrado neste estudo (25,49%), seguido da Leucemia Mieloide Aguda (LMA) (19,61%) e do Linfoma não Hodgkin (19,61%).

Para detecção do câncer foram utilizados o exame de mielograma (34,00%), seguido por cirurgia (18,00%), imunofenotipagem (10,00%), tomografia computadorizada (10,00%), ressonância magnética (4,00%), entre outros (24,00%).

A maioria dos pacientes (90,00%) teve a histologia do tumor primário como base do diagnóstico, seguida por análise clínica (6,00%), exame por imagem (2,00%) e pesquisa clínica (2,00%).

O tratamento mais utilizado foi a quimioterapia (94,12%), seguido por radioterapia (23,53%), procedimento cirúrgico (19,61%), cuidados paliativos (1,96%) e transplante (1,96%). Quando ao prognóstico, 29,41% dos pacientes estudados foram a óbito por causa do câncer, e 70,59% estavam curados ou em palição.

Através do estudo foi possível verificar que não existe diferença no tempo de óbito pela doença versus histologia LMA, câncer de medula óssea, sexo, faixa etária e raça do paciente, entretanto, com relação à realização de radioterapia, está existindo uma diferença no tempo de óbito, ou seja, os pacientes que são submetidos ao procedimento possuem maior tempo até o óbito. Após a verificação pelo teste de Log-rank e considerando um nível de significância de 5%, foi evidenciado que existe diferença entre as curvas de sobrevivência quanto à realização de radioterapia, de modo que os pacientes que se submetem a este procedimento têm maior período até o óbito.

Através do teste Qui-Quadrado (χ^2), para um nível de significância de 5%, foi verificado que os pacientes que possuíam histologia LMA apresentaram maior taxa de óbito. O tempo médio de óbito dos pacientes foi de 330 dias, com desvio padrão de 440,20, enquanto que a metade dos indivíduos sobreviveu mais de 213 dias.

DISCUSSÃO

A cidade de Mossoró foi a que obteve uma maior frequência absoluta dos casos de câncer infantil, o que pode ser justificado pelo fato de o serviço onde o estudo foi realizado sediar-se nessa cidade e pela maior população. Há ainda que se levar em consideração que muitos pacientes, por medo de não serem atendidos nos serviços de saúde, informam endereço de algum parente ou conhecido na cidade.

Outras cidades estiveram presentes na casuística do estudo, sendo possível visualizar a importância desse serviço para toda a região. As distâncias percorridas são consideradas pequenas no que se refere às cidades de origem, evidenciando que o padrão do fluxo dominante de crianças e adolescentes com câncer mostra que o SUS apresenta razoável organização, regionalmente estruturada, e que as redes estabelecidas nesse âmbito contemplam a maioria dos pacientes (GRABOIS; OLIVEIRA; CARVALHO, 2013).

Um dado importante é que cidades pequenas como Governador Dix-Sept Rosado e Baraúna, as quais possuem uma população de 0 a 19 anos em torno de 4.000 e 10.000 pessoas (IBGE, 2011), respectivamente, apresentaram frequências absolutas similares a Assú e Apodi, que possuem o dobro de pessoas residentes nessa mesma faixa etária. As cidades vêm sendo transformadas pelo agronegócio.

Em estudo realizado em áreas vizinhas já no Estado do Ceará, os resultados sugeriram a influência das transformações produtivas, ambientais e sociais, sobre o perfil de morbimortalidade da população do baixo Jaguaribe, como reflexo do modelo produtivo químico-dependente adotado pelas empresas do agronegócio e da ampliação da vulnerabilidade da população (RIGOTTO et al., 2013).

A Política Nacional de Atenção Oncológica prevê a identificação dos determinantes e condicionantes das neoplasias malignas, a organização de uma rede de assistência nos diferentes níveis de complexidade, estabelecimento de fluxo de referência e contrarreferência, qualificação da assistência e desenvolvimento de educação permanente para os profissionais de saúde, de acordo com os princípios da integralidade e humanização (BRASIL, 2005).

Os dados anteriormente expostos sobre a incidência de câncer infantojuvenil em pequenos municípios são preocupantes e revelam a necessidade de que gestores e profissionais de saúde identifiquem os fatores que possam estar influenciando o perfil de saúde/doença dessa população, para, a partir disso, desenvolverem ações em saúde que de fato contribuam para a minimização ou eliminação desses fatores.

O princípio da integralidade prevê o desenvolvimento de ações preventivas e curativas em todos os níveis de atenção à saúde (SILVA; SENA, 2008). Desse modo, para garantir a efetivação desse princípio é preciso atuar não somente sobre a doença, mas também sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde/doença da população e assim produzir saúde.

Não há ainda estudos parecidos no Estado do Rio Grande do Norte, no entanto, as evidências mostram um incremento do número de doenças relacionadas à alteração da hematopoiese, resultando em leucemias e linfomas (BRASIL, 2014), exatamente o tipo histológico mais encontrado no período do estudo.

Como apontado anteriormente, as leucemias (RECH; SILVA; LOPES, 2013) estão entre

os tipos de câncer mais incidentes na população estudada e são decorrentes de um processo multifatorial que envolve a combinação de fatores genéticos, exposição a fatores ambientais e susceptibilidade individual. Alguns desses fatores ambientais que são discutidos na literatura envolvem a exposição a substâncias químicas, radiação ionizante e não ionizante, infecções, além de exposição materna a pesticidas, inseticidas e herbicidas; poeiras (metálicas, areia, cimento, concreto, madeira, carvão, fuligem, algodão, lã e/ou fibra de vidro); óleos (lubrificantes, fluido de corte, mineral e/ou outros); entre outros (FERREIRA et al., 2012).

Tendo em vista essas informações, pode-se inferir uma correlação positiva entre o crescente processo de industrialização e uma frequência de casos de câncer infantojuvenil que se assemelha à de uma cidade de maior porte e que possui um maior número de habitantes compreendendo a faixa etária estudada. Como exemplo, tem-se a cidade de Baraúna, que nos últimos anos vem sendo palco de expansão industrial e agrícola. Obviamente, são necessários estudos mais aprofundados e direcionados para essa característica.

Entretanto, a obtenção desse dado também alerta para a necessidade de uma maior atenção para essas cidades, principalmente através dos serviços de atenção primária, no sentido de que sejam desenvolvidas capacitações para os profissionais de saúde da atenção básica para que estes estejam aptos a reconhecer e encaminhar os casos suspeitos de câncer, visto que o maior impacto do diagnóstico precoce no câncer infantojuvenil está em proporcionar o início rápido do tratamento em centros especializados, pois dois terços dos cânceres infantis são considerados curáveis, se o diagnóstico for precoce e o tratamento administrado for adequado ao tipo de câncer (AZEVEDO et al., 2012).

A escassez de profissionais capacitados e a ausência de uma rede de assistência que garanta procedimentos diagnósticos e um tratamento adequado, devido à falta de referência e contrarreferência, constituem-se barreiras à integralidade (AZEVEDO et al., 2012).

As taxas de incidência para todos os tipos de câncer em crianças e adolescentes têm aumentado nas últimas décadas. A LLA foi o tipo mais prevalente de câncer encontrado neste estudo (25,49%), seguido da LMA (19,61%) e do Linfoma não Hodgking (19,61%). Dessa forma, os dados estão em consonância com a literatura nacional, na qual as leucemias são o tipo de câncer infantil mais comum na maioria das populações, correspondendo entre 25% e 35% de todos os tipos (BRASIL, 2008; MUTTI, PAULA, SOUTO, 2010). Esta é uma importante patologia clínica, visto que para 2012 foram estimados cerca de 350 mil casos novos e 265 mil óbitos por leucemia no mundo (BRASIL, 2011).

Os linfomas também são prevalentes na população estudada, corroborando com dados que apontam que em países em desenvolvimento os linfomas correspondem ao segundo lugar, ficando atrás apenas das leucemias. Já nas crianças norte-americanas os linfomas ocupam o terceiro lugar (BRASIL, 2008). O linfoma não Hodgkin (LNH) do subtipo histológico Burkitt

foi o mais encontrado. Em estudo realizado em um serviço de oncologia no Nordeste brasileiro, também foi possível observar uma predominância desse subtipo na população estudada (PEDROSA et al., 2007).

No presente estudo não foi relacionado na descrição dos casos um dos tipos de câncer infantojuvenil que também ocupa um lugar de destaque na literatura atual: o de Sistema Nervoso Central (SNC); o que pode ser explicado tanto pela baixa incidência, estando assim dentro da categoria “outros”, como também pode existir problemas de subdiagnóstico, necessitando de estudos que possam explicar esse quadro.

O sexo masculino foi o mais acometido, assim como a faixa etária dos pacientes mais prevalentes se enquadra entre os menores de 12 anos, estando esses dados em consonância com a literatura. A LLA é mais comum em meninos do que em meninas, numa proporção de 1, 2:1, e é mais comum em crianças brancas do que negras (1,8:1) (CARAM et al., 2012).

A partir dos dados relacionados aos exames que serviram como base para o diagnóstico e aos exames mais utilizados no decorrer do seguimento por esses pacientes, se tem como proposta apontar a importância e o alto uso dos mesmos nos casos de câncer infantojuvenil.

O exame mais realizado foi o mielograma, visto ser um exame diagnóstico que avalia a medula óssea, um dos sítios mais acometidos por câncer nessa população. Aliado ao mielograma, há a imunofenotipagem, que proporciona diversos benefícios no acompanhamento dos pacientes com neoplasias hematológicas, pois se for realizada pela técnica de Citometria de Fluxo (CMF) é útil tanto no diagnóstico, classificação, prognóstico, estadiamento, monitoramento, além da caracterização fenotípica das células hematopoiéticas hematológicas (QUIXABEIRA; SADDI, 2008).

Todos os exames realizados favorecem a classificação do subgrupo exato de células, permitindo melhor adequação ao tratamento. Atualmente, também são utilizados para o diagnóstico e acompanhamento vários métodos de imagens, como: radiografia convencional, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética (MUTTI; PAULA; SOUTO, 2010).

Um sistema de referência e contrarreferência eficiente e o acesso dos usuários aos exames são fundamentais para que se possa oferecer um atendimento integral, reduzir o número de crianças e adolescentes com diagnóstico tardio do câncer e a consequente mortalidade causada por essa doença nessa população (AZEVEDO et al., 2012).

O tratamento da criança com câncer é um dos maiores exemplos de sucesso nas últimas décadas. A melhora é atribuída aos avanços terapêuticos e aos métodos de diagnóstico precoce. O tratamento deve ser selecionado de acordo com uma classificação com riscos padronizados, tais como índice do Ácido Desoxirribonucleico (DNA), citogenética, resposta precoce à terapia, imunofenotipagem e presença de doença no sistema nervoso central. Um dado importante

apresentado na literatura é a inversão positiva que houve nos últimos anos, onde o câncer infantojuvenil passou de 85% de taxa de mortalidade para 85% de taxa de cura (BRASIL, 2008).

O tratamento mais instituído foi a quimioterapia, podendo ser compreendida essa prevalência a partir da observação de que as leucemias geralmente respondem bem a esse tipo de tratamento. Combinações de drogas quimioterápicas, a adição de esquemas de manutenção e o tratamento profilático de doença do sistema nervoso central melhoraram significativamente a sobrevida (BRASIL, 2008).

No que se refere à mortalidade foi percebido que menos da metade dos pacientes evoluiu para óbito decorrente do câncer. No entanto, é necessário atentar para os entraves das informações que se referem à mortalidade, que vão desde informações limitadas coletadas das declarações de óbito até problemas identificados em outros estudos, como o não preenchimento acurado da causa básica de morte. Para refletir acerca disso e propor um aprimoramento e direcionamento desses dados em estudos futuros, foi relatado na literatura que, se a causa primária dos óbitos fosse concordante com o diagnóstico inicial, a mortalidade proporcional sofreria um aumento significativo para algumas neoplasias, como câncer de estômago, pulmão e fígado (OLIVEIRA et al., 2014).

A radioterapia é referenciada como uma das opções terapêuticas mais eficientes no controle locorregional do avanço do câncer. De acordo com Colégio Brasileiro de Radiologia (2014) e o INCA (BRASIL, 2002) existem relações positivas entre a radioterapia e o aumento da sobrevida em pacientes com câncer de pulmão e pacientes com metástases cerebrais. Quanto ao uso de radioterapia em crianças com câncer, não foram encontrados estudos conclusivos. No entanto, é necessário levar em consideração esse dado e buscar em estudos futuros um aprofundamento dessa relação, tendo em vista o aprimoramento do tratamento para os pacientes oncológicos dessa faixa etária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo foi de extrema importância, por ser pioneiro na região abrangendo essa população e tendo por objetivo a investigação das características clínicas. O mesmo ainda permite a visualização de parâmetros importantes para o diagnóstico e acompanhamento desses jovens e crianças com câncer e uma reflexão sobre a importância de se garantir um atendimento integral e que dê conta das necessidades de saúde/doença dessa população.

Vale ressaltar aqui que informações regionais que expressam a totalidade de casos em um determinado espaço temporal são de extrema significância para que se possa avaliar e comparar parâmetros importantes, bem como difundir os mesmos para que possam ser

discutidos com outros estudos e realidades.

O conhecimento dos tipos de câncer mais prevalentes, como a LLA, o linfoma não Hodgking, entre outros, evidencia a necessidade do maior conhecimento dos sinais e sintomas dessas patologias pelos profissionais de saúde para que o diagnóstico precoce seja uma realidade na região.

Um ponto importante observado no estudo foi a relativa alta incidência de casos de câncer infantojuvenil em cidades pequenas, mas em franco desenvolvimento industrial e agrícola. Logo, é importante que essas cidades tenham o conhecimento desses dados e possam incentivar um trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica voltado para a detecção precoce desses casos, bem como busquem estudar e reconhecer os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde/doença dessa população para que se possa desenvolver ações não somente curativas, mas também preventivas, como preconiza o princípio da integralidade.

O conhecimento dos métodos diagnósticos e tratamentos possibilita visualizar a importância de cada um, bem como perceber que estão seguindo as diretrizes que são recomendadas na literatura atual.

O aumento da sobrevida com o uso da radioterapia foi um parâmetro novo encontrado e de extrema importância, pois oferece a possibilidade de um novo paradigma para o tratamento do câncer nessa faixa etária, sendo necessário o aprofundamento em estudos posteriores, uma vez que, apesar de ser a totalidade dos casos no período, o n do estudo é pequeno, bem como não houve seguimento de casos.

A maior dificuldade encontrada para a realização deste estudo deveu-se ao preenchimento incompleto dos prontuários, o que acabou impossibilitando a caracterização epidemiológica da população, já que os prontuários traziam poucos dados epidemiológicos. Outra dificuldade encontrada relaciona-se ao fato de que não houve uma padronização do estadiamento da maioria dos casos investigados, comprometendo assim a avaliação do estado clínico do câncer quando do diagnóstico dessas crianças e adolescentes. Dessa forma, sugere-se um aprimoramento do preenchimento dos prontuários tendo em vista a aquisição desses e de outros dados relevantes para estudos posteriores.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.

AZEVEDO, M. C. C. V. et al. Atuação das equipes da atenção primária na identificação precoce

do câncer infanto-juvenil. **R. pesq.: cuid. fundam.**, v. 4, n. 3, p. 2692-2701, jul./set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Câncer da criança e adolescente no Brasil**: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. **Diário Oficial da União**, 2005, 8 dez. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Vigilância do câncer e de fatores de risco**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/>>. Acesso em: 30 de Julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Carcinoma de Pulmão de Células não Pequenas**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/conduas.pdf> Acesso em: 20 de Julho de 2014.

CARAM, A. L. A. et al. Desnutrição em Crianças até 12 Anos com Leucemia Atendidas no Grupo em Defesa de Criança com Câncer no Município de Jundiaí, SP. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 2, p. 231-239, 2012.

CAVVICCHIOLI, A. C.; MENOSSI, M. J.; LIMA, R. A. G. Câncer infantil: o itinerário diagnóstico. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 15, n. 5, p. 1025-32, 2007.

FERREIRA, Jeniffer D. et al. Exposições ambientais e leucemias na infância no Brasil: uma análise exploratória de sua associação. **R. bras. Est. Pop.**, v. 29, n. 2, p. 477-492, jul./dez. 2012.

GRABOIS, M. F.; OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 368-378, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

MUTTI, C. F.; PAULA C. C.; SOUTO M. D. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 1, p. 71-83, 2010.

OLIVEIRA, P. P. V. et al. Confiabilidade da causa básica de óbito por câncer entre Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil e Registro de Câncer de Base Populacional de Goiânia, Goiás, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 296-304, fev. 2014.

PEDROSA, M. F. et al. Linfomanão-Hodgkin na infância: características clínico-epidemiológicas e avaliação de sobrevida em um único centro no Nordeste do Brasil. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 6, p. 547-554, 2007.

QUIXABEIRA, V. B. L.; SADDI, V. A. A importância da imunofenotipagem e da citogenética no diagnóstico das leucemias: uma revisão da literatura. **RBAC**, v. 40, n. 3, p. 199-202, 2008.

RECH, B. C. S.; SILVA, I. M.; LOPES, R. C. S. Repercussões do câncer infantil sobre a relação conjugal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 29, n.3, p. 257-265, set. 2013.

RIGOTTO, R. M. et al. Tendências de agravos crônicos à saúde associados a agrotóxicos em região de fruticultura no Ceará, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 3, p. 763-773, 2013.

SHAW, E. G. et al (Org.) Grupo de Trabalho de Metástase Cerebral. Critérios de adequação do ACR. Colégio Brasileiro de Radiologia. **Metástases cerebrais múltiplas**. Disponível em: <http://cbr.org.br/wp-content/biblioteca-cientifica/v2/07_03.pdf> . Acesso em: 30 de Julho de 2014.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

A DOR NA CRIANÇA COM CÂNCER: CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

*Ellen Myrela de Souza Andrade
Sâmara Sirdênia Duarte de Rosário
Míria Helen Ferreira de Souza
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira*

INTRODUÇÃO

Define-se dor como uma sensação ou experiência emocional desagradável causada por um dano tecidual real ou potencial e descrita em termos de tal dano, caracterizando-se como aguda, crônica ou recorrente (IASP, 2008). Salienta-se que os mesmos problemas dolorosos que afetam os adultos podem afetar também as crianças, contudo merece destaque em pediatria a atenção para as dores crônicas de origem oncológica.

Crianças com câncer têm dor e experiências semelhantes aos adultos, com o agravante que esse grupo etário, na maioria das vezes, tem dificuldade de verbalizar e demonstrar o que sente. Desse modo, a criança enfrenta problemas como longos períodos de hospitalização, reinternações, terapêutica agressiva com efeitos indesejáveis, interrupção das atividades diárias, limitações na compreensão do diagnóstico, ausência de condição financeira da família, angústia, sofrimento e, dentre eles, a dor (DIEFENBACH; MOTTA, 2012).

No campo da oncologia, a dor apresenta-se de forma aguda caracterizada por ser breve e de fácil localização, ou crônica, dor persistente e de difícil localização. Do ponto de vista funcional, as crianças portadoras de câncer manifestam-se de forma diferenciada em relação à dor que sentem. As diferenças acontecem de acordo com a faixa etária, ou seja, quanto mais crescem, mais tolerantes, desenvolvem a habilidade de cooperar com o tratamento ofertado, melhoram o temperamento e a maturidade cognitiva que permitem à criança comunicar a presença da dor através do choro, caretas e posturas corporais quando bebê, e em forma de reclamações sobre a algia com pessoas que julgam ser capazes de eliminá-la (TORRITESI; VENDRÚSCULO, 1998).

Destarte, julga-se importante pensar acerca dos processos interventivos minimizadores da dor na criança portadora de câncer, destacando-se o fortalecimento das relações entre os sujeitos envolvidos, paciente, familiares e equipe de enfermagem, com o intuito de que, no processo de cuidar, estejam entrelaçados a escuta sensível e o olhar atento, aspectos

possibilitadores de um tratamento integral (MONTEIRO et al., 2015).

Ademais, acrescenta-se que as estratégias de atenção da equipe de enfermagem implicam no compromisso de oferecer um cuidado integral para melhorar a qualidade de vida da criança e dos seus familiares, destacando ações interativas que se fundamentam na relação de respeito e valorização do ser cuidado, procurando promover sistematicamente o que há de saudável para proporcionar o conforto (MONTEIRO et al., 2012; BERNADÁ, 2010).

Desse modo, o controle e o alívio da dor na assistência à criança com câncer têm-se mostrado como objeto de preocupação constante da equipe de enfermagem na busca de intervenções que possam minimizar ou evitar problemas de ordem físico-emocional relacionados ao tratamento, à evolução da doença e à assistência à criança em fase terminal (DIEFENBACH; MOTTA, 2012). Diante do exposto, indaga-se: Quais as estratégias terapêuticas utilizadas pela equipe de enfermagem no alívio da dor na criança portadora de câncer em tratamento?

O objetivo do estudo foi conhecer as principais estratégias terapêuticas utilizadas pela equipe de enfermagem para o alívio da dor da criança em tratamento oncológico.

A relevância do estudo centra-se na necessidade de construir subsídios para melhoria da prática de enfermagem na atenção oncológica, especificamente na atenção à criança com dor derivada do câncer. O mapeamento da dor sentida pela criança vítima de neoplasias malignas e ainda a mensuração da consequência da mesma no estado emocional e físico do sujeito possibilitam incorporar novas estratégias de cuidado de enfermagem, contribuindo para a evolução de melhoria do quadro clínico da criança até a sua cura ou com a evolução para o óbito. Além de contribuir para o desenvolvimento de um olhar em busca da integralidade do cuidado ao paciente oncológico e sua família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento dessas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, às mais complexas (LAKATOS; MARCONI, 2009).

O estudo foi desenvolvido em um hospital para tratamento oncológico em uma cidade de médio porte da região oeste do Estado do Rio Grande do Norte, referência no atendimento a pacientes com câncer para o município sede, para toda região oeste e alto oeste do estado e para algumas cidades do estado vizinho, Ceará.

O universo da pesquisa constituiu-se de 46 profissionais, entre eles enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem atuantes no hospital exposto a priori. A amostra foi composta de 13 profissionais que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão:

trabalhar há mais de 6 meses na referida instituição e atuar na assistência direta à criança com câncer.

A coleta de dados foi realizada mediante preenchimento de um questionário autoaplicado à equipe de enfermagem, constituído de duas partes: a primeira contendo perguntas fechadas sobre a caracterização dos sujeitos, e a segunda parte contendo perguntas abertas e fechadas sobre as estratégias terapêuticas utilizadas pelos profissionais de enfermagem relacionadas à dor da criança com câncer.

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados do Programa Excel® (2007) e posteriormente exportados para o Statistical Package for the Social Sciences - SPSS® versão 19.0. A análise dos dados se realizou através de estatística descritiva apresentada através de tabelas com frequências absolutas e percentuais.

O estudo seguiu todas as exigências da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, através da solicitação do consentimento expresso da população estudada e após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Potiguar, sob o número de protocolo 078/2011 e CAAE – 0077.0.052.000-11.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 13 profissionais da equipe de enfermagem entrevistados, 92,3% (12) eram do sexo feminino, com predomínio da faixa etária entre 28 e 33 anos de idade (38,4%), exercendo funções de nível técnico 46,1%. Em relação ao tempo de atuação na instituição, predominou o período de 4 a 6 anos (38,4%), seguido pelo período de 7 a 9 anos (30,8%). Destes, apenas um profissional (7,7%) atuava há mais de 10 anos. Conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e profissionais dos participantes da pesquisa, quanto ao sexo, faixa etária, cargo/função, tempo de atuação. Brasil, 2012

Caracterização dos profissionais	Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	0	0,0	1	7,7	1	7,7
Feminino	5	38,5	7	53,8	12	92,3
Faixa etária						
28 a 33	4	30,7	1	7,7	5	38,4
34 a 39	1	7,7	3	23,1	4	30,8
40 a 45	0	0,0	1	7,7	1	7,7
45 ou mais anos	0	0,0	3	23,1	3	23,1
Cargo/Função						
Coordenador de enfermagem	4	30,8	0	0,0	4	30,8
Coordenador de pesquisa	1	7,7	0	0,0	1	7,7
Funções de nível técnico	0	0,0	8	61,5	7	61,5
Tempo de atuação						
1 a 3 anos	2	15,3	1	7,7	3	23,2
4 a 6 anos	2	15,3	3	23,1	5	38,4
7 a 9 anos	1	7,7	3	23,1	4	30,8
Mais que 10 anos	0	0,0	1	7,7	1	7,7
Total	5	38,3	8	61,6		100,0

Fonte: elaborada pelos autores.

O predomínio de enfermeiras e técnicas de enfermagem mulheres no estudo é reflexo do processo de feminização da enfermagem. O cuidado, objeto central da profissão, concebe-se como ação feminina, produto das qualidades naturais das mulheres, da sua vocação e instinto materno, de educar e servir. Inserida neste contexto cultural, a enfermagem favorece o elevado número de mulheres no mercado de trabalho qualificado (APERIBENSE; BARREIRA, 2012).

Corroborando com outros estudos, os dados mostraram a divisão técnica e social do trabalho de enfermagem, na qual ao enfermeiro, “os mais qualificados”, cabe o trabalho mais intelectual, e aos auxiliares, “menos qualificados”, cabe o trabalho manual (BUJDOSO et al., 2007).

No que se refere ao tempo de atuação houve predomínio de um período curto, fato que se deve levar em consideração pelo tempo de existência do hospital, em torno de 15 anos. Pode-se considerar, também, o fato de o hospital ser uma instituição de cunho privado e apresentar certa rotatividade de funcionários em decorrência da instabilidade dos vínculos trabalhistas.

Apresentam-se na Tabela 2, o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os aspectos avaliativos da dor na criança com câncer, fármacos utilizados e quais estratégias de alívio da dor.

Verificou-se que 76,9% dos profissionais conheciam alguma escala de avaliação da dor. Todos os enfermeiros afirmaram conhecer algum tipo de escala, no entanto apenas cinco técnicos de enfermagem informaram ter esse conhecimento. Em relação aos tipos de escalas,

38,5% dos profissionais afirmam conhecer a escala numérica e 23,1% indicaram conhecer a escala numérica e de faces.

Destaca-se a avaliação da dor oncológica na criança através da presença de alterações do paciente (76,9%), além do relato de queixa de dor (69,2%) e pelo uso de escalas de avaliação (46,1%). Ressalta-se, ainda, o fato de um respondente, técnico de enfermagem, informar não saber como realizar a avaliação da dor.

Dentre os fármacos mais utilizados para o alívio da dor oncológica, estavam a Morfina (53,8%), a Dipirona e analgésicos em geral não especificados (46,2%). Entre as estratégias não farmacológicas mais utilizadas destacaram-se a aplicação de compressas frias ou mornas no local e massagens no local da dor (38,5%) e utilização de conversas e apoio emocional de suporte (30,8%).

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre escalas de dor, tipos de escalas, como avaliar a dor, fármacos utilizados, estratégias não farmacológicas utilizadas. Brasil, 2012

Conhecimento dos profissionais	Enfermeiro		Técnico de Enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conhecimento de escalas de dor						
Sim	5	38,5	5	38,5	10	76,9
Não	0,0	0	3	23,1	3	23,1
Tipos de escala que conhece						
Escala numérica	2	15,4	3	23,1	5	38,5
Escala de faces	1	7,7	1	7,7	2	15,4
Outras escalas	2	15,4	0	0,0	2	15,4
Escala numérica e de faces	2	15,4	1	15,4	3	23,1
Como avalia a dor						
Escalas de dor	4	30,8	2	15,4	6	46,1
Queixa de dor	5	38,5	4	30,8	9	69,2
Alterações do comportamento	4	30,8	6	46,1	10	76,9
Variações fisiológicas	0	0,0	3	23,1	3	23,1
Não sabe avaliar	0	0,0	1	7,7	1	7,7
Outros métodos	1	7,7	0	0,0	1	7,7
Fármacos utilizados						
Morfina	2	15,4	5	38,4	7	53,8
Dipirona (SOS)	2	15,4	4	30,8	6	46,2
Tramal	1	7,7	0	0,0	1	7,7
Cadeína	0	0,0	2	15,4	2	15,4
Analgésicos em geral	3	23,1	3	23,1	6	46,2
Uso de Estratégias não farmacológicas						
Compressas frias ou mornas	1	7,7	4	30,8	5	38,5
Massagem local	2	15,4	3	23,1	5	38,5
Apoio emocional	1	7,7	3	23,1	4	30,8
Conversa	1	7,7	3	23,1	4	30,8
Atividade lúdica	1	7,7	1	7,7	2	15,4

Fonte: elaborada pelos autores.

A dor causa o sofrimento humano e, nesse sentido, deve ser avaliada no ambiente clínico onde estão inseridos os profissionais da saúde, daí a pertinência de uma reestruturação dos saberes a fim de que a equipe de enfermagem possa acompanhar de modo mais eficiente os cuidados prestados às crianças com dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

O emprego da escala de avaliação da dor mostra-se como uma forma de compreender o estado do paciente, bem como promover um acompanhamento que atenda suas necessidades (BOTTEGA; FONTANA, 2010). No entanto, o estudo observou que a equipe de enfermagem não se encontrava apta a aplicar devidamente o seu conhecimento teórico para o controle eficaz da dor em crianças. Esses resultados podem indicar que os participantes simplesmente não tinham os conhecimentos teóricos, ou então, não estavam preparados para aplicar na prática (TWYECROSS, 2007).

A reestruturação dos saberes perpassa uma discussão que possa pensar a integralidade como eixo norteador, no sentido de reorganizar as práticas e ações nos serviços de saúde. Desse modo, significa pensar uma assistência em que se evite o reducionismo do paciente à doença que o acomete, fazendo-se necessário conhecer métodos que auxiliem os profissionais a manter uma visão sobre o todo, com o intuito de prevenir complicações e promover saúde na tríade mente, corpo e espírito (MATTOS, 2001 apud GONZE; SILVA, 2011).

Na pesquisa realizada por Gonze e Silva (2011), que tinha como objeto de estudo a integralidade na formação em saúde, pôde-se constatar que o modelo predominante de assistência, nos dias de hoje, ainda é o biomédico, o qual valoriza o cuidado de saúde inerente somente ao órgão ou parte do corpo que se encontra doente, esquecendo o sujeito em sua totalidade. Este sistema de cuidado revela uma assistência tecnicista e fragmentada, haja vista que o cuidado integral deve favorecer ações de saúde que promovam assistência preventiva e curativa, individual e coletiva correspondente a cada sujeito, respeitando seus aspectos culturais, sociais, econômicos, psicológicos e biológicos em todo e qualquer nível de complexidade do sistema de saúde.

A identificação de signos de dor, entre eles, choro, gemido, mudanças dos sinais vitais e exagero ou ausência de comunicação, corrobora o tratamento terapêutico das crianças com dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010). A avaliação da dor oncológica pode ser observada por meio das expressões faciais das crianças, das reações orgânicas em relação à dor e das formas de interação demonstradas por essa criança que vivencia a dor (CAMARGO; KURASHIMA, 2007).

Ressalta-se que existem três tipos de tecnologias que assistem o tratamento: (i) as que priorizam o vínculo e o acolhimento, permitindo a autonomia do paciente, que são consideradas como tecnologias leves; (ii) as que enfatizam os saberes estruturados, denominadas de leves-duras; (iii) e as que utilizam equipamentos tecnológicos, chamadas de duras. Diante disso, percebemos a necessidade da associação das diversas tecnologias no alívio da dor da criança com câncer, diagnosticando a singularidade de cada usuário e identificando a melhor terapêutica a ser utilizada (MERHY, 2005 apud GONZE; SILVA, 2011).

As três tecnologias acima mencionadas, associadas ao processo de cuidado integral da criança portadora de câncer, devem ser utilizadas de forma global, haja vista que uma

complementa a outra, porém, ressalta-se que a intenção com a qual a tecnologia aplica-se a serviço do paciente torna-se fundamental no tratamento. A ação de cuidar da criança com dor oncológica mostra-se de grande relevância, uma vez que esse pressuposto remete à reflexão de que o objeto da saúde ao qual a equipe de enfermagem se dispõe não pode se reduzir somente à cura, mas deve se voltar à produção do cuidado, seja ele individualizado ou coletivo. Deste dependem a cura e a saúde.

No ano de 1982, a dor foi considerada uma prioridade em relação ao câncer pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Dois anos depois, o uso de analgésicos foi considerado fundamental ao tratamento do paciente com neoplasia maligna e, nesse mesmo período, constatou-se ineficácia no tratamento antiálgico com crianças com dor, por isso, a aplicação de analgésicos também foi recomendada para elas (CAMARGO; KURASHIMA, 2007).

Os fármacos mais citados, no alívio da dor das crianças com câncer hospitalizadas na instituição estudada, foram a Morfina e a Dipirona. Embora se tenha identificado a prevalência do uso desses dois fármacos citados anteriormente, na instituição, estudos mostram que o Paracetamol é o agente analgésico mais usado em Pediatria, principalmente no tratamento da dor ligeira a moderada (AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 2009).

Com o objetivo de identificar as medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem para o alívio da dor nas crianças, constatou-se que os técnicos são eram os profissionais que mais realizavam estas atividades, especialmente, a utilização de conversas e apoio emocional e a aplicação de massagens, mostrando uma maior aproximação com a criança.

Observou-se que o uso das tecnologias leves-duras e duras ainda representa uma das estratégias mais aplicadas no tratamento das crianças acometidas de dor oncológica. Os motivos que justificam a posição secundária atribuída às tecnologias de cunho leve são evidenciados quando os enfermeiros partícipes da pesquisa demonstraram pouca afinidade com a aplicação de ações dinâmicas que diversifiquem a assistência à criança, priorizando, assim, o uso de técnicas medicamentosas detentoras de alívio imediato.

A prioridade dada ao tratamento da dor por intermédio das tecnologias leves-duras e duras, em detrimento do uso das tecnologias leves, desconsidera a integralidade em sua essência. A equipe de enfermagem necessita organizar as atividades assistenciais cotidianas diversificadas, de modo a garantir à criança a participação em ações preventivas que culminem no alívio da dor sem que esta torne-se refém de medicamentos.

Dentre as políticas estabelecidas pela OMS está o uso de terapias complementares nos sistemas de atenção à saúde. Nesse caso, os métodos físicos, mecânicos e cognitivos pontuados pelos sujeitos da pesquisa corroboram a melhoria do desconforto e possibilitam alternativas além do uso de fármacos analgésicos (GRANER; ROLIM, 2010).

Ressalta-se que a dor em crianças tem toda uma peculiaridade: requer sensibilidade e competência do profissional de saúde ao ser avaliada, pois a criança é a única que pode medir ou expressar com exatidão a intensidade da dor que está sentindo, dependendo de seu desenvolvimento, cabendo aos profissionais de saúde buscar a melhor maneira de percebê-la e avaliá-la, para, então, tratá-la.

O sujeito que adere à prática da enfermagem necessita exercitar a sensibilidade de perceber-se no outro. Agir dessa forma sinaliza buscar critérios para minimizar o sofrimento alheio. Partindo do princípio de que podemos nos enxergar no outro, o distanciamento dos reducionismos que submetem o tratamento dos males ao uso de fármacos poderá vir a ser visto como recurso de cuidado. Gonze e Silva (2011) afirmam que a integralidade mostra-se como caminho que trilha a construção de ações assistencialistas com vistas a uma perspectiva de saúde igualitária, qualitativa, ampliada e humanística.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que a maioria dos profissionais pesquisados se compunha de técnicos de enfermagem, com idade entre 28 e 33 anos de idade, do sexo feminino, que atuavam na assistência, com tempo de cuidados às crianças portadoras de câncer entre 4 e 6 anos.

Observou-se que os profissionais enfermeiros conheciam as escalas de dor e havia um déficit de conhecimento para a avaliação da dor pelos técnicos de enfermagem, além de dificuldades dos profissionais acerca da existência e do tipo de escalas de dor. Os resultados apontaram também para estratégias farmacológicas, como o uso da Morfina e Dipirona, e não farmacológicas, como apoio psicológico, conversas, massagens e compressas, para o alívio da dor na criança.

Desse modo, fica clara a necessidade de investimento em uma formação teórico-prática que promova um pensamento crítico frente à prestação de serviços de saúde que envolva um atendimento integral ao usuário. A equipe de enfermagem carece despertar para a sensibilidade diante da criança com dor, relacionando uma assistência clínica efetiva a procedimentos que permitam o conhecimento da história de vida do usuário em todas as dimensões. Nessa projeção, o enfermeiro, o médico, a família e a criança acometida de dor oncológica são parceiros na busca de soluções para os problemas, respaldando-se sempre nos aspectos biopsicossocial, cultural e espiritual inerentes à integralidade.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de ampliar conhecimentos, formando profissionais de saúde cada vez mais aptos a tratar a dor na criança. Torna-se, por isso, necessária a implementação de estratégias de formação dirigidas que contemplem uma abordagem multidisciplinar da dor e a capacitação dos profissionais no sentido de seguir um

protocolo que possa respaldar cientificamente as ações da equipe de enfermagem para a garantia do alívio da dor na criança com câncer.

REFERÊNCIAS

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Module 6 Pain Management : Pediatric Pain Management. **CME program**. 2009.

APERIBENSE, P. G. G. S.; BARREIRA, I. A. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-482, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-2342008000300009>.

BERNADÁ, M. et al. Abordaje del niño con una enfermedad pasible de cuidados paliativos: Visión desde la Unidad de Cuidados Paliativos del Centro Hospitalario Pereira Rossell. **Arch. Pediatr. Urug**, Montevideo, v. 81, n. 4, dic. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168812492010000400004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 18 set. 2015.

BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, nº 2, 19(2): 283-90, abr./jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 1996. **Conselho Nacional de Saúde – CNS**. Brasília - DF, 1996.

BUJDOSO, Y. L. V. et al . A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1363-1374, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000500034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2015.

CAMARGO, B.; KURASHIMA, A. Y.. **Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica: o cuidar além do cuidar**. 1 ed. São Paulo: Lemar, 2007.

DIEFENBACH, G.D.F., MOTTA, M.G.C. O cuidar em enfermagem: família e criança com dor

oncológica. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/24752/19035>>. Acesso em: 17 set. 2015.

GRANER, K. M.; JUNIOR, A. L. C.; ROLIM, G. S. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 345 – 355. 2010.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1. 2011.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN (IASP). **Definition of pain; Pain Terminology; Curriculum on Pain for Students in Psychology**. 2008. Disponível em: <www.iasp-pain.org>. Acesso em: 24 jun. 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MONTEIRO, A.C.M., RODRIGUES, B.M.R.D., PACHECO, S.T.A. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura atual. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 16: 741-6. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/14.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2015.

TORRITESI, P.; VENDRÚSCULO, D.M.S. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 49-55, out. 1998.

TWYLCROSS, A. What is the impact of theoretical knowledge on children's nurses' post-operative pain management practices? An exploratory study. **Nurse Education Today**, 27: 697–707. 2007.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN

*Jéssica Micaele Rebouças Justino
Maria Dayanne Soares de Oliveira
Tatiane Aparecida de Queiroz
Kênnia Stephanie Morais Oliveira*

INTRODUÇÃO

O câncer cérvico-uterino, também conhecido como cervical, é uma patologia resultante de alterações que produzem um crescimento celular desordenado, representando o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres de todo o mundo. O número de mortes ocasionadas pelo câncer cérvico-uterino poderia ser evitado, quando diagnosticado precocemente e tratado com antecedência permite a cura de até 100% dos casos (INCA, 2014).

O Brasil apresenta ainda uma alta taxa de mortalidade devida a esse tipo de câncer, mesmo sendo um dos primeiros países que utilizaram a colposcopia associada ao exame citopatológico (Papanicolau) para o diagnóstico. Isso ocorre também, na maioria das vezes, devido ao acesso limitado às informações e aos serviços de saúde. O que remete à busca da efetivação do princípio da integralidade propagado e almejado para a construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que se volta para o atendimento das necessidades dos indivíduos em seus múltiplos aspectos e nos diferentes níveis de atenção. Conforme as necessidades apresentadas pelos usuários, estes têm direito a serem atendidos com ações e serviços de saúde que não se limitem à atenção básica, dando acesso a outros serviços, como de média e alta complexidade, tendo como finalidade a resolubilidade de suas necessidades (ASSIS et al., 2010).

O colo uterino é revestido por várias camadas de células epiteliais pavimentosas; quando essas células sofrem alterações, podendo evoluir ou não para a ocorrência de lesão cancerosa, recebem o termo NIC (Neoplasia Intra-Epitelial Cervical), que foi criado com o objetivo de prever a gravidade dessas lesões, apresentando-se em graus evolutivos: NIC I, NIC II e NIC III (VIEIRA, 2012).

A NIC I, também conhecida como displasia leve, é quando ocorre uma alteração celular que acomete as camadas mais profundas do epitélio estratificado do colo do útero.

NIC II, também chamada de displasia moderada, acontece quando há alterações celulares que acometem três quartos da espessura do colo do útero; e a NIC III, conhecida também como displasia acentuada e carcinoma in situ, sendo a mais grave de todas, ocorre quando há o desarranjo celular de todas as camadas do epitélio sem a invasão do tecido conjuntivo subjacente (BRASIL, 2013).

As células com anomalias são classificadas em ASCUS (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado) e ASGUS (Células Glandulares Atípicas de Significado Indeterminado); nesses diagnósticos existem alterações citopatológicas que merecem acompanhamento e melhor investigação, pois podem ser precedentes do câncer cérvico-uterino. Porém nesses casos não são encontradas alterações celulares que possam ser classificadas como neoplasia intraepitelial cervical (SOARES; SILVA, 2010).

A população feminina está propícia a diversos fatores que podem desencadear a evolução de lesões no colo uterino, causando o câncer cérvico-uterino. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013), alguns dos fatores que desenvolvem essas alterações celulares provocando lesões no colo uterino são: a infecção prévia pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV); início da vida sexual precoce; multiplicidade de parceiros; história de pré-infecções por diversas doenças sexualmente transmitidas (da mulher e de seu parceiro); multiparidade; tabagismo; etilismo; alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, betacaroteno e folato, bem como o uso de anticoncepcionais.

De acordo com França-Júnior e Pinto (2003), um dos fatores que colaboram para a cura do câncer cérvico-uterino é o diagnóstico precoce das lesões no colo uterino antes que se tornem invasivas, desde técnicas de rastreamento ou screening compreendidas pela colpocitologia oncológica ou teste de Papanicolau, colposcopia, cervicografia e os testes de detecção do DNA do vírus Papiloma humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. O exame Papanicolau é considerado o mais efetivo, sendo assim, é o mais utilizado principalmente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino (VIEIRA, 2012).

A premeditação das ações de prevenção e o controle da doença têm sido orientados, de acordo com sua prioridade, primeiro, pela distribuição das lesões cervicais, segundo, pela faixa etária de mulheres mais acometidas por essa doença, principalmente as mais avançadas, que estão entre 35 e 59 anos, e terceiro, pela periodicidade do exame colpocitológico. O exame colpocitológico é prioridade em mulheres de 35 a 59 anos, pois em mulheres mais jovens não teria impacto na redução da incidência por câncer cervical, já que nesta faixa etária, as lesões são na maioria das vezes de baixo grau e mais da metade destas regride espontaneamente com o passar do tempo (FRANÇA-JÚNIOR; PINTO 2003).

Países seguem diferentes estratégias de screening quanto à faixa etária priorizada e a periodicidade da realização do exame. No Brasil, há a necessidade de maior cobertura

do número de mulheres para que realizem o exame colpocitológico desde a primeira relação sexual. Sendo importante o desenvolvimento de ações e serviços que possibilitem a divulgação e ampliação de informações que alcancem o público feminino, acerca da importância da realização desse exame para a prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero e da minimização dos índices de morbimortalidade por este. Um dos fatores que reflete uma preocupação com a cobertura alcançada no país é o número crescente de novos casos de câncer de colo de útero registrados a cada ano. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que em 2015 haja 15.590 novos casos no Brasil, com um risco estimado de cerca de 15 casos a cada 100 mil mulheres.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população no Município de Mossoró era de 259.815 habitantes, e a população feminina na faixa etária entre 25 e 64 anos era de 69.323, estas representando 26,7% da população total do município. Em 2011 a população feminina mossoroense aumentou 1,3%, porém a quantidade de exames citopatológicos realizados por mulheres de todas as faixas etárias diminuiu 2,5% em relação ao ano de 2010. Dessa forma, pode-se perceber que, mesmo o número populacional aumentando a cada ano, a quantidade de exames citopatológicos realizados sofre uma redução significativa e preocupante para o município.

O que faz emergir a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção por órgãos de saúde pública que envolvam a população feminina de uma forma integral, considerando todos os aspectos que interferem no processo saúde/doença, como o biológico, social, cultural e psicológico, uma vez que as necessidades de saúde dessa população estão inseridas no contexto onde vivem. Essa abordagem permite que estas possam reconhecer-se como copartícipes do seu processo saúde/doença, proporcionando a reflexão da importância da realização do exame citopatológico como estratégia para a minimização da taxa de morbimortalidade provocada pelo câncer cérvico-uterino.

Trabalhar com o ideário de integralidade nesse contexto não é só possibilitar a detecção e diagnóstico de alterações celulares ou de lesões cancerosas, mas possibilitar um caminho e acesso seguro a todos os níveis de atenção e tecnologias de cuidado necessárias para andamento e resolubilidade desses problemas (ASSIS et al., 2010). O acesso seguro aos referidos serviços torna-se essencial, uma vez que o câncer de colo de útero é uma patologia que acomete um alto número de mulheres em todo o mundo (OMS, 2012). Este trabalho objetiva apresentar um diagnóstico situacional do câncer de colo uterino em mulheres com na faixa etária de 25 a 64 anos, no Município de Mossoró/RN, bem como discutir a importância de sua prevenção no município referido.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quanti-qualitativa de caráter exploratório e com ênfase descritiva que, de acordo com Minayo (2007), são abordagens que integradas em um mesmo projeto permitem melhor elaboração e uma construção mais completa da realidade e têm como principal característica a análise de regularidades, relações, representações que estejam inseridas no conteúdo em questão.

Tem como arcabouço teórico documentos técnicos do Ministério da Saúde, artigos e arquivos de bases de dados, como SciELO, LILACS, e obtenção dos dados numéricos disponíveis no portal do Ministério da Saúde (SISCOLO/SISMAMA) no período de 2010 e 2011 sobre a população do sexo feminino na faixa etária de 25 a 64 anos, em arquivo xls. Tal dispositivo de dados contém estatísticas referentes a informações gerais obtidas e disponibilizadas à consolidação estatística da Atenção Primária à Saúde, via Ministério da Saúde e DATASUS.

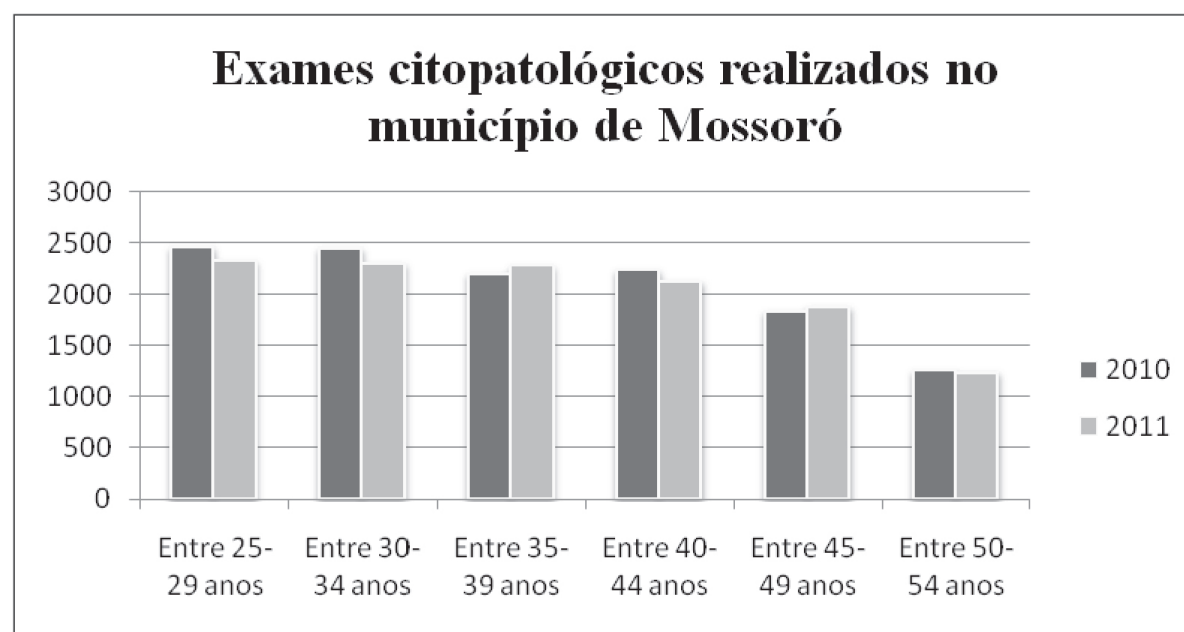
A pesquisa foi realizada mediante a obtenção de dados que viabilizaram a construção de gráficos, estabelecendo-se comparações entre os anos de 2010 e 2011 e observando o quadro da prevenção e diagnóstico do câncer de colo do útero no Município de Mossoró/RN.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o Ministério da saúde o exame citopatológico deve ser realizado a cada ano, e, caso dois exames consecutivos indicarem negativos, os exames podem ser realizados a cada 3 anos. Porém há diversos fatores que contribuem para não realização do exame no período determinado, como a falta do conhecimento da finalidade e necessidade do exame, a não motivação do poder público, vergonha, dificuldades com transportes e falta de dinheiro, e o tempo que se tem de esperar para conseguir uma consulta.

No Município de Mossoró, nos anos de 2010 e 2011, a realização do exame citopatológico não apresentou números favoráveis, pois havia 69.323 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos, representando 26,7% da população total mossoroense, e apenas 20% destas realizaram o exame citopatológico no ano de 2010.

No total, foram realizados 17.829 exames, e 13.903 foram em mulheres de 25 a 64 anos de idade. É nítida a baixa cobertura do exame no município mossoroense e isso provoca preocupações para o município, já que a população expressa números significativos, o que requer mais atenção na observação dos próximos anos por órgãos de saúde pública, para que busquem alternativas para a ampliação da realização desses exames, traçando estratégias de promoção da saúde que sensibilizem as mulheres para a realização dos mesmos.

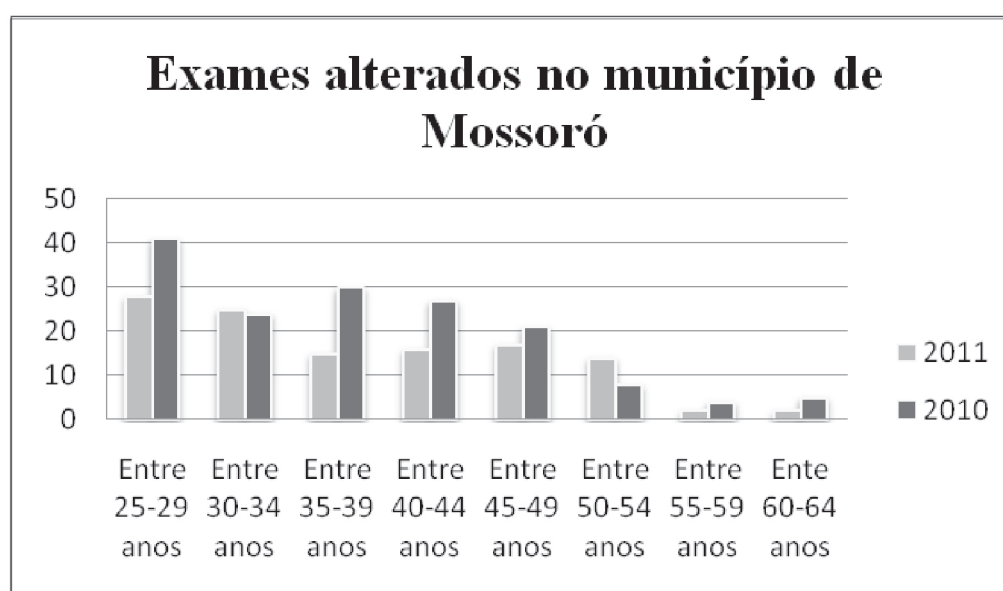


Fonte: Ministério da Saúde/SISCOLO

No ano de 2011 foram realizados 17.379 exames citopatológicos, havendo, assim, uma diminuição expressiva, pois, mesmo o município apresentando um aumento populacional de aproximadamente 1,3% em relação a 2010, ainda assim a quantidade de exames diminuiu cerca de 2,5%. Se compararmos os dados apresentados com os anos de 2010 e 2011, podemos perceber que de todos os exames realizados em 2010, 78%, foram em mulheres que se apresentavam na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, e em 2011 os exames realizados representaram 78,5%.

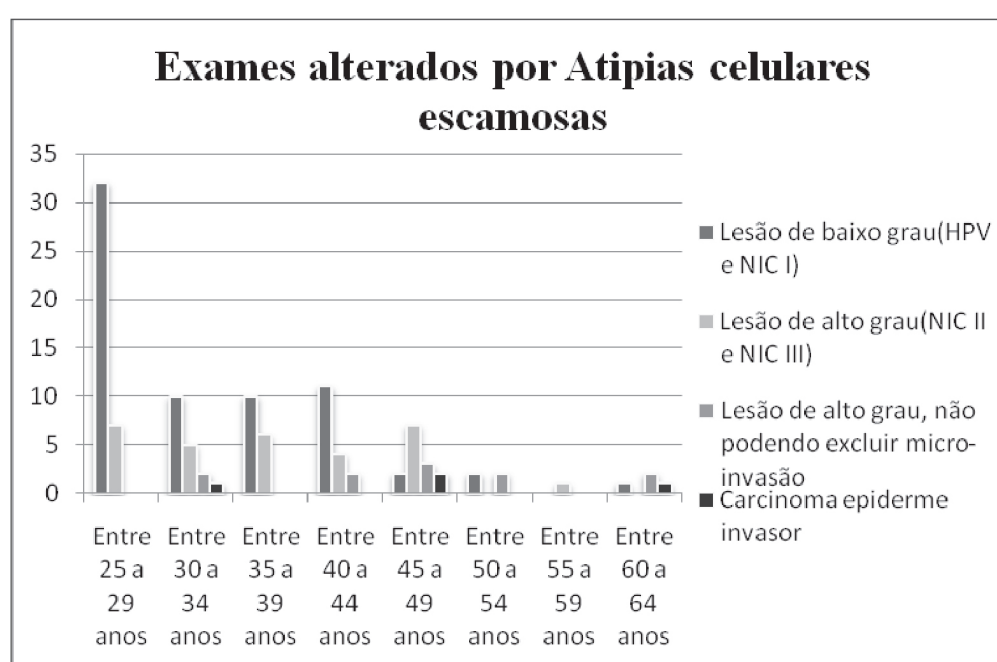
O que indica que, apesar do aumento percentual da população, não houve um quantitativo maior de exames citopatológicos realizados. Ocorreu um aumento em relação à realização de exames pela faixa etária entre 25 e 64 anos, que em 2010 representou 78% e em 2011, 78,5%. Este aumento pode ter sido decorrente da ampliação do conhecimento e da sensibilização da população feminina nessa faixa etária acerca da importância da prevenção, detecção e controle precoce do câncer de colo uterino na minimização da morbimortalidade.

O que não quer dizer que essa seja uma realidade satisfatória, já que, apesar do aumento populacional, o número de exames realizados reduziu de um ano para o outro, ressaltando-se a importância da realização de ações de órgãos públicos para a divulgação e sensibilização do público feminina acerca da relevância da realização do exame citopatológico na redução de problemas de saúde pública.



Fonte: Ministério da Saúde/SISCOLO

Em 2011, a quantidade de exames alterados no Município de Mossoró apresentou uma queda de 11,5% em relação a 2010, como pode ser observado no gráfico acima, em 2011 houve um aumento nas faixas etárias de 30 a 34 e 50 a 54 anos. Os exames alterados diminuíram cerca de 21,5% em relação a 2010, e mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos representavam 73,4% de exames alterados, e no ano de 2011 chegaram a representar 69,5%. Na realidade estudada a quantidade de exames alterados por atipias celulares escamosas representou um total de 117, sendo 96,5% em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos. As lesões de baixo grau representaram 59,8%, e em mulheres de 25 a 64 anos representaram 45,7%. Isso ocorre também devido à quantidade de exames realizados, que, como já foi visto, é maior em mulheres com essa faixa etária, e onde na maioria das vezes são detectadas lesões, porém a maior parte dessas lesões encontradas no exame regredem espontaneamente.

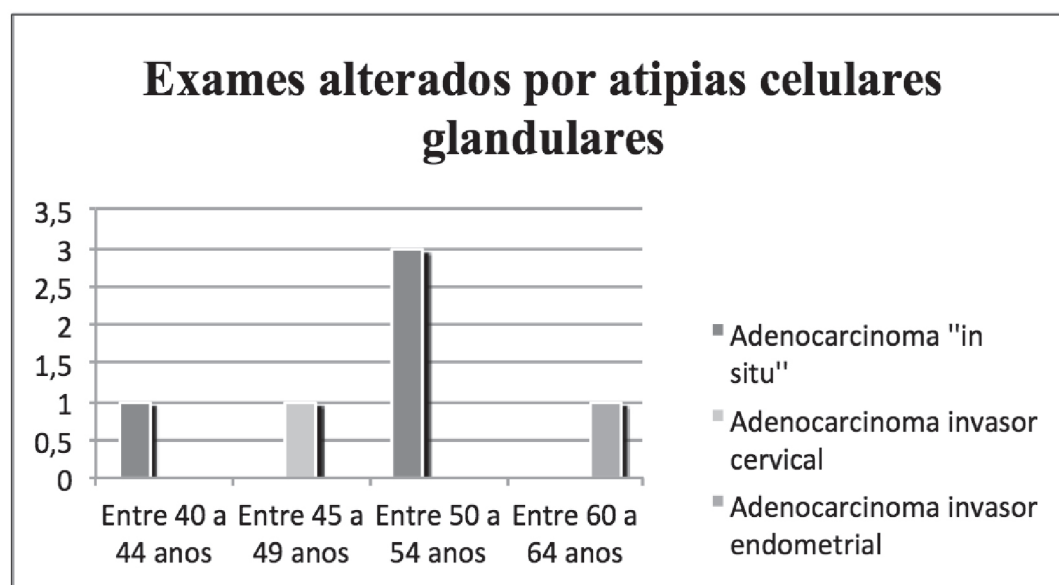


Fonte: Ministério da Saúde/SISCOLO

Em Mossoró, no ano de 2011, os exames que apresentavam atipias celulares escamosas em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos sofreram uma queda de 11,5% em relação a 2010. Assim como no Brasil, que também diminuiu 5% dos exames que apresentaram atipias celulares escamosas.

Nos anos de 2010 e 2011 as lesões de alto grau (NIC II e NIC III) representaram 26,5% dos exames alterados por atipias celulares escamosas. E 9,4% são lesões de alto grau, não podendo excluir microinvasão. Esse dado é reflexo do que ocorre com pessoas que deixam de realizar o exame citopatológico e, quando começam a perceber os sintomas, a lesão já se apresenta em estado avançado. E por isso é fundamental ressaltar a importância e a finalidade do exame Papanicolau na detecção precoce de alterações precursoras do câncer de colo de útero, através de ações que despertem e sensibilizem as pessoas a serem responsáveis pelo seu processo saúde/doença.

Células glandulares atípicas em esfregaços cervicovaginais são difíceis de serem encontrados no exame citológico, porém apresentam significados representativos. Lesões glandulares apresentam baixo percentual em relação às atipias celulares escamosas, porém isso não quer dizer que não haja alterações, já que muitas vezes não é possível serem detectadas no exame citopatológico.



Fonte: Ministério da Saúde/SISCOLO

No ano de 2010, em Mossoró, os exames que resultavam de atipias celulares glandulares era de três, mas no ano de 2011 foram diagnosticados oito, representando assim um aumento de 62,5%. Em todo o território nacional a quantidade de exames que apresentavam atipias glandulares diminuiu cerca de 3%, o que evidencia ainda mais a importância da realização do exame precoce.

Conforme visualizado no ano de 2011, houve uma queda no que diz respeito aos exames que apresentavam alterações celulares, atipias celulares e escamosas glandulares, quando comparado a 2010. No entanto, esta queda não é considerada um resultado positivo, uma vez que, como visto, a população de Mossoró está anualmente crescendo e a realização de exames citopatológicos está desproporcional a esse aumento, sendo isso percebido por meio da redução do número de exames. Então entende-se que essa queda de alterações pode estar mascarada pela população que não realiza exames anuais, tornando-se uma população silenciosa, que pode estar cursando com alterações celulares.

O câncer do colo uterino é uma doença que se desenvolve lentamente e de forma silenciosa, então, a detecção precoce de uma lesão no colo uterino é imprescindível, por se compreender que a cura do câncer cérvico-uterino pode ser considerada absoluta quando descoberto precocemente. Na maioria das vezes, mesmo com a presença do vírus Papiloma Vírus Humano – HPV, não é possível detectá-lo, e conseqüentemente muitas usuárias que não realizam o exame precocemente podem apresentá-lo, porém, como os sintomas são perceptíveis somente em níveis avançados, muitas mulheres vão à óbito pelo desconhecimento da doença. A ênfase à presença do vírus se dá em virtude de o câncer do colo uterino ocorrer através da infecção persistente pelo Papiloma Vírus Humano – HPV. A infecção genital por este vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. No entanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares que poderão evoluir para o câncer (INCA, 2014).

Vê-se a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais e multiprofissionais que incentivem e sensibilizem as pessoas a serem sujeitos ativos na melhoria da sua qualidade de vida. De modo que essa participação ativa e compreensão de sujeitos corresponsáveis por seu processo saúde/doença dá-se a partir das interações interpessoais acolhedoras, que tratam os sujeitos como seres humanos dotados de capacidades e subjetividades, inseridos em um contexto social, com necessidades específicas que precisam ser atendidas na sua integralidade e não na dimensão da doença.

O princípio do SUS de integralidade atende o sujeito em seus múltiplos aspectos, considerando as dimensões biológica, cultural e social, orientando políticas e ações de saúde para atender as demandas e necessidades dos indivíduos de acordo com seu contexto, viabilizando acesso aos serviços de baixa, média e alta complexidade (FRACOLLI et al., 2011).

Atender esses sujeitos de forma integral também é desenvolver ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, no caso do público desta pesquisa, a educação em saúde se constitui como uma ferramenta importante para o desenvolvimento e efetivação dessas ações. Esta requer reconhecer as pessoas como seres históricos e sociais, dotados de saberes que devem ser reconhecidos na organização dos serviços e práticas dos profissionais, tornando-se corresponsáveis pelas condições das ações e serviços prestados (ALVIM, 2013).

É preciso desenvolver a integralidade da assistência, que de fato possa contemplar as reais necessidades de saúde da população, remetendo à necessidade de repensar as práticas e conformações dos serviços de saúde, considerando aspectos subjetivos e objetivos da vida dos usuários (MATTIONI; BUDÓ; SCHIMITH, 2011). O que contribui para melhor qualidade da atenção em saúde dispensada aos usuários, tanto nos aspectos de prevenção, como de promoção e recuperação da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho permitiu concluir que os exames citopatológicos das mulheres na faixa etária de 25 a 64, nos anos de 2010 e 2011, apresentam um número elevado de alterações, e também a maior taxa de exames realizados, representando 78,2% da população que realizou o exame nos anos de 2010 e 2011. E, de todos os exames diagnosticados alterados, 71,7% foram na faixa etária de 25 a 64 anos.

É possível constatar que no Município de Mossoró/RN transparece a necessidade de estratégias de aproximação com a demanda da população feminina tanto no enfrentamento, promoção da saúde e diagnóstico precoce do câncer de colo do útero, como na ampliação das atividades em saúde da mulher, acesso dessa mulher aos serviços de saúde e realização periódica do Papanicolau.

Permitir a sensibilização desses sujeitos quanto à importância e à participação ativa dos mesmos na busca por alternativas minimiza os problemas e agravos decorrentes das alterações precursoras do câncer de colo de útero, possibilitado a construção coletiva de saberes, a desmistificação de impressões errôneas a respeito do exame citopatológico, a construção de vínculo entre usuários e profissionais, o que torna mais harmônicas as relações interpessoais, podendo, também, minimizar o constrangimento das usuárias acerca da realização do exame, promovendo um cuidado integral que permita a criação de vínculo e melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVIM, N.A.T. Saúde na perspectiva da integralidade. **Esc Anna Nery** (impr.), v. 17, n. 4, p. 599-601, out./dez. 2013.

ASSIS, M.M.A. et al. Acesso ao PSF: Garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: ASSIS, M.M.A. et al. (Orgs.) **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares**

analísadores em diferentes cenários [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

ASSIS, M.M.A., et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M.M.A. et al. (Orgs.) **Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analísadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer de colo de útero**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Informações sobre o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://inca.gov.br>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Informativo de detecção precoce**. Boletim ano 2 n. 2. Abr/Jun. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa de Câncer 2012: incidência de câncer no Brasil**. [Internet]. Brasília, DF; 2012. [Citado 2012 Mar 26]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação do Câncer de Colo de Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama**. [Internet]. Brasília, DF; 2012. [Citado 2012 Apr 20]. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FRACOLLI, L.A. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1135-41, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades**. [Internet]. Brasília, DF, 2012 [Citado 2012 May 04]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>

painel/painel.php?codmun=240800#>.

MATTIONI, F.C.; BUDÓ, M.L.D.; SCHIMITH, M.D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 263-71, abr./jun. 2011.

MINAYO M. C. S., **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 406p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero**: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. Washington, DC: OPAS, 2013.

PINHO, A. A., FRANÇA-JÚNIOR, I. **Prevenção do câncer de colo do útero**: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. Revista brasileira saúde materno infantil. Recife, v. 3. n. 1. p. 95-112, jan./mar. 2003.

SCHIAVON, P. **Avaliação da educação em saúde x Exame preventivo do colo de útero** [Monografia]. Campos Goytacazes: Curso de pós-graduação em saúde da família, Faculdade de medicina de campos; 2009.

SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. D. Resultados de Citologia Oncótica em uma Regional de Saúde no Período de 2007-2008. **Rev. Rene**, v. 11, Número Especial, 2010.

VIEIRA, S. C. et al. **Oncologia Básica**. 1. ed. Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012.

AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO E/OU ALÍVIO DOS EFEITOS COLATERAIS DA QUIMIOTERAPIA: Visão da mulher portadora de câncer

*Sâmara Sirdênia Duarte de Rosário
Leonardo Magela Lopes Matoso
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira
Naassom Alves do Nascimento
Carlos Jordão de Assis Silva*

INTRODUÇÃO

Nomeia-se câncer uma organização de mais de 100 tipos diferentes de enfermidades que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Sua origem tem muitos fatores predisponentes para a doença, como fator ambiental, genético, exposição à radiação excessiva, dentre outros fatores que podem trabalhar juntos ou de acordo com o contexto em que o indivíduo se encontra (BRASIL, 2014).

Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimam que neste ano de 2015, no Brasil, aproximadamente 576 mil casos novos de câncer irão surgir, abrangendo os casos de pele não melanoma, que serão os mais incidentes na população brasileira (182 mil casos novos), seguindo pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil), o que enfatiza a magnitude da situação do câncer no país. Em relação ao sexo, os homens apresentaram maiores incidências do que as mulheres, principalmente os cânceres de próstata, pulmão, cólon e reto, estômago e cavidade oral, e nas mulheres, os de mamas, cólon e reto, colo do útero, pulmão e glândula tireoide (BRASIL, 2014).

Os tratamentos mais utilizados para o combate das neoplasias são cirurgia, radioterapia, terapia hormonal, imunoterapia e quimioterapia. Estes podem ser utilizados isoladamente ou em combinação (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008).

A quimioterapia consiste no uso de drogas citotóxicas administradas preferencialmente combinadas, a fim de atuarem em fases diferentes da divisão celular, destruindo as células

que apresentam uma disfunção no seu processo de crescimento ou divisão. Devido à sua inespecificidade em relação às células que são alvo, as drogas antineoplásicas podem atingir células normais, principalmente, aquelas que se renovam constantemente, causando reações adversas (ANJO; ZAGO, 2006).

A quimioterapia proporciona o aumento da sobrevida livre da doença, uma vez que o tratamento promove o controle ou a erradicação de micrometástases. Porém, essa terapêutica está associada a efeitos colaterais, muitas vezes, agressivos, que podem conduzir a mulher a alterações na sua autoestima, perda funcional, além de alterações emocionais e sociais. Por isso realiza-se em ciclos com intervalos determinados para que as células normais não sofram danos de forma indiscriminada durante o tratamento (BONASSA, 2012).

A paciente portadora de câncer que realiza quimioterapia pode referir baixa autoestima, dificuldades para consolidação do vínculo com o profissional de saúde, de expressar dores emocionais e físicas, problemas de aceitação da fisionomia em razão do comprometimento de partes anatômicas e/ou da identidade pessoal. Desse modo, os profissionais de saúde, e em especial os da equipe de enfermagem – que ficam mais próximos das pacientes, possuem um papel importante no processo de comunicação tanto verbal, quanto não verbal, buscando identificar os sentimentos possíveis para que possam intervir com qualidade (CAMPOS; MELO, 2011).

No entanto, o que se observa, de forma ainda dominante, é uma concepção dos profissionais que pautam o cuidado com base em técnicas e procedimentos, esquecendo-se de compreender a totalidade em que o paciente está inserido, a cultura, a situação socioeconômica, os processos de organização da vida e eventos do adoecimento não só biológico, mas eventos de uma história de vida. (ALCANTARA et al., 2014).

Diante do exposto questiona-se: Como as mulheres portadoras de câncer avaliam as estratégias de cuidados de enfermagem para redução e/ou alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia?

Este estudo justifica-se, pelo fato de os efeitos colaterais causarem danos físicos e psicológicos às pacientes, debilitando o estado geral de saúde. Para cada alteração, mostra-se necessário que a paciente seja orientada e incentivada a participar de forma consciente na tomada de decisão sobre as medidas de autocuidado, visando à redução do impacto da doença, através da criação de hábitos saudáveis durante o tratamento. Além disso, alguns efeitos colaterais podem causar negação ao tratamento de quimioterapia, depressão e até privação nas relações sociais, mostrando a importância de se conhecer melhor as estratégias utilizadas para minimização destes efeitos.

Dessa forma, este estudo poderá contribuir para enfatizar a necessidade de estruturar a equipe enfermagem para que desempenhe atividades como a escuta, o acolhimento,

vínculo, atenção, incentive a autonomia do cidadão e do profissional, estimule a comunicação, enfrentamentos de conflitos, trabalho em associação com os profissionais, para que haja um compartilhamento de reações e que, por consequência, se tomem atitudes deliberadas que possam sanar com eficácia a necessidade de ajuda do paciente (CAMPOS; MELO, 2011).

Esta forma nova forma de cuidado implica pensar na abertura dos profissionais para outras formas de ajuda que não estejam atreladas somente a enfermidades, mas, sim, pensar numa perspectiva de um cuidado integral. A compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um cliente apresenta marca o maior sentido do significado de integralidade (PINHEIRO; MATTOS, 2006).

Para tanto, objetiva-se identificar como as mulheres portadoras de câncer avaliam as estratégias de cuidados de enfermagem para redução e/ou alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2008), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O estudo foi desenvolvido em um hospital para tratamento oncológico em uma cidade de médio porte da região oeste do Estado do Rio Grande do Norte, referência no atendimento a pacientes com câncer para o município sede, para toda região oeste e alto oeste do estado e para algumas cidades do estado vizinho, Ceará.

Participaram deste estudo oito mulheres em tratamento quimioterápico, selecionadas através dos seguintes critérios de inclusão: mulheres portadoras de câncer; que estivessem realizando quimioterapia havia mais de 10 dias; que fossem maiores de idade; que apresentassem algum efeito colateral; e que estivessem na instituição no dia da coleta de dados a ser realizada pelos pesquisadores. Foram excluídas da pesquisa mulheres menores de 18 anos de idade, que não apresentavam efeitos colaterais e que tivessem iniciado o tratamento quimioterápico havia menos de 10 dias.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados uma entrevista com roteiro semiestruturado, que foi aplicada após a obtenção do parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Potiguar sob o número 126.289/2012.

Dada a proximidade do convívio com estas mulheres, e pela convicção de que as informações deveriam se repetir com frequência absoluta a partir deste quantitativo, corroborando corroborou-se com Polit (2004), que defende que os estudos em que se deseja

obter os dados através de entrevistas se componham de uma amostra de dez coparticipantes.

As entrevistas foram realizadas dentro do setor de quimioterapia feminino, no qual as mulheres foram convidadas a participar do estudo através do contato direto antes da realização da quimioterapia. Para preservar a identidade das mesmas, utilizou-se em substituição aos nomes reais pela abreviação do nome “paciente”, seguida da numeração das respondentes: PAC. 1, PAC. 2, PAC. 3, e assim sucessivamente.

As falas foram analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo baseada em Bardin. Na pré-análise realizou-se a transcrição dos dados, leitura flutuante e retomada do contexto do objetivo do estudo. Na fase de exploração do material, codificou-se, recortou-se o texto em unidades de registro e em unidades de contexto, formulando categorias. Na terceira, realizou-se a interpretação das categorias emergidas. (BARDIN, 2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participou do estudo um grupo de oito mulheres que se encontravam em tratamento quimioterápico. A faixa etária das entrevistadas variou de 22 a 76 anos de idade. A maioria, cinco mulheres, possuía o ensino médio completo, três eram solteiras, quatro, de cor branca, e o tipo de câncer predominante era do de mama, pois quatro mulheres apresentavam essa tipologia da doença.

As categorias temáticas identificadas sobre a avaliação das estratégias de cuidados de enfermagem para redução e/ou alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres foram as seguintes: a) principais condutas de enfermagem para minimizar os efeitos da quimioterapia; b) efetividade dos cuidados de enfermagem para minimizar os efeitos da quimioterapia; c) novas formas de cuidar: cuidado integral à mulher em tratamento quimioterápico.

Principais condutas de enfermagem para minimizar os efeitos da quimioterapia

Elaborou-se esta categoria a partir das falas das mulheres em uso de quimioterapia que participaram do estudo, que, em geral, indicaram que as condutas de enfermagem na perspectiva da minimização dos efeitos colaterais ocorriam através de orientações relacionadas à alimentação, proteção do corpo, frequência a ambientes fechados, uso da medicação conforme prescrição médica e informação do quadro geral para a equipe.

Elas explicam tudo, como: não sair em locais com muita gente, usar máscara, hidratantes, que não devemos comer nada carregado também. Diz que

quando sentir, coisas assim, pesadas, mais forte, ligue pra cá, pra falar com o médico para eles ficarem sabendo o que está acontecendo, se tiver como eles fazem visita na casa da gente [...] Disseram que era normal sentir algumas coisas, que tomasse os remédios que o médico receitou e caso não passasse comunicasse o médico ou procurasse uma UPA ou centro de oncologia. (PAC 1)

Nessa fala, demonstra-se que a mulher tem clara visão dos aspectos relacionados às condutas e cuidados que deveria adotar para minimizar os efeitos da quimioterapia e a quem procurar, caso aparecesse alguma intercorrência. Porém, observa-se que as orientações não incluem a opinião, percepções e anseios das mulheres, como mostra a fala da mulher a seguir: “Mandam fazer uma dieta saudável e me deram uma apostilha que contemplava algumas coisas” (PAC. 2).

As informações são repassadas de acordo com um padrão estabelecido em um modelo pré-existente, o que parece ainda não ter conseguido ultrapassar a linha da análise e vislumbrar propostas que transformem a prática.

As opiniões expressadas por essas mulheres trazem a compreensão de que os cuidados de enfermagem acontecem numa visão integral. No entanto, evidencia-se que as mulheres não percebem o seu papel ativo dentro deste processo, assumindo uma postura condescendente. O profissional de enfermagem é, na área da saúde, aquele que permanece mais tempo junto ao paciente, neste caso específico, ao paciente oncológico, atua de diversas maneiras da assistência à saúde propriamente dita, como a realização de procedimentos de enfermagem, além da atuação na educação em saúde. Sabe-se que na perspectiva da integralidade o cuidado de enfermagem transcende os preceitos básicos do cuidado, pois por meio do educar o enfermeiro potencializa a capacidade de cuidar, e a utilização desta capacita-o a intervir de forma construtiva nas relações desenvolvidas entre os sujeitos, onde um aprende com o outro (SOUZA et al. 2015).

Desse modo, mostra-se relevante a estimulação de atitudes pró-ativas dos pacientes, incentivando-os a participar das decisões e ações destinadas a eles. Os profissionais de enfermagem podem estimular a reflexão das mulheres através de parcerias entre outros profissionais, a família e a comunidade, a fim de garantir o desenvolvimento de ações inovadoras.

Os familiares das pacientes também necessitam de orientação quanto aos sintomas mais comuns apresentados durante o tratamento quimioterápico para que possam prestar cuidados da forma mais adequada possível (GONÇALVES, 2009). Campelo (2012) corrobora com Gonçalves (2009) quando mostra em sua pesquisa que a família torna-se parte do processo de adoecimento e terminalidade de vida de seu ente querido.

Falar em cuidado integral significa que o cuidado possibilita contemplar todos os aspectos do paciente e da família, que é parte integrante do próprio indivíduo, pela existência do

envolvimento e do elo. Essa conexão possibilita o compartilhamento de experiências, vivências e necessidades, dessa forma a família também se torna objeto da atenção integral à saúde, pois as situações de vida e morte envolvem paciente, família e equipe de saúde, além da instituição hospitalar (ARAUJO, 2011).

Assim, o enfermeiro representa papel fundamental nas ações de prevenção, cujas competências referem-se à assistência a pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, o que inclui a quimioterapia, reabilitação e atendimento aos familiares, podendo inclusive desenvolver ações educativas ao paciente oncológico e sua família. (LOPES, 2015).

De tal modo, o cuidado integral faz-se indispensável na atuação do profissional de enfermagem que permanece em contato direto com a paciente, sua família e o restante da equipe de saúde. Nessa perspectiva, mostra-se importante a utilização de recursos como a comunicação terapêutica, de maneira apropriada, visando à compreensão e ao acesso à experiência do estar doente ou de ter que conviver com uma doença que muitas das vezes é sinônimo de morte, facilitando assim o tratamento por fortalecer o vínculo enfermeiro-paciente-família.

Efetividade dos cuidados de enfermagem para minimizar os efeitos da quimioterapia

As mulheres participantes do estudo demonstraram que os cuidados de enfermagem contribuíram para o alívio e melhora dos efeitos colaterais da quimioterapia. As falas a seguir revelam a concepção que as mulheres tinham sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem relacionados à sua condição de saúde:

Sim, as orientações da equipe de enfermagem me ajudaram muito, e como ajudou! [...] Se elas trabalhassem apenas medicando e não falassem nada, mas elas nos orientam muito, tiram as nossas dúvidas, são muito acolhedoras. (PAC. 1)

[...] melhorar ou aliviar os efeitos colaterais eu acho que não, mas as orientações que elas passam ajuda muito, nos deixa mais alerta para as coisas que podemos ou não fazer. (PAC. 3)

As falas evidenciam que os cuidados de enfermagem são efetivos, especialmente, no que se refere ao acolhimento, na retirada de dúvidas e orientações sobre o que se pode fazer ou não. Sabe-se que, frequentemente, a pessoa portadora de câncer vivencia situações de medo,

angústia e desespero, condições estas que podem ser previstas, e para as quais os profissionais de enfermagem que estão em contato direto com estes pacientes podem pensar em estratégias que reduzam esses problemas enfrentados pelas mulheres portadoras da doença.

Desse modo, durante o processo de quimioterapia mostra-se de fundamental importância que se estabeleça com o paciente um relacionamento de ajuda e confiança, que favoreça o esclarecimento de dúvidas, conversas a respeito das expectativas do tratamento e a expressão de sentimentos positivos e negativos (CAMPOS; MELO, 2011).

Portanto, evidencia-se a importância das orientações no processo da assistência de enfermagem durante um tratamento desgastante como a quimioterapia. Torna-se fundamental a interação entre o paciente e a equipe de enfermagem para que se estabeleça um vínculo afetivo e de confiança, a fim de promover o cuidado do outro com qualidade, uma vez que, a partir de uma escuta ativa do cuidador, há uma compreensão e valorização das ideias do paciente, cuja confiança adquirida possibilita a tomada de consciência de suas emoções, construindo um cuidado integral e melhorando a adesão ao tratamento (LOPES, 2015).

Assim, o carinho, a simpatia, a compreensão do momento em que os pacientes se encontram, o respeito e a qualidade no atendimento são fatores que facilitam a humanização da assistência. Por outro lado, observa-se que o mau humor dos profissionais, o barulho, a interrupção do sono e o excesso de idas ao quarto do paciente constituem em fatores prejudiciais ao tratamento (LOPES, 2015).

Do mesmo modo, quando a equipe de enfermagem se envolve com as pacientes e com as suas famílias, valorizando os sentimentos e as emoções dos mesmos, orientando-os e advertindo-os, abre-se a possibilidade de transformar o processo do tratamento, que muitas vezes torna-se o causador de medo e ansiedade, em algo menos desconfortável e, nesse processo, a abertura do diálogo favorece o desenvolvimento das orientações adequadas sobre o tratamento e a patologia, tornando-os ativos no processo de autocuidado (BONASSA, 2012).

Novas formas de cuidar: o cuidado integral à mulher em tratamento quimioterápico

A análise desta categoria retrata o cuidado da equipe de enfermagem durante o tratamento às mulheres. Observou-se que todas as pacientes demonstraram a necessidade de novas estratégias de cuidado para aliviar os efeitos da quimioterapia, especialmente, no alívio das dores, falta de ânimo e redução das náuseas.

Seria muito bom que tivesse outras estratégias de cuidado para aliviar os efeitos da quimioterapia. Seria bom um tratamento que não tivesse tantos

efeitos colaterais. (PAC. 3)

Assim, eu acho que eu poderia ter tomado cálcio antes. Acho que iria prevenir essas dores que sinto agora. O médico só passou isso porque eu disse que estava sentindo umas dores, mas não orientou que eu tomasse antes. Nem ele e nem ninguém da equipe de enfermagem. (PAC. 1)

“Eu queria que tivesse outras estratégias para aliviar os efeitos colaterais, principalmente a falta de ânimo e as náuseas. (PAC. 4)

Essas falas corroboram com a compreensão de que se mostra necessária a atenção à paciente de forma integral, na qual o cuidado não seja focado apenas na patologia, ou os efeitos da medicação em uso, mas sim tenha a paciente como um ser multifatorial, como, por exemplo, considerando as emoções, a família, o trabalho e o ambiente que vive (CAMPOS; MELO, 2011).

Ressalta-se que existe uma predominância de um atendimento centrado na queixa e/ou na execução do procedimento, desconsiderando a mulher como sujeito. Não há, portanto, uma preocupação com as necessidades, medos e anseios dos indivíduos, existe pouco espaço para a escuta dos sujeitos, para o acolhimento e para o cuidado integral à saúde (LOPES, 2015).

As falas ainda revelam que as próprias mulheres focam o cuidado na perspectiva, apenas, do alívio dos sintomas. Fica evidente a perda da dimensão do ser humano inserido num contexto sócio-histórico e cultural, a doença passa a ser o centro da vida destas mulheres. Não se observa a realização de ações de cuidado que envolvam a melhora da autoestima, atividades de lazer e a escuta de outras necessidades de saúde.

Acredita-se que o profissional enfermeiro não deva apenas promover a saúde dentro das instituições cuidadoras, mas também procurar depreender os sentimentos enredados no bojo de cada pessoa portadora de uma doença crônica, como o câncer. Sugere-se repensar o cuidado tanto físico como psíquico, ou seja, o cuidado integral ao ser doente e seus familiares, encorajando-os a encarar seus problemas e superar as dificuldades domésticas que são encontradas diante do enfrentamento da doença (SALES; MOLINA, 2004).

Assim, entende-se que o compromisso de um cuidado integral fundamenta-se no olhar holístico do profissional de enfermagem, o qual precisa se comprometer no desenvolvimento da escuta, estreitar o contato e formar o vínculo com a mulher, por meio do acolhimento, e do respeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres entrevistadas neste estudo avaliaram que receberam orientações adequadas para o alívio dos efeitos da quimioterapia, especialmente, orientações referentes ao cuidado

com o corpo, com a alimentação, uso de medicamentos. Para as mulheres o cuidado realizado pela equipe de enfermagem mostrou-se efetivo, pois contribuía para o alívio e melhora dos efeitos colaterais. No entanto, observa-se que estas mulheres ansiavam por novas estratégias de cuidado, diferenciadas daquelas que já recebiam, ampliando para ações de alívio da dor, da falta de ânimo e redução das náuseas.

Apesar do conhecimento apresentado pelas participantes, elas demonstraram, em relação à avaliação das estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos da quimioterapia, uma postura na qual não se colocavam como sujeitos ativos no processo de cuidado. As mulheres se isentavam de pensar as orientações para além das ações de cunho curativo. Isso culmina, além de ações de cuidados restritas à patologia, em prejuízos ao processo saúde e doença da mulher.

Diante do exposto, surge a necessidade de mais sensibilização da equipe de enfermagem atuante na oncologia em trabalhar numa perspectiva de um cuidado integral. E, para além da notoriedade que se faz acerca do câncer, reforça-se a responsabilidade de a equipe ser resolutiva frente a esse problema, de acordo com as demandas.

REFERÊNCIAS

ANJOS, A.C.Y; ZAGO, M.M.F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 14, p. 33-40. 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições Persona; 2004.

BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. 4ª ed. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2012.

SALES, C.A., MOLINA, M.A.S. O significado do câncer no cotidiano de mulheres em tratamento quimioterápico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 57(6), p. 720-3. 2004.

SILVA, G. A. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 30 v.7 p.1537-1550, jul. 2014.

CUNHA, F. F; REGO, F. P. Enfermagem diante da dor oncológica. **Rev Dor**, São Paulo, n.16, v.2 p.142-5, abr./jun. 2015.

SOUZA, J. L. et al. Educação em saúde como ferramenta à mulher no climatério: subsídios para

o cuidado de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, n.3, v.4, p.2616-22, out./dez., 2011.

LOPES, M. K. et al. Revisão narrativa sobre a humanização da assistência pela Equipe de enfermagem na área oncológica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, (Supl. 3), p.2373-90, jun. 2015.

CAMPELO, E. M. C. S. et al. Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar cuidador. **J Health Sci Inst**, v.3, n. 30, p.235-40. 2012.

ALCANTARA, L. S. et al. Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 60(2): 109-118. 2014.

SOARES, M. C. et al. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 32(3):502-8, set. 2011.

SANTOS, M. C. M. et al. Assistência aos portadores de câncer de laringe sob a perspectiva da integralidade: abordagem do enfermeiro no inca. **J. res.: fundam. care. Online**, 7(3):2649-2658, jul./set. 2015.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, 32(1):189-93, mar. 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª Edição. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 184p.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. 124p. : il. col., mapas.

CABRA MACHO, SIM SENHOR: ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO E DO CONHECIMENTO SOBRE O CÂNCER NA POPULAÇÃO MASCULINA COMO ESTRATÉGIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE

*Bruna Gabriela de Souza Carvalho
Janaína Maciel de Queiroz
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira*

INTRODUÇÃO

O câncer põe a população mundial em estado de alerta por estar acometendo um grande número de pessoas, com considerável percentual de óbitos em decorrência de vários fatores. Em 2008 foram registrados 161.196 óbitos por câncer no Brasil (INCA, 2012).

Para muitos pesquisadores, o aumento alarmante do número de casos de câncer deve-se à exposição a fatores de risco que estão diretamente ligados aos atuais padrões de vida adotados: hábitos nutricionais, rotinas de trabalho, exposição a substâncias químicas e biológicas, a processos físicos e também a fatores ambientais que são reflexo de uma sociedade industrializada, marcada por diferenças sociais que têm papel importante, pois refletem no perfil epidemiológico da população (STORINO et al., 2013).

Quando se trata da problemática de câncer relacionada à população masculina, a proporção do desafio para estratégias de diagnóstico precoce aumenta consideravelmente, pelos paradigmas sociais e culturais construídos em torno da saúde desta população. O que reflete em sua relação com a saúde, pela percepção construída de que o homem não adoece, que o papel de cuidar da saúde da família deve-se à mulher e o homem, por sua vez, só procura os serviços de saúde quando o problema está agravado (STORINO et al., 2013).

A partir desses entraves socioculturais torna-se difícil a colaboração do homem para o seu próprio processo de saúde/doença. Além dos fatores socioculturais, citam-se como agravantes: a falta de informação sobre as doenças, fatores de risco e formas de prevenção, e ainda o fato de que as políticas voltadas para o homem são recentes.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2008, veio na busca por facilitar a inserção destes nos serviços de saúde, seja procurando

recursos de saúde para si ou para os membros da família, e, aliada à Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, eleva-se a busca da redução do câncer masculino, centrada na integralidade da assistência a esta população, através de medidas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Estimativas para a incidência de câncer no ano de 2014 apontam para cerca de 580 mil novos casos da doença para esse ano, aonde os mais prevalentes são pele não melanoma (182 mil), próstata (69 mil); mama (57 mil); cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil). Dos 19 mais incidentes listados, 14 são referentes à população masculina (INCA, 2013).

Diante disso, este estudo busca responder aos seguintes questionamentos: Qual o conhecimento dos homens acerca do câncer antes e após a participação em ações educativas? Quais os fatores de risco a que estes estão expostos?

Torna-se fundamental conhecer os fatores de risco que predispõem a população masculina aos principais tipos de cânceres que a acometem. Rastreá-los em populações vulneráveis e trabalhar educação em saúde é uma das vertentes para o atendimento integral a essa população. Assim como capacitar os profissionais dos serviços de saúde para que os mesmos tenham ferramentas de conhecimento situacional para criar estratégias e inserir o homem nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária (STORINO et al., 2013). Dessa forma, o estudo objetivou analisar o conhecimento de uma população masculina sobre o câncer e a exposição a fatores de risco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa e qualitativa, sendo utilizado o método da pesquisa-ação para efetivar ações qualitativas. Desenvolvido na Subsecretaria de Serviços Urbanos no Município de Mossoró/RN. Para a seleção da amostra utilizou-se como critérios de inclusão ser do sexo masculino e estar em exercício profissional. Como critérios de exclusão utilizaram-se: ser do sexo feminino; estar exercendo funções administrativas; estar de férias, atestado ou licença no período de coleta de dados.

A Subsecretaria conta com um universo de 80 agentes de trânsito, 60 garis efetivos e 200 terceirizados. Porém, destes, apenas 40 sujeitos atenderam aos critérios de inclusão e corresponderam à amostra final da pesquisa. Realizou-se a coleta de dados no período de outubro de 2013 a julho de 2014.

Respeitaram-se os princípios éticos determinados na Resolução nº 466/13, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar, com o Parecer de nº 514.733/2013.

No primeiro momento realizou-se aplicação de um questionário com questões

fechadas, compostas por duas seções: a seção A de identificação dos sujeitos: idade, raça, carga horária, escolaridade; e a seção B sobre os fatores de risco para o câncer. Concomitantemente, foi realizado um grupo focal com os sujeitos com uma questão norteadora para perceber o conhecimento prévio daqueles sobre a temática: câncer e sua prevenção. Ao analisar as falas dos sujeitos foram utilizadas as iniciais de cada cargo, da seguinte forma: AA – agente de trânsito da 1ª equipe, AB – agente de trânsito da 2ª equipe, AC – agente de trânsito da 3ª equipe e G para todos os garis, e enumeradas na ordem quantitativa de sujeitos e respectivas ordens de falas usadas.

No segundo momento foram realizadas palestras/discussões educativas sobre cânceres prevalentes nesta população, e prevenção, bem como de outros problemas de saúde que houve necessidade de discutir.

E no terceiro momento foi aplicado um questionário semiestruturado para avaliar o aprendizado a partir das ações educativas.

Utilizou-se para a análise dos dados quantitativos a estatística descritiva. Os dados obtidos através do grupo focal foram analisados através da técnica de análise de conteúdo com base em Bardin (2004). E os resultados foram discutidos com base em literatura especializada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O perfil dos sujeitos

Quanto à caracterização dos sujeitos, 40 em sua totalidade, eram do sexo masculino segundo os critérios de inclusão. Não existem estudos que evidenciem de forma clara e direta os fatores de risco para tumores malignos relacionados a este tipo de ocupação, porém algumas substâncias já estudadas, sobretudo as relacionadas ao petróleo, solventes, gases e a combustão de seus componentes, mostraram-se influenciadoras do desenvolvimento de doenças de laringe e pulmão, principalmente, bem como outros componentes encontrados nos ambientes urbanos (ALGANTRI et al., 2010).

Assim, de forma isolada podem não ser significativos, mas de acordo com o tempo e frequência da exposição, que no caso dos agentes é quase diária por trabalharem nos grandes centros urbanos, e ainda a exposição solar que será discutida posteriormente, essa população de trabalhadores pode ser considerada de risco para o câncer (INCA, 2012).

O câncer relacionado ao trabalho ainda é visto de forma muito superficial no Brasil. Além da escassez de estudos voltados para esta temática, se dá muita atenção aos demais fatores de risco e, por mais que os fatores de risco ambientais sejam extremamente significativos quando se fala de câncer, a sua relação com o trabalho ainda não é analisada com atenção (INCA, 2012).

Quanto à idade, 27,5% estavam na faixa etária entre 40 e 49 anos, e apenas 5% na de 50 a 59 anos. Infere-se assim que a maioria deles ainda não estava em uma faixa etária de risco tida como padrão pelo Ministério da Saúde para o desenvolvimento e rastreamento do câncer; não considerando casos que fogem à regra padrão por apresentarem fatores adjuvantes e agravantes, a idade de rastreamento gira em torno dos 40 anos de idade, e a de maior risco é acima dos 60 anos (INCA, 2012).

Mas alguns casos, como o câncer de pênis, quando associados a fatores sexuais como infecções por HPV-Papiloma Vírus Humano, apresentam incidência e fatores de risco na faixa etária jovem, entre 15 e 40 anos, por ser um período sexualmente muito ativo. Sendo já na juventude o período importante para prevenir exposições (SOUZA et al., 2011).

No quesito raça, estudos trazem que pessoas de pele clara estão mais susceptíveis a cânceres de pele, enquanto que a incidência de câncer de próstata é maior em homens negros, porém alguns tipos de neoplasias independem de etnia, dessa forma é importante trabalhar os grupos étnicos e as vulnerabilidades (FERREIRA et al., 2011).

Em relação à carga horária, 55% trabalhavam 12 horas diárias e 22,5% trabalhavam 8 horas. Segundo os participantes, o nível de estresse e cansaço relacionado ao trabalho é muito alto, principalmente para aqueles que têm a carga horária mais elevada.

Sobre a escolaridade, 35% possuíam ensino médio completo e 7,5% eram analfabetos. Estudos distintos demonstram que a baixa escolaridade pode fazer com que os indivíduos apresentem dificuldade para entender as orientações terapêuticas e ainda dificuldade para adotar melhores hábitos de vida diferentes daqueles a que estão acostumados (MODENEZE, 2004).

Fatores de risco relacionados ao estilo de vida

Os fatores de risco relacionados ao estilo de vida estão muito ligados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs, e podem ser classificados como modificáveis e não modificáveis. Se faz muito importante o conhecimento destes fatores comportamentais para criar estratégias de prevenção e promoção da saúde da população, a fim de diminuir a incidência e morbimortalidade por câncer (CASADO et al., 2009).

Em relação ao tabagismo o resultado foi muito positivo, visto que 90% dos sujeitos afirmaram não fumar. O tabagismo é o principal fator de risco para o câncer de pulmão, laringe, esôfago e cavidade oral, bem como está relacionado a cerca de 20 tipos de tumores malignos, e seus efeitos atingem não somente o fumante ativo, mas também os de forma passiva, prejudicando assim os 10% da amostra que afirmaram fumar (FEITOSA et al., 2011).

O consumo de álcool esteve presente em 42,5% dos pesquisados; destes, a frequência

foi de 29,4% semanalmente, 29,4% mensalmente, 11,7% quinzenalmente e 11,7% anualmente, e o consumo diário não foi referido. E 52,5% afirmaram não consumir bebidas alcoólicas. A ingestão de bebidas alcoólicas apresenta-se como fator de risco principalmente para o câncer de cavidade oral, laringe, esôfago, fígado e estômago (FEITOSA; PONTES, 2011).

Outro fator agravante para o desenvolvimento de tumores malignos é o sedentarismo, muito presente na civilização moderna. Dos participantes, 50% afirmaram praticar atividade física e, destes, 20% semanalmente, 22,5% diariamente e 5% não informaram a frequência. Para que nossos genes se expressem fisiologicamente é muito importante uma prática de atividade física regular, pois somos organismos programados para o movimento e não para o sedentarismo, e este último é fator agravante e percussor de muitas doenças crônicas (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Quanto ao tempo de exposição ao sol, 70% deles passavam 8 horas diárias ou mais expostos ao sol. Dado muito relevante, visto o longo tempo de exposição. O uniforme da maioria deles era adequado, de manga longa e calça, mas 57,5% afirmaram não fazer uso de protetor solar, mais da metade da amostra. O uso do protetor solar é a principal forma de prevenção, mas pode causar efeito reverso quando não usado adequadamente, pois a pessoa sente-se protegida e se expõe mais, causando maior risco de lesão (CHINEM; MIOT, 2011).

Os principais tipos de neoplasias de pele são o câncer de pele melanoma (CPM) e não melanoma (CPNM), e o último se apresenta como o de maior incidência no Brasil. Nos casos em que se trata de exposição ocupacional, como na amostra estudada, se faz necessário o uso de medidas de proteção aos raios ultravioletas, pois a exposição a estes raios causa efeitos cumulativos desde as exposições da infância e juventude (FERREIRA et al., 2011).

É importante atentar que pessoas de pele clara necessitam de maior proteção aos raios UVA e UVB, pois estudos demonstram que a pele branca transmite cerca de 24% da UVB incidente e 55% da UVA, enquanto que a pele negra transmite 7,4% e 17,5%. Apesar de as peles negra e branca terem a mesma quantidade de melanossos, estes são maiores e mais melanizados na pele negra, o que permite maior fator de proteção natural, sendo estes menos incidentes ao câncer de pele (CASTILHO et al., 2010).

Em relação aos cânceres de pênis e testículo, apesar de não terem alta incidência manifestam-se de forma agressiva, podendo ser considerados como os tumores mais perigosos que acometem o homem, além de provocar grande impacto psicológico por estarem relacionados com a masculinidade, perfil e identidade construída por estes. Esses tipos de câncer são mais prevalentes nas Regiões Norte e Nordeste e se apresentam mais frequentes em homens com mais de 50 anos. Mas, devido a condições socioeconômicas desfavoráveis, a falta de orientação e instrução, esses cânceres têm se manifestado em indivíduos jovens, principalmente os não circuncidados (SOUZA et al., 2011).

O câncer de pênis tem ligação direta com a realização de higiene pessoal e, apesar de a etiologia ainda ser desconhecida, esse câncer também está relacionado ao contato com o Papiloma Vírus Humano (HPV). O DNA do HPV está presente em indivíduos com câncer peniano em uma variação de 15% a 46,3% dos casos, principalmente os do tipo 16. Há de se considerar então a importância tanto da higienização pessoal quanto do uso de preservativo e de se manter uma parceira fixa na tentativa de evitar o contato com o vírus HPV (CARVALHO et al., 2007).

O uso do preservativo também se faz importante na prevenção do câncer de boca, já que o HPV-16 vem sendo apontado como carcinoma oral mais frequente. Estudos apontam que homens com início da vida sexual ativa precocemente, que praticam sexo oral desprotegido e que têm mais de uma parceira sexual são mais acometidos pelo vírus HPV, com chances de evoluir para carcinoma de células escamosas em orofaringe, base de língua e tonsilas palatinas (SILVA et al., 2012).

Dentre a amostra, 45% deles afirmam fazer uso do preservativo e 85% apresentaram parceira fixa, enquanto que 15% não tinham parceira fixa. Embora a maioria tivesse parceira fixa, nem todos eles faziam uso do preservativo, ficando mais propensos não só ao vírus HPV, mas a todas as doenças sexualmente transmissíveis.

O câncer de próstata costuma causar mais preocupação, visto que é o segundo tipo de câncer mais prevalente na população masculina, a quinta causa de mortalidade por tumores malignos e, conforme a Sociedade Brasileira de Urologia, é o segundo maior causador de mortes no Brasil (AMORIM et al., 2011; MEDEIROS et al., 2011). O câncer de próstata cresce lentamente. Embora lento, é preciso que a população tome conhecimento para preveni-lo e para detectá-lo precocemente, para isto se conta com a lei 10.289, de 20 de setembro de 2001, a Instituição do Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata (MEDEIROS et al., 2011).

O rastreamento dessa doença é realizado por meio de dois exames. Um deles é o toque retal, que tem por objetivos avaliar as características da próstata, permitindo verificar o tamanho, a forma e a consistência, analisando a presença de nódulos, porém há a limitação de que só é possível palpar as porções lateral e posterior da próstata. Além disso, também há a resistência a esse exame, visto que, pela sua forma de realização, os homens apontam que viola a masculinidade. O outro método é através de um exame de sangue para verificar a dosagem do Antígeno Específico Prostático (PSA), onde a dosagem elevada significa que há indício de alguma doença da próstata, incluindo o câncer (AMORIM et al., 2011).

Entre os participantes, um quantitativo de 90% ainda não havia realizado o toque retal. Esse número se torna preocupante, visto que 27,5% dessa amostra apresentam-se na faixa etária entre 40 e 49 anos, e a idade ideal para realizar o exame é acima dos 45 anos,

segundo a American Cancer Society (OLIVEIRA et al., 2011). Porém 72,5% desses homens não conheciam o exame do PSA, que seria uma alternativa mais acessível, considerando todo o histórico de rejeição ao exame de toque da próstata. Apenas 20% deles conheciam o PSA e 7,5% não informaram.

Discute-se, também, que os hábitos alimentares, a longo prazo, podem contribuir para o aparecimento do câncer, com o consumo contínuo e baseado em alimentos típicos da sociedade moderna, aonde predominam os corantes, conservantes e aditivos, presentes principalmente nos enlatados e embutidos (POLÔNIO; PERES, 2009).

Os participantes foram questionados sobre os alimentos que mais consumiam, e foi apresentado o conjunto geral dos principais; lembrando que a maioria elencou mais de um conjunto de alimentos. Assim, em primeiro lugar ficaram as carnes vermelhas, 55% dos sujeitos afirmaram grande consumo, em seguida vieram as frutas e massas com 52,5%, 32,5% para as carnes brancas e frituras, e legumes/verduras com a mesma porcentagem de 27,5%. Por último vieram os doces com 25%. As massas geralmente são riquíssimas em gorduras trans e saturadas, e ainda podem conter aditivos sintéticos como corantes artificiais, e apresentam relação com o desenvolvimento de cânceres de estômago, colorretal, próstata, esôfago e mama (POLÔNIO; PERES, 2009).

Salienta-se que o consumo de carnes vermelhas, principalmente quando em conserva ou embutidos, é fator de risco para os tumores cerebrais e de próstata. Visto o grande consumo de carnes deste tipo pela população atual, é importante estimular a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis, dando preferências às carnes brancas, em especial a de peixe, que se mostra com efeito protetor por ser rica em ômega (INCA, 2012).

Já o consumo de frutas, verduras e legumes, que geralmente são os que se apresentam como os de menor consumo na atualidade, agem como protetores para os diversos tipos de câncer, principalmente os ricos em carotenoides e com efeito antioxidante, como tomates, cenouras, pimentão, frutas de coloração vermelha e amarela, grãos de feijão, ervilha e soja. E também pelos componentes que a alimentação saudável fornece, como licopeno, vitaminas e flavonoides (MEDEIROS et al., 2011).

O conjunto de estilos de vida e consumo não saudáveis forma um complexo de forte impacto para o desenvolvimento a longo prazo, não só de neoplasias, mas também de outras doenças crônicas associadas (CASADO et al., 2009). E essas doenças muitas vezes são vistas pela sociedade como sem prevenção, principalmente o câncer, que supõe muitos significados, medo e desconhecimento; e quando se volta para o público masculino torna-se ainda mais complexo, visto o contexto de “descuido” que vem sendo atrelado a esta população para com a saúde.

Avaliação do conhecimento da população masculina antes das ações educativas

Após a realização do grupo focal, aonde foram convidados a discutir sobre a temática de câncer, sendo estes momentos gravados e transcritas as falas, para assim serem submetidas à análise e discussão, as mesmas foram categorizadas segundo questões-chave das discussões, como no quadro síntese.

Quadro 1-Síntese do grupo focal realizado com a população masculina: O que vocês sabem sobre o câncer e sua prevenção?

CATEGORIA	DISCURSO
1-Conhecimento da etiologia e fatores de risco	AB1: É o crescimento celular desenfreado, que as células vão se dividindo, encapsulando, em sua forma encapsulada que pode chegar a se transformar em uma célula maligna ou não. AB3: Metástase é o comprometimento de várias células do corpo por intermédio da célula cancerígena. AA1: É quando o câncer invade algum vaso sanguíneo e as células desse tumor se espalham pelo corpo. AA5: Eu acredito assim que pode até ser pela questão da genética, mas eu acredito que seja pela alimentação também. Pela alimentação, tipo câncer de pele pela intensidade do sol, os raios solares estão mais intensos do que antes.
2-Conhecimento equivocado	G1: O câncer, em primeiro lugar, pode ser por uma mamação, uma criança às vezes vai mamar no seio da mãe, e às vezes por indução ou por a mãe ser inexperiente pode virar um câncer. AA8: Então tem cânceres que são benignos e malignos, e malignos, tem uns que não fazem mal ao corpo. Acho que o câncer é uma denominação, uma anomalia. Mais ou menos assim.
3-Conhece a prevenção primária e secundária	AA6: Tem a proteção física que podia ser manga longa, que não tem, o EPI que é o protetor solar, que era para fornecer e não fornece. A genética também. A prevenção em relação à alimentação saudável e à prática de exercício físico. AB6: Num beber, não fumar, fazer atividade física e alimentação saudável. G4: É ir ao médico, aí ele vai diagnosticar e eu vou fazer o tratamento, aí ele que vai dizer a mim. Não tem como você saber sem você ir ao médico. AA1: Se descoberto com antecedência tem cura na maioria deles
4-Desconhece a prevenção	AB3: O câncer não tem prevenção; pois minha irmã, quando ela descobriu, o médico disse que ela já estava há 4 anos com essa célula. G3: Não sei, gostaria de saber.
5-Crenças e estereótipos da doença	AA4: Me falaram uma vez, não sei se procede, mas disseram que até um simples ferimento, um corte na pele é um tipo de câncer!? AA5: Essa doença até um tempo ela era desconhecida, até tanto que algumas pessoas não falavam nem o nome, aí depois passou a ser CA, ou antes, era "aquela doença". Então hoje já tem com mais frequência, antigamente era difícil alguém falar que tinha câncer, mas hoje as crianças já nascem com essa doença. Então o número de pessoas aumentou bastante; então como essa doença tem a ver com a genética? AA6: Explicar uma questão dessas é complicado, pois existe uma série de conjuntos, de vertentes que podem explicar. [...] todo mundo sabe que pode até aquela questão do pessoal ter medo, o preconceito de revelar que estava com a doença.

Fonte: dados obtidos a partir do grupo focal.

No item 1, os sujeitos AB1, AB3 e AA5 demonstram possuir um conhecimento muito grande em relação à etiologia das neoplasias e os fatores causadores ou relacionados, ao contrário dos sujeitos G1 e AA8 da categoria 2, que demonstram equívocos em suas falas e coisas sem nexos relacionadas ao assunto. O acesso a informação está diretamente relacionado ao nível de esclarecimento e escolaridade dos sujeitos, conseqüentemente também está relacionado à construção de conhecimentos sobre as doenças e sua prevenção (HERR et al., 2013).

Quando os sujeitos possuem consciência da forma de prevenção de neoplasias é mais fácil traçar medidas preventivas e hábitos saudáveis, principalmente pelo fato de se tratar de coisas muito rotineiras e que isoladamente e com pouca exposição não são capazes de levar às neoplasias, porém, sem o esclarecimento necessário ocorrem os exageros expositivos, de maneira que os conhecimentos adquiridos possibilitem aos sujeitos fazer escolhas que promovam a sua saúde (HERR et al., 2013).

Na categoria 3, principalmente as falas dos sujeitos AA1 e AA6 trazem uma combinação perfeita de medidas de prevenção, tanto primárias, quando se fala de mudanças de hábitos de vida, quanto secundárias, quando se fala de diagnóstico precoce no intuito de maior perspectiva de cura. Porém, infelizmente, esta percepção ainda é presente em uma minoria da população, principalmente masculina, que busca os serviços para evitar maiores agravos, só intervindo na prevenção terciária.

Quando nem ao menos se conhece alguma medida de prevenção do câncer, como no item 4, se torna mais preocupante. Sempre imaginamos que todas as pessoas sabem como prevenir as doenças e, portanto, trabalhamos educação em saúde baseados nestes conceitos prontos, assim como nos equivocamos em imaginar que na atualidade todas as pessoas sabem o que causa câncer; ainda se tratando do público masculino, somente no período de 2000 a 2011 é que houve maior discussão sobre saúde do homem em âmbito internacional (MARTINS et al., 2012). Porém é difícil construir uma consciência de prevenção em alguém que perde algum ente ou conhecido precocemente, por uma doença tão inespecífica, assim como o sujeito AB3, que, independente do que ouviu sobre a prevenção, prefere acreditar no que vivenciou.

Na categoria 5, que descreve a influência das questões culturais, religiosas e das crenças geradas em torno da temática, evidencia-se o quanto isso é fator impactante nos processos de saúde/doença, e nas concepções dos sujeitos. Assim, é importante conhecê-las para saber lidar e respeitar cada qual sem deixar de lado a perspectiva de criar conhecimentos também indispensáveis para a prevenção, e isso é um desafio com que a maioria dos profissionais de saúde não sabe lidar, daí a importância da integralidade do cuidado. Além de que estas crenças muitas vezes são complexas até mesmo para aqueles que acreditam, pois não possuem evidências fundamentadas (BOUSSO et al., 2011).

Momentos de educação em saúde

Diante dos encontros nos grupos focais, foram percebidas algumas necessidades importantes de temáticas de educação em saúde para serem desenvolvidas, e estas se desenvolveram em média em 12 encontros com os grupos.

Os momentos se deram no período de outubro de 2013 a junho de 2014, através de diálogo, e uso de multimídia, material educativo, peças anatômicas e preservativos; sobre o que é e quais os cânceres mais prevalentes na população masculina, as medidas preventivas, sinais e sintomas sugestivos, a importância de buscar medidas de saúde saudáveis e fazer exames de rotina. Ainda foram realizadas muitas ações voltadas para doenças como hipertensão, diabetes e DSTs, estas últimas muito relacionadas com o câncer de pênis.

Não podemos afirmar com certeza que apenas a informação fará prevenir cânceres, pois sabemos que existem muitos fatores envolvidos. Mas temos certeza de que hoje estes homens possuem opiniões diferentes sobre esta doença tão estigmatizada, e que sabem que existem hábitos que podem ajudar a prevenir, e, se ainda assim estes hábitos não forem mudados, sabem que ao apresentar um sintoma é importante buscar um serviço de saúde.

Análise da influência das intervenções na construção do conhecimento da população masculina

Após os momentos de educação em saúde com a população masculina, buscou-se avaliar os resultados ou impactos que estes causaram na forma de pensar o câncer e o cuidado com a saúde de um modo geral. Os participantes responderam a seis perguntas objetivas, sendo apenas a questão 4 aberta a comentários extras, porém ninguém optou por complementar sua resposta neste quesito.

Sobre o questionamento acerca do conhecimento adquirido pelos sujeitos sobre o câncer, obteve-se um resultado muito positivo, inferindo que parte dos objetivos desta pesquisa foram alcançados. Mais da metade da amostra afirmou ter aprendido muito e demonstrou o desejo de continuar aprendendo, sendo representada por um percentual de 70%. Ainda pôde-se constatar que, apesar de 22,5% dos participantes terem afirmado adquirir pouco conhecimento, isto ainda é muito válido diante do que foi diagnosticado durante os momentos de grupo focal, quando em alguns discursos demonstraram não apresentar nenhum tipo de conhecimento ou até mesmo conceitos deturpados sobre o tema.

É importante levar a conscientização quanto à prevenção do câncer por se tratar de uma doença multifatorial, principalmente em grupos de risco, levando em conta que pequenas

mudanças nos hábitos de vida podem evitar não só o câncer, mas sim outras doenças, bem como trazer qualidade de vida não só individual, mas em relação à coletividade (VIEIRA et al., 2012). De acordo com os resultados obtidos, essas mudanças dependerão da vontade de executá-las, pois 92,5% dos sujeitos sabem como prevenir o câncer de alguma forma.

A relevância de conhecer sinais e sintomas está na possibilidade de se realizar prevenção secundária que potencializa as chances de cura para essa doença. Felizmente o somatório dos percentuais relacionados às pessoas que afirmaram ter alguma referência sobre alguns ou de todos sinais e sintomas foi de 92,5%, dado este que, representado com o dado anterior, reafirma o quanto as intervenções foram válidas para esta população (SOUZA et al., 2011).

Já sabendo como prevenir o câncer, notam-se mudanças relevantes a partir dos dados colhidos, já que 95% da amostra afirmaram ter passado a cuidar melhor da saúde. Então, 92,5% afirmaram ter melhorado a alimentação, dos 42,5% que bebiam 12,5% afirmaram ter reduzido o consumo, dos 10% que fumavam 5% afirmaram ter parado, e é importante ressaltar que mudanças nesses dois últimos hábitos são muito difíceis de realizar. O não uso de camisinha era prevalente em 55% da amostra, 32,5% deles passaram a usar. O sedentarismo estava presente em 45% da população, 32,5% passaram a realizar algum tipo de atividade física.

Embora a população masculina tenha um longo histórico de omitir o seu processo de adoecimento e de não busca dos serviços de saúde, surpreendentemente 95% da população disse buscar o serviço de saúde caso apresente algum sinal ou sintoma sugestivo de neoplasia; isto implica em possíveis diagnósticos precoces. Espera-se que a concepção de sinais e sintomas implique busca de ajuda nos serviços de saúde em estágios também iniciais, não apenas quando apresentarem comprometimento fisiológico grave (STORINO et al., 2013).

A importância da continuidade de estudos e de atividades de educação em saúde com a população masculina deve ser algo rotineiro e de continuidade pelos profissionais de saúde, principalmente quando estes demonstram interesse em continuar aprendendo, o que ficou evidenciado tanto no percentual de quem afirmou ter aprendido bastante, mas que precisa aprender mais, quanto na pergunta direta se gostariam de continuar aprendendo sobre câncer e outras doenças e a resposta foi unânime, com o percentual de 100% dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou a exposição de uma população masculina a fatores de risco relacionados a vários tipos de câncer que mais comumente acometem a população masculina, como câncer de pele, pênis, pulmão e próstata. Depreendeu-se que essa população masculina muitas vezes não tem consciência da exposição a fatores de risco que podem levar ao câncer e que são preveníveis.

Como limitações para o estudo, salienta-se: a dificuldade em convencer a população masculina a participar do estudo, uma vez que muitos recusaram-se a participar a fim de não expor seus hábitos de vida que estivessem relacionados a fatores de risco.

As ações de educação em saúde, por meio das quais se procurou repassar o máximo de conhecimento acerca das neoplasias, dos sinais e sintomas manifestados por estas, dos meios que eles podiam utilizar para realizar a prevenção em saúde, principalmente pela mudança de hábitos de vida, mediante isto, houve uma grande mudança na realidade destas pessoas afirmada pelos dados obtidos na pesquisa.

Assim, evidencia-se a necessidade de conhecer mais dos hábitos de vida da população masculina, promover e educar com o intuito de incentivar hábitos saudáveis como principal prevenção para os fatores de risco relacionados aos diversos tipos de câncer, além disponibilizar serviços que atendam às suas necessidades na busca de diagnósticos precoces e tratamentos adequados.

REFERÊNCIAS

AMORIM, V.M.S.L; BARROS, M.B.A; CÉSAR, C.L.G; GOLDBAUM, M; CARANDINA, L; ALVES, M.C.G.P. **Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional.** Cad. Saúde Pública vol.27 no.2. [online] Rio de Janeiro, Feb. 2011. [citado 2014 fev 18]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200016.

ALGRANTI, E; BUSCHINELLI, J.T.P; CAPITANI, E.M. **Câncer de pulmão ocupacional.** J. bras. pneumol. Vol.36 no.6. [periódico na internet] São Paulo. Nov./Dec. 2010; [citado 2014 jan 26]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132010000600017>

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70 Persona, 2004.

CARVALHO, N.S.; KANNENBERG, A.P; MUNARETTO, C; YOSHIOKA, D; ABSY, M.C.V; FERREIRA, M.A. et al. **Associação entre HPV e Câncer peniano: revisão de literatura.** DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(2): 92-95 – ISSN: 0103-4065. [periódico na internet], Page 92. 6 qxd; 2008. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-2-2007/6.pdf>.

CASTILHO, I.G; SOUZA, M.A.A; LEITE, R.M.S. **Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários.** An. Bras. Dermatol. Vol.85 no.2. [periódico na internet], Rio de Janeiro. Mar./Apr. 2010. [citado

2014 fev 18]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962010000200007>.

CASADO, L; VIANNA, L.M; THULER, L.C.S. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática**. Revista Brasileira de Cancerologia 2009; [periódico na internet] 55(4): 379-388, [citado 2014 fev 07]. Disponível em:

CHINEM, V.P; MIOT, H.A.M. **Epidemiologia do carcinoma basocelular**. An. Bras. Dermatol. Vol.86. no.2. [periódico na internet], Rio de Janeiro.Mar./Apr. 2011. [citado 2014 fev 18]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000200013>.

FERREIRA, F.R; NASCIMENTO, L.F.C; ROTTA, O. **Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle**. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.57 no.4. [periódico na internet] São Paulo. July/Aug. 2011, [citado 2014 jan 28]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000400018>.

FEITOSA, R.C.L; PONTES, E.R.J.C. **Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil)**. Ciênc. saúde coletiva. vol.16 no.2. [periódico na internet], Rio de Janeiro. Fev. 2011. [citado 2014 fev 07]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200024>.

HERR, G. E.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; BERLEZI, E. M.; GOMES, J. S.; MAGNAGO, T. S. B. S.; ROSANELLI, C.P.; LORO, M. M. **Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde**. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(1): 33-41.

INCA- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle de câncer**. 2ª Ed , Rio de Janeiro. 2012.

INCA-INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estimativa 2014- **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014. Acesso em: Janeiro de 2014.

GUALANO, B; TINUCCI, T. **Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas**. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, [periódico na internet], v.25, p.37-43, dez. 2011. [citado 2014 fev 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v25nspe/05.pdf>.

MARTINS, A.M, MORAES, C.A.L, RIBEIRO, R.B.N, ALMEIDA, S.S.L, SCHALL, V.T, MODENA, C.M. **A Produção Científica Brasileira sobre o Câncer Masculino: Estado da Arte**. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(1): 105-112.

MEDEIROS, A.P; MENEZES, M.F.B; NAPOLEÃO, A.A. **Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem**. Rev. bras. enferm. vol. 64 no. 2. [periódico na internet], Brasília. Mar./Apr. 2011. [citado 2014 fev 20]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000200027>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL), SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes** [citado 2014 Fev 10]. Brasília (DF): [Ministério da Saúde]; 2008.

MODENEZE, D.M. **Qualidade de vida e diabetes: limitações físicas e culturais de um grupo específico**. UNICAMP. [periódico na internet] Campinas, SP: [s. n.], 2004, [citado 2014 jan 28]. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/dissertacao/Modeneze.pdf.

OLIVEIRA, F.M; PARIZI, J.L.G; GODOY, J.E.F; REZEK, D. **Conhecimento sobre a prevenção do câncer genital masculino em Presidente Prudente, São Paulo, Brasil**. [periódico na internet], RBM V.68, Nº 9. Set 2011. [citado 2014 fev 18]. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4828.

POLÔNIO, M.L.T; PERES, F. **Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira**. Cad. Saúde Pública, vol. 25, n.8 [periódico na internet], Rio de Janeiro Aug. 2009. [citado 2014 fev 18]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800002>.

SILVA, I.I.C; COUTINHO, L.A.C.R; JÚNIOR, J.A.S; PIRES, A.R.C; BASTOS, O.M.P.B. **Percepção de Vulnerabilidade ao HPV e câncer de cabeça e Pescoço: comportamentos sexuais e de risco em Jovens de Niterói, RJ**. DST - J bras. Doenças Sex Transm. 2012; [periódico na internet], 24 (2): 85-92. [citado 2014 fev 18]. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista2422012/5_Percepcao_de_Vulnerabilidade_ao_HPV_e_Cancer.pdf.

SOUZA, K.W; REIS, P.E.D; GOMES, I.P; CARVALHO, E.C. **Estratégias de prevenção para**

câncer de testículo e pênis: revisão integrativa. Rev. esc. enferm. USP. vol.45 no.1. [periódico na internet] São Paulo. Mar. 2011, [citado 2014 jan 28]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100039>.

STORINO, LP; SOUZA, K.V; SILVA, K.L. **Necessidades de Saúde do Homens na Atenção Básica: Acolhimento e Vínculo como Potencializadores da Integralidade.** Esc Anna Nery (impr.) out - dez; 17 (4): 638-645. 2013.

VIEIRA, S.C et al. Oncologia Básica. 1. ed. Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012.

PERFIL CLÍNICO DE HOMENS ADULTOS COM CÂNCER ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO NORTE

*Lázia Gabriela Batista.
Jessica Rabelo Holanda.
Renata Janice Moraes Lima Ferreira Barros.
Fátima Raquel Rosado Moraes*

INTRODUÇÃO

O câncer é um conjunto de doenças que se caracterizam pela perda do controle da divisão celular, causando um crescimento celular desordenado, e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas, o que causa a metástase. Atualmente, essa patologia é uma das principais responsáveis pela morbidade e mortalidade em todo o mundo. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a maior parte do número global desta patologia é observada em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos (INCA, 2013).

De acordo com o INCA, em 2014 surgiram 580 mil novos casos de câncer apenas no Brasil, reforçando a intensidade do problema da doença no país. Na Região Nordeste, especificamente no Estado do Rio Grande do Norte, o número de cidadãos acometidos por essa patologia é alarmante, estatísticas realizadas pelo instituto estimaram que poderão surgir de 173.36 a 262.61 novos casos somente no sexo masculino, excluindo os casos de pele não melanoma (INCA, 2013).

E, se tratando desse sexo, é um fator preocupante a dificuldade do homem de se incluir como doente e de procurar os serviços de saúde no início dos sinais e sintomas ou como forma de prevenção (BRASIL, 2008). Isso pode ser explicado pela tradição ocidental, o sexo masculino é rotulado como forte e saudável, capaz de realizar todo e qualquer tipo de atividade que lhe cabe. Levando o homem a acreditar na sua invulnerabilidade, o que o torna indiferente à prática de cuidar de si e expondo-se a situações de alto risco (GOMES, 2008).

As estimativas apresentadas são mais uma ferramenta importante para o desenvolvimento do sistema de vigilância de câncer, para o qual o grande desafio é colocar em prática o uso dessas

informações e o conhecimento da realidade do país, a fim de que as necessidades da população sejam priorizadas e atendidas pelas políticas públicas de saúde, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022 (MALTA, et al., 2011).

Apesar do crescente investimento na implantação de políticas públicas e programas de saúde voltados para a prevenção e diagnóstico precoce, o câncer ainda apresenta-se como uma das principais causas de morte em todo o mundo, com maior letalidade entre o público masculino. E esse crescente aumento no número de novos casos fará com que os recursos sejam insuficientes para dar conta do doente desde o diagnóstico ao tratamento e cura. Sendo assim, como consequência, teremos o aumento do número de mortes antecipadas (BRASIL, 2008).

Oliveira et al. (2013) assinala, como fatores que impedem o desenvolvimento de uma política de saúde eficaz para os homens, a preocupação limitada com a perspectiva biomédica (ênfase na próstata e disfunção erétil) e o senso comum de que todos os problemas de saúde em homens são os resultados de masculinidade hegemônica e mau comportamento, sem levar em conta a percepção do indivíduo do sexo masculino com relação à sua vida e sua saúde.

Para que as ações preventivas passem a fazer parte dos cuidados à saúde do homem, existe a necessidade de se reorganizar os serviços de saúde para a demanda masculina, incorporando nas práticas dos profissionais as diretrizes das políticas públicas de saúde, designadamente, dos programas que devem atender ao homem de forma integral, não focalizando a causa do adoecimento que o levou à consulta, mas as ações que devem ser implementadas no acolhimento do homem visando à clínica ampliada (BALINELO, et al., 2014).

Ainda nos dias atuais, a sociedade incorpora um caráter machista atribuindo características ao que é ser “homem de verdade”; dentre tais características estão a força, coragem e determinação, contribuindo para que o homem coloque em risco a sua saúde (GOMES, 2008). Além disso, as ações de autocuidado trazem consigo um caráter de fragilidade, o que está socialmente atribuído à figura da mulher (MULLER, et al., 2010). Para dificultar ainda mais tal situação, soma-se a maneira como os serviços de saúde estão articulados, sendo caracterizada pela maior presença de mulheres, seja como trabalhadoras ou usuárias, e também por uma maior oferta de ações assistenciais voltadas para o público materno-infantil (SCHRAIBER, et al., 2010).

Portanto, mais do que um comportamento natural, o distanciamento dos homens dos serviços de saúde encontra-se intimamente relacionado aos modos de produção da existência e a uma sociedade alicerçada no processo de divisão sexual do cuidado (MULLER, et al., 2010).

Nesse contexto, o profissional de saúde não pode perder a oportunidade de abordar os homens, aproveitando as situações diárias da assistência, na expectativa da promoção integral à saúde e detecção precoce de agravos, no sentido de orientá-los sobre os fatores de risco e

medidas de prevenção relativas ao câncer, além de identificar a presença ou não desses fatores e buscar sinais e sintomas que possam indicar alterações relacionadas (BALINELO, et al., 2014).

Visando melhorar a assistência à saúde do homem, o Ministério da Saúde (MS) apresenta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que complementa a Política Nacional de Atenção Básica, na procura de qualificar a saúde da população masculina de forma a resguardar a integralidade das ações. A PNAISH também enfatiza a grande necessidade de mudanças padrões no que diz respeito à percepção dos homens e no cuidado com sua saúde, pois precisam se reconhecer como sujeitos que carecem de cuidados. Apontando também para uma perspectiva de buscar qualidade de vida e promoção da integralidade do cuidado nessa população.

Enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas na percepção da população masculina no que se refere ao cuidado com sua saúde e a da sua família. Considerando essencial que, além dos aspectos educacionais, os serviços de saúde necessitam se organizar de modo acolhedor, propondo ao homem a sensação de já fazer parte deste serviço (BRASIL, 2008).

A integralidade do cuidado na atenção à saúde deve ser pautada em políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população masculina no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do cuidado no processo saúde/doença em suas distintas dimensões: biológica, cultural e social (OLIVEIRA et al., 2013).

Um dos principais objetivos da PNAISH é possibilitar ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diferentes contextos políticos, econômicos e socioculturais; o outro é o respeito aos diversos níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas de saúde e tipos de gestão. Possibilitando, assim, o aumento da expectativa de vida e redução da morbidade e mortalidade por causas evitáveis nessa população através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2008).

A PNAISH objetiva também nortear ações e serviços de saúde para a população masculina com equidade, integralidade e priorizando a humanização da atenção, para assim possibilitar a garantia de serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde dos homens. Promovendo a melhoria das condições de saúde dessa população, conseqüentemente, haverá a redução da morbidade e mortalidade deste público, através do enfrentamento dos fatores de risco e facilitação do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

A compreensão dos obstáculos socioculturais e institucionais é de fundamental importância para a proposição estratégica de medidas que promovam o acesso dos homens aos serviços de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção. Mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia

de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa política, que pretende tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania (BRASIL, 2008).

A não procura pelos serviços de atenção básica traz inúmeros problemas, pois através de um diagnóstico precoce se tem um melhor tratamento e, conseqüentemente, maiores chances de cura e melhora de prognóstico, uma vez que os homens já começam sua busca no serviço especializado, muitas vezes em estágio de doença avançado (BRASIL, 2008).

Diante disso, vê-se a importância de analisar o perfil clínico dos pacientes homens adultos atendidos em um hospital oncológico de médio porte no interior do Rio Grande do Norte, a fim de que toda a sociedade, equipes de saúde e gestão tomem conhecimento deste, para que se estabeleçam novos métodos de prevenção dos agravos e ações de promoção integral à saúde, bem como o incentivo ao diagnóstico precoce com vistas à redução da mortalidade e morbidade destes pacientes.

O estudo teve como público-alvo os pacientes adultos jovens, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são aqueles com idade compreendida entre 20 e 59 anos, do sexo masculino, que residiam na cidade de Mossoró/RN, possuíam diagnóstico de neoplasia maligna e eram atendidos no hospital em estudo.

Apesar da alta incidência do câncer no homem, ainda é uma temática pouco discutida, sendo fracionada aos tipos de câncer e nunca estudada de uma maneira integral, como também é o reconhecimento da própria instituição e dos profissionais da área da enfermagem acerca das condições clínicas do paciente que está procurando o serviço especializado.

Mediante o que foi exposto, compreende-se que a maioria dos homens chega ao sistema de saúde por meio da atenção especializada, tendo como consequência o agravamento no seu quadro de saúde, o que causa grande sofrimento físico e emocional a esse paciente e a sua família, além de gerar maior gasto para o Sistema Único de Saúde – SUS, já que esse sujeito vai precisar de um tratamento especializado e caro (BRASIL, 2008). A partir dessa discussão surge o questionamento: Qual o perfil clínico dos pacientes do sexo masculino, jovens e acometidos por câncer quando chegam ao serviço especializado?

O objetivo geral da pesquisa foi analisar o perfil clínico dos pacientes adultos homens de Mossoró/RN acometidos por câncer atendidos em um hospital no interior do Rio Grande do Norte. Procurou-se identificar os tipos de câncer mais frequentes nos pacientes adultos do sexo masculino de Mossoró atendidos em um hospital no interior do Rio Grande do Norte, verificar os fatores de risco presentes nestes homens e conhecer os estadiamentos tumorais admissionais desses pacientes, visando identificar os principais prognósticos.

O distanciamento do público masculino dos serviços de saúde não deve ser encarado como algo natural, e sim compreendido a partir do processo de socialização e construção da identidade masculina, permeado pela desigualdade de gênero. Pois, ao contrário da população

feminina, os homens desde a infância não são ensinados a atentar ao seu próprio corpo e sensações, o que reflete numa maior dificuldade no reconhecimento de alguns sintomas patológicos, contribuindo para uma procura de assistência tardia, pontual e emergencial (LAGO & MULLER, 2010).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, transversal e de análise documental com vistas a descrever os aspectos clínicos dos pacientes do sexo masculino adultos, na faixa etária entre 20 e 59 anos, residentes da cidade de Mossoró/RN, com diagnóstico de neoplasia maligna, que eram atendidos em um hospital oncológico de médio porte no interior do Rio Grande do Norte, no período de seis anos, de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento fechado. O universo amostral total foi de 449 prontuários, porém, mediante os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, foram selecionados 260 prontuários.

A pesquisa quantitativa é centrada na objetividade, é baseada na análise de dados brutos, recolhidos com o uso de instrumentos padronizados e neutros. Recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre as variáveis. Esse tipo de pesquisa tenta enfatizar o raciocínio dedutivo, regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (SILVEIRA, et al., 2009).

O método quantitativo emprega a quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. De modo específico, tem por objetivo garantir o máximo de precisão nos resultados obtidos e evitar distorções de análise e interpretação, proporcionando maior margem de confiança na pesquisa. (FIATES, et al., 2013).

O estudo descritivo pretende descrever fenômenos e fatos da realidade, o que exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Exigindo uma descrição exata de fenômenos e fatos, que são fundamentais quando pouco se sabe sobre determinado assunto (SILVEIRA, et al., 2009). Possibilita conhecimento aos profissionais de uma determinada área ou setor, sobre seus dados demográficos, podendo demonstrar a importância destas informações para os profissionais da assistência e gestores de saúde. (ARAGÃO, 2011).

Estudos transversais são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como momentos da realidade. Delineiam a situação em um determinado período. Na realidade, essas pesquisas possibilitam o momento inicial de análise de uma associação. Identificados dentro de uma população os desfechos existentes, podem elencar fatores que podem ou não estar associados a esses desfechos em distintos graus de

associação (ARAGÃO, 2011).

A análise documental apreende os documentos como alicerce para a realização de estudos e pesquisas cujos objetivos sobrepõem do interesse do pesquisador, podendo também ser percebida como uma investigação relacionada à pesquisa histórica, uma vez que visualiza a reconstrução crítica dos dados passados com a finalidade de obter indícios para projeções futuras. Assim, tal técnica facilita consulta e referência dos documentos, tendo por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação (SOUZA, et al., 2011).

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes, sob o Parecer: 289.316.

Esta pesquisa foi realizada em um hospital oncológico de referência, localizado no interior do Rio Grande do Norte, trata-se de um serviço especializado em Onco-Hematologia. Atende à população local, bem como dos demais municípios da mesorregião oeste potiguar. A escolha do local deu-se pelo fato de o referido hospital ser centro de referência em oncologia da cidade e região, tendo, portanto, demanda suficiente para uma pesquisa fidedigna.

A população foi composta de pacientes adultos jovens, na faixa etária entre 20 e 59 anos, do sexo masculino, atendidos no referido hospital com diagnóstico de neoplasia maligna, residentes da cidade de Mossoró/RN e admitidos no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. A escolha desse período deu-se pelo fato da existência do prontuário eletrônico, tendo em vista que seria inviável aos pesquisadores realizarem a pesquisa com prontuários impressos devido à grande demanda de pacientes.

Foram excluídos prontuários incompletos e pacientes portadores somente de doenças hematológicas e que tivessem sido admitidos no período anterior ao ano de 2008. Mediante os critérios de inclusão e exclusão, o universo amostral foi de 260 prontuários.

Na coleta de dados utilizou-se um questionário fechado, composto por 15 questões, dividido nas seguintes categorias: dados socioeconômicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticas implementadas, estadiamentos tumorais e desfecho. A coleta foi realizada no período de janeiro a março de 2014, através do sistema de prontuário eletrônico no programa Anflatech®.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O estudo mostrou que a faixa etária mais atingida por neoplasias malignas é entre 50 e 59 anos, totalizando 47,69% da população estudada.

Da mesma maneira que muitas doenças crônicas degenerativas, o câncer afeta de maneira desproporcional a população da terceira idade. Atualmente mais de 60% dos diagnósticos de câncer e 70% das mortes ocorrem em pacientes com idade acima de 59 anos,

ou seja, a população idosa (INCA, 2014). Isso se deve ao fato de o envelhecimento ser um fator de risco para oncogênese devido às alterações funcionais próprias, tornando-se um desafio para a saúde pública.

No que se refere à raça, o estudo mostrou que 50% da população pesquisada eram da raça branca, apenas 9,62% dos prontuários não continham essa informação. É válido ressaltar que quem define a raça é o próprio paciente no preenchimento do prontuário em sua admissão.

Em se tratando de câncer relacionado à raça/cor, as pesquisas divergem entre si, pois depende também do local de estudo e tipo do tumor maligno. Segundo dados do INCA, o câncer de próstata é mais frequente em homens da descendência negra do que em homens de outras raças. Esta mesma pesquisa diz que pessoas da raça negra são mais propensas a serem diagnosticadas em estágio avançado e têm o dobro da probabilidade de morrer de câncer de próstata que os homens brancos (INCA, 2011).

Na variável profissão, predominou a agricultura, representando 18,45% da população pesquisada, seguida da ocupação pedreiro, com 13,08%. Apenas 1,54% dos prontuários não detinham essa informação.

O câncer é um conjunto diverso e complexo de doenças de etiologia multifatorial. Exposições ocupacionais também atuam sobre essa complexidade e têm efeitos diferenciados sobre a diversidade de subtipos de câncer. Quando relacionado ao trabalho é a neoplasia decorrente da exposição do trabalhador aos agentes cancerígenos no ambiente profissional. As áreas de maior risco são a agricultura, construção civil, saúde, indústria química e mineração (CHAGAS, et al., 2013).

A variável topografia relata sobre os tipos de câncer mais encontrados na população pesquisada. Com 21,92%, o câncer de pele não melanoma representa a topografia mais prevalente, em seguida o câncer de estômago representando 8,46% da população, e depois o câncer de medula óssea com 8,08%. O câncer de esôfago representou 6,54% de toda população, sendo seguido pelo câncer de próstata com 6,15%.

O tipo mais frequente de câncer de pele na população brasileira é o de pele não melanoma, correspondendo a 25% de todos os tumores malignos registrados no país e 90% dos tumores de pele (INCA, 2014). A exposição excessiva ao sol é o principal fator de risco do câncer de pele. Moradores de países como o Brasil e a Áustria, onde se concentram os maiores registros de câncer de pele no mundo, estão mais expostos a este tipo de doença (PROLLA, et al., 2012). Em relação ao sexo, os carcinomas de pele não melanomas apresentam uma incidência de 45,56 para cada 100.000 em homens e 30,8 para cada 100.000 em mulheres (INCA, 2011).

As variáveis fatores de risco mostram que os mais prevalentes, no que tange ao aparecimento das neoplasias malignas, foram o tabagismo e o etilismo com 13,85%. O tabagismo tornou-se um grande problema de saúde pública na história da humanidade. Nenhuma outra medida teria

tanto impacto na redução da incidência do câncer como a eliminação do tabagismo. O principal impacto seria a diminuição da incidência do câncer de pulmão, mas outras repercussões importantes seriam observadas no câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, bexiga, pâncreas e rim (LEITE, et al., 2010). Segundo Menezes (2012), a eliminação total do tabagismo levaria à prevenção de 54% do câncer de esôfago, de 71% do câncer de pulmão e de 86% do câncer de laringe.

Na variável queixa foram apresentadas as mais relatadas pelos pacientes no momento da admissão. As lesões cutâneas foram presentes em 27,69% dos casos. A dor apresentou-se em 6,54% dos casos e os nódulos em 5%, já a associação de perda de peso e a dor apareceu em 3,85% dos casos. E 5,77% dos prontuários não continham essa informação.

O câncer mais comum em todo o mundo é o câncer de pele. Portanto, uma lesão na pele talvez seja o sinal ou sintoma que mais habitualmente indica a presença de um câncer. Os cânceres de pele podem sangrar e são similares a feridas que não cicatrizam. As lesões malignas de pele apresentam crescimento lento, coçam, sangram, ou alterações de cor, consistência e tamanho, tendo assimetria e bordas irregulares (INCA, 2011).

A dor é um sintoma muito comum em pessoas com câncer, no momento do diagnóstico 30% a 40% das pessoas sentem dor. Se o câncer disseminou, 65% a 85% dos pacientes apresentam dor e até 95% da dor causada pelo câncer pode ser tratada com sucesso. A dor pode fazer com que outros aspectos da doença pareçam ser mais graves (INCA, 2011).

A variável terapêutica implementada demonstrou que a cirurgia se configurou como a principal forma de tratamento, totalizando 36,92% dos casos, logo após a quimioterapia com 21,15%.

A escolha do tratamento do câncer depende do tamanho, localização e extensão do tumor. A cirurgia é a modalidade de tratamento mais antiga e mais definitiva, principalmente quando o tumor está em fase inicial e em condições favoráveis para sua retirada. É a principal modalidade de tratamento dos tumores sólidos e consiste na extirpação do tumor, tanto para o tratamento quanto para diagnóstico. A principal ideia frente a qualquer câncer é a sua eliminação por completo, sendo assim, a cirurgia tenta remover os tumores para alcançar as melhores chances de cura. Algumas vezes o tratamento pode se iniciar por outros métodos como quimioterapia ou radioterapia, para que a cirurgia seja mais fácil e para que se obtenham melhores resultados (INCA, 2011).

Analizou-se também o desfecho de cada caso. Com 28,08% o óbito se apresentou como o mais prevalente, seguido do abandono com 26,54%. Os prontuários sem informação totalizaram 18,46% dos casos.

Até 2030 o câncer deve matar, por ano, 13,2 milhões de pessoas em todo o mundo. Em 2008, o número de mortes por câncer chegou a 7,6 milhões, chegando a atingir de 38% de

mortalidade nos pacientes em tratamento. A pesquisa constatou ainda que serão diagnosticados 21,4 milhões de casos por ano nas próximas duas décadas (INCA, 2014).

Apesar da sua grande variedade, os tumores malignos apresentam comportamento biológico similar, consistindo em crescimento, invasão local, destruição de órgãos próximos chegando à disseminação regional e sistêmica. Com o intuito de classificar a evolução das neoplasias malignas e determinar melhor o tratamento e sobrevida dos doentes, a União Internacional Contra o Câncer (UICC) desenvolveu um sistema que permitiu classificar a evolução do tumor maligno (BRASIL, 2013).

No Brasil foi denominado de estadiamento, e este tem como base a avaliação do tamanho do tumor primário (letra T), a extensão e disseminação para os linfonodos regionais (letra N) e a presença ou não de metástases a distância (letra M), sendo assim conhecido como Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos. Cada categoria apresenta suas subcategorias, para o tumor primitivo vão de T1 a T4, para acometimento linfático de N0 a N3, e para metástases de M0 a M1. A combinação das diversas categorias TNM determina os estádios clínicos da doença. Na ocorrência do Tx, Nx ou Mx, significa dizer que o tumor primário, os linfonodos regionais ou metástases não possam ser avaliados pelo exame físico ou complementares (BRASIL, 2013).

A importância do estadiamento está na determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos acometidos, servindo assim para informações sobre o comportamento do tumor, seleção da terapêutica a ser implementada, previsão de complicações, estimar prognóstico do caso e avaliação dos resultados do tratamento (BRASIL, 2013).

Na análise do estadiamento T, a subcategoria TII foi presente em 16,92% dos casos. A categoria “não se aplica” totalizou 13,46% e os prontuários sem esta informação, 30% dos casos. A categoria “não se aplica” se refere aos casos de cânceres hematológicos, pois essa classificação tumoral somente é usada para o estadiamento de tumores sólidos.

Na análise do estadiamento N, observou-se que 35,77% apresentaram estadiamento N0, significa que não há disseminação para os linfonodos regionais. A categoria “não se aplica” representou 13,46% dos casos e 30% dos prontuários não continham essa informação.

Foi incluída também a avaliação do estadiamento M. Com 41,92%, o M0 apresentou maior prevalência, denotando a ideia que a maioria dos pacientes não apresentava metástases a distância. A categoria “não se aplica” representou 13,46% dos casos e os prontuários sem essa informação representaram 28,85%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É perceptível à luz dos resultados que os objetivos propostos foram alcançados, tendo em vista que, com nas variáveis analisadas, foi possível traçar o perfil clínico dos pacientes e

saber como estes chegaram ao serviço especializado.

O perfil clínico dos pacientes observado na presente pesquisa corrobora com o já descrito na literatura. A ausência de metástase no diagnóstico, e a detecção dos tumores em estágio inicial indicam uma melhor expectativa de vida, permanecendo de acordo com dados apresentados em outros estudos. Sendo assim, o diagnóstico precoce é decisivo para se fazer a escolha do tratamento. O estágio da doença no momento do diagnóstico é considerado por diversos outros estudos um fator determinante na sobrevida dos pacientes. Quando o diagnóstico é realizado precocemente, a sobrevida é maior, decrescendo à medida que o estágio avança (HEUW et al., 2013).

Ressalta-se ainda a magnitude da pesquisa em relação ao câncer, por se tratar de um problema de saúde pública responsável por altos índices de morbidade e mortalidade nos pacientes acometidos, principalmente nos homens jovens, dos quais a maioria não tem o hábito rotineiro de procurar os serviços de prevenção à saúde. Portanto se faz necessário um maior investimento em estratégias de prevenção para que essa realidade seja modificada e o desfecho do tratamento seja mais favorável ao paciente.

Espera-se, portanto, que esta pesquisa possa fornecer dados e informações suficientes para a implementação de campanhas de prevenção à saúde e diagnóstico precoce, possibilitando intervir e modificar o cenário atual.

Sendo assim, a realização da pesquisa possibilitou o conhecimento da realidade atual, objetivando contribuir na sensibilização do poder público e toda a sociedade diante desta grave doença, assim como auxiliar na diminuição do índice de morbidade e mortalidade nos indivíduos acometidos.

Dessa maneira, justificam-se novos estudos de fatores diagnósticos e prognósticos para o câncer, além de campanhas e projetos que incentivem e promovam o diagnóstico precoce dessa neoplasia. O desafio que se coloca para os pesquisadores brasileiros no que se refere à saúde do homem é compreender a visão fragmentada do processo do adoecimento e cuidado.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. **Introdução aos Estudos Quantitativos Utilizados em Pesquisas Científicas.** Revista Práxis. Ano III, nº 6 - agosto 2011.

BALINELO, R. G. S, et al. **Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens.** Esc. Anna Nery vol.18 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica a saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose na atenção primária a saúde. Brasília:** Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CHAGAS, C. C. et al. **Câncer relacionado ao trabalho: uma revisão sistemática.** Cad. saúde colet. vol.21 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2013

FIATES, G. G. S. et al. **A aptidão dos pesquisadores brasileiros pertencentes aos programas de pós-graduação stricto sensu em administração para pesquisas quantitativas.** R.Adm., São Paulo, v.49, n.2, p.384-398, abr./maio/jun. 2014.

GOMES, R. **Sexualidade masculina: Gênero e saúde.** Rio de Janeiro, RJ: Editora da Fundação Oswaldo Cruz. 2008.

GOMES, R. **As arranhaduras da masculinidade:** uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciência e Saúde Coletiva. Nov-Dez. 2008.

HUEW, F. G. et al. **Avaliação das características clínicas e epidemiológicas e sobrevida global de pacientes portadores de câncer colorretal.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, ano III, v. 3, n. 4, out – dez, 2013.

INCA. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Vigilância e Análise de Situação. **Atlas on line de mortalidade:** usos e aplicações. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2014.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. José Alencar Gomes da Silva. **Caderno: ações de controle detecção precoce do câncer.** Rio de Janeiro: Inca, 2011.

LAGO, M. C. S., & MULLER, R. C. F., **O sujeito universal do cuidado no SUS: Gênero, corpo e saúde nas falas de profissionais e usuários do Hospital Universitário - Florianópolis, Santa Catarina.** 2010.

LEITE, I. C. G. et al. **Mortalidade por Câncer de Boca e Faringe em Cidade de Médio Porte na Região Sudeste do Brasil.** Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(1): 17-23.

MALTA, D. C. et al.. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022.** Epidemiol. serv. saúde, 20(4), 425-438. 2011.

OLIVEIRA, G. R.; TRILICO, M. R. C.; PARO, F. S.; KIJIMURA, M. Y.; PIROLO, S. M.. A integralidade do cuidado na saúde do homem: um enfoque na qualidade de vida. Rev Bras Med Fam Comunidade, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 208-212, jul – set, 2013.

PROLLA, P. A. et al.; **Genética molecular do câncer.** São Paulo: MSG Produção Editorial; 2012.

SILVEIRA, D. T., GERHARDT, T. E. **Métodos de pesquisa.** Universidade Aberta do Brasil- UAB/ UFRGS Curso de Graduação Tecnológica- Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS.- Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SOUZA, J. et al **Análise Documental e Observação Participante na Pesquisa em Saúde Mental.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

SOUZA, S. R. P. et al. **Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura.** Rev. Saúde Pública. 38(4):588-598. 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Necessidades de saúde e masculinidades: Atenção primária no cuidado aos homens.** Cadernos de Saúde Pública, 26(5), 961-970. 2010.

A PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE NO DIAGNÓSTICO DE MULHERES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

*Jessica Rabelo Holanda;
Lázia Gabriela Batista;
Renata Janice Moraes Lima Ferreira Barros.
Fátima Raquel Rosado Moraes*

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, à gravidez e ao parto. Seu papel era de mãe e doméstica responsável pela educação, criação e pelo cuidado dos filhos e familiares, restringindo totalmente uma visão sobre a mesma, baseando-se apenas em sua especificidade biológica e no seu âmbito social (BAUMGUERTNER, CRUZ, 2013).

Após muitas lutas feministas, reivindicando suas condições de sujeitos de direito com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, começam a surgir novas alternativas para o atendimento à mulher. Surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) voltado para o bem-estar desse grupo, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher na perspectiva da integralidade, visualizando-a em todas as suas fases, clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer do colo do útero e de mama (BRASIL, 2004).

A neoplasia do colo do útero (CCU) ocupa o terceiro lugar no tipo mais incidente entre as mulheres no país, com 15.590 casos novos, e a segunda posição na Região Nordeste, com 5.370 casos. Devido à sua grande proporção, que ainda atinge considerável quantidade de mulheres em todo o mundo, nas últimas décadas, esse tipo de câncer vem se configurando como um importante problema de saúde pública mundial (SOUZA et al., 2012).

Como estratégia de prevenção, em 1998 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero. A primeira fase de intensificação do programa ocorreu com a adoção de estratégias para estruturação da rede assistencial, bem como o estabelecimento de um sistema de informações para o monitoramento das ações voltadas para essa neoplasia, o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), a

implantação de mecanismos para mobilização e captação de mulheres para realização do exame preventivo, assim como a definição das competências nos três níveis de governo em busca de uma maior organização e efetividade das ações de prevenção (INCA, 2013). Contudo, as taxas de incidência e de mortalidade ainda permanecem desafiando as medidas até então adotadas, sendo assim indagador o alto índice de casos de câncer do colo do útero.

Dessa forma, este estudo busca trazer informações de como as mulheres estão se comportando frente ao câncer do colo do útero e, assim, chamar a atenção destas para a importância do cuidado acerca da integralidade, visto que este tipo de câncer apresenta altas taxas de incidência e mortalidade, mesmo com toda a assistência de prevenção oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a qual se intensifica ainda mais nas Unidades Básicas de Saúde, sendo esta a principal porta de entrada do sistema.

A pesquisa objetivou analisar o perfil clínico das mulheres acometidas por câncer do colo do útero admitidas em um hospital de oncologia de médio porte da cidade de Mossoró/RN, tendo como principais metas conhecer os principais fatores de risco presentes, relacionando-os com os determinantes clínicos e sociais, voltando-os para a atenção integral.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva de abordagem quantitativa e retrospectiva, envolvendo mulheres admitidas em um hospital de oncologia da cidade de Mossoró no período de janeiro de 2009 a dezembro 2013.

A coleta dos dados foi realizada na instituição, por ser um centro de referência em oncologia da cidade e região. O hospital é empresa privada, com status de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACOM), fazendo assim, parte da Rede Nacional de Assistência Oncológica. Atende Mossoró/RN e região, alcançando todas as camadas sociais tendo apresentado, portanto, demanda suficiente para a pesquisa de forma que a mesma se defina como fidedigna.

No ano de 2012 foram diagnosticados 16 casos de câncer do colo do útero, e seis das usuárias acometidas pela doença nesse período estavam em uso de quimioterápicos. Dentro desses números não estão incluídas as mulheres que realizaram procedimentos cirúrgicos em outros serviços, bem como as que estavam em braquiterapia, pois, nesse ano, o município ainda não ofertava tratamento dessa natureza, mas atualmente o serviço já dispõe dessa terapêutica.

Mediante o número de diagnósticos em 2012, estimou-se em média uma quantidade de 100 prontuários a serem analisados nesta pesquisa, assim, na prática totalizou-se uma quantidade de 86 prontuários obtidos através do SAME do hospital a partir dos critérios de exclusão e inclusão da pesquisa.

Foram selecionadas para este estudo portadoras de neoplasia maligna do colo do útero

admitidas na instituição no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013. Esse período se justificaportersido apartir de 2008 que surgiu o prontuário eletrônico na instituição, facilitando assim o acesso aos mesmos, como também pela perda de dados que ocorre nos documentos escritos. Pacientes que possuíam diagnósticos somente de doença hematológica, e prontuários incompletos de forma que impossibilitasse a coleta de informações relacionadas às variáveis deste estudo foram excluídos da pesquisa.

Para realização da coleta, utilizou-se o prontuário eletrônico. Primeiramente, os funcionários da instituição treinaram as pesquisadoras para, assim, poderem manusear o programa, o ANFLATECH®. Além dos prontuários, utilizaram-se também dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM para confirmação de óbito de alguns desfechos duvidosos. Posteriormente, os mesmos foram tabulados em Excel e enviados para análise estatística, realizada através da disposição das variáveis pelo software SPSS (Statisticpackage for the social sciences) versão 22.0.

Foi utilizado um questionário fechado contendo 16 questões divididas em dados sociodemográficos (faixa etária, estado civil, raça, ocupação e referência) e dados clínicos (fatores de risco, exames complementares, queixas, tratamento, estadiamento T, N e M, e desfecho).

De acordo com os preceitos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP vinculado à Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN sob o Parecer nº 563.602. Como se trata de uma pesquisa documental e não envolve comunicação direta com seres humanos, foi dispensado o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Porém, o CEP exige uma carta de autorização para manuseio de prontuários, e esta foi devidamente emitida pela instituição coparticipante e enviada ao mesmo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando analisar os dados da melhor forma, as variáveis foram divididas em duas categorias. A primeira, intitulada Caracterização da População, apresenta o perfil da população estudada, tentando articular com os problemas sociais que podem levar ao diagnóstico do câncer do colo do útero, frente à atenção integral. Na segunda categoria, Características Clínicas voltadas para o diagnóstico inicial, buscou-se discutir melhores alternativas para um bom prognóstico, corroborando à luz da literatura pertinente.

Caracterização da População

Este estudo mostrou que 32,56% da população foi composta por mulheres acima de 60 anos de idade.

A história do câncer do colo do útero é descrita como uma afecção inicialmente de caráter benigno que sofre transformações intraepiteliais progressivas, com uma duração média de 10 a 20 anos, e pode evoluir para um carcinoma invasor. Esse processo pode levar muitos anos para se desenvolver, e por isso é considerado raro em mulheres até 30 anos e sua incidência aumenta progressivamente até ter seu pico na faixa entre 40 e 50 anos de idade (SILVA et al., 2014).

Algumas das barreiras identificadas podem também justificar esse número quando dizem respeito às idosas, dentre elas, o desconhecimento destas sobre o câncer do colo do útero, ausência de encaminhamento adequado dessas mulheres e insuficiência de recursos para absorção da população-alvo. Além disso, o crescente aumento da longevidade feminina faz com que um grande número de idosas vivencie aumento da fragilidade biológica do organismo, situações de agravos à saúde e ocorrência de doenças crônico-degenerativas, como o câncer cérvico-uterino (SANTOS et al., 2011).

Silva (2014) identificou, em seu estudo, que mulheres de 46 a 74 anos visualizam o exame ginecológico como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável por fazerem parte de uma geração que sofreu repressão sexual intensamente, além de experiências negativas durante a citologia efetuadas sem esclarecimento, de forma fria e descuidada, contribuindo para a resistência dessas mulheres na busca do autocuidado, expondo assim a necessidade da orientação sobre o papel do exame preventivo na atenção às mulheres no climatério pelo profissional de saúde, incentivando sua realização e contribuindo para reduzir a incidência e mortalidade nessa população.

Não há integralidade sem a transversalidade no sistema. O CCU, especificamente, depende da união de diferentes tecnologias com os profissionais de saúde envolvidos para avançar no cuidado das mulheres, considerando os diferentes níveis de evolução da doença (SILVA et al., 2014). Para prestar uma atenção cuidadosa ao usuário, é necessário desvelar seus sentimentos, conhecer as situações por ele vivenciadas, a fim de viabilizar formas concretas e efetivas de cuidar (SOARES et al., 2011).

Quanto ao estado civil o estudo mostrou que 41,86% eram casadas. A sociedade confere às mulheres casadas em relação às solteiras a falsa ideia de que são possuidoras de certo grau de imunidade às doenças sexualmente transmissíveis, o que não é verdadeiro, pois o que é importante para a manifestação do câncer é o aumento de parceiros sexuais, independente de terem vida conjugal ou de permanecerem solteiras (MELO et al., 2009).

A integralidade remete uma visão nova paradigmática de pensar o mundo e nele intervir, de forma dinâmica e totalizadora, superando a postura dualista que divide sujeito e objeto. Requer, portanto, ampliar o foco sobre a saúde e seus modelos de intervenção (ALVIM, 2013).

Na variável raça, o estudo mostrou que 61,63% da população estudada pertenciam à raça branca. Segundo o Ministério da Saúde (2006), através dos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS, as mulheres brancas têm maior acesso à atenção ginecológica

em relação às mulheres negras, dessa forma, as mulheres negras têm maiores riscos de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas, corroborando com os dados voltados para o câncer do colo do útero, que é duas vezes mais frequente em mulheres negras, contradizendo, assim, os presentes resultados.

É oportuno trazer o lugar da intersetorialidade e da interdisciplinaridade, uma vez que ambas pressupõem respeito aos usuários dos serviços de saúde, independente de cor ou raça, e a ruptura com a fragmentação de saberes e de ações, levando a formas de intervenção alusivas à complexidade dos espaços, dos sujeitos e das ações que conformam o cuidado (ALVIM, 2013).

Sobre a ocupação exercida pelas mulheres, a pesquisa traz que 48,84% das pacientes exerciam atividades voltadas para os serviços gerais. O estudo de Soares et al. (2010) sobre o perfil de mulheres diagnosticadas com CCU no sul do país, também mostrou que 40% destas atuavam como trabalhadoras de serviços gerais, o que pode estar relacionado com o baixo poder aquisitivo das mulheres referido nessa mesma pesquisa, vindo ao encontro de outros estudos que apontam que o baixo nível socioeconômico e a pouca escolaridade podem explicar a baixa adesão aos programas de prevenção do CCU. Cabe salientar, contudo, que a questão da baixa adesão certamente pode estar marcada por outros determinantes de ordem cultural e social.

Pode-se então associar esta ocupação à incidência do câncer do colo do útero, a qual é mais frequente em mulheres de classes sociais mais baixas, com menor nível de escolaridade, ocupando cargos menos favorecidos. Mulheres com baixo grau de instrução têm maior risco de desenvolver câncer do colo uterino e, quanto menor o grau de instrução, maior o risco do diagnóstico avançado desses tumores (MASCARELLO et al., 2012).

A integralidade na assistência à saúde deve ser pensada como um processo que envolve a vida das pessoas, suas histórias, suas vivências, seus anseios, suas expectativas, considerando as demandas e necessidades da comunidade, articuladas com a atuação dos trabalhadores de saúde e com ocupação dos atores envolvidos nesse processo, para assim seguir rumo a uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar para o cuidado à saúde, atendendo todos os usuários de forma satisfatória (SOARES et al., 2011).

Para se fazer integralidade devem-se considerar as necessidades da pessoa como um todo, tendo em vista a universalidade, a equidade, a comunicação efetiva, o acolhimento, o vínculo e o trabalho em equipe, tanto entre profissionais como entre profissionais e comunidade. Deve, ainda, ser desenvolvida com uso de todas as tecnologias disponíveis na rede de atenção, contemplando a transversalização e tendo como estratégia a gestão da micropolítica compartilhada por todos os envolvidos na produção do cuidado (HIGA et al., 2012).

Na variável Referência, o estudo constatou que 59,40% dos casos de câncer do colo do útero não haviam sido referenciados de outra instituição, mostrando que o sistema de referência e contrarreferência é ineficaz, corroborando com o estudo de Salimena (2014) no

qual foi possível identificar que apenas 40% das mulheres passaram pela Atenção Primária, o que não responde às expectativas de pesquisadores que consideram ser este o primeiro local para descoberta do câncer do colo de útero. Isto deixa claras as falhas no processo de diagnóstico precoce e busca ativa dessas mulheres, o qual na maioria das vezes é feita pelo enfermeiro, refletindo, portanto, na assistência de enfermagem dada às pacientes.

Contudo, o acesso universal à atenção integral à saúde de qualidade parece ainda não estar contemplado no cotidiano dos serviços de saúde, mesmo com todo o amparo jurídico-legal dos princípios e diretrizes do SUS. Existe uma barreira entre os trabalhadores de saúde e os usuários, entre as equipes e a comunidade, e entre os trabalhadores e seus meios de trabalho.

A integralidade, não apenas como princípio do SUS, mas, sobretudo, como exercício de boas práticas na atenção e cuidado à mulher, precisa e deve ser expressada também na escuta, no vínculo, nas concepções que as mulheres, os trabalhadores de saúde e os gestores do sistema de saúde entendam de como fazer saúde, e como atentem para a necessidade de coparticipação no processo de construção de saúde para todos (SILVA et al., 2014).

Características Clínicas

O estudo revelou que os fatores de risco mais prevalentes ao aparecimento desta patologia foram o tabagismo com 17,44%, antecedente familiar com 12,79% e menopausa tardia com 10,46%.

Tabela 1: Fatores de risco associados ao diagnóstico

Fatores de risco	n	%
Antecedente familiar	11	12,79
Medicamentos	6	6,98
Tabagismo	19	17,44
Etilismo	2	2,32
Menopausa tardia	9	10,46
Infecção por HPV	2	2,32
Três ou mais	2	2,33
Hábitos sexuais inadequados	1	1,16
Nenhum	45	52,33

Fonte: Dados coletados de prontuários do período de 2009 a 2013.

Um dos principais fatores de risco para o câncer do colo do útero é o tabagismo, sabendo-se que este fator não acarreta risco somente para este tipo de câncer e sim para a maior parte de todas as neoplasias (MELO et al., 2009).

Como o tabagismo, os antecedentes familiares também são comuns como fator de risco para todos os outros tipos de câncer, uma vez que se sabe que as cargas genéticas são hereditárias, devendo as pessoas que possuírem este fator dar mais atenção à prevenção de todo e qualquer tipo de câncer, não somente o CCU (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Devido às mudanças hormonais que ocorrem após a menopausa, as mulheres no climatério podem apresentar mais riscos ao diagnóstico de câncer do colo do útero, entretanto, este fator não está diretamente ligado à neoplasia como um dos principais fatores de risco de forma geral, e sim para aquelas mulheres ligadas à menopausa tardia, instalada somente após os 50 anos de idade (BRASIL, 2006).

A infecção pelo HPV é o principal fator de risco presente em mulheres diagnosticadas com o CCU. Embora, neste estudo, somente 2,32% apresentassem a infecção, é importante ressaltar que cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas. Aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV, e 32% estão infectadas pelos subtipos 16, 18 ou por ambos. Comparando-se esse dado com a incidência anual de aproximadamente 500 mil casos de câncer de colo do útero, concluiu-se que o câncer é um desfecho raro, mesmo na presença da infecção pelo HPV, ou seja, sua infecção é um fator necessário, mas não suficiente, para o desenvolvimento do câncer cervical uterino (INCA, 2015).

Ainda em 2014, o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), deu início à campanha de vacinação de meninas entre 11 e 13 anos contra o vírus HPV, na qual neste ano a faixa etária diminuiu para meninas a partir de 9 anos de idade. A vacina é a quadrivalente, que oferece proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 do HPV, os tipos mais prevalentes que causam a infecção, trazendo assim importante contribuição nas ações de prevenção deste câncer, tentando oferecer um apoio integral, visualizando a promoção e proteção das mulheres já na fase da adolescência (INCA, 2015).

Ao se tratar dos exames já realizados pela paciente, o estudo demonstra que o anatomopatológico lidera, com a porcentagem de 38,37%, na frente da Citologia Oncótica com 13,94%.

Segundo o INCA (2015), a biópsia tem como finalidade a confirmação do diagnóstico do câncer do colo do útero, sendo, portanto, indispensável para a comprovação tanto desta, como de muitas outras neoplasias. Ela torna-se relevante quando o exame histopatológico confirma lesões diretamente invasivas, porém, necessitará ainda de complementação toda vez que a profundidade de invasão for menor do que 5 mm e a extensão inferior a 7 mm (microinvasão).

A principal estratégia utilizada e preconizada pelo Ministério da Saúde para detecção precoce do CCU, no Brasil, é através da realização do exame citopatológico preventivo do câncer do colo do útero.

O controle dessa doença dispõe de tecnologia de baixo custo para a prevenção e detecção, através do esfregaço do citopatológico, porém para a obtenção de um impacto epidemiológico na frequência do câncer uterino são necessários 85% de abrangência da população feminina. Porém, estima-se que cerca de 40% das mulheres nunca tenham sido submetidas a esse tipo de exame (CASARIN; PICCOLI, 2011).

O acesso da população aos diferentes níveis assistenciais na busca de um atendimento que alcance toda a população é um dos sentidos atribuídos à integralidade. Embora o acesso universal, garantido constitucionalmente, tenha derrubado barreiras formais, dificuldades no acesso e na continuidade da atenção permanecem, tanto na atenção básica quanto nos serviços especializados (SILVA et al., 2014).

A efetividade das ações de saúde, em busca da integralidade da atenção, requer ousadia e a promoção do diálogo entre todos os envolvidos, como forma de construir e efetivar uma consciência sanitária que permita o compromisso ético em direção às mudanças necessárias, para o alcance do SUS que merecemos (SOARES et al., 2011).

Em se tratando das principais queixas apresentadas pelas pacientes no momento da admissão, a Tabela 2 trouxe como a mais frequente o sangramento, com 38,38% dos casos, seguido da dor com 26,74%.

Tabela 2: Queixas apresentadas na admissão das pacientes

Queixas	n	%
Sangramento	33	38,38
Dispareunia	2	2,33
Dor	23	26,74
Disúria	2	2,32
Três ou mais	11	12,79
Secreção vaginal anormal	8	9,30
Inapetência	2	2,32
Outros	4	4,64
Sem queixas	25	29,07

Fonte: Dados coletados dos prontuários no período de 2009 a 2013.

Segundo o INCA (2015) o câncer do colo do útero é uma doença de desenvolvimento lento que pode progredir sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal

associada a queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados.

Brischiliari (2012) relata em seu estudo que a presença de queixas ginecológicas é o principal motivador para a procura de um profissional de saúde, pois 18,2% das mulheres com CCU diagnosticaram a neoplasia após o aparecimento dos sintomas mais prevalentes, como sangramento e dores pélvicas.

Analizando o tratamento implementado pela equipe, a Tabela 3 demonstra que a quimioterapia e a radioterapia apresentaram os mesmos números, com 50% dos casos para cada tipo de tratamento como escolha terapêutica para a neoplasia em questão, seguidas de 22,09% da associação de ambas. E em 16,28% dos casos não foi realizado nenhum tratamento específico.

Em um estudo, foi constatado que o tratamento radioterápico é sempre o de primeira escolha quando se trata da neoplasia do colo do útero, sendo, portanto, o mais frequente, seguido do tratamento conjugado, envolvendo a quimioterapia e a braquiterapia, sendo esta última um tipo de radioterapia (DALLABRIDA et al., 2014). Sabendo que o hospital só começou a conter este tipo de tratamento a partir do ano de 2013, pode-se pensar que esse estudo corrobora com esta pesquisa, uma vez que as pacientes eram encaminhadas para outra região para realizá-lo.

A construção de um sistema de saúde único, acessível, igualitário e com qualidade é um desafio que ainda está em construção. A saúde tem que ser compreendida tanto por profissionais, como, principalmente, pelos usuários, de forma ampliada, e as políticas e práticas sociais precisam buscar estratégias de enfrentamento da dura realidade brasileira, marcada por tantas desigualdades. Os grandes problemas na atenção à saúde, como o acesso desigual, a inadequação dos serviços quando confrontados com as necessidades, como mostra a pesquisa quando relata a ausência do atendimento necessário, e, mais ainda, a falta de orientação quanto a queixas que estão visualmente presentes nas usuárias, a ausência de atenção integral, o paralelismo da oferta e a baixa qualidade dos serviços delimitam as direções para a reestruturação de modelos de atenção (SOARES et al., 2011).

O Sistema TNM descreve a extensão anatômica da doença com base na avaliação de três componentes: T, que caracteriza a extensão do tumor primário, N, caracterizando a ausência ou presença e a extensão de metástase em linfonodos regionais, e M, que diferencia a ausência ou presença de metástase a distância. A adição de números a estes três componentes indica a extensão da doença maligna.

Analizando o estadiamento T, o estudo revelou que 24,42% das pacientes apresentavam o estadiamento inicial T2, seguido do T3 com 22,09%.

A pesquisa revela que a maior parte das mulheres foi diagnosticada em estágio precoce tipo II. Por ser um tipo precoce, não significa que estas mulheres não devem se preocupar, é importante ressaltar que pacientes já nesse estágio são passíveis de tratamento radioterápico, e,

se não realizado conforme a necessidade da paciente, possivelmente a neoplasia irá progredir para um estágio mais avançado (INCA, 2015). Deve-se levar em conta que para o número de pacientes entre estágio precoce tipo II e estágio avançado tipo III não existe diferença significativa, sendo somente uma diferença de duas pacientes de um estágio para outro, devendo assim ressaltar a importância do diagnóstico precoce.

No estadiamento N, o estudo mostrou que 72,09% das mulheres apresentavam N0 para a classificação dos linfonodos regionais.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), através da classificação TNM, o estadiamento N0 significa a ausência de metástase em linfonodo regional, não havendo assim disseminação da doença para os linfonodos da região do colo do útero, como, também, sem evidência de metástase em trânsito.

Portanto, mais da metade da população do estudo se configurou com um baixo índice de casos de câncer do colo do útero já com disseminação, porém, este resultado não leva a pensar que as pacientes não tenham avançado na neoplasia, podendo as mesmas terem progredido ou regredido quanto à doença, ressaltando, assim, que este estadiamento é realizado no momento da admissão da mulher no hospital, quando a mesma é diagnosticada.

Ao verificar o estadiamento M, o estudo revela que 73,26% das pacientes apresentavam M0, ou seja, não apresentavam metástases a distância, e, apesar de somente 11,63% das mulheres terem apresentado a metástase, esse valor é considerado significativo para um tipo de câncer que possibilita a detecção precoce facilmente.

Percebe-se que a postura dos usuários vem comprometendo a integralidade, quando pensamos os diferentes saberes e práticas envolvidos na atenção à mulher nos diversos serviços por ela frequentados, na busca de cuidado. No estadiamento encontrado, apesar de em geral ter apresentado estágio precoce, existem números significativos que cursaram com metástase em um tipo de câncer que esta possibilidade deveria estar nula. É preciso despertar no trabalhador e na mulher que a integralidade das ações se dá a partir da composição de vários saberes e nas diferentes práticas de produção de cuidado em saúde, realizadas para atender às necessidades de saúde dos usuários.

As práticas de saúde precisam ser repensadas pelos profissionais através da utilização do conhecimento científico atual, mas não podem dispensar a atenção, o cuidado, a escuta e o acolhimento, que favorecem a formação do vínculo entre os trabalhadores e usuários (SOARES et al., 2011).

Quanto ao desfecho, o estudo demonstrou que 33,72% das mulheres estudadas foram a óbito; 29,07% dos prontuários não continham essa informação.

O Brasil possui uma taxa de aproximadamente 530 mil casos novos por ano e, no mundo, e o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres,

sendo responsável pelo óbito de 265 mil mulheres por ano. Em 2014, dados também válidos para 2015, foram estimados 15.590 casos novos, com um risco estimado de 15,3 casos a cada 100 mil mulheres, confirmando, com isso, os resultados desta pesquisa (INCA, 2015).

As taxas de mortalidade têm permanecido relativamente estáveis nas últimas três décadas. Essas elevadas taxas apontam possivelmente para falhas no programa de rastreamento e detecção precoce de lesões precursoras do câncer do colo do útero, o que resulta em diagnóstico em fase avançada da doença e, conseqüentemente, pior sobrevida (THULER; AGUIAR; BERGMANN, 2014).

Percebe-se, com isso, que o Brasil ainda permanece com altas taxas de mortalidade pela neoplasia e a maioria dos casos é detectada somente em estágio avançado. Tal fato pode ser explicado pela ineficiência dos programas de rastreio, visto que não estão sendo capazes de alcançar as mulheres de risco, as que nunca realizaram o exame ou o realizaram com periodicidade inadequada, além da necessidade de garantir seguimento e tratamento adequados aos casos detectados (FALCÃO et al., 2014).

Portanto, a garantia de integralidade se mostra mais uma vez necessária a ser imposta para melhoria da saúde, e, nesse caso, na saúde da mulher na perspectiva de um melhor diagnóstico, na garantia de prognósticos cada vez mais positivos. Isso pressupõe o estabelecimento de ações que permitam a interligação entre os diferentes serviços disponibilizados à população, em seus diversos níveis de atenção à saúde. O Ministério da Saúde, mais recentemente, passou a trazer em documentos oficiais a ideia de rede para o trabalho em saúde, relacionando a proposta com os princípios e diretrizes do SUS e com a atenção integral à saúde.

Assim, ações para o fortalecimento e a efetivação de um modelo de atenção que busque, por meio de estratégias de promoção e prevenção, o atendimento ao princípio da integralidade da assistência têm sido propostas nas políticas públicas de saúde. Nesse sentido, a integralidade configura-se como o fio condutor da organização dos serviços e da educação permanente dos trabalhadores de saúde (SOARES et al., 2011).

CONCLUSÃO

A integralidade deve abranger ações individuais e coletivas na organização dos serviços de saúde, nas práticas e modelos assistenciais, em todos os níveis de atenção, de forma que abarque um conjunto de atividades e de sentidos articulados entre si. Fazer saúde sob essa perspectiva implica compreendê-la como uma questão de cidadania, uma vez que corresponde aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Implica relacioná-la às políticas econômicas e sociais mais atuais e, mais que isso, relacionar as necessidades e demandas da população que delas se derivam, além de respeitar as atitudes histórico-sociais, possuidoras de

saberes que não devem ser desvalorizados e desqualificados, e sim reconhecidos na organização dos serviços e na prática dos profissionais.

Ainda deve-se pensar em como intervir no que diz respeito à detecção precoce do câncer do colo do útero e seu desenvolvimento, refletindo também sobre a realidade de como os serviços de saúde estão sendo organizados para atender esse agravo, se o rastreamento se constitui em prioridades do Pacto pela Vida, que se configura como um documento base para o Ministério da Saúde brasileiro.

É importante cogitar-se, como profissionais de saúde, como os serviços públicos de saúde devem e podem praticar a integralidade na assistência da mulher voltada para o controle desse tipo de câncer, pois as estatísticas atuais e a presente pesquisa confirmam que essa neoplasia ainda é preocupante, mesmo possuindo alto potencial de cura quando diagnosticada com precocidade, existindo programas para detecção na atenção primária e prevenção relativamente barata.

Com os resultados deste estudo, percebe-se que as mulheres só chegam a procurar o serviço de saúde quando os sintomas característicos da neoplasia avançada já estão instalados, levando com isso ao diagnóstico avançado e conseqüentemente a um prognóstico negativo, no qual na maioria das vezes requer um tratamento agressivo que, além de trazer os sintomas específicos, causa problemas psicológicos, sociais e familiares.

Assim, vê-se a integralidade como uma estratégia que, se incorporada entre os atores envolvidos em toda a atenção à saúde, será capaz de transformar a assistência insatisfatória praticada até então. A intersetorialidade é uma alternativa que pode ser usada como uma estratégia para o alcance da integralidade do cuidado nos serviços de saúde, por ser uma política complexa que permite estabelecer decisões compartilhadas entre diferentes áreas governamentais na busca de relações parceiras e interdependência entre serviços, para assim garantir a integralidade das ações, a fim de concretizar políticas públicas que possam exercer um impacto positivo na saúde.

Além disso, é importante voltar a destacar que integralidade e intersetorialidade só são efetivadas quando se considera o cidadão em sua totalidade, em suas necessidades individuais e coletivas, e principalmente quando há participação de movimentos sociais nos processos sobre a qualidade de vida e saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALVIM, N. P. T.. **Saúde na perspectiva da integralidade**. Esc Anna Nery (impr.). 2013, vol. 17, n. 4, pp. 599-601.

BAUMGUERTNER, K. G.; R. A. CRUZ. Os programas dirigidos à saúde da mulher na Estratégia Saúde da Família. **Revista Uningá**, n. 36, Paraná: Maringá, 2013. p. 167-180.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e de mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRISCHILIARI, S. C. R et al. **Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização**. Cad. Saúde Pública [online]. 2012, v. 28, n. 10, pp. 1976-1984.

CASARIN, M. R.; PICCOLI, J. C. E.. **Educação em saúde para prevenção do câncer de colo de útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS**. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2011, vol. 16, n. 9, pp. 3925 – 3932.

DALLABRIDA, F. A. et al.. **Qualidade de vida de mulheres tratadas por câncer do colo de útero**. Rev. Rene [online]. 2014, vol. 15, n. 1, pp. 116-22.

HIGA, E. F. R et al.. **Estratégias para o avanço da integralidade na visão de professores e estudantes**. Rev Brasileira de Educação Médica [online]. 2012, vol. 36, n. 4, pp. 410-477.

FALCÃO, G. B. et al.. **Fatores associados a realização de citologia para prevenção de câncer de colo uterino em uma comunidade urbana de baixa renda**. Cad. Saúde Coletiva. 2014, vol. 22, n. 2, pp. 165-72.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Controle do Câncer do Colo do Útero. **Histórico das Ações**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/historico_acoes>. Acesso em: 04 Mai 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/conceito_magnitude>. Acesso em: 20 jan. 2013.

MASCARELLO, K. C et al.. **Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial.** Rev. Brasileira de Cancerologia [online]. 2012, v. 58, n. 3, pp. 417-426.

MELO, S. C. C. S. et al.. **Alterações citopatológicas de risco para ocorrência do câncer de colo uterino.** Rev. Gaúcha de Enfermagem [online]. 2009, vol. 30, n. 4, pp. 602-8.

SALIMENA, A. M. O. et al.. **Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem.** Rev. De Enfermagem do Centro Oeste Mineiro [online]. 2014, v. 4, n. 1, pp. 909-920.

SANTOS, M. S. et al.. **Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino.** Rev. Brasileira de Enfermagem [online]. 2011, vol. 63, n. 3, pp. 465-71.

SILVA, D. S. M. et al.. **Rastreamento do câncer do colo do útero no Estado do Maranhão, Brasil.** Revista Ciência e Saúde Coletiva [online]. 2014, vol. 19, n. 4, pp. 1163-1170.

SILVA, K. B.; BEZERRA, A. F. B.; CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y.. **Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso.** Rev Saúde Pública [online]. 2014, vol. 48, n. 2, pp. 240-248.

SOARES, M. C. et al.. **Cancêr do colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil.** Rev. Enfermagem Esc. Anna Nery [online]. 2010, vol. 14, n. 1, pp. 90-96.

SOARES, M. C.; MISHIMA, S. M.; SILVA, R. C.; RIBEIRO, C. V.; MEINCKE, S. M. K.; CORRÊA, A. C. L.. **Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde.** Rev Gaúcha Enferm [online]. 2011, vol. 32, n. 3, pp. 502-508.

SOUSA, C.N.S; SANTIAGO, C.M.C; PEREIRA, W.O; MORAIS, F.R.R.. Perfil epidemiológico do câncer: estudo em um hospital de oncologia e hematologia. **Revista de enfermagem UFPE online**, vol. 6, n. 5, p. 983-991, 2012.

THULER, L. C. S.; AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A.. **Determinantes do diagnóstico em estágio avançado do câncer do colo do útero no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2014, vol.36, n.6, pp. 237-243.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSAS COM CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA

*Ana Géssica Costa Martins
Kênnia Stephanie Morais Oliveira
Laryssa Dayanna Costa Ferreira
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho
Deyla Moura Ramos Isoldi*

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico tem marcado as diferentes sociedades, influenciado nos níveis econômico, financeiro, político, cultural, social, bem como repercutido em diferentes áreas, entre as quais a da saúde.

Concomitantemente, essas sociedades exibem características com efeitos a curto e longo prazo, como a diminuição da taxa de natalidade, o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônicas e degenerativas, bem como as neoplasias (SARAIVA, 2014).

O envelhecimento populacional, evidenciado a partir da segunda metade do século XX, consiste na mais acentuada transformação demográfica vista nos países em desenvolvimento (FREITAS; SCHRAMM, 2013). Este termo refere-se à transformação observada na estrutura etária da população, considerando a contração da população somada ao envelhecimento, de modo que a participação de idosos no total da população tem crescido de maneira contínua (ZANON; MORETTO; RODRIGUES, 2013).

Considera-se como idoso o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos em países em desenvolvimento. Atualmente, a quantidade de pessoas que apresentam idade igual ou superior a 60 anos é de 810 milhões, em 10 anos este número ultrapassará 1 bilhão e no ano de 2050 esta população poderá chegar a 2 bilhões de pessoas (WHO, 2002).

Nos países em desenvolvimento, como no Brasil, a cada ano 650 mil idosos são incorporados à população (VERAS, 2009). Calcula-se que no ano de 2025 a população com idade igual ou superior a 60 anos seja de aproximadamente 32 milhões, consistindo no aumento

de aproximadamente 65% de idosos em relação ao ano de 2010 (IBGE, 2010).

Simultaneamente, consideradas em parte consequência do fenômeno de envelhecimento populacional, houve mudanças no perfil das doenças mais prevalentes a nível mundial, com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso do câncer, cuja incidência e mortalidade, assim como nas demais doenças crônicas, se elevam à medida que aumenta a vida média da população. O idoso está há mais tempo exposto a fatores de risco, portanto, a probabilidade de desenvolver doenças crônico-degenerativas torna-se maior (MANSANO-SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

O câncer é uma doença crônico-degenerativa que acomete milhões de pessoas, sem designar faixa etária, sexo, condições socioeconômicas ou culturais, estando entre as principais causas de morte em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se aguardar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer (INCA, 2014).

Assim, o câncer se configura como uma das doenças com maiores índices de prevalência e mortalidade em todo cenário mundial, e entre os tipos de cânceres mais frequentes na população feminina estão o câncer de mama, o câncer colorretal e o câncer de colo do útero, que representa o terceiro tumor com maior frequência na população feminina, estimando-se 15.590 novos somente para o ano de 2014 (INCA, 2014).

A população feminina está propícia a diversos fatores que podem desencadear a evolução de lesões no colo uterino, causando o câncer cérvico-uterino. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2013), alguns dos fatores que desenvolvem essas alterações celulares provocando lesões no colo uterino são: a infecção prévia pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV); início da vida sexual precoce; multiplicidade de parceiros; história de pré-infecções por diversas doenças sexualmente transmitidas, tanto da mulher quanto de seu parceiro; multiparidade; tabagismo; etilismo; alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, betacaroteno e folato, bem como o uso de anticoncepcionais.

O câncer cérvico-uterino resulta de alterações que produzem um crescimento celular desordenado, representando o segundo tipo de câncer mais comum em mulheres de todo o mundo. O número de mortes ocasionado pelo câncer cérvico-uterino poderia ser evitado, já que quando diagnosticado precocemente permite a cura de até 100% dos casos (INCA, 2014).

Mesmo sendo um dos primeiros países que utilizaram a colposcopia associada ao exame citopatológico (Papanicolau), o Brasil apresenta ainda uma alta taxa de mortalidade em relação a este tipo de câncer, o que, por sua vez, é resultado do acesso limitado ao serviço de saúde. Dessa forma, é necessário um maior acesso e conhecimento da população feminina sobre esse tipo de patologia que acomete um alto número de mulheres em todo o mundo (OMS, 2012).

O câncer cérvico-uterino pode ser evitado por meio do diagnóstico precoce e do tratamento das suas lesões precursoras (SPECK et al., 2015), o que ocorre através da colposcopia, exame de Papanicolau, colposcopia, cervicografia e os testes de detecção do DNA e do vírus papiloma humano em esfregaços citológicos ou espécimes histopatológicos. O exame Papanicolau é considerado o mais efetivo, sendo assim, é o mais utilizado principalmente em programas de rastreamento do câncer cérvico-uterino (VIEIRA, 2012).

O câncer cérvico-uterino constitui-se em importante problema de saúde pública no Brasil, com persistência de elevadas taxas de incidência e mortalidade, principalmente na população feminina idosa. Diante disso, este estudo se propõe a identificar o perfil epidemiológico das idosas com câncer cérvico-uterino.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, descritivo, observacional e de análise documental, realizado em pacientes idosos com câncer, atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM), no período de 2009 a 2012.

O Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM está localizado na Praça Cônego Estevão Dantas, nº 238, Santo Antônio, CEP 59618-751, no Município de Mossoró/RN. Trata-se de um serviço especializado em onco-hematologia, atendendo não somente à população local, mas também dos municípios circunvizinhos.

Apesar de ser uma empresa privada, que contempla convênios e particulares, atende igualmente a demanda proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a escolha do local deu-se pelo fato de o COHM ser o centro de referência em oncologia da cidade de Mossoró e região, tendo, portanto, demanda suficiente para uma pesquisa fidedigna.

A coleta de dados iniciou-se mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN) sob CAAE nº 18393413.9.0000.5294 e a partir do Parecer Consubstanciado CEP/UERN nº 563.584, no dia 21 de março de 2014. Dessa forma, no dia 24 de março de 2014 foi iniciada a coleta de dados pelas próprias pesquisadoras.

De acordo com a estratificação realizada pelo COHM, o total de prontuários referentes à faixa etária e ao período da pesquisa seria de 932 prontuários. A partir do cálculo amostral a pesquisa foi realizada com o quantitativo de 729 prontuários eletrônicos, e a estratificação por faixa etária ficou da seguinte forma: de pacientes que apresentaram faixa etária de 60 a 64 anos foram estudados 141 prontuários; 65 a 69 anos, 146 prontuários; 70 a 74 anos, 158 prontuários; 75 a 79 anos, 123 prontuários; e, por fim, a partir de 80 anos, 161 prontuários.

O instrumento de coleta foi uma ficha que continha questões tanto sobre o perfil

epidemiológico do paciente, como sua idade, sexo, estado civil, profissão e procedência, bem como questões referentes aos aspectos clínicos, como o diagnóstico, localização do tumor, estadiamento, dados do exame físico, queixas principais, exames complementares e terapêutica implementada.

No decorrer da coleta foi possível adequar o instrumento de acordo com o que havia no prontuário, visando sempre focar no eixo principal da pesquisa. A coleta encerrou-se no dia 11 de abril de 2014.

Os dados foram tabulados e organizados de modo a submeter ao tratamento estatístico. A tabulação e digitação foram do tipo duplo cego, realizada por cada pesquisadora individualmente e posteriormente feita uma averiguação dos dados tabulados, promovendo assim uma maior fidedignidade para a pesquisa.

O banco de dados foi construído em formato xlsx. Os dados foram expressos a partir de tabelas e gráficos construídos mediante a utilização do programa Excel 2010, a maior compreensão do leitor. Os testes estatísticos foram feitos através do software estatístico SPSS, versão 20.0 e do software livre estatístico R, versão 3.0.0, por um estatístico profissional com experiência na área da saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos prontuários recolhidos entre o período de 2009 a 2012, foram analisados 729 prontuários que continham dados relevantes para o conhecimento do perfil epidemiológico de idosos atendidos no COHM.

Inicialmente foram visualizados os principais tipos de cânceres mais prevalentes encontrados na região estudada, de modo que o mais prevalente foi o câncer de mama, correspondendo a 14,27% da amostra, o câncer de próstata (13,03%), o câncer de pele (10,84%), o câncer cérvico-uterino (8,09%), seguido de câncer de pulmão (6,04%) e de estômago (5,21%).

O câncer cérvico-uterino (CCU) é o quarto tipo de câncer que mais acometeu os idosos estudados, com frequência absoluta de 59 pacientes.

Tabela 1: Tipo de câncer encontrado nos pacientes

Tipo de câncer	Frequência absoluta	Percentual
Câncer de mama	104	14,27
Câncer de próstata	95	13,03
Câncer de pele	79	10,84
Câncer de colo uterino	59	8,09
Câncer de pulmão	44	6,04
Câncer de estômago	38	5,21
Leucemia	34	4,66
Linfoma não Hodgkin	33	4,53
Câncer Nasal	20	2,74
Câncer de face	19	2,61
Câncer de bexiga	18	2,47
Câncer de esôfago	17	2,33
Câncer de reto	17	2,33
Mieloma múltiplo	16	2,19
Câncer de boca	14	1,92
Câncer de laringe	11	1,51
Câncer de ovário	11	1,51
Câncer de glote	7	0,96
Câncer de língua	6	0,82
Câncer de olho	6	0,82
Câncer de pâncreas	6	0,82
Câncer de rim	6	0,82
Câncer auricular	5	0,69
Câncer de endométrio	5	0,69
Câncer de faringe	5	0,69
Câncer de vesícula biliar	5	0,69
Câncer de lábio	4	0,55
Câncer de tec. conjuntivo	4	0,55
Neop. sem especificação	4	0,55
Câncer de tireoide	3	0,41
Carcinoma basocelular	3	0,41
Policitemia Vera	3	0,41
Câncer de miométrio	2	0,27
Câncer sem localização específica	2	0,27
Osteosarcoma	2	0,27
Blastoma Pélvico	1	0,14
Câncer axilar	1	0,14
Câncer de cabeça e pescoço	1	0,14
Câncer de células pleomórficas	1	0,14
Câncer de coxa	1	0,14
Câncer de encéfalo	1	0,14
Câncer de fígado	1	0,14
Câncer de hipofaringe	1	0,14
Câncer de orofaringe	1	0,14
Câncer de pâncreas	1	0,14
Câncer de região cervical	1	0,14
Câncer de região frontal	1	0,14
Câncer do couro cabeludo	1	0,14
Câncer do encéfalo	1	0,14
Câncer do lábio	1	0,14
Câncer orofaringe	1	0,14
Câncer do pulmão	1	0,14
Câncer de prega vocal	1	0,14
Câncer na região central	1	0,14
Câncer no ombro	1	0,14
Câncer nodular	1	0,14
Câncer de linadenomegalias	1	0,14
Total	729	100,00

Fonte: Pesquisa 2009 – 2012

O câncer cérvico-uterino passou a ganhar mais relevância nas discussões médicas nas duas últimas décadas do século XIX, através de teses e artigos científicos sobre o tema, no entanto sem avanços em estratégias eficazes para seu tratamento ou prevenção. Na época, as mulheres tinham receio de tornar pública sua doença devido às pressões sociais e optavam por não revelar o problema, escondendo-o até que as dores e incômodos se tornassem insuportáveis e, então, para controlar a enfermidade, eram submetidas à amputação radical do útero ou tratamentos paliativos (TEIXEIRA, 2015).

Em 1940 iniciou-se o desenvolvimento da citologia esfoliativa, conhecida como teste Papanicolau, e da colposcopia, empregadas como técnicas de detecção precoce e prevenção, possibilitando a extensão das ações contra a doença a um maior quantitativo de mulheres. No Brasil, devido à realidade de saúde pública da época, as técnicas de prevenção se desenvolveram de forma lenta e desigual, ganhando maior proporção em 1970 através de campanhas de rastreamento e surgimento de um programa nacional de controle da doença (TEIXEIRA, 2015).

Em 1983 houve a criação do Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher (PAISM), configurando-se como avanço para a saúde do público feminino, apesar do pouco impacto sobre a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, o que resultou na reorganização e regionalização da atenção primária. E, em 1995, a saúde da mulher ganhou maior relevância na agenda do governo brasileiro, provavelmente devido à Conferência do Cairo, realizada pela ONU em 1994 (HEGADOREN et al., 2014).

Apesar de o Papanicolau constituir-se em um exame barato, seguro e de fácil execução, com realização periódica, ofertado nos serviços de atenção básica, sabe-se que fatores demográficos, socioeconômicos e geográficos ainda limitam o acesso ao exame de rastreamento do CCU (AMORIM; BARROS, 2014).

Essa neoplasia, atualmente, configura-se como importante causadora de óbito nas Regiões Norte e Nordeste (DISCACCIATI; BARBOZA; ZEFERINO, 2014), principalmente nas cidades do interior dos estados, o que, por sua vez, revela a vulnerabilidade das áreas menos privilegiadas economicamente, cuja população apresenta maior risco ao desenvolvimento desta doença e menor acesso aos serviços de saúde (GIRIANELLI; THULER; AZEVEDO E SILVA, 2014).

Tabela 2: Óbito versus os principais tipos de câncer

Principais tipos de câncer	Frequência	Óbito por doença		Total
		Não	Sim	
Câncer de mama	n	87	17	104
	%	83,65%	16,35%	100,00%
Câncer de próstata	n	78	17	95
	%	82,11%	17,89%	100,00%
Câncer de pele	n	71	8	79
	%	89,87%	10,13%	100,00%
Câncer de colo uterino	n	44	15	59
	%	74,58%	25,42%	100,00%
Câncer de pulmão	n	17	27	44
	%	38,64%	61,36%	100,00%
Câncer de estômago	n	19	19	38
	%	50,00%	50,00%	100,00%
<i>Teste Qui-Quadrado: X²: 65,1038; G.L: 7; Valor-p: 0,000</i>				

Fonte: Pesquisa 2009 – 2012

Verifica-se, através do estudo, que o câncer de colo uterino ou câncer cérvico-uterino, apresenta taxa de mortalidade de 25,42% das mulheres acometidas pela doença. Em nível mundial, este tipo de câncer apresenta a segunda maior incidência, atingindo 15,2 mulheres em cada 100.000, bem como é responsável pela terceira maior taxa de mortalidade (7,8/100.000 mulheres) (HEGADOREN et al., 2014).

Por se constituir em um dos tipos de câncer com maior potencial de prevenção e cura, quando diagnosticado precocemente (BRITO-SILVA et al., 2014), sua incidência e mortalidade podem ser significativamente reduzidas com a implantação de programas efetivos de rastreamento e tratamento oportuno das lesões precursoras.

O rastreamento e tratamento em tempo hábil pode detectar precocemente o papilomavírus humano (HPV), o principal fator para desenvolvimento do câncer cérvico-uterino e a doença sexualmente transmissível que mais acomete o público feminino (SPECK et al., 2015).

Além da relação com a infecção pelo HPV, este tipo de câncer também pode se desenvolver devido a outros fatores, como o tabagismo, higienização prejudicada e maior número de parceiros sexuais, o que amplia a vulnerabilidade das populações mais desfavorecidas, associando a doença também à população com baixo poder aquisitivo e educacional (TEIXEIRA, 2015).

O teste de Papanicolau configura-se como a forma de rastreamento mais efetiva para controle desse tipo de neoplasia, por detectar as alterações da primeira fase da doença (pré-invasiva), a neoplasia intraepitelial cervical (NIC), categorizada em graus I, II e III, através do esfregaço cérvico-vaginal (SPECK et al., 2015).

O Papanicolau constitui-se em teste observador dependente e requer treinamento e

capacitação do profissional responsável pela coleta e leitura, o que infelizmente pode não ocorrer, e resulta em elevado número de mulheres portadoras de lesão intraepitelial cervical, rastreadas na rede SUS para este tipo de neoplasia, que recebem resultados citológicos falsos negativos e são privadas de receber acompanhamento especializado em tempo hábil (FONSECA et al., 2014).

De acordo com estudo realizado com as pacientes atendidas em hospitais especializados no diagnóstico e tratamento do câncer em todo o país, o estágio avançado de CCU ocorre principalmente em mulheres da raça negra, que vivem com um companheiro, com baixo nível educacional e com idade acima de 50 anos (THULER; AGUIAR; BERGMANN, 2014).

Outro fator que merece destaque é a significância estatística da não realização do exame preventivo por mulheres na pós-menopausa, pertencentes às classes sociais mais baixas, o que resulta aumento gradativo da incidência do câncer cérvico-uterino nas mulheres próximas aos 50 anos de idade (BRISCHILIARI et al., 2012).

Como as mulheres acima de 50 anos não realizam o exame com a frequência das mulheres entre 25 a 39 anos, que são as que mais buscam a assistência primária, há a predominância de alterações malignas entre mulheres acima de 50 anos, com o adenocarcinoma ou o carcinoma (BRITO-SILVA et al., 2014).

Entre as dificuldades apontadas para a realização do teste de Papanicolau estão o sentimento de vergonha ou medo presente no momento da realização do teste, o desconforto frente ao exame, bem como a dor durante a coleta, relatada por parte das pacientes (GIRIANELLI; THULER; AZEVEDO E SILVA, 2014).

As mulheres idosas também consideram desnecessária a realização do Papanicolau uma vez que não apresentarem prática sexual regular, de modo que é responsabilidade dos serviços de saúde a divulgação de informações, por meio de grupos de educação em saúde, sobre a importância da realização do exame, independentemente da periodicidade da atividade sexual, como forma de detectar precocemente o câncer cérvico-uterino (AMORIM; BARROS, 2014).

Além da idade, as disparidades socioeconômicas presentes no país também estão associadas ao estágio avançado da doença, o que ressalta a necessidade de investigação desse subgrupo populacional pelos serviços de saúde (THULER; AGUIAR; BERGMANN, 2014), desenvolvendo, além de ações educacionais dirigidas à detecção precoce de CCU, mais acesso aos serviços de saúde.

Incorporar orientação sobre o papel do exame preventivo na atenção às mulheres na pós-menopausa é fundamental para incentivar sua realização, contribuindo para reduzir a incidência e mortalidade nessa população (BRITO-SILVA et al., 2014).

A detecção precoce do CCU é um importante problema de saúde pública (DISCACCIATI;

BARBOZA; ZEFERINO, 2014) e uma prioridade das políticas de saúde do Brasil, de modo que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) exerce um papel fundamental na redução da morbimortalidade dessa neoplasia (GIRIANELLI; THULER; AZEVEDO E SILVA, 2014).

Atingir uma maior proporção de mulheres, principalmente pós-menopausa, que são as que menos buscam as unidades da ESF para realizar o teste, requer dos profissionais de saúde maior habilidade para garantir a participação desta parcela da população através de ações de educação em saúde, orientações sobre a importância da realização do exame e sua periodicidade, cuja recomendação é que o exame seja repetido a cada três anos após a realização de dois exames consecutivos, com intervalo de um ano e com resultados negativos (NASCIMENTO; SILVA; MONTEIRO, 2012).

Apesar da facilidade em detectar precocemente as alterações, o que viabiliza o diagnóstico rápido e tratamento eficaz, na realidade brasileira diversos estudos apontam a persistência de elevadas taxas de incidência e mortalidade por CCU, revelando ainda insuficiente efetividade dos programas (DISCACCIATI; BARBOZA; ZEFERINO, 2014).

A importância de sensibilizar o público feminino, sobretudo as mulheres acima de 50 anos, para a realização do teste preventivo de Papanicolau, é fundamental para envolver os grupos mais vulneráveis ao acometimento do CCU, o que se traduz em ações com vistas à integralidade do cuidado e da assistência, bem como ações de promoção da saúde.

A integralidade ocorre através dos profissionais de saúde, frente aos determinantes sociais do processo saúde/doença, no intuito de promover a saúde de todos os sujeitos (SANCHEZ et al., 2015). Para isso, faz-se necessário superar a visão reducionista e fragmentada do ser humano em prol de uma concepção integral deste sujeito, o que envolve o seu âmbito familiar, social e ambiental, possibilitando aos profissionais de saúde melhor compreensão sobre o processo saúde/doença deste (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2015).

Na assistência à saúde da mulher para rastreamento do CCU, a prevenção deve ser estimulada pelos profissionais de saúde, sobretudo da ESF, a fim de programar estratégias direcionadas a atingir as mulheres que não buscam assistência médica preventiva, como as mulheres acima de 50 anos, a fim de promover o acesso de todos os grupos de mulheres e alcançar, assim, as mais vulneráveis (BRISCHILIARI et al., 2012).

A ESF, integrante da atenção primária em saúde, funciona como ambiente para rastreamento dessa neoplasia uma vez que, devido ao trabalho da equipe de saúde com a população local, possibilita a identificação e busca ativa das mulheres elegíveis para a detecção precoce das lesões e tratamento, o que garante maior resolutividade na assistência e controle do CCU (GIRIANELLI; THULER; AZEVEDO E SILVA, 2014).

Infelizmente, a atenção primária tem enfatizado um trabalho médico-centrado, embasado no anatômico-patológico e no consumo de procedimentos, o que, por sua vez,

contradiz o acesso da população para o restabelecimento da saúde e consequente melhoria das condições de vida (MACEDO; MARTINS, 2014), através da ampliação da cobertura e implementação de novos modelos assistenciais (SILVA et al., 2014).

A integralidade do cuidado contribui na qualificação da assistência desenvolvida pela atenção básica, uma vez que neste ambiente é possível desenvolver a escuta e cuidado através da observação dos sujeitos em seu contexto familiar e social proporcionando a ampliação na compreensão do processo saúde/doença/cuidado (MEDEIROS; BRAGA-CAMPOS; MOREIRA, 2014).

Além das estratégias para garantir o acesso de todas as mulheres ao rastreamento desta neoplasia, com vistas à integralidade da assistência em saúde preconizada pelo SUS, também são necessárias ações para que as mulheres com exames alterados possam dar seguimento ao tratamento.

No Brasil, o Programa Nacional de Controle do CCU prevê o acesso aos diferentes serviços para enfrentar cada fase da doença, no intuito de garantir sentido à integralidade do cuidado e da assistência em saúde, para tanto, desenvolve estudos avaliativos para identificar pontos de dificuldade nos diversos níveis de atenção (BRITO-SILVA et al., 2014).

Apesar das dificuldades de acesso pela população idosa ao exame de Papanicolau ofertado na ESF, os níveis secundário e terciário da assistência em saúde não apresentam problemas no acesso e abrangem um número de mulheres superior ao esperado, ressaltando o encaminhamento de casos do setor privado e a insegurança do profissional de saúde diante dos resultados obtidos no Papanicolau, o que resulta no encaminhamento de casos nem sempre suspeitos à biópsia (BRITO-SILVA et al., 2014).

Mesmo com os avanços na área de saúde da mulher, verifica-se ainda a fragmentação de serviços e ações, consequência do caráter multifatorial envolvido na dinâmica de funcionamento da assistência em saúde que abrange os níveis de atenção primária, secundária e terciária, com fontes diversificadas de financiamento, diversos profissionais e especialidades, disparidade estrutural e de recursos tecnológicos (ARRUDA et al., 2015).

A graduação essencialmente biomédica, realidade dos diversos cursos da área da saúde, também é um entrave para uma visão mais abrangente dos sujeitos (SANCHEZ et al., 2015), envolvendo os determinantes sociais, necessidades psicológicas e biológicas, medos e dúvidas das mulheres na pós-menopausa.

Entre os entraves para a promoção do cuidado integral à saúde, Leite et al. (2014) destacam a falta de acesso a informações verdadeiras sobre a saúde, a falta de empatia na relação profissional de saúde-usuário devido à rapidez dos atendimentos, tratar o sujeito como número, ficha ou doença, o que, por sua vez, resulta na despersonalização do paciente e na dificuldade em buscar o serviço de saúde.

Dar resolutividade e apoio ao Programa Nacional de Controle do CCU, na realidade brasileira, requer do profissional de saúde a qualificação e atualização contínua para realizar a coleta adequada do esfregaço cérvico-vaginal, o que evitará as chances de falsos negativos; desenvolver a anamnese com os diferentes públicos de mulheres, através da escuta, acolhimento e respeito; preencher os dados adequados da paciente nos formulários solicitados pelo Ministério da Saúde, bem como esclarecer dúvidas sobre os medos, receios e periodicidade de realização do exame (AMARAL et al., 2014).

Os profissionais de saúde, no intuito de desenvolver suas práticas orientadas à integralidade e, assim, articular teoria e prática da assistência preconizada pelo SUS, necessitam desenvolver um atendimento acessível a todos os sujeitos, independentemente de idade, raça, condições sociais, bem como contínuo e efetivo para/com as usuárias (ARRUDA et al., 2015).

Através de relações mais democráticas, em que o usuário exerça seus direitos de participação e acesso à saúde, de modo que abandone a categoria de objeto e torne-se sujeito de sua saúde, as mulheres apresentarão maior consciência da sua responsabilização sobre o processo saúde/doença (LEITE et al., 2014), empoderando-se e atuando junto aos profissionais de saúde no rastreamento e detecção precoce do câncer cérvico-uterino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da presente pesquisa evidenciou-se que há um déficit no rastreamento de CCU e na assistência desenvolvida às mulheres idosas com esta neoplasia, o que mostra a maior necessidade de integrar saberes quanto à promoção da saúde, humanização da assistência e associação entre teoria e prática acerca da integralidade do cuidado.

A identificação do perfil epidemiológico das pacientes idosas com CCU evidencia o alto índice de incidência e mortalidade nesta parcela da população, uma vez que estas não buscam a atenção primária periodicamente para rastreamento das lesões precursoras e diagnóstico precoce, através dos exames ofertados gratuitamente pelo SUS.

Assim, identificar os pontos de dificuldade nesta linha de cuidado auxiliará na melhoria da qualidade de assistência em saúde da mulher, sobretudo no rastreamento precoce do câncer cérvico-uterino, minimizando a quantidade de vítimas desta neoplasia no país.

Ainda há muito a ser feito para minimizar os índices de incidência e mortalidade do CCU em idosas, o que envolve ampliar o acesso à atenção primária e ao teste de Papanicolau, desenvolver estratégias para sensibilizar quanto à realização do teste, desenvolver ações de educação em saúde referentes à importância e periodicidade da realização do exame.

Para que haja avanços na integralidade do rastreamento e tratamento do CCU em idosas, é necessário treinamento dos profissionais de saúde para saber lidar com este público, através

da escuta, retirada de dúvidas, criação de vínculo e empatia, a fim de que as mulheres idosas busquem o serviço de atenção primária e os demais níveis da assistência, quando necessário.

O papel dos profissionais também é primordial para a promoção da saúde, através de ações de educação em saúde e orientações quanto às informações sobre a regularidade e periodicidade do exame, a fim de facilitar o acesso e estimular a realização deste, no intuito de superar tabus, crenças e dificuldades presentes nas mulheres idosas para ao rastreamento oportuno do CCU.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. F.; ARAÚJO, E. S.; MAGALHÃES, J. C.; SILVEIRA, E. A.; TAVARES, S. B.; AMARAL, R. G. Impacto da capacitação dos profissionais de saúde sobre o rastreamento do câncer do colo do útero em unidades básicas de saúde. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 4, p. 182-7, 2014.

AMORIM, V.M.S.L.; BARROS, M. B. A. Equidade no acesso ao exame de Papanicolaou: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Rev bras epidemiol suppl d.s.s.**, p. 136-149, 2014.

ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R.; KOERICH, M. H. A. L.; WINCK, D. R.; MEIRELLES, B. H. S.; MELLO, A. L. S. F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, jan./mar., 2015.

BRISCHILIARI, S. C. R.; DELL'AGNOLO, C. M.; GIL, L. M.; ROMEIRO, T. C.; GRAVENA, A. A. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Papanicolau na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p.1976-84, out, 2012.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 240-8, 2014.

DISCACCIATI, M. G.; BARBOZA, B. M.; ZEFERINO, L. C. Por que a prevalência de resultados citopatológicos do rastreamento do câncer do colo do útero pode variar significativamente entre duas regiões do Brasil? **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 5, p. 192-7, 2014.

FONSECA, A. J.; MURARI, R. S.; MORAES, I. S.; ROCHA, R. F.; FERREIRA, L. C. Acurácia dos exames citológicos cervicovaginais em Estado de elevada incidência de câncer de colo de útero. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 8, p. 347-52, 2014.

FREITAS, E. E. C.; SCHRAMM, F. R. Argumentos morais sobre inclusão/exclusão de idosos na atenção à saúde. **Rev bioét (Impr)**, v.21, n.2, p. 318-27, 2013.

GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C.; AZEVEDO E SILVA, G. Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, **Brasil**. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 5, p. 198-204, 2014.

HEGADOREN, K. M.; RADUNZ, V.; SOUZA, M. L.; FARIA, F. P.; SILVA, J. C. B.; BOTELHO, L. J. Mortalidade por câncer de colo uterino, 1996-2011, Santa Catarina, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 836-44, out/dez, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata/definicao>>. Acesso em: 21 de Dezembro de 2014.

LEITE, R. A. F.; BRITO, E. S.; SILVA, L. M. C.; PALHA, P. F.; VENTURA, C. A. A. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 18, n. 51, p. 661-71, 2014.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface - comunicação, saúde, educação**, v. 18, n. 51, p. 647-59, 2014.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 6, 9 pag., nov/dez, 2012.

MEDEIROS, M. A. T.; BRAGA-CAMPOS, F. C.; MOREIRA, M. I. B. A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de Nutrição e Psicologia no campo da Saúde Coletiva. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 27, n. 6, p.785-98, nov/dez, 2014.

NASCIMENTO, M. I.; SILVA, G. A.; MONTEIRO, G. T. R. História prévia de realização de teste de Papanicolau e câncer do colo do útero: estudo caso-controle na Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p.1841-53, out, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2013.

SANCHEZ, H. F.; WERNECK, M. A. F.; AMARAL, J. H. L.; FERREIRA, E. F. A integralidade no cotidiano da atenção à saúde bucal: revisão de literatura. **Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro**, v. 13, n. 1, p. 201-14, jan/abr, 2015.

SARAIVA, A. M. P. Acesso à tecnologia biomédica: perspectiva bioética dos enfermeiros portugueses. **Rev bioét** (Impr), v.22, n.1, p.161-70, 2014.

SILVA, C. S. O.; FONSECA, A. D. G.; SOUZA, L. P. S.; SIQUEIRA, L. G.; BELASCO, A. G. S.; BARBOSA, D. A. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4407-15, 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; MOTTA, L. C. S.; RENNÓ, L.; LOPES, T. C.; MIYADAHIRA, R.; VIDAL, S. V.; COTTA, R. M. M. (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p.113-28, 2015.

SPECK, N. M. G.; PINHEIRO, J. S.; PEREIRA, E. R.; RODRIGUES, D.; FOCCHI, G. R. A.; RIBALTA, J.C.L. Rastreamento do câncer de colo uterino em jovens e idosas do Parque Indígena do Xingu: avaliação quanto à faixa etária preconizada no Brasil. **Einstein**, v. 13, n. 1, p. 52-7, 2015.

TEIXEIRA, L. A. Dos gabinetes de ginecologia às campanhas de rastreamento: a trajetória da prevenção ao câncer de colo do útero no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 653-73, 2015.

THULER, L. C.; AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A. Determinantes do diagnóstico em estadió avançado do câncer do colo do útero no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 6, p. 237-43, 2014.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n.3, p. 548-54, 2009.

VIEIRA, C. G.; ARAÚJO WS, VARGAS DRM. O homem e o câncer de próstata: Prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista científica do ITPAC**. v. 5, n. 1, 2012.

WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. **A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging**. Madrid, Spain, April, 2002.

ZANON, R. R.; MORETTO, A. C.; RODRIGUES, R. L. Envelhecimento populacional e mudanças no padrão de consumo e na estrutura produtiva brasileira. **R bras Est Pop**, Rio de Janeiro, v. 30, sup., p. 45-67, 2013.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS COM CÂNCER DE ESTÔMAGO

*Laryssa Dayanna Costa Ferreira
Kênnia Stephanie Morais Oliveira
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho
Daniela godeiro Carlos
Amélia Carolina Lopes Fernandes*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida aliado à queda da fecundidade. O fenômeno de envelhecer, até pouco tempo mais característico dos países desenvolvidos, tem ocorrido, de forma acentuada em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, que apresenta altas taxas de envelhecimento populacional, trazendo modificações significativas nas suas estruturas etárias (CLOSS e SCHWANKE, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de saúde (OMS), um indivíduo idoso é aquele que apresenta idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos em países em desenvolvimento (WHO, 2002).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2013), no Brasil, o grupo de idosos de 60 anos ou mais aumentará acentuadamente, passando de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060, ou seja, um aumento de 20 pontos percentuais.

Simultaneamente, e em parte como consequência do envelhecimento populacional, ocorreu mudança no perfil das doenças mais prevalentes, com a diminuição das doenças infectoparasitárias e o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso do câncer, cuja incidência e mortalidade se elevam à medida que aumenta a vida média da população. O idoso está há mais tempo exposto a fatores de risco, portanto, as probabilidades de desenvolver doenças crônico-degenerativas são maiores (DELLAROZA, 2013).

“Câncer” é um termo que designa um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. O câncer é atualmente um importante problema de saúde pública mundial em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo (RODRIGUES, 2010).

A cada ano o número de casos de câncer cresce em todo o mundo. Estima-se que para os anos 2012 e 2013 ocorram 518.510 casos novos de câncer somente no Brasil. Entre os principais tipos que câncer que mais acometem a população brasileira está o câncer de estômago, o qual tem ganhado destaque nas estatísticas mundiais (INCA 2011).

Assim, o câncer de estômago, também denominado câncer gástrico, se desenvolve lentamente ao longo de muitos anos. Antes do aparecimento do câncer propriamente dito, alterações pré-cancerosas ocorrem frequentemente no revestimento interno do estômago (mucosa). Estas alterações precoces raramente causam sintomas e, portanto, muitas vezes passam despercebidas. Esta é uma das razões pelas quais é tão difícil de ser detectado precocemente (INCA, 2014).

Além disso, o câncer de estômago se apresenta na forma de três principais tipos histológicos: adenocarcinoma (responsável por 95% dos tumores), linfoma, diagnosticado em cerca de 3% dos casos, e leiomiossarcoma, iniciado em tecidos que dão origem aos músculos e aos ossos (INCA, 2014).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima-se que em 2014 serão diagnosticados cerca de 20.390 novos casos de câncer de estômago no Brasil, sendo estes 12.870 em homens e 7.520 em mulheres.

Dessa forma, a incidência do câncer de estômago, assim como as demais doenças crônicas, aumenta marcadamente com a idade. A idade média dos pacientes quando são diagnosticados é de 70 anos. Segundo INCA (2014), quase dois terços dos pacientes com câncer de estômago têm 65 anos ou mais. Além disso, o risco médio de uma pessoa vir a desenvolver câncer de estômago em sua vida é cerca de 1 em 116. Este risco é um pouco maior nos homens do que nas mulheres.

Considerando as expectativas e a expressividade do número de casos de câncer de estômago em idosos, tanto em mulheres como em homens, é necessário destacar a importância de um cuidado integral, levando em consideração as necessidades específicas de saúde dessa população.

A integralidade implica na atenção à saúde, nos diferentes níveis de atenção e de complexidade, relaciona-se à integração de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos, e reabilitação que devem ser ofertadas de maneira articulada tanto no âmbito individual quanto coletivo, e devem ser praticadas pelos trabalhadores de saúde e gestores, buscando apreender o cuidado prestado a partir do cotidiano dos atores sociais (BRASIL, 2000).

A atenção à saúde no Brasil é de acesso universal, isto é, todo cidadão tem direito a atendimento gratuito. Por isso, o Ministério da Saúde deve garantir o atendimento integral a qualquer paciente com câncer, por meio do Sistema Único de Saúde, o SUS. Portanto é direito

dessa população ser tratada integralmente, desde a atenção primária à atenção terciária (INCA, 2015).

Este estudo tem por objetivo conhecer o perfil epidemiológico de pacientes idosos com câncer de estômago atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró/RN (COHM) no período de 2009 a 2012.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, descritivo, observacional e de análise documental, realizado em pacientes idosos com câncer, atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) no período de 2009 a 2012.

O Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM está localizado na Praça Cônego Estevão Dantas, nº 238, Santo Antônio, CEP 59618-751 no Município de Mossoró/RN. Trata-se de um serviço especializado em onco-hematologia, que atende não somente à população local, mas também dos municípios circunvizinhos. Apesar de ser uma empresa privada, que contempla convênios e particulares, atende igualmente a demanda proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, a escolha do local deu-se pelo fato de o COHM ser o centro de referência em oncologia da cidade de Mossoró e região, tendo, portanto, demanda suficiente para uma pesquisa fidedigna.

A coleta de dados iniciou-se mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN) sob CAAE nº 18393413.9.0000.5294 e a partir do Parecer Consubstanciado CEP/UERN nº 563.584, no dia 21 de março de 2014.

Dessa forma, no dia 24 de março de 2014 foi iniciada a coleta de dados pelas próprias pesquisadoras. De acordo com a estratificação realizada pelo COHM, o total de prontuários referentes à faixa etária e ao período da pesquisa seria de 932 prontuários.

A partir do cálculo amostral a pesquisa foi realizada com o quantitativo de 729 prontuários eletrônicos, e a estratificação por faixa etária ficou da seguinte forma: em pacientes que na faixa etária de 60 a 64 anos foram estudados 141 prontuários; 65 a 69 anos, 146 prontuários; 70 a 74 anos, 158 prontuários; 75 a 79 anos, 123 prontuários; e, por fim; a partir de 80 anos, 161 prontuários.

O instrumento de coleta foi uma ficha que continha questões tanto sobre o perfil epidemiológico do paciente, como sua idade, sexo, estado civil, profissão e procedência, quanto referentes às questões clínicas, como o diagnóstico, localização do tumor, estadiamento, dados do exame físico, queixas principais, exames complementares e terapêutica implementada.

No decorrer da coleta foi possível adequar o instrumento de acordo com o que havia no prontuário, visando sempre focar no eixo principal da pesquisa. A coleta encerrou-se no dia 11 de abril de 2014.

Após a coleta, os dados foram tabulados e organizados de modo a submeter ao tratamento estatístico. A tabulação foi realizada por cada pesquisadora individualmente e posteriormente feita uma averiguação dos dados tabulados, promovendo assim uma maior fidedignidade para a pesquisa.

O banco de dados foi construído em formato xlsx. Os dados foram expressos a partir de tabelas e gráficos construídos mediante a utilização do programa Excel 2010, para a maior compreensão do leitor. Enquanto que os testes estatísticos foram feitos através do software estatístico SPSS, versão 20.0 e do software livre estatístico R, versão 3.0.0.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram estudados 729 prontuários, a partir do instrumento de coleta de dados, que continham dados relevantes para o conhecimento do perfil epidemiológico de idosos atendidos no COHM no período de 2009 a 2012.

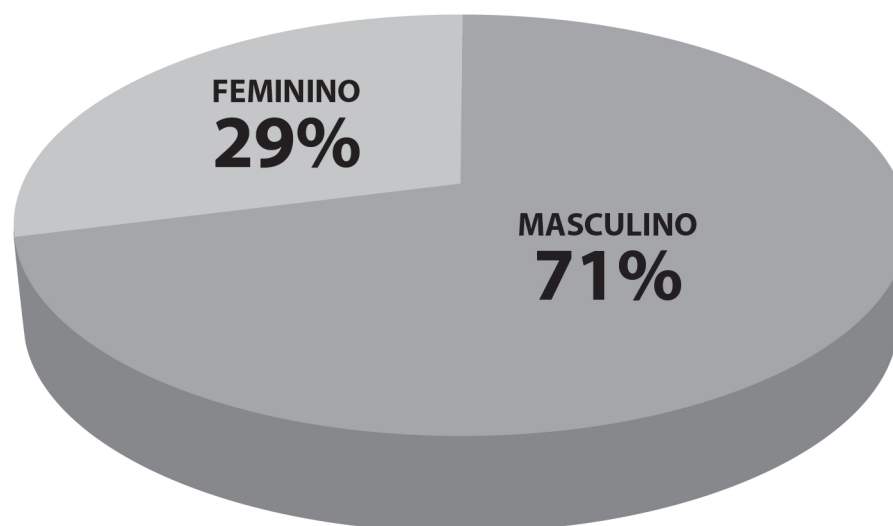
Entre os demais dados obtidos, inicialmente foram visualizados os principais tipos de cânceres mais prevalentes encontrados no local estudado, em que 14,27% são representados pelo câncer de mama e 13,03%, pelo câncer de próstata, seguidos do câncer de pele (10,84%), colo uterino (8,09%), pulmão (6,04%), estômago (5,21%). Assim, o câncer de estômago representa o sexto câncer mais comum segundo o estudo, com uma frequência absoluta de 38 pacientes idosos com câncer de estômago, sendo um quantitativo de casos significativo e relevante.

O câncer de estômago tem ganhado destaque nas estatísticas mundiais. A mais recente estatística mundial apontou a ocorrência de cerca de um milhão de casos novos de câncer de estômago no ano de 2008, configurando-se como a quarta causa mais comum de câncer. Estima-se que em 2014 serão diagnosticados 20.390 novos casos de câncer de estômago, 12.870 em homens e 7.520 em mulheres, no Brasil, correspondendo a um risco estimado de cerca de 1 em 116 (INCA, 2014).

Segundo Eberhardt (2012) pesquisas recentes mostram que os pacientes com câncer de estômago são, em sua maioria, homens acima dos 60 anos com baixa renda. Esses resultados encontram-se respaldos na literatura onde se afirma que, no que se refere ao câncer de estômago, há uma maior prevalência em homens.

Nessa perspectiva, o presente estudo mostrou uma maior predominância de câncer de estômago na população masculina, representando um percentual de 71%, com uma frequência absoluta de 27 pacientes, logo a população feminina representa um percentual de 29%, com uma frequência absoluta 11 pacientes (Gráfico 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra de câncer de estômago em idosos com relação ao sexo



Fonte: Autoria própria

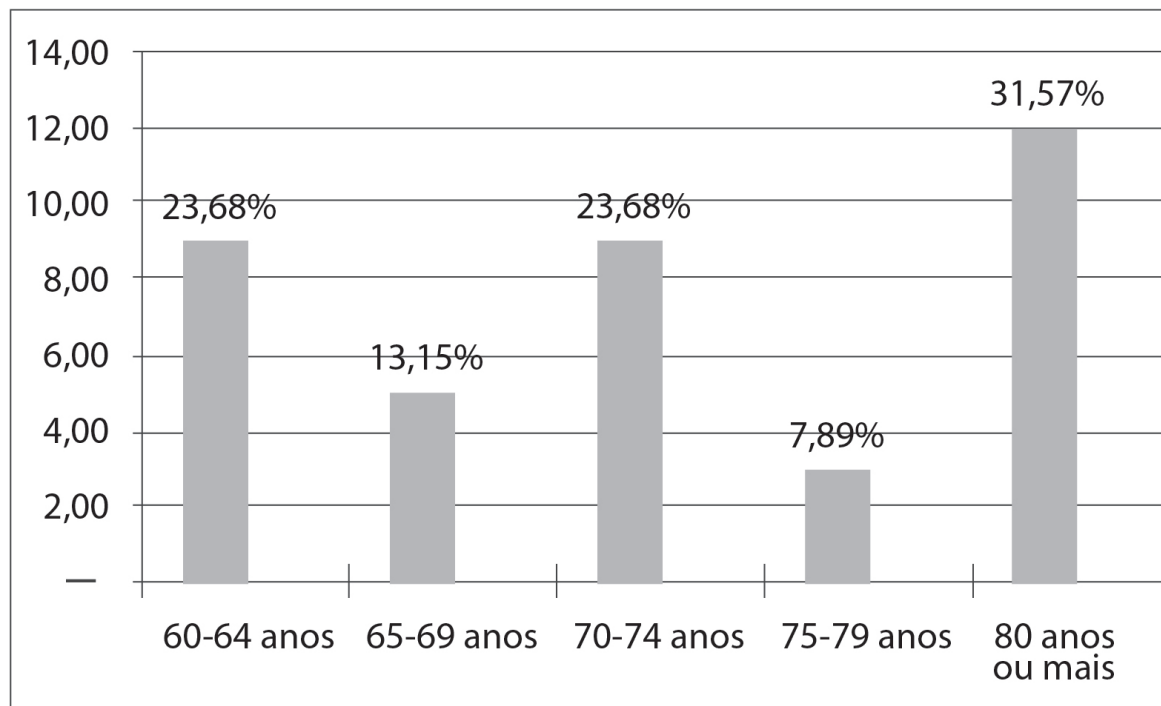
O pico de incidência do câncer de estômago se dá em homens por volta dos 70 anos. Cerca de 65% dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago têm mais de 50 anos. No Brasil, esses tumores aparecem em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres (INCA, 2014).

Entretanto, no ano de 2009, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que prioriza o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, detecção precoce e controle do câncer. Sendo assim, o crescimento da expectativa de vida dos homens, a genética e os aspectos comportamentais foram apontados como importantes elementos a serem considerados no âmbito das práticas preventivas do câncer entre essa população (BRASIL, 2009).

As estratégias de prevenção exigem que os homens estabeleçam novos padrões de comportamentos e atitudes distintos daqueles exercitados rotineiramente. Portanto, o incremento de práticas preventivas mostra-se incoerente ao modelo de masculinidade hegemônico, idealizado e valorizado na cultura ocidental e exercido por grande parte dos homens brasileiros (MODENAA et al., 2013).

Assim como os demais tipos de doenças crônicas, o aumento da faixa etária se configura como um importante fator de risco encontrado nos casos estudados em pacientes com câncer de estômago. Indivíduos na faixa etária de 60 a 64 anos representaram 23,68 % (n = 9); de 65 a 69 anos, 13,15 % (n = 5); de 70 a 74 anos, 23,78 % (n = 9); de 75 a 79 anos, 7,89 % (n = 3); e acima de 80 anos de idade, 31,57 % (n = 12) (Gráfico 2).

Tabela 1: Distribuição da amostra de câncer de estômago em idosos com relação a sexo faixa etária



Fonte: Autoria própria

Com relação ao maior predomínio do câncer de estômago na população idosa com baixa renda, apenas o nível socioeconômico baixo, de forma isolada, não é um fator que aumente o risco de câncer, mas sim da correlação com vários fatores de risco, como hábitos alimentares, uso do tabaco, além de associar-se à infecção por *Helicobacter pylori* (EBERHARDT, 2012).

Entre os fatores de risco para o câncer de estômago estão uma alimentação pobre em carnes e peixes e nas vitaminas A e C, ou ainda alto consumo de alimentos defumados, enlatados, com corantes ou conservados em sal (FAGIOLI, 2013).

De igual modo, fumantes que ingerem bebidas alcoólicas ou que já tenham sido submetidos a operações no estômago têm maior probabilidade de desenvolver esse tipo de câncer, assim como pessoas com parentes que foram diagnosticados com câncer de estômago (INCA, 2014).

Algumas doenças pré-existentes podem ter forte associação com esse tipo de tumor, como anemia perniciosa, lesões precancerosas (como gastrite atrófica e metaplasia intestinal) e infecções pela bactéria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), presente nos alimentos e na água potável (INCA, 2014).

Para prevenir o câncer de estômago é fundamental assumir uma dieta balanceada, composta de vegetais crus, frutas cítricas e alimentos ricos em fibras desde a infância. Além disso, são importantes o combate ao tabagismo e a diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas (FAGIOLI, 2013).

Há variadas causas para o desencadeamento do câncer, essas causas podem ser tanto externas como internas ao organismo, uma vez que estão inter-relacionadas. Quando relacionadas ao meio ambiente e aos hábitos de uma determinada sociedade, considerando

os aspectos socioculturais, nos referimos às causas externas. Já as causas internas, em geral, são de procedência genética ou relacionada à capacidade de defesa do organismo. As causas relatadas poderão interagir das mais variadas formas, de modo a aumentar a probabilidade de haver transformações malignas nas células normais (INCA, 2013).

A melhoria da saúde dessa população está alicerçada também no controle do câncer de estômago e na efetivação de ações de promoção à saúde que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde/doença e promovam qualidade de vida. Nesse contexto, a Política Nacional de Promoção à Saúde surge com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2011).

Além disso, um amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis. Pois o conhecimento em saúde por parte dessa população permite que esta seja a principal protagonista das mudanças necessárias para a melhoria de sua qualidade de vida (CARNEIRO, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da saúde é fundamental na qualidade de vida de qualquer indivíduo, no entanto, para o pacientes oncológicos esse cuidado merece destaque, tendo em vista a importância do cuidado integralizado e o conhecimento do perfil epidemiológico no sentido de promover estratégias capazes de atuar de modo efetivo no processo saúde/doença do indivíduo.

A integralidade é um dos princípios pregados do Sistema Único de Saúde, que busca o cuidado ao paciente em sua totalidade, considerando suas condições econômicas, culturais e sociais. Por apresentar maior tempo de exposição a fatores de risco, o paciente idoso tem mais chances de desenvolver o câncer, nesse contexto, a identificação desses fatores é uma importante aliada da prevenção de diversos tipos de cânceres.

Torna-se necessária uma adequação dos serviços de saúde, com profissionais qualificados, que entenda que a integralidade não se conforma de uma prática meramente curativa, mas que busca conhecer os fatores de risco para poder intervir, agindo de modo eficaz na execução de estratégias consistentes na intervenção nos problemas de saúde.

Logo, a identificação das características comuns dos pacientes idosos com câncer de estômago pode auxiliar no delineamento de estratégias mais específicas para a prevenção da exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de câncer, o diagnóstico precoce e desenvolvimento de novas terapias-alvo e para a promoção da saúde de indivíduos e populações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília; 2009.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2012; 15(3):443-458.

DELLAROZAM.S.G;PIMENTAC.A.M;DUARTEY.A;LEBRÃO M.L.**Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):325-334, fev, 2013.

EBERHARDT, A C. **Perfil e Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer de Esôfago e de Estômago**. Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Vida – DCVida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí, 2012.

FAGIOLI, D.; OLIVEIRA, P. B.; PEREIRA P. H. G. R.; MASSON I. B.; VELLOZO, E. P. Análise do consumo de alimentos com ação de prevenção e de risco para o câncer gástrico por frequentadores de locais de abastecimento de alimentos em São Paulo. **RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. Ano 5, n. 1, p. 34-40, São Paulo, Jan-Jun. 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese dos Indicadores Sociais (SIS), Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Informações sobre o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://inca.gov.br>>. Acesso em: 20 de agosto de 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Câncer de estômago: prevenção**. Disponível em: <<http://inca.gov.br>>. Acesso em: 20 de agosto de 2014.

MODENAA, C. M.; MARTINSB, A. M.; RIBEIROA, R. B.; ALMEIDA, S. S. L. D. Os Homens e

o Adoecimento por Câncer: Um Olhar Sobre a Produção Científica Brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.37, n.3, p.644-660, jul./set. 2013.

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.56, n.4, p. 431-441, 2010.

WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

BRASIL, Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios conquistados. Ministério da saúde, Secretaria Executiva – Brasília, 44cap. 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Perguntas e Respostas Sobre o Câncer**. Disponível em: <<http://inca.gov.br>>. Acesso em: 04 de setembro de 2015.

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro, 128 p. 2011.

CARNEIRO, A. C. L. L.; SOUZA, V.; GODINHO, L. K.; FARIA, I. C. M.; SILVA, K. L.; GAZZINELLI, M. F. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. v. 31, n. 2, p.115–20, 2012.

RESPIRA, INSPIRA, EXPIRA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS COM CÂNCER DE PULMÃO

*Narjara Beatriz Queiroz da Silva
Kênnia Stephanie Moraes Oliveira
Laryssa Dayanna Costa Ferreira
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho
Sílvia Barros do Nascimento*

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um processo que vem ocorrendo nas últimas décadas em todo mundo, resultante do aumento na expectativa de vida da população e da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade. Aliada a esses fatores, houve uma melhora significativa na atenção ofertada pelos serviços de saúde, nos aspectos científicos, tecnológicos e na abrangência e diversidade de suas ações (LEITE et al., 2015).

Simultaneamente, e em parte como consequência do envelhecimento populacional, ocorreu uma mudança no perfil das doenças mais prevalentes, com a diminuição das doenças infectoparasitárias e o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, incluindo-se o câncer, cuja incidência e mortalidade se elevam à medida que aumenta a vida média da população (DELLAROZA et al., 2013).

O envelhecimento traz consigo mudanças celulares que aumentam a suscetibilidade à transformação maligna, estando a população idosa mais propícia ao desenvolvimento do câncer, pois, quanto maior a faixa etária, maior o tempo de exposição a fatores de risco e, conseqüentemente, maiores as chances do desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, como é o caso do câncer (KOWDLEY et al., 2012).

O câncer é uma doença crônico-degenerativa que acomete milhões de pessoas, sem designar faixa etária, sexo, condições socioeconômicas ou culturais, estando entre as principais causas de morte em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou, para o ano 2030, a ocorrência de 27 milhões de casos de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer (OLIVEIRA, 2013).

A incidência do câncer de pulmão, como das demais doenças crônicas, aumenta marcadamente com a idade. Entre todos os tipos de cânceres, o câncer de pulmão é um dos

mais comuns no mundo, apresentando aumento de 2% por ano na sua incidência mundial. A última estimativa mundial apontou 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. No Brasil, apresenta-se como o segundo tipo de câncer mais comum em homens e o quinto em mulheres (INCA, 2015).

Entre os tipos de câncer de pulmão dois são mais frequentes, o Carcinoma de Pulmão de Células não Pequenas, que representa cerca de 65 a 75% dos casos, e o Carcinoma de Pulmão de Células Pequenas, abrangendo de 20 a 25%. E, devido à dificuldade para o diagnóstico precoce, a maioria dos casos dos cânceres de pulmão apresentam estádios avançados no momento do diagnóstico, necessitando de tratamentos paliativos: quimioterapia, radioterapia ou ambos. Em decorrência disso, o câncer de pulmão permanece como uma doença altamente letal (POLATO et al., 2013a).

O mais importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão é o hábito de consumo de tabaco. No Brasil, 82% dos óbitos por câncer de pulmão em homens são atribuídos ao tabagismo, em mulheres esta medida é de 41% (SOUZA et al., 2014). Em 90% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. Comparados com os não fumantes, os tabagistas têm cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão (INCA, 2015).

Este estudo teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes idosos com câncer de pulmão atendidos em um centro de referência regional para oncologia e hematologia no Rio Grande do Norte.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, descritivo, observacional e de análise documental, realizado em pacientes idosos com câncer, atendidos em um Centro de Referência em Oncologia no Rio Grande do Norte no período de 2009 a 2012.

A instituição escolhida oferece um serviço especializado em onco-hematologia, o qual atende à população local, mas também dos municípios circunvizinhos. A escolha do referido espaço deu-se pelo fato de o Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) possuir demanda suficiente para uma pesquisa fidedigna, por ser o centro de referência em oncologia da cidade de Mossoró e região oeste potiguar.

A coleta de dados iniciou-se mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN) sob o Parecer Consubstanciado CEP/UERN nº 563.584, no dia 21 de março de 2014. De acordo com a estratificação realizada pelo COHM, o total de prontuários referentes à faixa etária e ao período da pesquisa seria de 932 prontuários. A partir do cálculo amostral a pesquisa foi realizada com

o quantitativo de 729 prontuários eletrônicos. A estratificação por faixa etária ficou da seguinte forma: dos pacientes na faixa etária de 60 a 64 anos foram estudados 141; 65 a 69 anos, 146; 70 a 74 anos, 158; 75 a 79 anos, 123; e, por fim; a partir de 80 anos, 161 prontuários.

O instrumento de coleta de dados foi uma ficha que continha questões tanto sobre o perfil epidemiológico do paciente, como sua idade, sexo, estado civil, profissão e procedência, quanto referentes às questões clínicas, como o diagnóstico, localização do tumor, estadiamento, dados do exame físico, queixas principais, exames complementares e terapêutica implementada.

Após a coleta, os dados foram tabulados e organizados de modo a submeter ao tratamento estatístico. A digitação foi do tipo duplo cego, realizada por cada pesquisadora individualmente, sendo posteriormente feita uma averiguação dos dados.

O banco de dados foi construído em formato xlsx. Os dados foram expressos a partir de tabelas e gráficos construídos mediante a utilização do programa Excel 2010, enquanto que os testes estatísticos foram feitos através do software estatístico SPSS, versão 20.0 e do software livre estatístico R, versão 3.0.0 por um estatístico profissional com experiência na área da saúde.

RESULTADOS

Os tipos de cânceres mais prevalentes relacionados à população idosa encontrados no local estudado foram o câncer de mama (14,27%), câncer de próstata (13,03%), seguidos do câncer de pele (10,84%), cólon (8,09%), pulmão (6,04%) e estômago (5,21%) (Tabela 1). O câncer de pulmão representa o quinto câncer mais comum, com uma frequência absoluta de 44 pacientes idosos.

Tabela 1: Tipos de câncer encontrados nos pacientes idosos

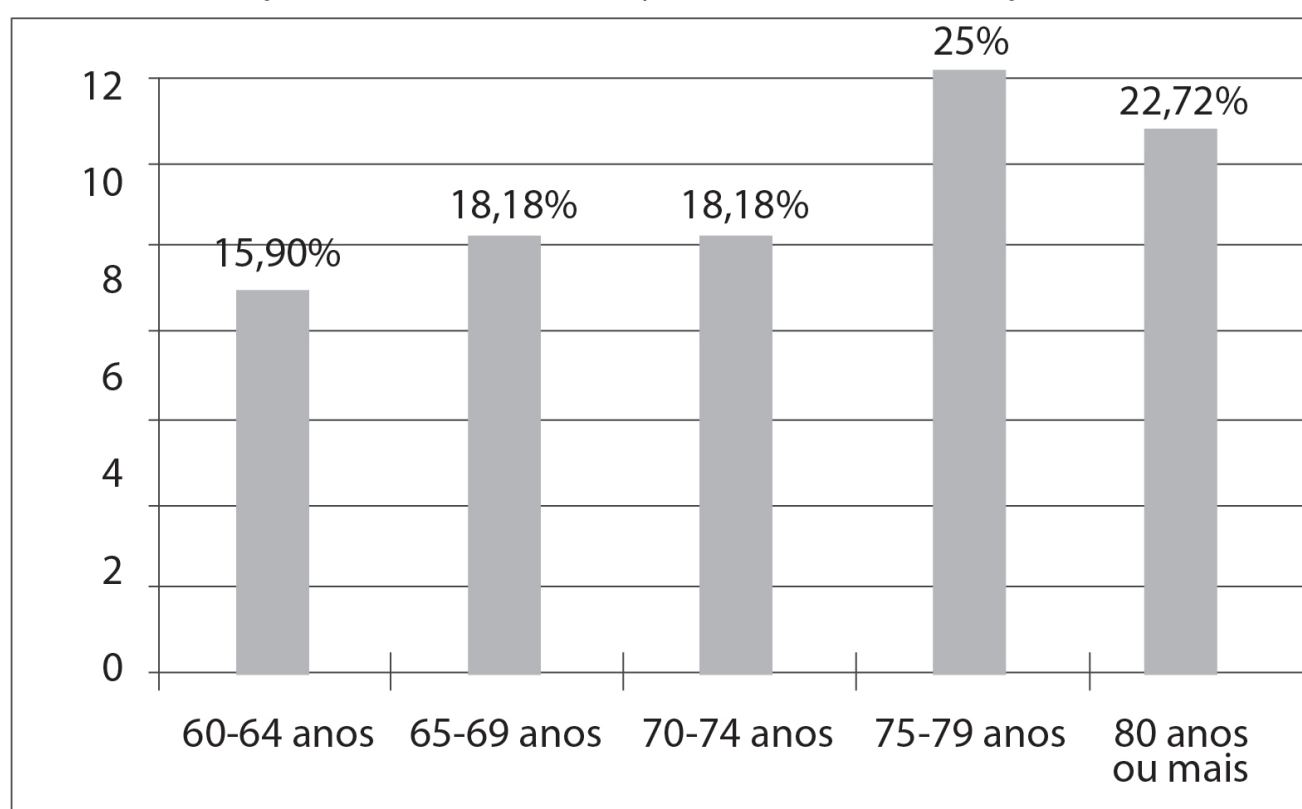
Tipo de câncer	Frequência absoluta	Percentual (%)
Câncer de mama	104	14,27
Câncer de pele	98	13,45
Câncer de próstata	95	13,03
Câncer de pulmão	44	6,04
Câncer de cólon	39	5,35
Câncer de estômago	38	5,21
Leucemia	34	4,66
Linfoma não Hodgkin	33	4,53
Outros tipos de cânceres	244	33,46
Total	729	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

Encontrou-se ainda uma maior predominância de câncer de pulmão na população masculina, representando um percentual de 55%, com uma frequência absoluta de 24 pacientes, logo a população feminina representa um percentual de 45% com uma frequência absoluta de 20 pacientes.

Observou-se a partir dos dados coletados que, assim como os demais tipos de doenças crônicas, o aumento da faixa etária se configura como um importante fator de risco encontrado em pacientes com câncer de pulmão. Indivíduos na faixa etária de 60 a 64 anos representaram 15,90% (n = 7); de 65 a 69 anos, 18,18% (n = 8); de 70 a 74 anos, 18,18% (n = 8); de 75 a 79 anos, 25% (n = 11); e acima de 80 anos de idade, 22,72% (n = 10) (Gráfico 1).

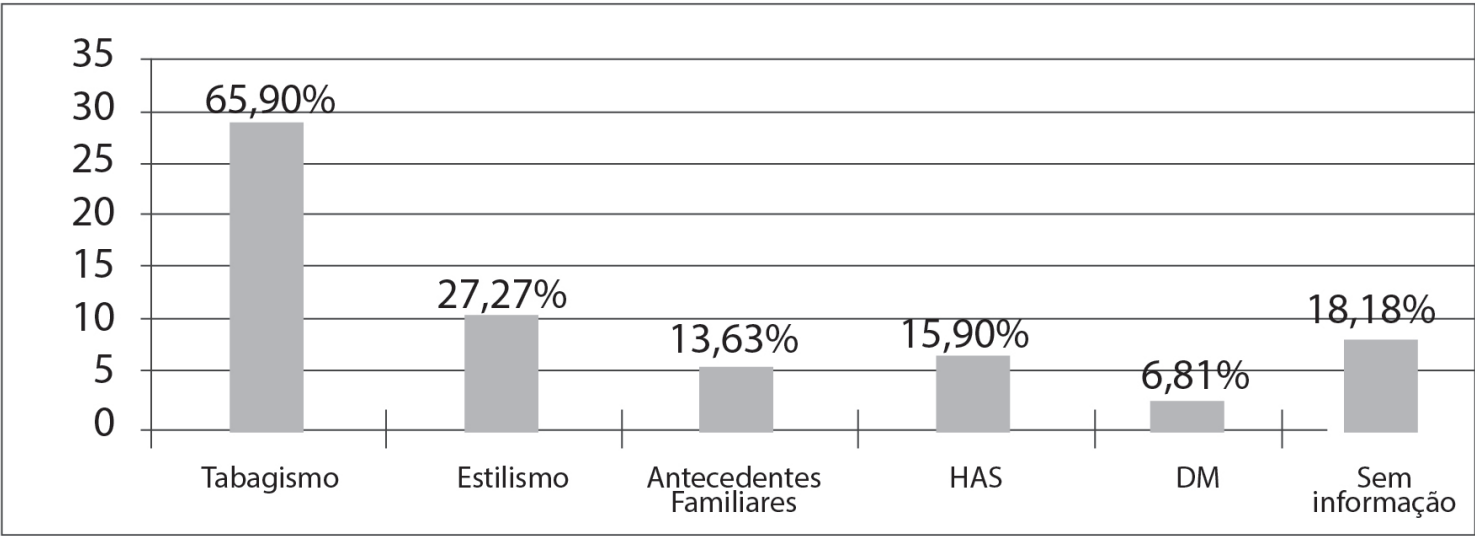
Gráfico 1: Distribuição da amostra de câncer de pulmão em idosos com relação a faixa etária



Fonte: Dados da pesquisa

Com relação aos fatores de risco associados ao câncer de pulmão, o tabagismo com 65,90% se configura como o principal fator de risco encontrado, seguido do etilismo (27,27%), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (15,90%), antecedentes familiares (13,63%), Diabetes Mellitus (DM) (6,81%) e sem informação (18,18%) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Fatores de risco encontrados nos pacientes



Fonte: Dados da pesquisa

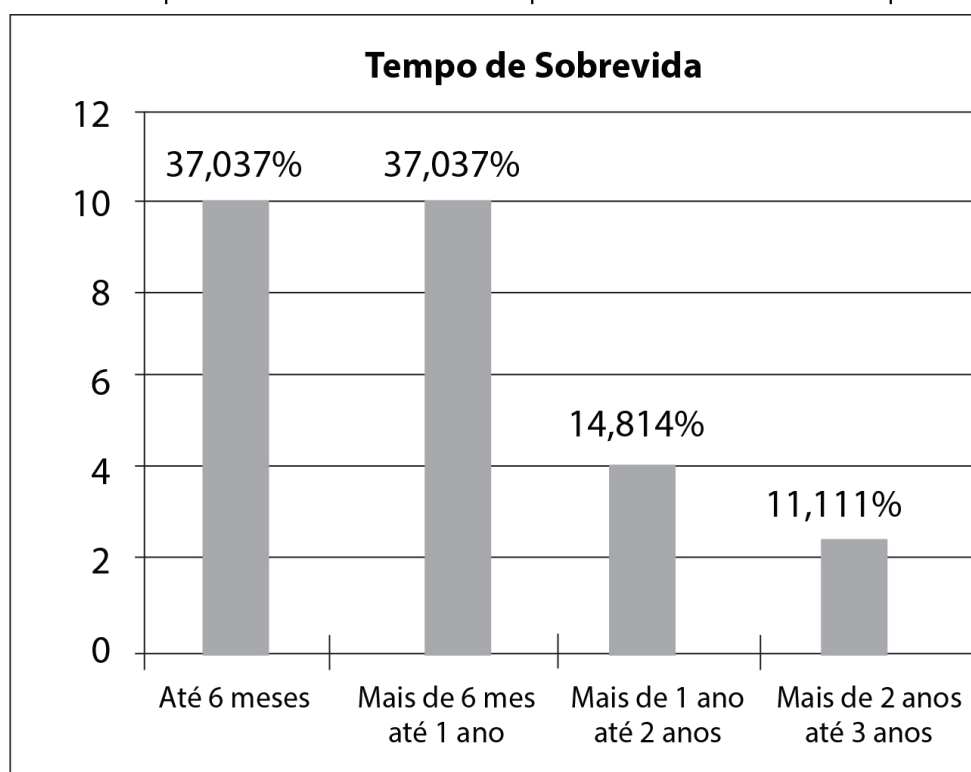
Embora o câncer de pulmão não tenha se configurado como o tipo de câncer mais incidente presente no estudo, este apresenta um maior índice de mortalidade, tendo sido identificado que 61,36% (n=27) dos pacientes estudados com câncer de pulmão foram a óbito e 38,64% (n=17) estavam em tratamento (Tabela 2).

Tabela 2: Óbito versus principais tipos de câncer

Principais tipos de câncer	Frequência	Óbito por doença		Total
		Não	Sim	
Câncer de pulmão	n	17	27	44
	%	38,64%	61,36%	100,00%
Câncer de estômago	n	19	19	38
	%	50,00%	50,00%	100,00%
Leucemia	n	18	16	34
	%	52,94%	47,06%	100,00%
Linfoma não Hodgkin	n	21	12	33
	%	63,64%	36,36%	100,00%
Câncer de cólon	n	26	13	39
	%	66,67%	33,33%	100,00%
Câncer de próstata	n	78	17	95
	%	82,11%	17,89%	100,00%
Câncer de mama	n	87	17	104
	%	83,65%	16,35%	100,00%
Câncer de colo de útero	n	18	2	20
	%	90,00%	10,00%	100,00%
Câncer de pele	n	89	9	98
	%	90,82%	9,18%	100,00%
Teste Qui-Quadrado: X2: 75,8252; G.L: 8; Valor-p: 0,000				

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3: Tempo de sobrevida encontrado nos pacientes idosos com câncer de pulmão



Fonte: Dados da pesquisa

Além disso, outro dado bastante significativo e alarmante encontrado neste estudo é a taxa de sobrevida dos pacientes idosos com câncer de pulmão, cuja média encontra-se baixa, pois, dos 27 idosos que foram a óbito, 37,037% ($n = 10$) tiveram um período de tempo de até 6 meses, do diagnóstico ao óbito; 37,037% ($n = 10$), mais de 6 meses até 1 ano; 14,814% ($n = 4$), mais de 1 ano até 2 anos; e 11,111% ($n = 3$), mais de 2 anos até 3 anos.

Em estudo realizado nos pacientes diagnosticados com câncer de pulmão submetidos a radioterapia, quimioterapia ou sem cirurgias associadas, atendidos no sistema público de saúde, observou-se também a presença de sobrevida baixa, onde 43,9% dos pacientes tiveram uma sobrevivência inferior a 12 meses (POLATO et al., 2013b).

DISCUSSÃO

Apesar de ser uma doença praticamente desconhecida e rara no início do século XX, com o passar dos anos o câncer de pulmão passou a ser cada vez mais frequente, se tornando um tumor maligno mais comum, apresentando um aumento anual de 2% em sua ocorrência, ou seja, todo ano o número de casos novos aumenta nesse percentual, especialmente na sexta década de vida (SOUZA et al., 2014).

Observou-se, nos pacientes idosos estudados, maior prevalência de câncer de pulmão em indivíduos do sexo masculino. No ano de 2008, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que prioriza, entre outras ações, o desenvolvimento de atividades voltadas para a prevenção, detecção precoce e controle do câncer. O crescimento da

expectativa de vida dos homens, a genética e os aspectos comportamentais foram apontados como importantes elementos a serem considerados no âmbito das práticas preventivas do câncer entre essa população (BRASIL, 2008).

As estratégias de prevenção exigem que os homens estabeleçam novos padrões de comportamentos e atitudes distintos daqueles exercitados rotineiramente, como o controle do peso, prática de atividades físicas, restrição do fumo, do consumo de bebidas alcoólicas e adquirir o hábito da realização de consultas médicas periódicas. Porém, o incremento de práticas preventivas mostra-se incoerente ao modelo de masculinidade hegemônico idealizado e valorizado na cultura ocidental e exercido por grande parte dos homens brasileiros (MODENA et al., 2013).

Por este fator, mesmo com a criação da PNAISH e o aumento visível da preocupação sobre a saúde do homem no Brasil, a procura ao serviço de saúde é prevalentemente um cuidado representado como prática social feminina por excelência. Vários homens apontam como principais dificuldades para não procurarem o serviço de saúde a necessidade de ausentar-se do trabalho nos horários comumente agendados para consultas, bem como a falta de unidades específicas voltadas ao atendimento dos problemas da saúde masculina (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Observa-se que o tabagismo se sobressaiu como principal fator de risco na maioria dos indivíduos estudados. O hábito de fumar está associado com o desenvolvimento de diversas doenças e condições crônicas, principalmente neoplasias. O fumo de cigarros é responsável por 90% dos casos de câncer de pulmão e está ligado à origem de tumores malignos em oito órgãos (boca, laringe, pâncreas, rins, bexiga, pulmão, colo do útero e esôfago) (GOULART et al., 2010).

O aumento no consumo de tabaco está diretamente relacionado a um acréscimo na incidência de câncer de pulmão. Da mesma forma, uma diminuição do consumo leva a uma diminuição na incidência futura. Em geral, as taxas de incidência em um determinado país refletem seu consumo de cigarros. No Brasil, 82% dos óbitos por câncer de pulmão em homens são atribuídos ao tabagismo, em mulheres esta medida é de 41% (SOUZA et al., 2014).

Logo, a partir do fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis. Nenhuma outra medida teria tanto impacto na redução da incidência do câncer como a eliminação do tabagismo. Não fumar é o primeiro cuidado para prevenir a doença, pois essa medida reduz drasticamente o número de casos de câncer pulmão e sua mortalidade (INCA, 2015).

Quanto ao desfecho, a maioria dos pacientes idosos estudados foi a óbito, mostrando que o câncer de pulmão continua a ser a principal causa de morte por câncer. Devido às altas taxas de mortalidade do câncer de pulmão, tornam-se imprescindíveis estratégias de prevenção

e controle do câncer, bem como informações de qualidade sobre a distribuição de incidência e mortalidade para ampliar a compreensão da doença e de seus determinantes (POLATO et al., 2013a).

Com relação ao tempo de sobrevida, se observou que, na maioria, os pacientes idosos que foram a óbito morreram no primeiro ano após o diagnóstico, caracterizando uma taxa de sobrevida muito baixa em relação a outros tipos de cânceres mais comuns. A correlação entre a incidência de câncer de pulmão e sua mortalidade resulta de uma média de sobrevida num período de cinco anos, não sendo favorável o prognóstico para pacientes com câncer de pulmão, especialmente aqueles com doença avançada (POLATO et al., 2013b).

Como mais de 85% dos pacientes com câncer de pulmão morrem nos primeiros cinco anos pós-diagnóstico, a importância do diagnóstico precoce, em estágio inicial, especialmente no estágio I, onde a sobrevivência é de 60 a 90%, deve ser realçada. No Brasil, o câncer de pulmão é a primeira causa de morte por câncer em homens e a segunda em mulheres, a qual foi responsável por 22.424 mortes em 2011 (INCA, 2015).

Os indivíduos com câncer de pulmão frequentemente experimentam profundas mudanças físicas e psicossociais que se devem à progressão da doença ou aos efeitos colaterais do tratamento. Os pacientes com câncer de pulmão experimentam maior angústia relacionada a sintomas do que os pacientes com outros tipos de câncer, especialmente próximo ao fim da vida (FRANCESCHINI et al., 2013).

Sendo assim, foi possível identificar como a forma de levar a vida está acoplada no desencadeamento do câncer de pulmão e como são necessários o cuidado à saúde e o conhecimento dos riscos para a população em questão, buscando prevenir o desenvolvimento de células cancerosas a partir dos achados e conhecimento dos fatores de risco associados aos quais estes indivíduos estão expostos.

Diante do disso, constata-se que a situação de adoecimento devido ao câncer de pulmão constitui-se em um agravo que deve ser pensado e trabalhado na perspectiva da integralidade. Este princípio, levando-se em consideração a atenção oncológica, pode ser entendido como a garantia de que o usuário receberá um atendimento que contenha em si ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além da garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde (primária, secundária e terciária). Porém a integralidade também inclui em suas ações a atenção enfocada no indivíduo, na família e na comunidade, abrangendo suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais (INCA, 2011).

E, quando se pensa na integralidade voltada ao paciente com neoplasia pulmonar pertencente à faixa etária idosa, as atividades que envolvam esses pacientes devem ser exercidas com uma comunicação eficaz, incluindo-se a interpretação da linguagem verbal e da não verbal, ferramentas de grande auxílio para a busca do atendimento das necessidades de saúde do idoso, facilitadoras na formação de vínculo entre o paciente e os profissionais do

serviço, no entendimento por parte do idoso quanto às orientações dadas, estimulando ainda a responsabilização do idoso no tocante ao controle periódico de sua saúde (ALMEIDA; CIOSAK, 2013), promovendo sua autonomia.

Isso corrobora com o que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), onde deve-se buscar recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, utilizando-se de medidas coletivas e individuais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Ao se deparar com um paciente que vivencia a experiência de uma doença crônica como o câncer, deve-se buscar reconhecer a capacidade de enfrentamento destes indivíduos e suas famílias no processo de adoecimento. Durante todo o processo de enfrentamento da doença, é essencial que se materialize o apoio a estes agentes (paciente e família), além da elaboração de estratégias que possam colaborar no enfrentamento do câncer e de seu tratamento (VICENZI et al., 2013).

Porém, também deve-se atentar que os pacientes que hoje estão em tratamento ou acabam de receber o diagnóstico de câncer fizeram uso dos serviços de saúde em momentos anteriores à descoberta da doença, ocasiões estas em que poderiam ter sido orientados no tocante aos cuidados necessários à prevenção do câncer ou para sua detecção precoce (SOARES et al., 2011). Isso se constitui em uma ação de grande relevância, principalmente no câncer de pulmão, pois, ao se ter conhecimento prévio acerca da importância da prevenção deste agravo, tem-se a possibilidade de evitar que a doença seja diagnosticada em um período de tempo avançado, influenciando na diminuição das taxas de mortalidade e eficácia do tratamento.

Devido ao fato de o câncer de pulmão afetar em sua maioria a população masculina, é necessário que se trabalhe junto aos homens o reconhecimento de suas vulnerabilidades e a responsabilização pelo seu próprio cuidado, pois, apesar da existência da PNAISH, grande avanço no que tange à saúde do homem, as políticas públicas e o próprio sistema de saúde tendem a não problematizar o homem como sujeito do cuidado. Portanto, os serviços de saúde oferecidos devem corresponder à variedade de indigências deste grupo, fazendo-os reconhecer e manifestar suas necessidades de saúde (STORINO; SOUZA; SILVA, 2013).

No manejo do câncer, deve-se pensar numa atuação que vise à identificação das condições de vida e dos determinantes sociais que podem interferir no processo saúde/doença, para que seja possível antecipar-se às situações que potencialmente possam repercutir para a sua ocorrência e no curso do tratamento (ALCÂNTARA et al., 2014). Tomando-se como objeto de análise as neoplasias pulmonares, isso se reflete claramente em seus fatores etiológicos, os quais estão inseridos de forma habitual no dia a dia dos indivíduos, como o tabaco e o álcool, sendo componentes frequentes na vida dos pacientes e da população em geral.

E, na realização de um cuidado integral, vários elementos devem ser considerados. Esta modalidade assistencial surge não apenas para cuidar dos já adoecidos, reforçando o modelo

biomédico, mas busca inserir em sua prática uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, uma construção compartilhada de saberes e a capacidade de lidar com a subjetividade dos indivíduos, família e comunidade (COUTINHO et al., 2013).

Como proposta de reforço da atenção integral à saúde, lançou-se em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), que busca inserir de forma prática no cotidiano dos serviços de saúde as diretrizes do SUS, construindo de maneira coletiva ações que promovam a saúde, sugerindo mudanças nos modos de gerir e cuidar (ALCÂNTARA et al., 2014).

No cuidado ao câncer, uma das práticas que adotam esta abordagem humanista e integrada são os cuidados paliativos, que atuam na minimização dos sintomas e aumento da qualidade de vida e conforto da pessoa acometida, compreendendo todas as suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais. Pelo fato de o câncer de pulmão ser descoberto em estágios avançados e de acordo com os dados coletados apresentar tempo de sobrevida diminuído, os cuidados paliativos tornam-se de grande importância por promoverem o bem-estar e o interesse à vida por parte do paciente, contribuindo ainda para a manutenção da independência funcional dentro das possibilidades (MELO et al., 2013).

Mas, para se alcançar a integralidade, precisa-se que haja ainda um trabalho interdisciplinar e colaborativo entre os pontos de atenção dos serviços de saúde, fazendo-se necessárias a constituição e articulação destes em redes, sendo esta organização orientada por relações não hierárquicas, horizontalizada e contendo distintas densidades tecnológicas e sistemas de apoio, voltada para as necessidades de saúde de cada população, sendo contínua e contando com um cuidado multiprofissional (MENDES, 2011).

E, pelo fato de a integralidade ser um dos princípios do SUS, esta também precisa ser consolidada como princípio pedagógico, pois a formação é um dos pilares da construção coletiva da integralidade, pelo fato de serem os profissionais de saúde, em conjunto com a gestão e os usuários, os responsáveis por materializar este princípio no âmbito dos serviços de saúde (LIMA et al., 2013).

A integralidade do cuidado, inserida na formação, requer do aluno a reflexão sobre as práticas em saúde, envolvendo suas ações, as condutas apresentadas em cada serviço e a realidade dos sujeitos, para que estes discentes, quando profissionais, saibam lidar com os acontecimentos e demandas de saúde do cotidiano atual, dentre elas o câncer, promovendo transformações em sua forma de pensar e atuar (KLOH et al., 2014).

CONCLUSÃO

Em virtude da maior chance de cura do câncer de pulmão nos estádios iniciais, a identificação das características comuns dos pacientes idosos pode contribuir para o

desenvolvimento de medidas de intervenção que levem ao aumento da proporção de casos detectados precocemente. Essas medidas auxiliam no delineamento de estratégias mais específicas para a prevenção da exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de câncer e o incremento de novas terapias-alvo no sentido de promover a saúde de indivíduos e populações.

Todo esforço deve ser feito para diminuir a prevalência de uso de produtos derivados do tabaco. Em relação à prevenção primária, o estímulo à cessação do tabagismo deve ser realizado de forma disseminada na população, sem restrições a subgrupos. Uma das estratégias para prevenir a doença e/ou diagnosticar precocemente é a educação em saúde, que deve ser executada por todo e qualquer profissional da área da saúde e voltada para toda a população.

Isso reflete o quanto um trabalho colaborativo, baseado numa perspectiva integral, se constitui de grande auxílio no manejo do câncer de pulmão, pois este agravo necessita que serviço, pacientes e comunidade atuem em conjunto com vistas a obter resultados benéficos, devido à sua complexidade relacionada às mudanças biopsicossociais que causa, devendo a discussão deste agravo e das neoplasias em geral estar inserida em todos os âmbitos da sociedade, principalmente no processo formativo daqueles que necessitarão lidar de frente com os cuidados aos pacientes diagnosticados, em situações de vulnerabilidade a este tipo de câncer, bem como a todos os indivíduos.

E, ao inserir nas ações voltadas para este tipo de câncer um trabalho que vise não apenas o tratamento do corpo doente, mas que reconheça as subjetividades de cada paciente e seu modo de andar a vida, utilizando-se destes elementos para a formulação de estratégias de promoção e prevenção da saúde, pode-se visualizar uma mudança não apenas na forma de tratar a neoplasia, mas também no olhar que os indivíduos sadios e acometidos pelo câncer possuem acerca dele.

Embora o câncer de pulmão necessite de cuidados intensivos, não apenas na reabilitação, mas em todos os aspectos preventivos, ao trabalhar-se de maneira integral este agravo, problematizando as suas dificuldades e potencialidades, será possível incutir na população a expectativa de que, mesmo sendo uma doença de grandes repercussões na vida do paciente e família, assim como no meio social, o câncer pode ser trabalhado de forma a garantir um melhor bem-estar e uma plena recuperação do paciente, além de ser possível que se atue de forma prática e real na diminuição dos índices de morbimortalidade e no combate à ocorrência de novos casos.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, L. S. et al. Interdisciplinaridade e Integralidade: a Abordagem do Assistente Social e do Enfermeiro no INCA. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n.

2, p.109-118, abr./maio/jun. 2014. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/rbc>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:30 h.

ALMEIDA, R. T.; CIOSEK, S. I. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, [07 telas], jul./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 set. 2015, 16:25 h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COUTINHO, A. T. et al. INTEGRALIDADE DO CUIDADO COM O IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: VISÃO DA EQUIPE. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.628 – 637, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:05 h.

DELLAROZA M. S. G. et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p.325-334, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 set. 2015, 16:30 h.

FRANCESCHINI, J. et al. Relação entre a magnitude de sintomas e a qualidade de vida: análise de agrupamentos de pacientes com câncer de pulmão no Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, vol. 39, n. 1, p. 23-31, jan./fev. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:10 h.

GOULART, D. et al. Tabagismo em Idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 2, p.313-320, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 14:45 h.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Câncer de pulmão. **Portal do INCA**. Disponível em: <<http://inca.gov.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 11:35 h.

_____. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

KLOH, D. et al. Princípio da integralidade do cuidado nos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p.693-700, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 set. 2015, 16:44 h.

KOWDLEY, G. C. et al. Cancer Surgery in the Elderly. **The Scientific World Journal**, United States, vol. 2012, p.1-9, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3259553/>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:40 h.

LEITE, M. T. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde. **J. res.: fundam. care. [Online]**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 2, p. 2263-2276, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3597>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:55 h.

LIMA, M. M. et al. INTEGRALIDADE COMO PRINCÍPIO PEDAGÓGICO NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, vol. 22, n. 1, p. 106-113, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 set. 2015, 16:00 h.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à Quimioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, vol. 20, n. 6, p.1100-1108, nov./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 15:35 h.

MELO, T. P. T. et al. A Percepção dos Pacientes Portadores de Neoplasia Pulmonar Avançada diante dos Cuidados Paliativos da Fisioterapia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, vol. 59, n. 4, p.547-553, out./nov./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/rbc>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:35 h.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MODENAA, C. M. et al. Os Homens e o Adoecimento por Câncer: Um Olhar Sobre a Produção Científica Brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, vol. 37, n. 3, p.644-660, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/443>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 13:23 h.

OLIVEIRA A.E.G. **A Experiência de Profissionais da Saúde no Cuidado a Pacientes em**

Ambulatório de Quimioterapia. Campinas, 2013. 156f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2014-02-05T071932Z-1841/Publico/ANDREIA%20ELISA%20GARCIA%20DE%20OLIVEIRA.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2015, 13:49 h.

POLATO C. P. B et al. Análise de sobrevida em pacientes com câncer de pulmão tratados no Sistema Único de Saúde no Brasil entre 2002 e 2003. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 2, p.173-81, abr./jun. 2013a. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 13:12 h.

_____. Sobrevivência específica de pacientes com câncer de pulmão tratados no sistema público de saúde no Brasil e uma aplicação da Tábua Associada de Decremento Único. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.193-198, jul./dez. 2013b. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:20 h.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.2, p.415-428, abr./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:22 h.

SILVA, M. M. et al. O trabalho noturno da enfermagem no cuidado paliativo oncológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** São Paulo, vol. 21, n. 3, [07 telas], maio/jun. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/75985/79541>>. Acesso em: 04 set. 2015, 14:30 h.

SOARES, M. C. et al. CÂNCER DE COLO UTERINO: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol. 32, n. 3, p.502-508, set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:18 h.

SOUZA, M. C. et al. Perfil dos pacientes com câncer de pulmão atendidos no Instituto Nacional de Câncer, segundo condição tabagística, 2000 a 2007. **Rev Bras epidemiol.**, São Paulo, vol. 17, n. 1, p.175-188, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 fev. 2015, 12:15 h.

STORINO, L. P.; SOUZA, K. V.; SILVA, K. L. NECESSIDADES DE SAÚDE DE HOMENS NA ATENÇÃO BÁSICA: ACOLHIMENTO E VÍNCULO COMO POTENCIALIZADORES

DAINTEGRALIDADE. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 4, p.638-645, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 set. 2015, 14:10 h.

VICENZI, A. et al. CUIDADO INTEGRAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO E À FAMÍLIA. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, vol. 3, n. 3, p.409-417, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8816>>. Acesso em: 04 set. 2015, 15:05 h.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA: Um estudo sob a ótica da integralidade

*Keylla Isabelle Sousa Duarte
Kênnia Stephanie Morais Oliveira
Laryssa Dayanna Costa Ferreira
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho*

INTRODUÇÃO

O Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano 2010 revelou que, no Brasil, existem cerca de 20 milhões de idosos (> 60 anos) e, segundo as projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), no período de 1950 a 2025 o número de idosos irá aumentar em 15 vezes, enquanto que a população total diminuirá cinco vezes. Ao final desse período, estima-se que o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos no mundo. (IBGE, 2010; BRASIL, 2010).

Esse processo, definido como envelhecimento populacional, configura-se como um dos fatores mais significativos para a sociedade atual. O aumento proporcional e absoluto do número de pessoas idosas impõe mudanças profundas nos modos de pensar e viver em comunidade. (BRASIL, 2010).

Concomitantemente, em parte como consequência do envelhecimento populacional, ocorreram mudanças no perfil das doenças mais prevalentes em todo o mundo, havendo o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso do câncer, cuja incidência e mortalidade, assim como as demais doenças crônicas, se elevam à medida que aumenta a vida média da população. (MANSANO-SCHLOSSER e CEOLIM, 2012).

O envelhecimento traz consigo mudanças celulares que aumentam a suscetibilidade à transformação maligna. A população idosa está mais propícia ao desenvolvimento do câncer devido a um maior tempo de exposição aos fatores de risco associados. Ou seja, quanto maior a faixa etária, maior o tempo de exposição a fatores de risco e, conseqüentemente, maiores as chances do desenvolvimento do câncer (KOWDLEY, 2012).

Os agravos decorrentes das doenças crônico-degenerativas não transmissíveis são a principal causa de óbito na população idosa, seguindo uma tendência mundial. As idosas constituem uma grande parte da população com câncer de mama e há importantes considerações

específicas para esta população. (BRASIL, 2010; GAVARRETE et. al., 2012).

O câncer é uma doença crônico-degenerativa que acomete milhões de pessoas sem designar faixa etária, sexo, condições socioeconômicas ou culturais, estando entre as principais causas de morte em todo o mundo. A OMS estimou que, no ano 2030, podem-se aguardar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por causa deste e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer (INCA, 2010).

O câncer de mama representa um problema de saúde pública, tendo em vista suas altas taxas de incidência e morbimortalidade em todo o mundo. É o segundo tipo de neoplasia mais frequente no mundo e o mais comum entre a população feminina. A cada ano, aproximadamente 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama. (INCA, 2010).

Por ser uma doença que pressupõe tratamento a longo prazo, o INCA incentiva a identificação das condições de vida e dos determinantes sociais que agem sobre o processo saúde/doença para, então, mobilizar os usuários e familiares no sentido de melhorar a qualidade de vida e tratamento. (PUSCH, 2010).

O setor de saúde aparece neste contexto, significativamente, por exercer impacto considerável sobre a qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem saber que as questões biológicas são parte do processo do adoecimento e que as condições sociais e de convívio familiar, por exemplo, são determinantes para a progressão ou não de um processo patológico e para a forma como o indivíduo encara a sua doença. Conhecendo estas informações, buscar-se-ão estratégias com enfoque multidimensional que promovam a assistência e o acesso integral aos serviços de saúde. (BRASIL, 2010).

Ressalta-se a importância de conhecer o perfil epidemiológico das pacientes idosas com neoplasia mamária, uma vez que este deve embasar o foco das ações de prevenção, diagnóstico precoce e controle do câncer, bem como nortear as discussões acerca da formação e das práticas dos profissionais responsáveis pelos pacientes oncológicos.

Entretanto, mesmo com a relevante prevalência do câncer de mama em idosas, ainda são escassas as pesquisas referentes a essa temática. O estudo discutido aqui propôs-se a conhecer o perfil epidemiológico de pacientes idosas atendidas no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM no período de 2009 a 2012.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, descritivo, observacional e de análise documental, realizado em pacientes idosos com câncer, atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) no período de 2009 a 2012.

O Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró – COHM está localizado na Praça

Cônego Estevão Dantas, nº 238, Santo Antônio, CEP 59618-751, no Município de Mossoró/RN. Trata-se de um serviço especializado em onco-hematologia, atende não somente à população local, mas também dos municípios circunvizinhos. Apesar de ser uma empresa privada, que contempla convênios e particulares, atende igualmente a demanda proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a escolha do local deu-se pelo fato de o COHM ser o centro de referência em oncologia da cidade de Mossoró e região, tendo, portanto, demanda suficiente para uma pesquisa fidedigna.

A coleta de dados iniciou-se mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN), sob CAAE nº 18393413.9.0000.5294 e a partir do Parecer Consubstanciado CEP/UERN nº 563.584, no dia 21 de março de 2014. Dessa forma, no dia 24 de março de 2014 foi iniciada a coleta de dados. De acordo com a estratificação realizada pelo COHM, o total de prontuários referentes à faixa etária e ao período da pesquisa seria de 932 prontuários. A partir do cálculo amostral, a pesquisa foi realizada com o quantitativo de 729 prontuários eletrônicos, e a estratificação por faixa etária ficou da seguinte forma: de pacientes na faixa etária de 60 a 64 anos foram estudados 141 prontuários; 65 a 69 anos, 146 prontuários; 70 a 74 anos, 158 prontuários; 75 a 79 anos, 123 prontuários; e, por fim, a partir de 80 anos, 161 prontuários.

O instrumento de coleta foi uma ficha que continha questões tanto sobre o perfil epidemiológico do paciente, como sua idade, sexo, estado civil, profissão e procedência, quanto referentes às questões clínicas, como o diagnóstico, localização do tumor, estadiamento, dados do exame físico, queixas principais, exames complementares e terapêutica implementada.

Após a coleta, os dados foram tabulados e organizados de modo a submeter ao tratamento estatístico. A digitação foi do tipo duplo cego, realizada por cada pesquisadora individualmente e posteriormente feita uma averiguação dos dados, promovendo assim maior fidedignidade para a pesquisa.

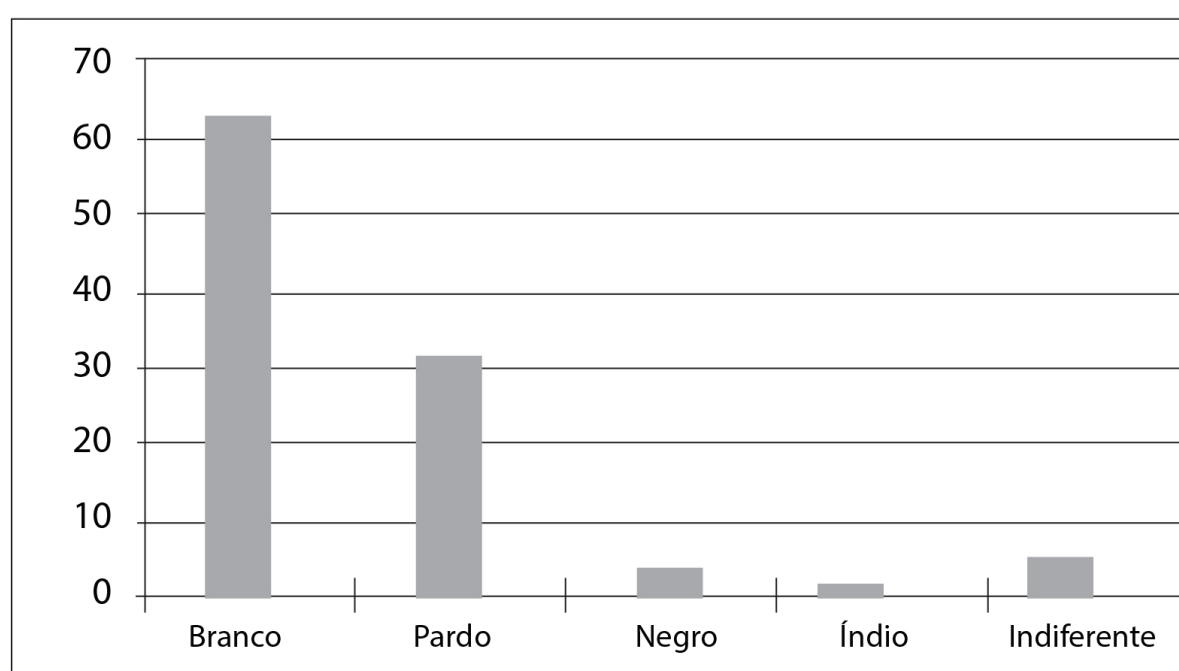
O banco de dados foi construído em formato xlsx. Os dados foram expressos a partir de tabelas e gráficos construídos mediante a utilização do programa Excel 2010, para a maior compreensão do leitor. Enquanto que os testes estatísticos foram feitos através do software estatístico SPSS, versão 20.0 e o software livre estatístico R, versão 3.0.0 por um estatístico profissional com experiência na área da saúde.

Resultados e Discussões

A pesquisa se concretizou a partir do estudo de 729 prontuários em que foi possível a identificação dos dados referentes ao perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no COHM, seguindo assim os critérios de inclusão da pesquisa. Do total de prontuários estudados, 104

foram de pacientes com câncer de mama. Os achados apontam que a maioria dos pacientes idosos com câncer eram residentes do município mossoroense, constituindo 62% com relação aos municípios adjacentes abrangidos no estudo (38%). Foi encontrada alta prevalência de casos de câncer em indivíduos idosos de raça branca (n= 64), seguidos de pardos (n=32), negros (n=3), índios (n=1) e Indiferente (n=4). De acordo com Borges et al. (2009) o câncer pode relacionar-se à raça por estar associado às alterações celulares decorrentes da exposição à irradiação solar, principalmente quando considerados os aspectos ocupacionais e tipo de clima tipicamente quente e semiárido da referida região (Gráfico 1).

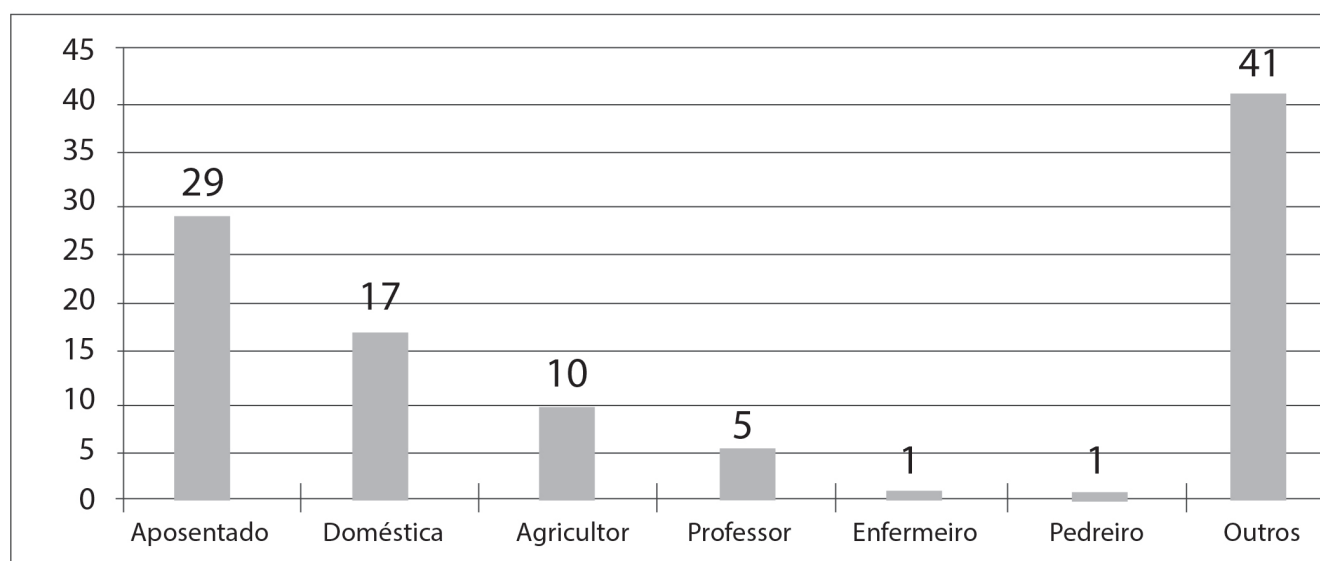
Gráfico 1: Raça dos Pacientes Estudados



Fonte: COHM. Pesquisa 2009 – 2012

No Gráfico 2, encontram-se distribuídos os pacientes de acordo com a ocupação, sendo: Professora 5% (n=5), Enfermeira 1% (n=1) e Pedreiro 1% (n=1) e Outros com 39% (n=39) (Gráfico 2). A ocupação também pode indicar uma maior exposição a alguns fatores considerados de risco para o desenvolvimento de neoplasias, como a neoplasia mamária. Além disso, Pontes (2012) considera que a grande incidência de pessoas com câncer está diretamente relacionada às mortes ligadas ao esforço físico, bem como à exposição solar e ao contato com os agrotóxicos (DOSSIÊ-DENÚNCIA, 2012).

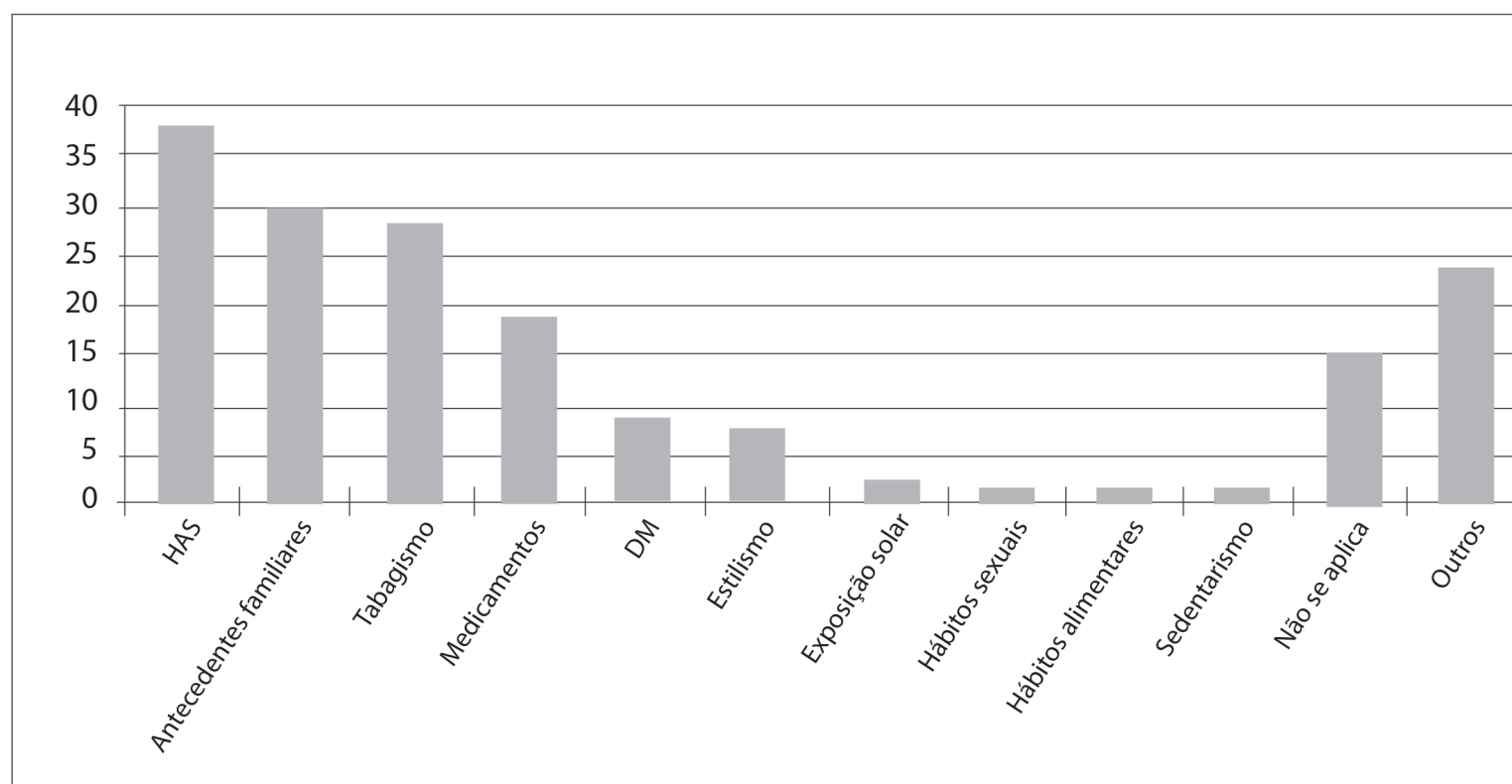
Gráfico 2: Distribuição da amostra de pacientes com relação à profissão



Fonte: COHM. Pesquisa 2009 - 2012

A Hipertensão Arterial Sistêmica se configura como o principal fator de risco encontrado em mulheres com câncer de mama (n=38), seguido de Antecedentes Familiares (n=30), Tabagismo (n=29), Medicamentos (n=18), Diabetes Mellitus (n=9), Etilismo (n=8), Exposição Solar (n=2), Hábitos sexuais inadequados (n=1), Hábitos alimentares inadequados (n=1), Sedentarismo (n=1), Não se aplica (n=15) e entre outros fatores (4n=24).

Gráfico 3: Fatores de risco encontrados nos pacientes



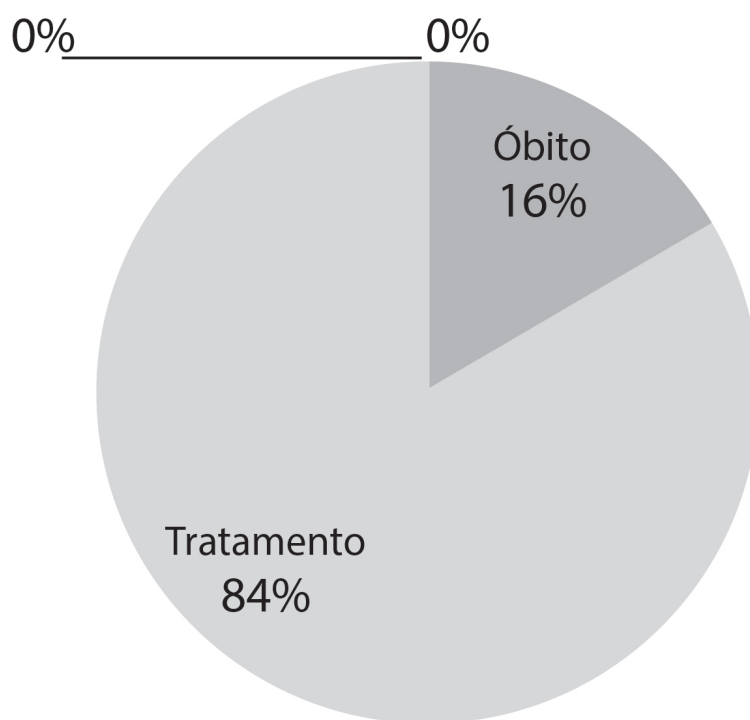
Fonte: COHM. Pesquisa 2009 - 2012

Assim como os demais tipos de cânceres, o câncer de mama também é uma doença que está associada ao envelhecimento populacional, uma vez que, quanto maior a faixa etária, maiores são as chances de o indivíduo desenvolver o câncer, devido ao maior tempo exposto a fatores de risco associados. Portanto, idosos ainda constituem uma grande parte da

população com câncer de mama, e há importantes considerações específicas para esta população (GAVARRETE et. al., 2012).

Quanto ao desfecho das pacientes com câncer de mama, foi identificado que 84% (n=87) estavam em tratamento no período estudado, enquanto 16% foram a óbito (n=17) (Gráfico 4).

Gráfico 4: Desfecho dos pacientes estudados



Fonte: COHM. Pesquisa 2009 - 2012

A alta significância do óbito de pacientes por câncer de mama é preocupante, principalmente por ser o tipo de neoplasia que mais acomete a população feminina. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014), o número de mortes ocasionado por esses tipos de cânceres poderiam ser evitados, já que quando, diagnosticado precocemente e tratado com antecedência, permite a cura de até 100% dos casos (INCA, 2014).

O INCA é o responsável por desenvolver ações, campanhas e programas para a prevenção e o controle do câncer em âmbito nacional, em concordância com a Portaria GM/MS 874, de 16/05/2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando a diversidade regional, essa portaria reconhece a integralidade como diretriz para organização da linha de cuidados em atenção oncológica, com vistas a garantir as condições de acesso aos cuidados em oncologia e ao diagnóstico precoce na rede básica de saúde. (BRASIL, 2013).

O princípio da integralidade é defendido na Lei Federal 8.080/1990, artigo 7º, como

um conjunto contínuo e articulado das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, garantindo a atenção ao usuário através das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema. Isto implica em uma atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade. (FRACOLLI et. al., 2011; FREITAS et. al., 2010).

Esta mesma lei expressa a integralidade como um princípio que necessita derrubar inúmeras barreiras impostas pelos anos de fragmentação do ser humano, do conhecimento e da hegemonia hospitalar. Nos remete a um conceito polissêmico voltado à alteridade, diálogo, vínculo, trabalho em equipe, acolhimento, qualidade do atendimento, saúde como conceito ampliado, uso ético e político de tecnologias, respeito mútuo e à subjetividade das pessoas e rede de apoio. (KLOH et. al., 2015).

Este princípio engloba atributos diversos como a recusa ao reducionismo, a objetivação dos sujeitos, requer abertura ao diálogo e à participação ativa dos atores envolvidos, reforçando as ações intersetoriais e a elaboração de políticas públicas. Sendo construído nas políticas públicas, na formação e no cotidiano da prática dos profissionais de saúde, é considerado abstrato devido à sua complexidade e dimensão teórico-filosófica. É apontado como o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS, estando entre as principais preocupações recentes no meio acadêmico e nas instâncias do SUS. (LIMA et. al., 2011; PAIM e SILVA, 2010).

Na assistência ao paciente oncológico, a integralidade tem sido discutida a partir da valorização do atendimento de todas as necessidades da pessoa e dos familiares. Estes últimos necessitam de atenção específica, pois, ao se encontrarem em uma situação estressante, preocupante e desgastante como o tratamento do câncer, adoecem junto ao paciente. (SILVA et. al., 2014).

Tal assistência deve acontecer através do trabalho em equipe, considerando a dinâmica do serviço e a exequibilidade do cuidado integral, na perspectiva da interdisciplinaridade e da comunicação eficaz, focando na qualidade de vida. Este modelo de atendimento apresenta uma alternativa comum para o controle dos sintomas que se exacerbam na evolução da patologia.

Corroborando com esta percepção, Silva et. al. (2014) reforçam que se deve considerar a ótica do cuidado ampliado, evidenciando a necessidade de pautar a assistência na criação do vínculo, no respeito ao próximo e na ética, a partir da compreensão da interdependência das lógicas coletivo/indivíduo e pessoa/família. Como faculdades da integralidade para a promoção de tal cuidado, os autores apontam a comunicação e a interação para troca de informações na prática interdisciplinar, viabilizando a formação de uma rede de atendimento.

Para apresentar uma atenção integral, necessário é compreender as necessidades da paciente para além dos acontecimentos relativos ao processo do tratamento da neoplasia, tendo em vista que existe o fator envelhecimento, o qual requer a valorização das inópias da

pessoa idosa, com as limitações e potencialidades próprias à sua condição física e aos saberes e conflitos inerentes à senescência. Tal abordagem é importante também para a prevenção do desenvolvimento de comorbidades durante o tratamento do câncer e consequente promoção da máxima qualidade de vida possível.

Segundo Amorim e Pessoa (2014), a escolha do tipo de intervenção e monitorização do estado clínico e funcional na saúde da pessoa idosa deve estar baseada na avaliação da capacidade funcional individual e coletiva. A funcionalidade é entendida pelos autores como algo além das doenças, considerando todos os aspectos do indivíduo que envelhece, desde a saúde física e mental até as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado. Nessa ótica, a atenção e o acesso integral se mostram imprescindíveis ao desenvolvimento das ações de saúde do idoso.

O cuidado integral implica em movimento, em processo de interação, em idealizar o projeto de cuidado e responsabilizar-se por ele. A ideia é possibilitar não só a multidisciplinaridade, mas a interdisciplinaridade, em que as expressões coletivas e individuais sejam possíveis, reconhecendo e respeitando a multiplicidade e a diversidade dos sujeitos. Suplantaria, então, o modo como se organiza a produção atual das ações de saúde, saindo do foco nos procedimentos e partindo para a articulação dos saberes e necessidades dos diversos atores do cuidado. (GELBCKE et. al., 2011).

Para que estes resultados sejam obtidos nos serviços de saúde, a discussão acerca da integralidade deve ser iniciada ainda na formação dos trabalhadores de saúde, devendo ser tomada como o eixo norteador para as mudanças no ensino dos novos profissionais de saúde. Isso implica que os trabalhadores de saúde reflitam e se sensibilizem para que a atenção à saúde deva ser totalizadora, humanizada, contextualizada, integral e, acima de tudo, deva ser considerada prioridade não só pelos profissionais, mas também pelos gestores. (GONZALEZ e ALMEIDA, 2010; HIGA et. al. 2012).

A integralidade deve, portanto, pairar como uma orientação na organização geral dos serviços de saúde, observando as necessidades e a demanda da população, e não os interesses corporativistas. Quando a paciente idosa com neoplasia mamária se apresenta ao serviço de saúde, ela chega inteira, com suas necessidades, sua cultura, condição social, econômica e com seu psiquismo. A atuação norteada pela integralidade deve partir da concepção de que o diagnóstico de uma doença como o câncer provoca significativas alterações na vida das pessoas, com efeitos sociais, emocionais, psíquicos e físicos. Tal assistência também possibilitará atenuar as dificuldades de vínculo familiar e falta de recursos, potenciais geradores de conflitos. Levar-se-á, então, a pensar em formas de atenção em saúde que considerem a integralidade como característica do cuidado e busquem a humanização das práticas de saúde, incluindo o contexto familiar como ponto qualitativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama se destaca pela alta incidência observada não só no município estudado, como em todo o cenário mundial. Sendo assim, a identificação das características comuns das pacientes idosas com câncer deverá auxiliar no delineamento de estratégias mais específicas para a prevenção da exposição a fatores de risco ao desenvolvimento desse tipo de câncer, o diagnóstico precoce e a elaboração de novas formas de terapias alvo e para a promoção da saúde da população.

A partir do perfil traçado, infere-se o câncer de mama como um dos principais tipos de histologias que poderiam ser impactadas por um programa sistemático de educação popular em saúde no sentido de minimizar a exposição a fatores de risco, prevenindo na tentativa de diminuir a incidência. Além da disseminação e construção coletiva de um conhecimento no sentido da prevenção, pode ser realizado um trabalho no sentido de se detectar precocemente estes cânceres como forma de minimizar danos e promover a saúde desta população.

Assistir ao paciente com câncer vai além de uma prescrição de cuidados, envolvendo sentimentos, atitudes, valores e crenças dos profissionais. Por conseguinte, ações que valorizam a subjetividade, o toque terapêutico, a escuta ativa e a promoção do conforto trazem ganhos para a qualidade do cuidado na atenção oncológica, fortalecida pela prática pautada no potencial do trabalho da equipe multiprofissional.

Ao trabalhar com a saúde de pessoas idosas com câncer, os aspectos emocionais que envolvem o adoecimento, na maioria das vezes, estão bastante aflorados e sua abordagem é tão importante quanto a prescrição de um medicamento. Conhecer e discutir sobre o acesso e a integralidade da assistência é fundamental para a concretização do cuidado integral.

Destaca-se que essa dimensão da assistência é imprescindível para a sua qualidade, carregando consigo o efetivo acesso das pessoas aos serviços de saúde, desde a prevenção e promoção até a reabilitação. Necessário é, portanto, conceber a integralidade como um princípio em vários níveis de discussões, fundamentado em um novo paradigma, preparado para ouvir, entender e atender às demandas e carências das pacientes idosas com neoplasia mamária maligna, bem como de seus familiares. Cada atendimento, de cada profissional, deve ser firmado na perspectiva de que a integralidade almejada só será alcançada como fruto do trabalho da equipe de saúde com seus múltiplos saberes e práticas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília, 2010. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 874, de 16/05/2013 – Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)[Internet]. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, DF, Brasília, 2013, 16 mai. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria874.pdf>. Acesso em: 06 set. 2015.

DOSSIÊ-DENÚNCIA. Projeto de Irrigação Santa Cruz do Apodi/RN. **Projeto da Morte**, Apodi, 2012.

FRACOLLI, L. et al. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm.** Usp, São Paulo, v. 45, n. 5, p.1135-1141, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

FREITAS, C. A. S. L. et al. O princípio da integralidade na perspectiva dos coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceara. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 494-499, 2010. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_494-499.pdf>. Acesso em: 08 set. 2015.

GAVARRETE et al. Análise de sobrevida em pacientes idosos submetidos a tratamento quimioterápico adjuvante no câncer de mama. Estudo retrospectivo em uma instituição pública. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, Vol. 8, no 27, jan./fev./mar., 2012.

GELBCKE, F. C. et al. A práxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Rev. Enfermagem em Foco**. [Internet], 2(2): 116-119, 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/108>>. Acesso em: 08 set. 2015.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norte e mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000300018&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 set. 2015.

HIGA, E. F. R., et al. Estratégias para o avanço da integralidade na visão de professores e estudantes. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro v. 36, n. 4, p. 470-477, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022012000600005&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 set. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Informações sobre o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil**, Disponível em: <<http://inca.gov.br>>. Acesso em: 7 de abril de 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, Rio de Janeiro: **IBGE**, 2010.

KLOH, D. et al. Mudanças na formação do enfermeiro sob o eixo da integralidade do cuidado: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, jan., 9(supl. 1): 475-83, 2015. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5512/11385>>. Acesso em: 05 set. 2015.

KOWDLEY, G. C.; et al. Cancer Surgery in the Elderly. The Scientific World Journal, 9 pages, 2012.

LIMA, M.M. et al. Integralidade na atenção à saúde e na formação do enfermeiro: análise da literatura. **Rev. Sau. & Tranf. Soc.** Florianópolis, v.1, n.2, p. 155-162, 2011. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/610/676>>. Acesso em: 05 set. 2015.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, nov.-dez., 20(6): 09 pag. 2012.

PAIM, J. S., SILVA, L. M. V., Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Bol. Inst. De Saúde**, Vol.12, n.2, São Paulo, Ago. 2010. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/saudenobrasil/snbcapp2004.pdf#page=15>>. Acesso em 08 set. 2015.

PUSCH, R. Humanização e integralidade 1. Rev. da SBPH, dez., 13(2): 210-6, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_

arttext&pid=S151608582010000200004&lng=pt>. Acesso em: 06 set. 2015.

SILVA, M.M. et al. Indícios da integralidade do cuidado na prática da equipe de enfermagem na atenção paliativa oncológica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], out.-dez., 16(4): 795-803, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/25700/17840>>. Acesso em: 09 set. 2015.

