



Revista

SAÚDE.COM

Volume 9 Suplemento 3 Dezembro 2013
ISSN 1809-0761

Supl 3

REVISTA SAÚDE.COM

The Journal of Health.com

Volume 9 Suplemento 3 Dezembro 2013

ISSN 1809-0761

A Revista Saúde.Com é uma publicação gratuita do Departamento de Saúde - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Revista Saúde.com

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Departamento de Saúde – Campus de Jequié
Av. José Moreira Sobrinho s/n – Jequiezinho
Jequié – Bahia – Brasil
CEP: 45.206-190

E-mail:

rsc@uesb.uesb.br

A Revista Saúde.com está disponível na internet:

<http://www.uesb.br/revista/rsc>

Indexação: DOAJ, Latindex, Index Copernicus e Sumários de Revistas Científicas

CORPO EDITORIAL

COORDENADOR DA REVISTA

Dr^a. Alba Benemerita Alves Vilela

CONSELHO EDITORIAL

Nacional

Dr. André Luis dos Santos Silva - UNISUAN/RJ
Dr^a. Adriana Alves Nery - UESB/BA
Dr^a. Alba Benemerita Alves Vilela - UESB/BA
Dr^a. Aline Rodrigues Barbosa - UFSC/SC
Dr. Anderson Pinheiro de Freitas - UFBA/BA
Dr^a. Camila Pereira – UESB/BA
Dr^a. Carla Patricia Novais Luz - UESB/BA
Dr. Cezar Augusto Casotti - UESB/BA
Dr. Cláudio Cesar Zoppi - FSBA/BA
Dr. Cristiane Alves Paz de Carvalho - UESB/BA
Dr. Daniel de Melo Silva - UESB/BA
Dr^a. Denise Mafra – UFF/RJ
Dr^a. Edite Lago da Silva Sena - UESB/BA
Dr. Eduardo Nagib Boery - UESB/BA
Dr^a. Enedina Soares - UNIRIO/RJ
Dr. Fábio Ornellas Prado - UESB/BA
Dr^a. Florence Romijn Tocantins – UNIRIO/RJ
Dr. Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões – UESB/BA
Dr. Gustavo Puggina Rogatto - UFMT/MT
Dr. Ismar Eduardo Martins Filho - UESB/BA
Dr. Jair Sindra Virtuoso Junior - UFTM/MG
Dr. João Carlos Bouzas Marins - UFV/MG
Dr. Jônatas de Franca Barros - UnB/DF
Dr. Jorge Costa do Nascimento - UESB/BA
Dr. José Garrofe Dórea - UnB/DF
Dr. José Ailton Oliveira Carneiro - UESB/BA
Dr^a. Josete Luzia Leite - UFRJ/RJ
Dr^a. Josicélia Dumêt Fernandes - UFBA/BA
Dr^a. Kátia Lima Andrade Aravena Acuña - UFAC/AC
Dr^a. Leandra Eugênia Gomes de Oliveira
Dr^a. Luciana Asprino - UESB/BA
Dr^a. Lúcia Takase Gonçalves - UFSC/SC
Dr^a. Luzia Wilma Santana da Silva - UESB/BA
Dr. Marcelo Medeiros - UFG/GO
Dr. Marcus Vinicius de Mello Pinto - UNEC/MG
Dr^a. Maria Ângela Alves Nascimento - UEFS/BA
Dr^a. Maria Aparecida de Luca Nascimento – UFRJ/RJ
Dr^a. Maria Cecília Focesi Pelicioni - USP/SP
Dr^a. Maria Clemilde Mouta de Souza - UFPB/PB
Dr^a. Maria Fulgência Costa Lima Bandeira - UFAM/AM
Dr^a. Maria Irany Knackfuss - UFRN/RN
Dr^a. Maria Lucia Servo - UEFS/BA
Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira - UECE/CE
Dr^a. Maria Socorro Cirilo de Sousa - UFPB/PB
Dr^a. Mariza Silva Almeida – UFBA/BA
Dr. Nelson Dinamarco Ludovico - UESC/BA

Dr^a. Patricia Furtado Gonçalves- UFVJM/MG
Dr. Raphael Ferreira Queiroz- UESB/BA
Dr^a. Raquel Simões Mendes Neto – UFS/SE
Dr. Raul Osiecki - UFPR/PR
Dr^a. Renata Ferraz de Toledo - FEUSP
Dr. Ricardo Oliveira Guerra – UFRN/RN
Dr^a. Rita Narriman Silva Oliveira Boery - UESB/BA
Dr^a. Roseanne Montargil Rocha - UESC/BA
Dr. Rodrigo Siqueira Reis - PUC/PR
Dr. Sergio Donha Yarid - UESB/BA
Dr^a. Tânia Regina Barbosa de Oliveira – UFRN/RN
Dr^a. Tarciana Nobre de Menezes - UNIFOR/CE
Dr. Túlio Batista Franco - UFF
Dr^a. Terezinha de Freitas Ferreira - UFAC/AC
Dr. Valfredo Ribeiro Dórea - UESB/BA
Dr^a. Vera Maria da Rocha – UFRGS/RS

Internacional

Dr. Gildo Coelho Santos Jr - University of Western Ontario/Canadá
Dr. Miguel Videira Monteiro - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD)/Portugal
Dr. Vicente Romo Pérez - Universidade de Vigo/Espanha
Dr. Victor Machado Reis - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD)/Portugal

COMISSÃO CIENTÍFICA DO CONGRESSO INTERNACIONAL MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA

Dr^a. Adriana Alves Nery - UESB/BA
Bruno Del Sarto Azevedo - UESB/BA
Déborah da Silva Sande - UESB/BA
Flávia Silva Souza - UESB/BA
Luma Costa Pereira - UESB/BA
Marcela Andrade Rios - UESB/BA
Saulo Sacramento Meira - UESB/BA
Sylvia Sardinha da Silva - UESB/BA
Paula Peixoto Messias - UESB/BA

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA E INGLESA

Douglas Leonardo Gomes Filho

SECRETARIA

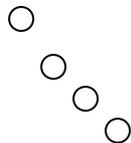
Tainan de Souza Guimarães

NORMALIZAÇÃO

Jefferson Paixão Cardoso

EDITORAÇÃO

Jefferson Paixão Cardoso



Revista Saúde.com / Departamento de Saúde. –
Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da
Bahia, 2013.

Trimestral

ISSN 1809-0761

1. Educação Física
2. Enfermagem
3. Fisioterapia
4. Medicina
5. Odontologia
6. Saúde Pública

Expediente

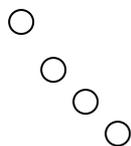
Revista Saúde.com
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Departamento de Saúde - Campus de Jequié

Av. José Moreira Sobrinho s/n
Jequezinho - Jequié - Bahia
CEP: 45200-000

Tel.: (73) 3528-9721
(73) 3528-9621 e Ramal 9721

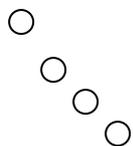
Atendimento Externo: 8:00 às 12:00 hs

F-mail: rsc@uesb.edu.br

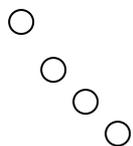


Sumário

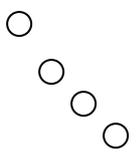
Editorial	8
CONDUTA ADOTADA PELA ENFERMAGEM NO SEGUIMENTO DAS MULHERES QUEREAIZARAM O PAPANICOLAU.....	9
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS ACERCA DO TOQUE RETAL.....	11
CONTRIBUIÇÕES DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO TRAMENTO DE CRIANÇAS COM CÂNCER.....	13
A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA PREVENÇÃO E NO PROGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA	15
CONTRIBUIÇÕES DA ONCOLOGIA E INVISIBILIDADES NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: O OLHAR DO GRADUANDO	17
ÚLCERA POR PRESSÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO	19
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO NA ÓPTICA DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL	22
O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO E PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	24
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	26
CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADO DA ATENÇÃO AO PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER	28
O IMPACTO DO CÂNCER INFANTIL NO CONTEXTO FAMILIAR	30
CUIDADO DE UM PACIENTE COM CÂNCER GÁSTRICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	32
AVALIAÇÃO DO POTENCIAL ANTITUMORAL DE SUBSTÂNCIAS ISOLADAS DE PLANTAS DO SEMIÁRIDO UTILIZANDO-SE TESTES DE ANCORAGEM MOLECULAR.....	34
FREQUÊNCIA DE MICRONÚCLEOS EM CÉLULAS DA MUCOSA BUCAL DE OBESOS.....	36
PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR NEOPLASIAS DO COLO DO ÚTERO NO ESTADO DA BAHIA.....	38



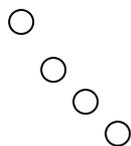
PREVALÊNCIA DE CÂNCER E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS.....	40
CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES DE IDADE FÉRTIL.....	42
NEOPLASIAS MALIGNAS NO BRASIL, NO ESTADO DA BAHIA E MUNICÍPIO DE JEQUIÉ ENTRE OS ANOS DE 2002 E 2011.....	44
CÂNCER DE MAMA EM HOMENS BRASILEIROS: PADRÕES REGIONAIS E ATUAIS DE INCIDÊNCIA.....	46
ESTUDO SOBRE NEOPLASIAS RELACIONADAS ÀS RADIAÇÕES IONIZANTES ORIUNDAS DOS MUNICÍPIOS DE CAETITÉ E LAGOA REAL – BAHIA.....	48
RELAÇÃO DO EPSTEIN-BARR VÍRUS COM O LINFOMA DE BURKITT.....	50
MORTALIDADE POR NEOPLASIAS EM IDOSOS NO BRASIL.....	52
A SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA INTERFACE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO – RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	54
ANSIEDADE DE MULHERES SUBMETIDAS AO EXAME DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO.....	56
A ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE EM FASE TERMINAL.....	58
ADESÃO DAS MULHERES AO PROGRAMA DE PREVENTIVO: AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE O CÂNCER CÉRVICO-UTERINO.....	60
CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA QUESTÃO DE PREVENÇÃO.....	62
ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NO CÂNCER INFANTIL: TRAJETÓRIA DA FAMÍLIA NA BUSCA POR CUIDADOS DE SAÚDE.....	64
MORTALIDADE POR CÂNCER EM SALVADOR – BAHIA.....	66
INFECÇÃO PELO HPV COMO FATOR DE RISCO PARA CÂNCER BUCAL EM MULHERES: Revisão bibliográfica.....	68
QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA.....	70
MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA NA REGIÃO NORDESTE: ANÁLISE REALIZADA NO PERÍODO DE 2001 A 2011.....	73
PERCEPÇÕES DE PAIS ACERCA DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NO COTIDIANO DA FAMÍLIA DE CRIANÇAS COM CÂNCER.....	75
OS CUIDADOS PALIATIVOS DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO COM ÊNFASE NOS COMPROMETIMENTOS RESPIRATÓRIOS.....	77



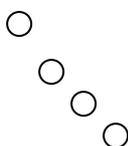
RISCOS E DANOS MATERNOS E FETAIS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO DE TUMORES ENCEFÁLICOS DURANTE A GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA.....	79
VIVÊNCIA DE UMA PESSOA COM CÂNCER EM ESTÁGIO AVANÇADO SOB A PERSPECTIVA DA FILOSOFIA DE MERLEAU-PONTY.....	81
ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PESSOAS COM CÂNCER EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA: EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS.....	83
MORTALIDADE POR NEOPLASIAS EM IDOSOS NO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 1996-2011.....	85
AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO ANTICORPO MONOCLONAL RITUXIMABE NO TRATAMENTO DO LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B.....	87
MANIFESTAÇÕES ORAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS À RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO – REVISÃO DE LITERATURA.....	90
APOIO SOCIAL AO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO ONCOLÓGICO TERMINAL.....	92
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: UMA ANÁLISE DOS PACIENTES COM CÂNCER NA UNACON DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA.....	94
A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTIMULADORA DO AUTOEXAME DAS MAMAS.....	96
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS PROVOCADAS PELO TRATAMENTO SIMULTÂNEO DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS COM OUTROS FÁRMACOS.....	98
MORBIDADE HOSPITALAR POR NEOPLASIAS MALIGNAS EM IDOSOS NA BAHIA.....	100
PERFIL DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM IDOSOS NO BRASIL.....	102
ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM.....	104
ALTERAÇÕES NA EPIDEMIOLOGIA DOS CÂNCERES DE CABEÇA E PESCOÇO.....	106
EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA.....	108



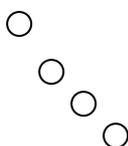
CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	110
PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA E ASSISTIDA POR ROBÔ: OPÇÕES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO MINIMAMENTE INVASIVO DO CÂNCER LOCALIZADO DA PRÓSTATA.....	112
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES EM UM PACIENTE COM NEOPLASIA PULMONAR: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS.....	114
MORBIDADE HOSPITALAR EM IDOSOS NAS INTERNAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL.....	116
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO: CONHECIMENTO DE MULHERES.....	118
OBESIDADE E CÂNCER: REVISÃO DE LITERATURA.....	120
ENFRENTAMENTOS DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO FAMILIAR ADULTO COM CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	123
CRIANÇA COM CÂNCER: EXPECTATIVAS DE PAIS EM RELAÇÃO AO SEU ESTADO DE SAÚDE.....	125
O CONTEXTO DO BINÔMIO FAMÍLIA-PACIENTE EM CASOS DE CÂNCER TERMINAL.....	127
A MULHER COM CÂNCER DE MAMA E O CONVÍVIO FAMILIAR.....	129
UTILIZAÇÃO DA GLICOSE RADIOATIVA NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER....	131
DETERMINANTES OCUPACIONAIS DA NEOPLASIA LARÍNGEA: REVISÃO INTEGRATIVA.....	133
MORBIDADE HOSPITALAR EM CRIANÇAS NAS INTERNAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	135
A RELAÇÃO DO TABAGISMO E O CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	137
CASOS DE CÂNCER RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS AO SINAN NO ANO DE 2012.....	139
MULHERES MASTECTOMIZADAS: SENTIMENTOS GERADOS APÓS CIRURGIA.....	141
LEUCEMIA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	143
BENEFÍCIOS DO PORT A CATH NO TRATAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	145



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA NUMA UNIDADE DE SAÚDE DE ILHÉUS-BA.....	147
PERFIL DA MORTALIDADE HOSPITALAR POR NEOPLASIAS MALIGNAS EM IDOSOS NA BAHIA.....	149
O CUIDADO DO ENFERMEIRO AO IDOSO COM CÂNCER GÁSTRICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	151
FATORES DE RISCO GENÉTICO NA NEOPLASIA DE MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.....	153
MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO NO BRASIL....	156
MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES NO PERÍODO DE 2007 A 2011 NO BRASIL.....	158
ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA COM CÂNCER.....	160
MORTALIDADE POR CÂNCER NO BRASIL: UM ESTUDO COM BASE EM DADOS NO DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS.....	162
A INFLUÊNCIA DO LÚDICO NO CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS.....	164
RESIGNIFICAÇÃO DO PROCESSO DE SAÚDE DOENÇA: USO DA MEDICINA ALTERNATIVA NA TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA.....	167
A IMPORTÂNCIA DA BRINQUEDOTECA DENTRO DOS HOSPITAIS E OS BENEFÍCIOS PARA AS CRIANÇAS COM CÂNCER.....	169
AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO DASATINIB VERSUS IMATINIB NO TRATAMENTO DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA.....	171
HÁBITOS RELACIONADOS À EXPOSIÇÃO SOLAR E O PRINCIPAL FATOR DE RISCO.....	174
ESTUDO AVALIATIVO SOBRE A EFICÁCIA CLÍNICO-FARMACOLÓGICA NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA PELO TRASTUZUMABE E SUA INCORPORAÇÃO AO SUS.....	176
ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE EM ONCOLOGIA: REVISÃO DE LITERATURA.....	178
INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE PEDIÁTRICO COM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA: RELATO DE CASO.....	180



PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALÍVIO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	182
FADIGA RELACIONADA AO CÂNCER – UMA PERSPECTIVA FISIOTERAPÊUTICA.....	184
O CUIDADO AO FAMILIAR DO PACIENTE COM CÂNCER.....	187
A SAÚDE DA POPULAÇÃO EXPOSTA AO AMIANTO NA MINA DE SÃO FELIPE: PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE.....	189



Editorial

Câncer, neoplasia ou tumor maligno é distinguido pelo crescimento exagerado e descontrolado de células, que caracterizam uma classe de distintas doenças. Essas células podem invadir órgãos normais e causar danos, muitas vezes, fatal. Além disso, todos os cânceres têm o potencial de invasão ou de provocar metástase, sendo específico para cada tipo, do ponto de vista clínico e biológico, necessitando, desse modo, de avaliação precisa para um adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Ao longo das últimas décadas, houve avanços consideráveis nas tecnologias de detecção e as pessoas incorporaram exames preventivos a suas rotinas de saúde. Dessa forma, mais tumores passaram a ser diagnosticados e tratados.

As neoplasias são a terceira maior causa de morte no Brasil – atrás, apenas, das doenças do aparelho circulatório e das causas externas/violência. E com o aumento da expectativa de vida da população em geral, associada à maior exposição a fatores de risco, espera-se que o câncer alcance o primeiro lugar neste *ranking*, no Brasil, na metade do século vigente. Assim, o câncer, em suas diferentes formas, se constitui em um significativo agravo de saúde pública, merecendo a atenção de todos, especialmente, das autoridades de saúde e da educação, governantes, políticos, profissionais e do povo, em geral. A prevenção da doença, o diagnóstico precoce e o encontro de um ótimo nível de diagnóstico, que permita evitar o máximo de óbitos, com o mínimo de efeitos adversos, representam os alvos do investimento realizado na luta contra o câncer.

O diagnóstico de câncer é sempre traumático e impactante, pelo temor de seu prognóstico e desgaste durante o tratamento. Mas a idéia é trocar o desespero, pela busca de informações, pois quanto mais uma pessoa está informada, decisões mais consistentes ela pode tomar. Diante da sua complexidade, a Oncologia, disciplina que se ocupa do estudo do câncer, requer a parceria de outras especialidades e Ciências, para melhorar o êxito do diagnóstico, tratamento e reabilitação, fazendo do sucesso um mérito das ações multidisciplinares. O objetivo final visa a melhorar a qualidade de vida do paciente e, não apenas, o prolongamento de uma vida em sofrimento.

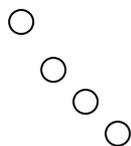
Nesse entendimento, o Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, envidou esforços para promover o CONGRESSO INTERNACIONAL MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA, realizado na Cidade de Jequié – Bahia – Brasil, no período de 09 a 12 de setembro de 2013, com o apoio financeiro do CNPq. Momento ímpar de aprendizado para estudantes e profissionais, além de espaço para conagraçamento entre instituições e especialistas, o que gerou debates, esclarecimentos e expectativas. Profissionais de diferentes áreas, envolvidos nos trabalhos sobre o câncer, vindos de Portugal, Argentina e de diferentes localidades brasileiras, contaram suas experiências na promoção à saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de diferenciados cânceres.

A inscrição de trabalhos científicos surpreendeu à Comissão Organizadora, em quantidade e, principalmente, em qualidade, merecendo o esforço da Revista, Saúde.com, em publicar seus resumos neste número suplementar. Assim, socializamos os trabalhos apresentados, na certeza que os ensinamentos continuam.

Saudações aos congressistas e a todos os que trabalharam para o êxito deste memorável evento. E nossos agradecimentos à Revista Saude.com, pela sensibilidade em contribuir para a divulgação da produção do Congresso Internacional Multidisciplinar de Oncologia – CIMO.

Jequié, 01 de dezembro de 2013.

Profª DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Presidente da Comissão Executiva do CIMO



CONDUTA ADOTADA PELA ENFERMAGEM NO SEGUIMENTO DAS MULHERES QUE REALIZARAM O PAPANICOLAU

Ninalva de Andrade Santos¹, Chrisne Santana Biondo², Alba Beneméríta Alves Vilela², Mirian Santos Paiva², Bárbara Santos Figueiredo Novato², Silvio Arcanjo Matos Filho²

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia / Universidade Federal da Bahia

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Jequié - Bahia - Brasil

E-mail: ninalvasantos@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Brasil possui elevados índices de morbidade e mortalidade por câncer do colo do útero apesar de haver estratégia (exame papanicolau) de prevenção e de diagnóstico precoce de fácil operacionalização e de baixo custo. A prevenção deste tipo de câncer, através da realização do papanicolau é possível porque o exame torna possível a identificação de alterações celulares passíveis de, posteriormente, desenvolverem um tumor maligno. Nestes casos, o tratamento adequado poderá interromper o curso da patologia garantindo que a mulher não venha a desenvolver esta neoplasia. Há de se considerar que a evolução do câncer de colo do útero, na maioria dos casos, se dá de forma lenta passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis¹. Em relação à patologia se sabe que a presença do Papiloma Vírus Humano (HPV), a depender do seu poder de oncogenicidade, constitui o principal precursor para o desenvolvimento do câncer de colo uterino². Neste sentido este estudo objetivou identificar a conduta adotada pela enfermagem no seguimento das mulheres que realizaram o Papanicolau; identificar a frequência de Papanicolau com positividade ao HPV e identificar as facilidades e as dificuldades enfrentadas pela enfermagem para o seguimento adequado as mulheres que realizaram o exame.

MATERIAL E MÉTODOS

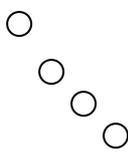
Tratou-se de estudo de natureza quanti-qualitativa, realizado no município de Jequié-Bahia-Brasil. Foram informantes seis enfermeiras que atuam no serviço de realização do exame Papanicolau disponibilizado em Unidades Básicas de Saúde. Foi critério de inclusão na amostra experiência profissional de pelo menos um ano. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo. As questões éticas permearam todo o desenvolvimento do estudo o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todas as informantes são do sexo feminino. Alguns estudos evidenciam que as mulheres preferem se submeter ao exame quando realizados por profissionais do sexo feminino³. Somente uma das informantes possuía especialização na área de saúde da mulher. Apenas uma informante citou, com clareza, as alterações consideradas significativas no resultado do Papanicolau, ou seja: Lesões intraepiteliais (LIE), infecções pelo HPV, adenocarcinoma, carcinoma in situ ou carcinoma invasivo⁴. Notou-se que existe irregularidade no seguimento das mulheres com alterações significativas no Papanicolau, segundo o que é determinado pelo Instituto Nacional do Câncer. Dentre as barreiras existentes para o seguimento adequado foram evidenciados: falta de espaço para realização de atividades educativas, falha no sistema de referência e contra-referência, dificuldade para agendar ginecologista, demora na marcação de exames complementares (colposcopia e captura híbrida). A longa espera para o atendimento ou marcação de uma consulta e a indisponibilidade de recursos materiais e humanos são importantes causadores da falta da adesão da paciente ao Papanicolau⁵. As depoentes informaram ser baixa a que a frequência de resultados positivos para HPV (1%). Este fato nos leva a questionar se o achado corresponde à realidade ou se há problemas em relação à qualidade de leitura das lâminas e/ou na coleta do material. Estudo realizado em um hospital em São Paulo encontrou 52% dos diagnósticos compatíveis com HPV⁶. Estima-se que existam 300 milhões de pessoas infectadas pelo HPV anualmente em todo o mundo⁷.

CONCLUSÃO

O sucesso do rastreamento do câncer cérvico-uterino depende, acima de tudo, da reorganização da atenção a assistência à saúde das mulheres, da capacitação dos profissionais da área, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle das doenças, do estabelecimento de ações

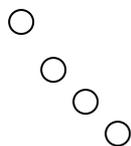


humanizadas e equitativas, do respeito às diferenças culturais, da eliminação das barreiras e das iniquidades de acesso e utilização dos serviços preventivos. Neste estudo se evidenciaram que a estrutura organizacional não permite o seguimento adequado as mulheres que apresentam alterações no resultado do Papanicolau. Notou-se que as informantes necessitam de atualização para realizarem o seguimento correto das mulheres. Ressalta-se ainda a importância de espaço para realização de ações educativas, implementação de sistema eficiente de referência e contra-referência e maior eficácia nos sistemas de registros existentes nas unidades.

Palavras-chave: Neoplasia do colo do útero; Exame Papanicolau; Prevenção secundária.

REFERÊNCIAS

1. BRITO, Cleidiane Maria Sales de; NERY, Inez Sampaio; TORRES, Leydiana Costa. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da Citologia Oncótica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 4, ago. 2007 .
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. HPV. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 20 maio 2010
3. FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Escola Anna Nery Revista Enfermagem 2009 abr-jun; 13 (2): 378-84. Disponível em http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20092/artigo%2018.pdf, acessado em 22 de maio de 2010.
4. TORRES, Leydiana Costa e BRITO, Cleidiane Maria Sales de. As perspectivas das mulheres na realização da Citologia oncológica, 2006. Disponível em: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:zIXN8nKVWKEJ:scholar.google.com/+o+papanicolau+serve+para+detectar&hl=pt-BR&as_sdt=2000. Acesso em: 13 de abril de 2010
5. GREENWOOD, Suzana de Azevedo; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; SAMPAIO, Neide Maria Vieira. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame Papanicolau. Revista Latino-Americana de Enfermagem v.14, n.4 Ribeirão Preto, julho/agosto, 2006.
6. GUARISI, Renata; HARDY, Ellen; Derchain, Sophie Françoise Mauricette; FONSECHI-CARVASAN, Gislaíne Aparecida e BORGES, João Bosco Ramos. Rastreamento, Diagnóstico e Tratamento das Lesões Precursoras e do Câncer Invasor de Colo Uterino no Município de Franco da Rocha, SP. Revista Brasileira de Cancerologia 2004. Disponível em: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:cg4b03CfuKgJ:scholar.google.com/++Implantando+o+viva+mulher:+Programa+Nacional+de+Controle+do+câncer+do+colo+de+útero+e+de+mama&hl=pt-BR&as_sdt=2000, acessado em 22 de maio de 2010.
7. FARIA, iwens moreira de. Estudo comparativo entre a colpocitologia e a reação em cadeia de polimerase para o diagnóstico do papilomavírus humano no colo uterino de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana, 2007. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br>. acessado em 22 de maio de 2010.



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HOMENS ACERCA DO TOQUE RETAL

Ninalva de Andrade Santos¹, Edaniele Lemos Vidal², Alba Benemérita Alves Vilela², Mirian Santos Paiva², Bárbara Santos Figueiredo Novato², Silvio Arcanjo Matos Filho²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia / Universidade Federal da Bahia.

Bahia – Brasil

E-mail: ninalvasantos@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

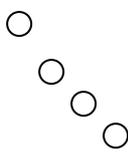
A próstata pode desenvolver patologias de caráter benigno ou maligno. Este estudo destacou o câncer prostático o qual, no Brasil, constitui o segundo tumor maligno mais freqüente no sexo masculino¹. Suspeita-se que existam vários determinantes/agravantes da patologia, como idade, raça/cor, histórico familiar, níveis hormonais e influências ambientais. Admite-se ainda, que as relações de gênero também possam influenciar no diagnóstico precoce e no prognóstico desfavorável desta neoplasia. A construção simbólica da masculinidade contribui para a não realização do toque retal, pois os homens receiam que esta representação possa ser alterada². Os tumores da próstata, em geral, só apresentam sintomatologia com o avanço da doença. Nas fases iniciais o tumor só pode ser identificado através de exames clínicos de rotina, o que justifica a realização do toque retal anual a partir dos 45 anos de idade. O toque retal possibilita avaliar tamanho, consistência, simetria, mobilidade, limites, presença de dor e nódulos superficiais. Esse exame possui sensibilidade diagnóstica que varia entre 40 a 80%³. Partindo-se do pressuposto de que a neoplasia prostática poderá comprometer a qualidade/expectativa de vida do portador, optamos por desenvolver este estudo o qual objetivou conhecer as representações sociais dos homens acerca do toque retal; verificar quais fatores interfere na adesão masculina ao exame e buscar sugestões para melhorar a adesão masculina a realização do toque retal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo de natureza qualitativa que teve como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS). As representações sociais (RS) constituem uma forma de conhecimento individual que só ocorre na interação com o “outro”, no mesmo momento em que esta interação se dá. As RS contemplam o universo de opiniões construídas, reelaboradas e redimensionada pelos indivíduos, em relação a um determinado objeto social, de acordo com a história de vida de cada um⁴. O estudo das Representações Sociais disponibiliza os meios para pensarmos a representação não somente como conteúdo, mas também como estrutura e forma cognitiva, expressiva dos sujeitos que a constroem, na sua ligação com os processos simbólicos e ideológicos e, com a dinâmica do sistema social⁵. O estudo foi realizado na cidade Jequié-Bahia-Brasil. Foram informantes 15 homens, com a faixa etária acima de 40 anos, que estavam presentes na unidade básica onde a coleta foi realizada, independentemente do motivo que os levou até o local. A observância em relação aos aspectos éticos permeou toda a realização do estudo. A coleta dos dados teve início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Foi utilizado como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. As informações levantadas foram analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos informantes tinha mais de 50 anos de idade, possuíam pouco estudo, se declararam adeptos do catolicismo, apresentavam vida sexual ativa e de raça/cor negra (pardos e pretos). Para os informantes o toque retal deve ser iniciado entre 40 a 45 anos de idade; 80% afirmaram já terem realizado o exame apesar da periodicidade não atender a recomendação do Instituto Nacional do Câncer. A relevância atribuída ao exame se deu pelo entendimento da importância do diagnóstico precoce para evitar a morbimortalidade pela patologia, orientações de profissionais de saúde, antecedentes familiares de câncer prostático e sintomatologia urinária. Porém, os tumores da próstata só apresentam sintomas quando a neoplasia se apresenta em estágio avançado e o tumor cresce em direção a uretra. Nesta fase, os sinais e sintomas mais comuns são: jato urinário fraco, dificuldade para urinar, algia no ato da micção, necessidade de urinar com frequência (bexiga passa a não ser esvaziada completamente)⁶. Os fatores atribuídos, pelos informantes, a não realização do exame foram: o temor de que o exame seja doloroso; receio de ter a masculinidade violada; vergonha por entender que o exame é feito de forma constrangedora. Alguns depoentes chegaram a admitir ser “humilhante” a técnica; temor de serem alvos de possíveis chacotas entre as pessoas do seu círculo



de amizade. As medidas sugeridas pelos depoentes para maior adesão ao exame foram: incentivo por parte dos profissionais de saúde, mais informações por parte dos meios de comunicação e das escolas, diálogo com familiares e amigos no sentido de desmistificar falas crenças que permeiam o imaginário masculino frente ao exame. Neste sentido, os profissionais de saúde, devem desenvolver atividades educativas, visando a um maior esclarecimento sobre essa neoplasia e, principalmente, sobre as medidas preventivas, já que o conhecimento sobre a doença e os meios de preveni-la pode ser decisivo para prognóstico favorável⁷.

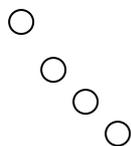
CONCLUSÃO

A alta morbimortalidade decorrente do câncer de próstata, em nosso país, requer a operacionalização de plano de ação que possa contribuir para minimização da problemática. Assim, faz-se necessária realização de ações educativas eficazes no intuito de desmistificar preconceitos e medos e de promover a conscientização dos homens quanto à importância da realização do toque retal. Precisamos criar estratégias que possam atrair os homens para as unidades de saúde e que sejam capazes de fazê-los entender que são atores sociais responsáveis pela sua qualidade de vida e saúde. É emergente a realização de discussões que possibilitem adentrar no imaginário masculino suscitando alterar o que se encontra cristalizado no universo dos sentidos atribuídos a masculinidade que se consolida como um entrave para o diagnóstico precoce do câncer de próstata, implicando na eficácia das ações de rastreamento.

PALAVRAS – CHAVE: Neoplasia da próstata; Exame retal digital; Masculinidade.

REFERÊNCIAS

1. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil: epidemiologia e estimativa. 2004. Disponível em: www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa. Acesso em: 23 jun 2009.
2. NASCIMENTO, Marcos Roberto do. Câncer de próstata e masculinidade: motivações e barreiras para a realização do diagnóstico precoce da doença. 2005.
3. CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; PAPALÉO NETTO, Matheus. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2ª edição. São Paulo. Editora Atheneu, 2006.
4. MOSCOVICI, Serge. (1976). *Psychologie sociale*. Paris: PUF, 1976.
5. JODELET, Denise. As Representações Sociais: um domínio em expansão. In: *As representações sociais*. Denise Jodelet, organizadora; tradução, Lílian Ulup. – Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2001.
6. PINHEIRO, Pedro. Câncer de próstata: Sinais e sintomas. 2013. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/>. Acesso em: 05 de agosto de 2013
7. LIMA, Ana Cláudia Feitosa; SILVA, Kátia Vanessa Menezes da; CAETANO, Joselany Afio et al. 2007. Conhecimento dos trabalhadores de uma universidade privada sobre a prevenção do câncer de próstata. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em 24 mai 2010.



CONTRIBUIÇÕES DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM CÂNCER

Jaildo Gomes Rodrigues¹, Rita Juciélma Almeida Carneiro¹, Criscia Christynne Martins Nery¹, Juliana Magalhães dos Santos¹, Anderson Reis de Sousa², Michelle Teixeira Oliveira³

¹ Faculdade Nobre de Feira de Santana.

² Faculdade Nobre de Feira de Santana.

³ Universidade Federal da Bahia UFBA

E-mail: dealmeida_rodrigues@hotmail.com

Feira de Santana – Bahia – Brasil

Feira de Santana – Bahia – Brasil

Salvador – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

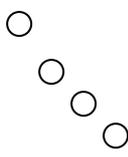
A humanização do atendimento à saúde proporciona maior assimilação e participação dos envolvidos: paciente, família e equipe multiprofissional, sendo uma política nacional que visa à melhoria das condições de trabalho¹. Essa diretriz tem consonância com uma das atuais tendências da assistência pediátrica, o cuidado atraumático, conceituado como um cuidado terapêutico que pressupõe o uso de intervenções apropriadas, como o brinquedo para diminuir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e de sua família no sistema de cuidado à saúde². Brincar é a atividade mais importante da vida da criança e é crucial para seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. É a forma pela qual ela se comunica com o meio em que vive e expressa ativamente seus sentimentos, ansiedades e frustrações. Por meio do brinquedo, num evento em que o sujeito é passivo, transforma-se em investigador e controlador ativo, e adquire o domínio da situação utilizando a brincadeira e a fantasia³. Uma das estratégias que ajudam a criança a compreender e assimilar o procedimento é o preparo com uso de brinquedos, por ser a brincadeira uma linguagem universal facilitadora de vivências em comum, que implica no prazer de estar livre para descobrir novos significados, encontrar novas soluções, transmitir novas mensagens e criar novos afetos⁴. Este estudo tem como objetivo identificar na literatura as contribuições do brinquedo terapêutico no tratamento de crianças com câncer.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a temática, a partir da busca de fontes com o foco nas contribuições do brinquedo terapêutico no tratamento de crianças com câncer. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: *Capes*, *SciELO*, *Lilacs*, e *Medline* e em livros e textos na área de ludicidade e oncologia. Como critérios de inclusão foram utilizados referências relacionadas à temática abordada, não havendo limite no período de tempo para o levantamento dos referenciais. Nas bases de dados foram encontrados 66 artigos e 4 livros. Destes foram selecionados 14 que atenderam ao objetivo do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio dos levantamentos bibliográficos realizados ficou evidenciado que o processo de hospitalização e tratamento do câncer traz transtornos em todas as fases da vida. Na infância, esses transtornos ficam mais aparentes, gerando a criança manifestações de insatisfação, participação social reduzida, quebra dos vínculos e hostilidade que pode ser momentânea ou prejuízos mais prolongados^{5,6}. Em função de um pensamento fantasioso que a maioria das crianças experimenta, acabam por apresentar dificuldades na compreensão dos fatos e situações, passando a acreditar que a hospitalização seria uma punição por um mau comportamento, injustiça ou algum erro cometido⁷⁻⁹. Uma das alternativas importantes de ajudar a criança a vivenciar de maneira leve este processo é a utilização do brinquedo terapêutico, o qual exercerá a função de libertar os sentimentos de medo, temor, ansiedade, permitindo que a mesma explore o que está sentindo¹⁰. A literatura atual aponta que expressar seus conflitos por meio da brincadeira é a forma mais natural de autoterapia que a criança dispõe¹¹. Para os pesquisadores, brincar é a forma infantil da capacidade humana para lidar com a experiência e dominar a realidade, estimulando a colaboração da criança com a equipe de saúde, bem como o alívio dos sintomas da doença^{12,13}. Os estudos revelam ainda que a utilização do brinquedo terapêutico pelo profissional de Enfermagem está regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem através da Resolução 295/2004, reconhecendo-o como uma valiosa alternativa a ser utilizada em favor da educação e promoção em saúde, e esta prática deverá ser realizada por estes profissionais em unidades pediátricas e em principal nas unidades oncológicas a fim de reduzir os



traumas e o sofrimento existente em função deste período de tratamento da doença¹⁴. Assim, no hospital, o brinquedo deve ser utilizado para recrear, estimular, socializar e também para cumprir sua função terapêutica.

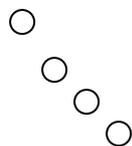
CONCLUSÃO

É importante lembrar que esta atividade deverá ser mais do que uma recreação, e o brinquedo por si só não dará conta de suprir as necessidades da criança, mas a adoção de práticas educativas, relacionais, pautadas na escuta adequada, acolhimento, vínculo, responsabilização, subjetividade e singularidade serão possíveis superar as dificuldades existentes. Diante do exposto este estudo possibilitou enfatizar as contribuições do brinquedo terapêutico no tratamento de crianças com câncer, a fim de sensibilizar, gestores, instituições hospitalares, unidades oncológicas, profissionais de saúde, estudantes e toda a comunidade científica para ampliar os estudos e incentivos nesta área de atuação, bem como a realização de capacitações e cursos de aprimoramentos que estimulem este conduta atual e importante para a saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Ludicidade; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. CINTRA SMP, SILVA CV, RIBEIRO CA. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. Rev Bras Enferm;59,4:497-501. 2006.
2. CUNHA. N. H. S. Brinquedoteca: Um mergulho no brincar. São Paulo: Maltese. 1994.
- RIBEIRO CA, Maia EBS, Sabatés AL, Borba RIH, Rezende MA, Almeida TA. O brinquedo e assistência de enfermagem à criança. Enfermagem Atual. 2002.
3. COREN - Conselho Regional de Enfermagem. Processo PRCI n. 51669 Parecer fundamentado sobre utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro. São Paulo (SP): COREN. 2004.
4. GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne, PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 22 abr. 2013. 2005.
5. POLETI LC, Nascimento LC, Pedro ICS, Gomes T, Luiz FMR. Recreação para crianças em sala de espera de um ambulatório infantil. Rev Bras Enferm. 2006.
6. CAVALCANTE, SANTOS, BERNARDO. Contribuições da ludicidade no tratamento de crianças com câncer. UFPB, Paraíba, 2007.
7. NODA. As contribuições do brincar para as crianças hospitalizadas com câncer. Maringá PR, 2012.
8. BERTELONE, REMIJO, BAZZO, FERRARI, ZANI. Aplicação do brinquedo terapêutico em uma unidade pediátrica: percepções dos acadêmicos de enfermagem. Rev enferm UFPE on line., Recife, 2013.
9. MORAIS, ASSIS. Utilização do brinquedo terapêutico a criança portadora de neoplasia: percepção dos familiares. R. pesq.: cuid. fundam. online 2010.
10. COSTA. Ludicidade: uma ferramenta para o desenvolvimento da habilidades motoras em crianças hospitalizada. UFSM, Mato Grosso, 2009.
11. PEDRO ICS, Nascimento LC, Poleti LC, Lima RAG, Mello DF, Luiz FMR. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e acompanhantes. Rev Lat Am Enferm. 2007.
12. SOUZA, SILVA, BRITO, SANTOS, FONSECA, LOPES. O Brinquedo Terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. J Health Sci Inst. 2012;30(4):354-8
13. SEGASPINI, V.P. O brincar como instrumento terapêutico no tratamento de crianças com câncer – a visão da família. Porto Alegre, 2009.
14. COFEN - Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN – Dispõe sobre a utilização da técnica do brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança. Rio de Janeiro: COFEN. [Internet]. [Citado 2009 Jun 15].



A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA PREVENÇÃO E NO PROGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Rafaella Brandão Dias¹, Chrisne Santana Biondo¹, Jamile Guerra Fonseca¹, Alessandra Santos Sales¹, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Jequié – Bahia – Brasil

E-mail: rafaella.sol@hotmail.com

INTRODUÇÃO

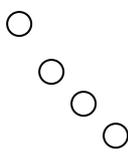
Os agravos do sexo masculino se constituem em verdadeiros problemas de Saúde Pública. Pesquisas mostram que relacionado a estes, os tumores ocupam o terceiro lugar entre as causas de mortalidade entre os homens¹. Nesta perspectiva, destaca-se o câncer da próstata como o mais frequente sendo apenas superado pelo câncer de pele não melanoma². O câncer de próstata apresenta evolução lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando a patologia for diagnosticada e tratada com precocidade¹. Recentemente, as relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades de prevenção³. Diante de tais considerações, este estudo objetivou analisar o que versam as produções científicas e os documentos oficiais sobre as Políticas Públicas de Saúde do Homem e a prevenção para o câncer de próstata. Uma pesquisa desse caráter apresentará uma síntese do conhecimento produzido com relação aos aspectos políticos que tangem a saúde do homem no Brasil, promoverá atualização dos profissionais de saúde e da comunidade acadêmica por meio de uma visão prévia do estado da arte em relação ao tema proposto e fornecerá subsídios para novas pesquisas nesta área.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão integrativa, com busca na base de dados da Scientific Electronic Library Online-Scielo, e em um levantamento documental. A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a maio de 2013, utilizando descritores de forma combinada, sendo eles: câncer de próstata and “marcadores”, câncer de próstata and “prognóstico”, câncer de próstata and “prevenção” e “política nacional sobre saúde do homem”. A seleção baseou-se nos seguintes critérios: artigos publicados a partir de 2008 e falar sobre prevenção e/ou prognóstico do câncer de próstata. Foram excluídos estudos em outros países, teses, dissertações e monografias. Encontrou-se 74 estudos, desses, de acordo com os critérios de exclusão foram selecionados 10 artigos e um documento legal, a Política Nacional de saúde do homem. Os estudos utilizados foram sistematizados, posteriormente analisados e deram origem à construção de três categorias, utilizando como referência metodológica a Análise de Conteúdo categorial proposta por Bardin⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se que das abordagens encontradas nos artigos, 70% discutem a prevenção; 20% à política de saúde do homem; e 10% sobre prognóstico para o câncer de próstata. POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE DO HOMEM: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi originada em 2009, por iniciativa do Ministério da Saúde, com o intuito de facilitar a acessibilidade dos homens nas instituições e serviços de saúde. O Brasil foi o primeiro país da América Latina a implantar e programar uma política voltada a saúde do homem, que apresenta-se em conformidade e está inserida no Programa Mais Saúde, que objetiva a melhoria do bem-estar e condições de vida do cidadão brasileiro⁵. OS FATORES DE RISCO E A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: O câncer de próstata, quando comparado a outros tipos é considerado o câncer da terceira idade, visto que cerca de três quartos dos casos no mundo acometem indivíduos a partir dos 65 anos⁶. De acordo com o INCA⁷, as estimativas para o ano de 2012 e 2013 para o câncer de próstata são de 60.180 casos novos. Estudos abordam a ausência de meios e das causas comprovadamente conhecidas para sua prevenção e desenvolvimento. Porém, destacam a idade avançada, origem étnica com maior incidência em negros, origem hereditária, tabagismo, etilismo e vasectomia como alguns fatores que determinam o risco de desenvolvimento desse tipo de câncer⁸. O PROGNÓSTICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA: A mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa. A sobrevida média mundial estimada em cinco anos é de 58%, variando de 76% nos países desenvolvidos a 45% nos países em desenvolvimento⁶. Os fatores prognósticos são obtidos anteriormente ao tratamento e norteiam a escolha da melhor opção terapêutica para cada paciente. Os mais importantes



marcadores prognósticos clínicos disponíveis atualmente são os níveis de PSA (Prostate-SpecificAntigen) pré-tratamento e o grau de diferenciação histológica dos fragmentos tumorais biopsiados⁹.

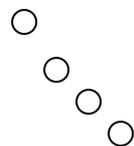
CONCLUSAO

A primeira categoria, a Política Pública da saúde do homem, abordou que embora a política busque a prevenção do gênero masculino, os homens de uma forma geral não são frequentadores nos serviços de saúde da atenção primária buscando atendimentos em sua maioria em serviços de média e alta complexidades configurando uma busca tardia e uma falha na prevenção de doenças, o que dificulta também o prognóstico das patologias voltadas para esse grupo. Na que tratou dos fatores de risco e a prevenção do Câncer de próstata, concluiu-se que o papel dos fatores ambientais no risco de adoecer para o câncer de próstata permanece, ainda, não muito bem compreendido, sendo enfática a associação dessa patologia com o consumo de gorduras e carnes. Com relação a última categoria concebe-se que o mesmo é de fácil operacionalização, porém ainda existe muitas barreiras para a prevenção do Câncer de Próstata, favorecendo os índices dessa patologia.

PALAVRAS-CHAVE:Neoplasia da Próstata; Prevenção Primária; Políticas Públicas.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes) Brasília, 2008.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Rio de Janeiro: INCA, 2008.
3. Couto MT, Pinheiro, TF, Valença O, Machin R, Silva GSN da, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde. Interface (Botucatu) 2010 Jun; 14(33):257-270.
4. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições; 2011.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Notícias. MS lança Política Nacional de Saúde do Homem. [online]. 2009. [citado 2009 Nov 27]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2010: Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários. Rio de Janeiro: INCA, 2010.
7. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil: Síntese de Resultados e Comentários. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
8. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleao AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. Rev. bras. enferm. 2011 Abr;64(2): 385-388.
9. Migowski A, Silva GA. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. Rev. Saúde Pública, São Paulo 2010 Abr; 44(2): 344-52.



CONTRIBUIÇÕES DA ONCOLOGIA E INVISIBILIDADES NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: O OLHAR DO GRADUANDO

Rita Juciélma Almeida Carneiro¹, Jaido Gomes Rodrigues¹, Criscia Christynne Martins Nery¹, Juliana Magalhães dos Santos¹, Anderson Reis de Sousa¹, Michelle Teixeira Oliveira²

¹ Faculdade Nobre de Feira de Santana.

Feira de Santana – Bahia – Brasil

³ Universidade Federal da Bahia UFBA

Salvador– Bahia – Brasil

E-mail: ritajucy@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os índices de câncer no Brasil e no mundo só aumentam, sendo definido como um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo¹. Nos últimos anos, vêm ocorrendo uma mudança considerável nos padrões das causas de morbimortalidade em conjunto com demais transformações sociais, culturais, demográficas e econômicas, alterando o perfil epidemiológico destes indivíduos². O déficit de conhecimento referente ao tema pelos graduandos de Enfermagem contribui com a desinformação que se instala na população a respeito do câncer, pois são esses profissionais que levam as informações, na atenção básica e na assistência hospitalar por estarem mais próximos da comunidade^{3,4}. As ações voltadas ao controle do câncer dependem dos profissionais da saúde em disseminar as informações, para exercer a promoção, diagnóstico, prevenção e tratamento dos pacientes, a fim de evoluir no controle, notificação e rastreamento dos casos de câncer, fazendo com que o acesso aos serviços de saúde seja expandido para todos os cidadãos, inclusive aqueles mais onerosos e que residam em localidades de difícil acesso como é o caso da população da zona rural e em municípios que não possuem a cobertura dos programas de tratamento da doença^{5,6}. Este estudo tem por objetivo relatar a experiência dos graduandos frente às contribuições da oncologia para a formação do enfermeiro.

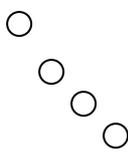
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, frente às contribuições da oncologia para a formação do enfermeiro, realizado a partir das vivências acadêmicas em sala de aula e campos de estágios em uma instituição de ensino superior em Feira de Santana, Bahia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante de uma patologia presente nos dias atuais, que chama a atenção por sua alta complexidade, que demandam cuidados específicos, atenção redobrada e assistência de alta qualidade, emergiram algumas inquietações enquanto graduandos no tocante a invisibilidade e incipiência na abordagem desta área de atuação no processo de formação acadêmica⁷. Observamos que durante toda a graduação seja em sala de aula, ou nos campos de prática os conteúdos abordados que enfocavam a área de oncologia eram pontuais, fragmentados, centrado apenas na doença, como um enfoque reducionista e superficial no que diz respeito ao processo de produção de um cuidado integral⁸. Estes conteúdos eram abordados em recortes transversais em disciplinas variadas como saúde do adulto e da mulher, sem que houvesse uma disciplina que abordasse de forma específica a assistência ao paciente oncológico. Desta maneira a formação não vem contemplando a propagação e ampliação dos conhecimentos a esta temática tão importante, atual na pauta da saúde coletiva, o que torna fragilizado a condução de um cuidado integral, de um gerenciamento eficaz e de um planejamento adequado das ações para este público^{9,10}. Vale ressaltar que não são muito debatidos na graduação temas que abordem os cuidados paliativos, manipulação dos quimioterápicos, alívio da dor e o processo de morte morrer, gerando uma lacuna na vida acadêmica do graduando, que para ter acesso a este tipo de conhecimento é necessário que se realize um curso de especialização¹¹. Não podemos deixar de pontuar a escassez de livros, produções científicas, periódicos na instituição de ensino em questão, o que gera menos incentivo nos graduandos em debruçar sobre o tema. Apesar de ter sido aprovado desde 1988 o ensino da disciplina Cancerologia nas Universidades de Enfermagem, nota-se que poucas são as que aderiram à proposta, o que se leva a refletir sobre a necessidade de incorporação da mesma no processo de formação profissional¹²⁻¹⁴.

CONCLUSÃO

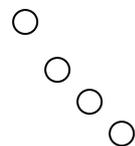


Este estudo reforça a necessidade de ampliar a área de oncologia na graduação de Enfermagem, bem como promover esta temática com a perspectiva de formar e capacitar profissionais que desempenhem o desejo em atuar neste campo. A amplitude desta tarefa não é fácil de ser vencida e, por essa razão, sabe-se que há muito por avançar, valendo ressaltar que a qualidade da assistência à saúde que prestamos, bem como a projeção do Sistema Único de Saúde, depende do que fazemos hoje, para que se possa fazer valer a Lei dos sessenta dias que confere aos pacientes oncológicos o acesso aos serviços de saúde. É necessário que haja maior incorporação de conteúdos, bem como de disciplinas que contemplem a abordagem ao paciente oncológico. Desta forma este estudo chama a atenção para sensibilizar gestores, instituições de ensino superior, estudantes e pesquisadores para ampliar os olhares esta problemática relevante, atual e de importância para a sociedade e a comunidade científica.

PALAVRAS- CHAVE: Enfermagem; Promoção da Saúde; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer. [Internet]. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : Inca, 2011. 128 Disponível em: https://inscricaoonline.inca.gov.br/ie_eventos/eventos_hotsite.asp?id=864&ID_IDIOMA=1.
2. RECCO, Daiene C; LUIZ, Cíntia B; PINTO, Maria H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo.[Internet]. Arq Ciênc Saúde 2005 abr-jun;12(2):85-90. Disponível em: < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf > Acesso em 07 de agosto de 2013.
3. PRADO. O ensino de oncologia na formação do enfermeiro. Rev. bras. enferm. vol.62 no.3 Brasília May/June 2009.
4. MORAIS, BERTOLINO, OLIVEIRA. Cuidado de Enfermagem ao doente oncológico: a complexidade e diferenciação do cuidar. UNIFRA, RS, 2007.
5. OLIVEIRA, Andresa Mendonça de et al. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. Rev. esc. enferm. USP [internet]. 2012, vol.46, n.1, pp. 240-245. ISSN 0080-6234. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100032>> Acesso em 12 de agosto de 2013.
6. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. [Internet]. Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf> Acesso em 12 de agosto de 2013.
7. SILVEIRA, ZAGO. Pesquisa Brasileira em Enfermagem Oncológica. uma revisão integrativa. Rev Latinoam Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4):614-9
8. RODRIGUES, BAGNATO. Pesquisa em enfermagem no Brasil: problematizando a produção de conhecimentos. Rev Bras Enfermagem 2003 novembro-dezembro; 56(6):646-50.
9. ANGERAMI, E.L.S. et al. Estudo comparativo da nomenclatura das matérias e disciplinas do currículo mínimo com a utilizada pelas escolas de enfermagem da região sudeste – Brasil. [Internet]. Rev.latin-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 31-46, janeiro 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n1/v4n1a04.pdf>> Acesso em 10 de agosto de 2013.BRASIL.
10. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer; 2002.
11. Oliveira S.Quintana A.Budó M.Bertolino K.Kruse M. A formação do enfermeiro frente às necessidades emergentes da terminalidade do indivíduo. Revista de Enfermagem da UFSM [Internet]. 2011 janeiro 21; 1(1):[about ## p.]. Available from: Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/1996>> Acesso em 07 de agosto de 2013.
12. GUTIERREZ, Maria Gaby Rivero de; DOMENICO, Edvane Birelo Lopes De; MOREIRA, Marléa Chagas and SILVA, Lúcia Marta Giunta da. O Ensino da cancerologia na enfermagem no Brasil e a contribuição da Escola Paulista de Enfermagem-Universidade Federal de São Paulo. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2009, vol.18, n.4, pp. 705-712. ISSN 0104-0707. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000400012>> Acesso em 10 de agosto de 2013.
13. ADAMI, GUTIÉRREZ, MARANHÃO, ALMEIDA. Estrutura e processo assistencial de enfermagem ao paciente com câncer. Rev Bras Enferm 1997; 50 (4): 551-68.
14. Instituto Oncologia. Conheça seus Direitos. [Internet] 2013. Disponível em: <http://www.oncologia.org.br/conteudo/conheca-seus-direitos/102/>



ÚLCERA POR PRESSÃO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Rita Juciema Almeida Carneiro¹, Jaido Gomes Rodrigues¹, Criscia Christynne Martins Nery¹, Juliana Magalhães dos Santos¹, Georgina Montenegro Agra Marques¹, Anderson Reis de Sousa¹

¹ Faculdade Nobre de Feira de Santana - FNFS.
E-mail: ritajucy@hotmail.com

Feira de Santana – Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

As úlceras por pressão, também conhecidas como úlceras de decúbito, são lesões de pele ou partes moles, que se originam, basicamente, de isquemia tecidual prolongada¹. Esta, por sua vez, ocorre devido a qualquer posição que é mantida pelo paciente durante um longo período de tempo (comum em pacientes acamados), especialmente em tecidos onde há sobreposição de uma proeminência óssea, resultante da presença de pouco tecido subcutâneo nessas regiões do corpo^{2,3}. No Brasil, a prevalência da ocorrência de úlcera por pressão em pacientes hospitalizados é de 28%, ocorrendo na primeira semana de internamento, 60% de todas as úlceras se desenvolvem na área pélvica, 30% nos membros inferiores e 10% pode ocorrer em qualquer localização onde haja longos períodos de pressão ininterrupta⁴. O maior pico de ocorrência de úlcera por pressão é em pacientes acima de 70 anos de idade⁵. A equipe de enfermagem, por estar sempre acompanhando o paciente deve ter competência profissional para identificar, minimizar e/ou sanar os fatores de risco para as úlceras por pressão, sempre atentar para mudança de decúbito do paciente⁶. Com a elevada morbidade, e da incidência de doenças crônico-degenerativas, especialmente o câncer, têm estimulado o desenvolvimento de vários estudos sobre esse tipo de ferida em busca de sistematização, prevenção e tratamento. Este estudo tem como objetivo identificar na literatura a assistência de Enfermagem e a úlceras por pressão em pacientes oncológicos⁷.

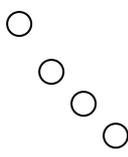
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura sobre a temática, a partir da busca de fontes com o foco na assistência de enfermagem frente às úlceras por pressão em pacientes oncológicos. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: *Capes, Scielo, Lilacs, e Medline* e em livros e textos na área de feridas e oncologia. Como critérios de inclusão foram utilizados referências relacionadas à temática abordada, não havendo limite no período de tempo para o levantamento dos referenciais. Nas bases de dados foram encontrados 16 artigos e 5 livros. Destes foram selecionados 14 que atenderam ao objetivo do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio do levantamento bibliográfico realizado ficou evidenciado que os pacientes confinados no leito por um período longo e com dificuldades sensoriais ou motoras, cognitivas prejudicadas, imobilidade, os que apresentam atrofia muscular e redução do acolchoamento entre a pele sobreposta e o osso subjacente, estão em risco para desenvolverem úlcera por pressão^{8,9}. Outros fatores contribuem para ocorrência de úlcera por pressão, podendo ser considerados primários e secundários¹⁰. A pressão, os atritos por cisalhamento e fricção comportam os fatores primários, no entanto fatores como idade avançada, desnutrição, incontinência urinária e fecal, infecção, deficiência de vitamina, pressão arterial elevada, umidade excessiva e edema compõem os fatores secundários¹¹. As pesquisas relevam que as ações preventivas devem se iniciar com orientações adequadas aos pacientes e seus cuidadores, principalmente quanto às alterações da pele; identificação dos pacientes de alto risco; manutenção da higiene do paciente e leito; atenção a mudança de decúbito, aliviando a pressão e massagem de conforto, além de outras medidas como a movimentação passiva dos membros, deambulação precoce, recreação, dieta e controle de ingestão líquida^{12,13}. Notou-se que os estudos apontam que os programas educativos são importantes para ajudar na prevenção e prevenção das lesões, devendo ser organizado os programas educativos para todos os níveis de profissionais de saúde, familiares com o intuito de prevenir o aparecimento de feridas em indivíduos acamados¹⁴⁻¹⁶. Neste sentido, a equipe de Enfermagem realiza uma importante participação neste processo de prevenção das lesões, assim também no cuidado as fêrias oncológicas, que demandam cuidados específicos, bem como o alívio da dor e assistência paliativa¹⁷⁻²⁰.

CONCLUSÃO

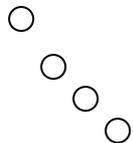


Por se fazerem presentes na maior parte em contato com os pacientes nas unidades de saúde, os profissionais de enfermagem são os principais responsáveis na prevenção do aparecimento dessas feridas, porém, sabe-se que a atuação deve ser multiprofissional, uma vez que a predisposição para o desenvolvimento das úlceras por pressão é multifatorial, demandando um cuidado especial a estes pacientes. As feridas oncológicas merecem atenção e destaque por parte dos profissionais que atuam neste setor, uma vez que estas demandam uma assistência adequada, de excelência e livre de iatrogenias. Desta forma este estudo visa contribuir com a qualidade dos dados gerados, a fim de sensibilizar as equipes de saúde na busca pelo aprimoramento profissional, além de se tratar de uma temática pertinente e atual no âmbito da atenção oncológica aos pacientes.

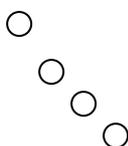
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Amaral, S.F.A. Pulido, S.C.K. Santos, G.C.L.V. Prevalência de lesões por fricção em pacientes hospitalizados com câncer. Rev Esc Enferm USP. 2012.[Internet] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/07.pdf>.2012; 46(Esp):44-50.
2. Aguiar, M.R. Silva, M.G. Os cuidados de Enfermagem em feridas neoplásicas na assistência de paliativa. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2013. [Internet] Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=331. Camargo TC, Gomes IP. Feridas Tumorais e Cuidado de enfermagem: buscando evidências para o controle de sintomas. R Enferm UERJ. 2004;12:211-6.
3. Tulli ACP, Pinheiro CSC, Teixeira SZ. Dor Oncológica: os cuidados de enfermagem. Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia. 2005;4(5):123-35.
4. Firmino F, Araújo DF, Sobreiro V. O controle da odor em feridas tumorais através do uso do metronidazol. Prática Hospitalar. 2002;4(24):30-3.
5. Schadeck CR, Nakamura EK. Tratamento paliativo em feridas oncológicas. NetSaber Artigos. [Acesso em 1 mar 2012] Disponível em http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_14075/artigo_sobre_tratamento_paliativo_em_feridas_oncológicas
6. Moraes GFBK. Câncer. Acesso Em 29 Mar. 2009. <http://www.ufv.br/dbg/BIO240/ac09.htm>
7. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011.118 p. [acesso em 06 ago 2012].Disponível em <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
8. Dealey C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
10. Brunner, C. B, Suddarth. M. Tratado de enfermagem médico – cirúrgico. 10º ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan. 2009.
11. Caliri, M. H. L. Úlceras de Decúbito. São Paulo, 1997. Disponível em:<http://www.eerp.usp.br/úlceras>. Acesso em 03 de abril de 2013.
12. Delisa, Joel A.; GANS, Bruce M. Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e práticas. 3ª ed. Barueri, Manole, 2002
13. Figueiredo, N. M. A; Machado, W. C. A ; Porto, I. S. O toque no corpo e a prevenção de escaras. Revista de Enfermagem da UERJ, 1996, p. 71-80
14. Gil ,A,C. Como elaborar projeto de pesquisa-4.ed.-12.reimpr.-São Paulo: Atlas, 2009.
15. Oliveira, H. D. Como eu cuido de integridade da pele prejudicada na UTI:estudo de caso, 2006. Extraído de <http://www.uff.br/nepae/prejudicada>. Acesso em 04 de abril de 2013.
16. Potter, P. A.; Perry, A. G. Fundamentos de enfermagem: conceito, processo e prática. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Fundamentos de Enfermagem. 4. ed., v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara
17. Roseli, M. Prevenção de úlceras de pressão. São Paulo, 2003. Disponível em:<http://rrferidas.com/tema5.asp>. Acesso em 04 de abril de 2013.
18. Smeltzer, Suzanne C; Bare, Brenda G. Tratado de enfermagem médico-cirúrgico. 10ª ed. v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
19. Recco, Daiene, C. L. Cíntia, B. Pinto, M. H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. [Internet]. Arq Ciênc Saúde 2005 abr-jun;12(2):85-90. Disponível em: < http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-12-2/5.pdf > Acesso em 07 de agosto de 2013.



20. Adami, Gutiérrez, Maranhão.J.W. Almeida, L.C Estrutura e processo assistencial de enfermagem ao paciente com câncer. Rev Bras Enferm 1997; 50 (4): 551-68.



PREVENÇÃO E TRATAMENTO DO CÂNCER DO COLO DE ÚTERO NA ÓPTICA DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL

Zulmerinda Meira Oliveira¹, Rose Barbosa Souza¹, Carlos Henrique Mendes Malhado¹, Rosália Teixeira de Araújo¹, Joana Angélica Andrade Dias¹, Juliana da Silva Oliveira¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: zulmerindameira@bol.com.br

Jequié – Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

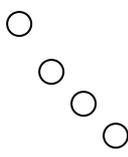
O câncer do colo uterino é o tumor mais frequente que atinge o aparelho reprodutor feminino, sendo o segundo mais comum na população feminina e representa 19% de todos os tumores malignos em mulheres¹. O conhecimento da incidência e da mortalidade por câncer em mulheres, bem como os aspectos etiológicos e prognósticos, é de fundamental importância para o planejamento e o estabelecimento de medidas efetivas de controle, prevenção e atenção em todos os níveis². No ano de 2006, foi notificado 237.480 casos de câncer do sexo feminino, 49 mil de câncer de mama e 19 mil de colo do útero¹. A incidência dos casos de câncer cervical ocorre de forma heterogênea nas unidades da federação e capitais do país, havendo uma grande variação regional na distribuição das taxas brutas de sua incidência, sendo maiores nas regiões Sul e Norte e menores nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste³. O câncer do colo do útero é uma doença progressiva iniciada com transformações intraepiteliais que podem evoluir para um processo invasor, sendo de suma importância a realização de consultas no serviço de preventivo, assim como o tratamento adequado dos problemas diagnosticados pelo exame colpocitológico, a fim de evitar a ocorrência de lesão neoplásica. Este estudo tem como objetivos identificar os motivos da procura do serviço de preventivo pelas mulheres em idade fértil, assim como da realização ou não do tratamento caso tenha alguma alteração neste resultado.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. Os atores sociais foram 36 mulheres em idade fértil que realizaram o exame colpocitológico, as quais foram selecionadas de forma aleatória, sendo 13 com o diagnóstico de câncer de colo de útero e 23 que não apresentaram a doença. A coleta de dados ocorreu nos domicílios dessas mulheres, tendo sido seus endereços identificados por meio dos prontuários arquivados em quatro unidades de saúde da família do município de Jequié-BA. Ressalta-se que o estudo foi previamente submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, conforme parecer nº 186/2009, respeitando as questões éticas relativas à pesquisas envolvendo seres humanos⁴. Após a coleta, as informações foram submetidas à técnica de análise de conteúdo⁵, que possibilitou a identificação das categorias e subcategorias do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram evidenciados três motivos pelos quais as informantes procuraram o serviço de preventivo: **presença de sinais e sintomas, necessidade de prevenção/deteccção precoce do câncer de colo uterino e influência externa**. O primeiro mostra que algumas mulheres somente procuraram o serviço porque estavam apresentando corrimento vaginal ou dor. O segundo, outras delas reconhecem a importância de frequentar o serviço para prevenir e detectar precocemente o câncer cervical, estando certas, pois neste serviço encontrarão profissionais capacitados para tratar os sinais e sintomas, assim como realizar o exame colpocitológico, que se constitui no melhor método de rastreamento da doença, sendo bem aceito por ser seguro, de fácil execução, não-invasivo e de baixo custo¹. Outro motivo foi a influência externa exercida pelos profissionais de saúde da unidade, pela mãe, entre outros, demonstrando a importância de estimular a clientela para o autocuidado. Quanto à realização do tratamento após o resultado do exame colpocitológico, foi possível perceber que algumas dessas mulheres o realizaram, enquanto outras não. As unidades de análise apontaram que aquelas que realizaram, o fizeram por que se preocupam com a saúde e as que não realizaram por não conseguirem acesso a uma consulta com o ginecologista, por falta de condições financeiras para pagar o exame ou por desinteresse em cuidar da saúde. Salienta-se que a deteccção e o tratamento adequado das lesões precursoras é a base para o controle da doença, sendo necessária a conscientização das mulheres em aderirem aos programas de controle⁶, além disso, o eficiente controle do câncer cervical está relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que deve oferecer



atendimento integral para garantir diagnóstico correto e tratamento preciso com acesso fácil e ágil aos serviços, devendo haver uma flexibilidade na marcação e remarcação das consultas⁷.

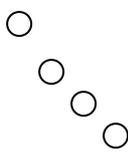
CONCLUSÃO

Os resultados apontam para a importância de se buscar garantir o acesso aos serviços de saúde à todas as mulheres que procuram assistência no mesmo, assim como de um trabalho de educação em saúde mais incisivo junto às mesmas, com o intuito de despertá-las para a importância das consultas no serviço de preventivo e do tratamento dos problemas diagnosticados por meio do exame colpocitológico, vez ter sido possível perceber que algumas delas somente procuram este serviço quando passam a apresentar sinais e sintomas ou por influência de outros, assim como também algumas delas recebem o resultado do exame e não realizam o tratamento do problema diagnosticado, seja por desinteresse em cuidar da saúde ou por dificuldades de acesso ao serviço, promovendo uma reflexão de que para se garantir o controle da neoplasia do colo uterino e a diminuição da mortalidade faz-se necessário o rastreamento e tratamento das mulheres que venham obter alteração no resultado do referido exame.

PALAVRAS - CHAVE: Neoplasias do colo do útero; Mulheres; Exame colpocitológico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. 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.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 a.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.
5. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
6. Derchain SFM, Longatto Filho A, Syrjanen KJ. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2005 [citado 2010 mai. 20] 27(7): 425-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032005000700010&lng=en&nrm=iso>.
7. Zeferino LC. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2008 [citado 2010 mai. 17] 30(5): 213-15. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032008000500001&lng=en&nrm=iso>.



O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO E PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Adilson Ribeiro dos Santos¹, Alba Benemerita Alves Vilela¹, Rose Manuela Marta Santos¹,
Tatiana Almeida Couto¹, Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferras dos Anjos¹**

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: adilsonenfcuridar@hotmail.com

Jequié – Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

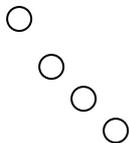
O câncer do colo do útero configura-se como um importante problema de saúde pública no mundo. É o segundo mais comum entre as mulheres, sendo responsável, anualmente, por cerca de 500 mil casos novos e, aproximadamente, 230 mil mortes¹. No Brasil, em 2012, encontra-se em primeiro lugar a região Norte (24/100.000). Com relação à mortalidade no Brasil no ano de 2010, o câncer do colo do útero foi a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres, com um risco de 4 por 100 mil. Na região Norte, foi a principal causa de morte (9/100.000). Para a região Nordeste, a terceira causa de morte (5/100.000), a quarta na região Centro-Oeste (6/100.000) e a quinta na região Sudeste (4/100.000)². Devido à alta letalidade e sequelas físicas e emocionais que esse tipo de câncer acarreta, é de suma importância a prevenção e identificação precoce que aumentam, consideravelmente, as chances de cura. A detecção precoce envolve, por um lado, a oferta dos exames pelos serviços de saúde e, de outro, ações voluntárias de busca por esses serviços³. A Atenção Básica é o local que tem assumido a grande responsabilidade nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, consolidando-se como um dos principais lócus para as ações de promoção à saúde da mulher e conseqüentemente a detecção e tratamento do câncer de colo de útero. Este estudo objetiva relatar experiência de processo de trabalho da equipe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) referência no tratamento do câncer de colo de útero.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência que retrata o processo de trabalho da enfermagem na atenção básica nas ações de prevenção e cuidado à mulher com câncer de colo de útero. Considera-se a relevância de um relato de experiência por sua pertinência e importância dos problemas que nele se expõem, assim como o nível de generalização na aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, serve como uma colaboração à praxis metodológica da área a qual pertence. O cenário deste estudo foi a UBS do município de Itajuípe. Este relato nasce da vivência na Gestão Municipal de Saúde, na qual se pode buscar aproximação com o funcionamento do serviço, em especial com a UBS por servir de referência para toda a rede que é composta por seis equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF. A vivência ocorreu no período de janeiro a março e também visitas ao serviço no mês de agosto de 2013. Para tal foram observados os casos novos de câncer do mês de agosto, as ações de educação, a atuação nas ações do Sistema de Informação do Controle de Câncer de Colo do Útero - SISCOLO e a dinâmica de funcionamento do serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa UBS tem uma missão diferenciada no município que é a de acolher toda a demanda do meio rural e as áreas que não são cobertas pela ESF e para tal, conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. As ações de saúde da mulher são gerenciadas por uma enfermeira que responde também pelo PACS. A realização do exame Papanicolau se dá três vezes na semana, sendo um total de aproximadamente 25 coletas, de acordo com a dinâmica da unidade, sendo esta atividade desempenhada pela enfermeira da unidade. As ações de controle e prevenção ao câncer de colo de útero contam com duas ginecologistas que dividem as ações de tratamento das usuárias. Vale salientar que essa unidade é composta por mais uma enfermeira que desempenha a função de gerente da unidade e um enfermeiro que desempenha atividade de assistência. As ações educativas que acontecem no intuito de promoção à saúde, também são desempenhadas pela enfermeira. As ações de busca ativa do SISCOLO são desempenhadas junto aos Agentes comunitários de saúde que fazem a busca das usuárias e/ou acompanha a enfermeira na visita domiciliar. Foram levantadas para o mês de agosto 42 alterações no resultado das citologias o que demandará a realização dessas visitas às usuárias. No mês de agosto também foi observado o encaminhamento de cinco novos casos de câncer de colo de útero para acompanhamento junto as ginecologistas da UBS. A enfermeira necessita aplicar todos os instrumentos de comunicação disponíveis para efetivar o



diálogo preciso para uma consulta com enfoque na atenção integral da mulher, tendo em vista que a consulta de enfermagem, acima de tudo, constitui um espaço de educação em saúde⁴.

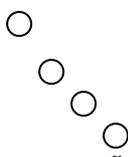
CONCLUSÃO

A enfermeira assume um papel de suma importância em sua atenção à saúde da mulher na busca de prevenção ao câncer de colo de útero. De modo igual à Atenção Básica como o primeiro contato do usuário junto ao serviço de saúde, deve ofertar o arcabouço tecnológico para a assistência à mulher tanto no tocante às ações de prevenção ao câncer, bem como nas ações de tratamento e acompanhamento das mesmas.

PALAVRAS - CHAVE: Enfermagem; Atenção à saúde; Neoplasias do colo do útero.

REFERENCIAS

1. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AM, Oliveira ISB. A percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(2): 255-62.
2. Informativo vigilância do câncer n. 3. Instituto Nacional de Câncer-INCA. maio/novembro 2012.
3. Silva IT, Griep RH, Rotemberg L. Apoio social e rastreamento de câncer uterino e de mama entre trabalhadoras de Enfermagem. *Rev Latino-am de Enfermagem.* 2009; 17(4):514-21.
4. Dantas CN, Enders BC, Salvador, PTCO. Experiência da Enfermeira na prevenção do câncer cérvico-uterino. *RBSP.* 2011; 35(3): 646-60.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Adilson Ribeiro dos Santos¹, Rose Manuela Marta Santos¹, Tatiana Almeida Couto¹, Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferras dos Anjos¹, Alba Benemerita Alves Vilela¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: adilsonenfucuidar@hotmail.com

Jequié – Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

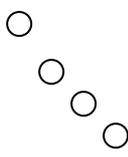
O câncer de colo de útero é uma das patologias de maior importância no universo feminino, sendo responsável por inúmeras mortes de mulheres em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento, apesar da relativa facilidade para identificar e tratar o tumor e suas lesões precursoras por meio do exame citopatológico do colo do útero^{1,2}. São várias as maneiras que se tem lançado mão na busca para detecção precoce dessa doença. A promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam a todas às pessoas alcançar completamente seu potencial de saúde³. A informação é uma das formas de empoderamento dos sujeitos, uma forma de potencializar a maneira de agir no mundo, de significar as relações entre o homem e o meio. Uma das ferramentas que contribuem para a promoção da saúde é a Educação em Saúde - ES, uma vez que esta representa uma estratégia muito importante na formação de comportamentos que promovam ou mantenham uma boa saúde. Ela é uma prática social que contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de suas necessidades de saúde, levando em conta a sua realidade⁴. Com relação às práticas preventivas do câncer de colo uterino, estas se encontram na esfera do controle pessoal, estando relacionado ao comportamento, estilo de vida e ES⁵. Este estudo tem como objetivo analisar as ações de ES na perspectiva da prevenção ao câncer de colo de útero.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de revisão de literatura de cunho descritivo, embasada no questionamento: de que maneira os profissionais de saúde promovem ações educativas na perspectiva da prevenção ao câncer de colo de útero? Para a construção do estudo, foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS. A busca dos estudos teve início com a definição dos descritores a serem pesquisados, como: “educação em saúde”, “neoplasias de câncer de colo de útero”, “prevenção primária”. Definidos os critérios de inclusão: artigos completos, em língua portuguesa e ano de publicação entre os anos de 2008 a 2012, foram encontrados um total 99 artigos, após a leitura dos títulos foram selecionados 78 artigos. No terceiro momento e mais criterioso, avaliando a totalidade dos estudos, foram excluídas pesquisas que não contemplavam o tema ou que não possuíam relação com ações de educação em saúde e/ou prevenção do câncer de colo de útero. Assim, após leitura e análise de seu conteúdo, com base nos critérios de inclusão, foi selecionado 11 artigos que comporam o corpus desse trabalho

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de colo de útero é uma doença que tem sua gênese em múltiplos fatores. É um problema de saúde pública que compromete a saúde das mulheres, alterando a qualidade de vida em um estágio da existência em que estas, muitas vezes, estão estruturando sua vida familiar, profissional e social⁶. A ES é fator imprescindível para a compreensão dos meios de prevenção desta doença. O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Assim, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em espaços coletivos³. Cirino et al sinalizam que o processo educativo é complexo e envolve numerosos aspectos inerentes aos sujeitos envolvidos para que as metas se tornem factíveis e atinjam os objetivos esperados, não bastando simplesmente oferecer informações no tocante ao câncer de colo de útero⁷. Os estudos analisados apontam a necessidade de atividades educativas que promovam maior apropriação das mulheres para que estas possam compreender as estratégias da prevenção ao câncer uterino¹. Os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos³. As mulheres possuem conhecimento a respeito do Papanicolaou, contudo, não é completo, nem homogêneo; possuem carência de conhecimentos em relação à prevenção de câncer de colo uterino; sentem-se envergonhadas, com medo, e não seguem a periodicidade de realização do exame



preconizada pelo Ministério da Saúde ^{1, 8}. Evidencia-se que após a exposição a uma palestra a cerca das ações de prevenção ao câncer de colo uterino, houve aumento de respostas corretas sobre educação sexual, conhecimento do HPV (em 44%) e sobre a prevenção do câncer de colo de útero (em 22%)⁷.

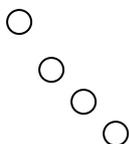
CONCLUSÃO

O câncer de colo de útero é um problema de saúde pública por sua alta taxa de mortalidade, possui grande probabilidade de cura quando diagnosticado precocemente e é passível de ser prevenido pela educação e informação da população. É reconhecidamente uma doença que possui grande impacto na vida das mulheres provocando alterações em suas vidas e de seus familiares. Nesse contexto, parece ser de fundamental valor o desenvolvimento de ações que articulem os aspectos educativos, preventivos e assistenciais, voltados à manutenção da saúde. Destacou-se a existência de atividades educativas em especial na Atenção Básica, mas que ainda não possuem a metodologia adequada para promover as mudanças necessárias para a promoção à saúde da mulher. É necessário que se busque metodologias que valorizem o conhecimento das mulheres e que possam promover o empoderamento para além da prevenção ao câncer de colo de útero, garantindo uma sexualidade segura e livre de riscos.

PALAVRAS CHAVES: Educação em Saúde; Neoplasia do Colo de útero; Prevenção Primária.

REFERÊNCIAS

1. Valente CA, Andrade V, Soares MBO, Silva SR. Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(Esp 2):1193-8
2. Prado EV, Pereira WSB, Assis M. Reorganização das ações de prevenção do câncer ginecológico a partir da educação popular em saúde: a experiência da equipe urbana da Estratégia de Saúde da Família de Rio Negro/MS. Rev. APS. 2009; 12(4): 498-503.
3. Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(9): 3925-32.
4. Rodrigues BC, et al. Educação em Saúde para a Prevenção do Câncer Cérvico-uterino. Revista Brasileira de Educação Médica, 2012; 36(suplem.1): 149-54.
5. Costa CC, Freitas LV, Dias LMB, Lima TM, Damasceno AKC, Pinheiro AKB. Realização de exame de prevenção do câncer cérvico-uterino: promovendo saúde em instituição asilar. Rev. Rene. 2010; 11(3): 27-35.
6. Soares MC, Mishima SM, Silva RC, Ribeiro CV, Meincke SMK, Corrêa ACL. Câncer de colo uterino: atenção integral à mulher nos serviços de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2011; 32(3): 502-8.
7. Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, Atitude e Práticas na Prevenção do Câncer de Colo Uterino E HPV em Adolescentes. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010; 14 (1): 126-34.
8. Thum M, Heck RM, Soares MC, Deprá AS. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. Cienc Cuid Saude. 2008;7(4):509-16.



CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADO DA ATENÇÃO AO PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER

Juliana Oliveira Santos¹, Marcela Amorim Teixeira Miranda¹, Patrícia Novais Kosada Jandrey², Valéria Marques Lopes²

¹ Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador – Bahia – Brasil

²Unigrad

Vitória da Conquista - Bahia - Brasil

E-mail: leinhalns@hotmail.com

INTRODUÇÃO

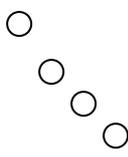
A Política Nacional de Atenção Oncológica estabelece a contemplação dos níveis da atenção básica aos de média e alta complexidade de atendimento aos usuários portadores de câncer, visando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Na rede a garantia do acesso é dada aos doentes diagnosticados com câncer, assistidos pelas Unidades de Assistência de Alta Complexidade e Centros em Oncologia, os quais deverão definir o estadiamento da neoplasia, tratar, cuidar e certificar qualidade conforme condutas e rotinas. As ações precisam ser estabelecidas de acordo com o planejamento de cada unidade federada, bem como abarcar os princípios e diretrizes norteadores do SUS¹. Conforme o artigo 2º da Lei 12 732/12, o paciente portador de neoplasia maligna dispõe do direito de submissão ao tratamento primário no SUS, no prazo de até sessenta dias contabilizados a partir do dia em que o diagnóstico for comprovado por laudo patológico ou em período menor, de acordo com a precisão terapêutica do caso registrada em prontuário único². Diante do exposto, o estudo possui como objetivo geral: caracterizar as redes de cuidado da atenção ao paciente portador de câncer na cidade de Vitória da Conquista - BA.

MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo caracterizou-se por ser descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, traduzida por aquilo que não pode ser mensurável, visto que esta propicia uma aproximação favorável com as experiências vividas e o cotidiano dos sujeitos³. O estudo foi realizado na cidade de Vitória da Conquista, um importante centro do Estado da Bahia, tanto populacional, econômico, educacional e de saúde, sendo as unidades prestadoras de atendimento ao paciente portador de câncer alvo da pesquisa. A pesquisa de campo procedeu à observação estruturada dos fatos tal como ocorrem. A “observação não permite isolar e controlar as variáveis, mas perceber e estudar as relações estabelecidas”⁴. Privilegiou-se como técnica de coleta de dados, a entrevista por meio de roteiro semi-estruturado, observação participante, análise dos documentos cedidos pelas próprias instituições, pertinentes aos serviços prestados, bem como ao fluxo realizado pelos usuários dos serviços dentro das redes assistenciais, ao processo de referência e contrarreferência, ao retorno e acompanhamento dos mesmos, à distribuição de medicações e ao atendimento prestado aos pacientes residentes em outros municípios. Após a compilação dos dados, estes foram retratados, levando-se em conta aspectos tidos como relevantes e analisados como uma reconstituição de rede organizativa de atenção à saúde, de forma a deixar claras as formas de acesso, as ações e as condutas em um percurso assistencial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Formas de Acesso à Rede de Serviços de Atenção à Saúde: As formas de acesso no sistema são as UBS, rede privada (exames e consultas especializadas) e emergência hospitalar da região. Observou-se que a procura pela rede privada bem como a entrada por emergência hospitalar encurta o percurso assistencial. Contrastando com a realidade brasileira, existe um gargalo relativo ao acesso de consultas e de apoio diagnóstico. Registra-se aí a dificuldade dos pacientes dos 72 municípios pactuados na garantia dos benefícios do Tratamento Fora do Domicílio. **Fluxo dos pacientes na rede de serviços de média e alta complexidade:** Após confirmação diagnóstica o paciente é encaminhado à UNACON, hospital/dia, prestador de serviços para o SUS, que realiza o tratamento quimioterápico e acompanhamento através de prontuário único informatizado mediante a apresentação de biópsia e cartão SUS. Referência radioterapia para clínica conveniada com o SUS. Faz a liberação de medicações orais com as devidas orientações ao paciente e retornos mensais subsequentes para a entrega da medicação e trimestrais para a revisão médica. **Falhas no atendimento prestado pelas redes de cuidado:** Observa-se uma falta de interatividade, conexão e



agilidade entre os níveis de atenção, uma vez que os profissionais atuantes na atenção básica transferem ao oncologista clínico a responsabilidade da detecção precoce da doença. Nota-se uma fragilidade nos serviços de marcação de exames, resultados laboratoriais, referência e contrarreferência, causando uma descontinuidade e demora no início e andamento do tratamento. A estrutura funcional geral e o apoio multidisciplinar ainda estão em falta com a Portaria 741/05⁵, caracterizada pela desarticulação das atividades da rede devido a distanciamento territorial e gerencial bem como a falta de Serviço Social e Psicologia Clínica, além do serviço de Oncologia Pediátrica não disponibilizada pelo município.

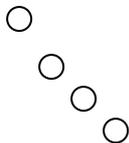
CONCLUSÃO

A análise da rede de atenção permitiu constatar que há potencialidades relativas ao acesso de atenção na alta complexidade, mas lacunas na oferta de procedimentos de apoio diagnóstico e especialidades dificultam o cuidado partindo da atenção básica. Estas questões comprometem a atenção integral, contínua e resolutive levando-as a longos períodos nos serviços públicos. A gestão e organização da rede têm como desafio, superar a desarticulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos. Além disso, no que se refere aos profissionais de saúde, há que se investir na adesão aos protocolos assistenciais e na formação de uma rede. A complexidade tecnológica é fator decisivo para o prognóstico das doenças neoplásicas, mas, é a rapidez no diagnóstico e no início do tratamento que faz a diferença entre a vida e a morte do paciente. Portanto, para o enfrentamento desse desafio, cabe ao gestor do SUS garantir o acesso, a integralidade e a equidade dentro da rede do processo terapêutico.

PALAVRAS CHAVE: Câncer; Serviços de Saúde; Assistência à Saúde

REFERÊNCIAS

- 1.Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica. [acesso em: 25 jul 2013]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/retrol/registrocancer/Portaria2439GM_MS.pdf.
- 2.Brasil. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. [acesso em: 27 jul 2013] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm.
- 3.Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 1993.
- 4.Rodrigues WC. Metodologia científica. Paracambi: FAETEC/IST; 2007.
- 5.Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil). Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005. Definir as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades. [acesso em: 24 jul 2013]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3092aa80474594909c3fdc3fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+741-2005.pdf?MOD=AJPERES>.



O IMPACTO DO CÂNCER INFANTIL NO CONTEXTO FAMILIAR

**Alecia Nunes Souza¹, Bárbara Santos Ribeiro¹, Carine de Jesus Soares¹, Laís Rocha de Souza¹,
Zamila Santana de Araújo Lima¹, Marizete Argolo Teixeira¹**

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: alecia.10@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

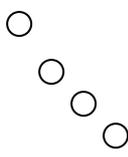
O câncer é caracterizado como uma formação desordenada de células que ataca todo o organismo. É um grupo de doenças distintas, com aproximadamente 200 tipos existentes, que possui uma multiplicidade de causas e diversas formas de tratamento¹. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), dentre os variados tipos de neoplasia, o câncer pediátrico representa de 0,5% a 3% das ocorrências. No Brasil é a terceira maior causa de morte na população abaixo de 14 anos, sendo as neoplasias do sistema nervoso as mais comuns, dentre essas, a Leucemia Linfóide Aguda – LLA (ou Linfoblástica), responsáveis por 20% das ocorrências, particularmente entre crianças menores de 15 anos³. O câncer infantil desempenha um profundo impacto tanto na vida das crianças, quanto de seus familiares, obrigando-os a enfrentar diversas situações estressantes e inúmeros desafios. Nos últimos anos, apesar da evolução que se teve nessa área, é nitido que o aparecimento do câncer em uma família, provoque imediatamente uma sucessão de acontecimentos e mudanças, conduzindo seus membros a tomarem decisões e responsabilidades antes não pensadas. O *stress* crescente vivenciado por essas famílias pode intensificar o sofrimento, atingindo todo o bem-estar da família⁴. Este estudo tem por objetivo analisar o que versam as produções científicas sobre o impacto que o câncer exerce nos familiares de crianças diagnosticadas com esta patologia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, com base em produções científicas selecionadas nas bases de dados LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências de Saúde) e Scielo (*Scientific Electronic Library Online*). A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio a julho de 2013, para as pesquisas nas bases de dados utilizaram-se Descritores em Ciências da Saúde (DECS), de forma combinada, sendo eles: criança AND neoplasia, criança AND família, neoplasia AND família. A seleção dos artigos baseou-se nos seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em periódicos nos últimos cinco anos, estar em língua portuguesa, devido ao objetivo da pesquisa restringir-se a âmbito nacional e envolver em seu resumo aspectos do câncer infantil e suas repercussões na família. Foram excluídos estudos em outros países, bem como, teses, dissertações e monografias. Depois de filtrar os achados de acordo com critérios de inclusão e exclusão, restaram um total de 12 artigos. A análise do material baseou-se na leitura minuciosa do material encontrado o que possibilitou a construção da revisão de literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico do câncer interfere não só a vida do indivíduo doente, mas de toda sua família e da equipe de saúde⁵. Para enfrentar a situação e suas consequências, é necessário que a família se comporte com um alicerce, oferecendo apoio, uma vez que faz parte do contexto onde a criança está inserida. Quando a família participa nessa fase da criança a recuperação é mais eficaz⁶. Quando a família recebe o diagnóstico, pode reagir das seguintes formas: Primeiramente, tem o alívio em saber qual, de fato, é a doença da criança; mas a sensação de temor vem acompanhada⁷. A doença e a hospitalização da criança levam a família a vivenciar diversos sentimentos e emoções, como tristeza, medo, insegurança, angústia, impotência entre outros⁸, além de comprometer toda a vida social da família, principalmente da mãe. A família da criança hospitalizada necessita se reorganizar, de maneira que algumas pessoas passem assumir, com maior ênfase determinadas tarefas, alterando a rotina profissional, pessoal e social dos envolvidos nesse processo^{9,10}. Além disso, uma mãe com um filho portador de câncer priva-se de toda sua vida social, lazer e trabalho, acentuando ainda mais o desconforto emocional, levando também ao distanciamento dos conjugues e demais filhos. A mãe é obrigada a restringir os motivos e as metas constitutivas de seus interesses individuais, ficando sua vida diária voltada apenas para o hospital, para dar atenção e cuidado ao filho¹¹. A religiosidade age nessas situações como um mecanismo capaz de amenizar a angústia diante do diagnóstico estabelecido e da incerteza do tratamento, ajudando a suportar a situação⁴. A complexidade deste



tema mostra o quanto é importante as ações de enfermagem, não só para a criança com câncer, mas com toda a família ajudando-os superar essa situação. Esta responsabilidade não é apenas da equipe de enfermagem, mas de uma equipe multidisciplinar, ofertando um cuidado integral¹².

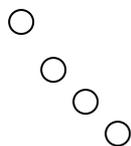
CONCLUSÕES

Foi possível perceber que a criança diagnosticada com câncer, leva a alterações em todo o sistema familiar, interferindo nos hábitos de vida de todos os familiares, especialmente, da mãe. Além disso, é importante que essas famílias, principalmente as mães participem de grupos de autoajuda, para que possam esclarecer suas dúvidas a respeito da doença, relatar conflitos, desejos, situações vivenciadas, além de ser um momento para que possam fazer novas amizades, uma vez que, a doença da criança altera os vínculos e amizades da mãe. Assim, a equipe multiprofissional exerce importância no apoio à família, ajudando-os buscarem alternativas para conquistarem sua resiliência e, assim, amenizar os transtornos que o câncer causa na vida das crianças e de seus familiares.

PALVRAS-CHAVE: Neoplasia; Família; Criança.

REFERÊNCIAS

1. Yamaguchi, N. H. (2002). O câncer na visão da oncologia In M. M. M. J. Carvalho (Org.), Introdução á psiconcologia (p. 13-35). Campinas, SP: Livro Pleno.
2. Kovacs, M. J. (2002). Morrer com dignidade In: M. M. M. J. Carvalho (Org.), Introdução à psiconcologia (p. 57-69). Campinas, SP: Livro Pleno.
3. Instituto Nacional do Câncer. (2007). O câncer no Brasil: Determinantes sociais e epidemiológicos. Rio de Janeiro: Autor.
4. Ângelo M. Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(4):437-443
5. Motta MGC. O ser doente no tríplice mundo da criança; família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de SantaCatarina, SC; 1998.
6. Rzeznick C, Dall'Agnol CM, (Re)descobrimo a vida apesar do câncer. Rev Gaúcha Enferm 2000; (n.esp.): 84-100.
7. Malta JDS, Schall VT, Modena CM. Câncer pediátrico: o olhar da família/cuidadores. Pediatr Mod. [SciELO-ScientificElectronic Library Online] 2008 [citado em 24 jun 2011].44:114-8. Disponível em: http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3852.
8. Pimenta EAG, Collet N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada: concepções da enfermagem. Rev esc enferm USP. [SciELOScientific Electronic Library Online] 2009 [citado em 24jun 2011]. 43:622-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a18v43n3.pdf>.
9. Oliveira RR, Santos LF, Marinho KC, Cordeiro JABL, Salge AKM, Siqueira KM. Ser mãe de um filho com câncer em tratamento quimioterápico: uma análise fenomenológica. Ciência, Cuidado e Saúde. 2010; 9:374-82.
- 10 .Silva MAS, Collet N, Silva KL, Moura FM. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. Acta Paul Enferm. [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2010 [citado em 24 jun 2011]. 23:359-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a08.pdf>.
11. Nascimento C.A.D; Monteiro, E.M.L.M, Vinhares, A.B; et al. O Câncer Infantil (Leucemia): Significações de Algumas Vivências Maternas, 2009 disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/10.2/html/10_2_16.html acesso em 13/08/2013.
12. Costa TF, Ceolim MF. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):776-84.



CUIDADO DE UM PACIENTE COM CÂNCER GÁSTRICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luana Anselmo da Silva¹, Luisa Keczyane Batista Cardoso¹, Monaline de Oliveira Silva¹, Railene Pires Evangelista¹, Ravel Nadson dos Santos Lima¹, Juliana da Silva Oliveira¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: luazinha-bj@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

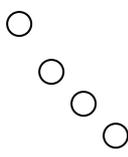
O câncer gástrico mostra-se como uma lesão, frequentemente ulcerada, que em sua maioria ocorre em algum ponto da mucosa do estômago, a ulceração é fruto da multiplicação celular descontrolada, característica de malignidade.¹ Esta proliferação celular vai substituindo o tecido normal e pode invadir outras camadas do próprio órgão, como a camada muscular e a do revestimento externo, alcançando órgãos vizinhos.¹ Não se sabe a causa específica, porém observa-se que a soma de alguns fatores de risco aumenta a chance de ter câncer de estômago, como aspectos da pessoa, hábitos e ambientes em que trabalha e frequente, história de infecções por *Helicobacter pylori*, pólipos gástricos, gastrite atrófica, anemia perniciosa e tabagismo, além da predisposição genética.² A doença permanece entre as principais causas de morte por câncer, em apenas 10-20% dos pacientes o diagnóstico é estabelecido numa fase inicial e potencialmente curável e nos demais casos, apenas 5 à 15% dos pacientes sobrevive cinco anos ou mais.¹ No ano de 2012 foram diagnosticados cerca de 20.000 novos casos no país.³ É o quarto tipo de Câncer mais comum no homem, ficando atrás de próstata, pulmão, cólon/reto, na mulher, é o quinto mais incidente, ficando atrás da mama, colo do útero, cólon/reto e pulmão.⁴ Esse estudo tem como objetivo relatar a experiência de um grupo de estudantes de enfermagem a cerca do cuidado humanizado a um paciente portador de Câncer Gástrico.

METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciado por um grupo de estudantes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, enquanto ainda acadêmicos do quinto semestre, durante realização de prática de campo da Disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde do Adulto I, no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), hospital estadual de médio porte, localizado no município de Jequié-BA. As práticas foram realizadas na clínica cirúrgica masculina, onde cuidamos de um paciente por um período de quatro semanas, uma vez por semana, com diagnóstico médico de Câncer Gástrico. Os cuidados de enfermagem prestados a esta paciente foram embasados nos conhecimentos teórico, prático, científicos, ministrados e discutidos na disciplina supracitada. Esta disciplina tem como objetivo, subsidiar o conhecimento básico necessário à atuação do profissional de enfermagem no seu saber-fazer de forma crítico-reflexivo, buscando através de um *corpus* de saberes nos fazer trilhar no caminho para uma assistência cuidativa ao paciente, sendo esta sujeita ativa do processo de cuidado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as práticas, com vistas no atendimento integral ao paciente, tentou-se ao máximo realizar uma assistência humanizada e que atendesse as necessidades humanas básicas do paciente. Durante o primeiro contato este se apresentava resistente e poliqueixoso em relação a assistência que vinha sendo prestada naquele estabelecimento, principalmente no que concerne a impossibilidade da deambulação e da realização do banho de aspersão. No primeiro momento a equipe de estudantes visando o atendimento humanizado estabeleceu o vínculo através da escuta qualificada, do toque, do diálogo e do pronto atendimento as suas necessidades. Evidenciou-se por meio do cuidado prestado, que houve uma melhora significativa e gradativa em seu quadro clínico, principalmente no que se referiu a aproximação por parte dos alunos no estabelecimento do relacionamento terapêutico com o mesmo, sendo este a base para todo o processo de cuidado, propiciando uma maior abertura para expressar seus medos, ansiedades, desilusões, que acabam sendo comuns aos pacientes portadores de câncer. Além disso, foi realizada orientação sobre processo patológico vivenciado pelo paciente, recursos terapêuticos necessários para minimizar os sinais e sintomas apresentados, para a melhoria de sua saúde. Dentre os vários aspectos enfatizados durante o cuidado a este paciente, consideramos também a importância de envolver os familiares acompanhantes do mesmo, para um melhor alcance dos resultados esperados. Os principais focos



dos cuidados oferecidos durante o período de internação envolveram, a saber, melhora no padrão alimentar, circulatório, integridade da pele, sono e repouso, mobilidade e locomoção, cuidado corporal, autoimagem, dentre outros. Assim, percebemos que por meio dos cuidados planejados e que foram implementados conseguimos oferecer uma assistência qualificada e diferenciada a este paciente, com considerável melhora de sua autoestima.

CONCLUSÕES

Cuidar deste paciente foi um aprendizado único, singular e rico em experiências, visto que houve um aperfeiçoamento do conhecimento no que diz respeito ao cuidado humano, bem como, nos fez realizar um estudo mais aprofundado sobre o processo patológico, podendo assim, relacionar a teoria com a prática, trazendo conseqüentemente benefícios a nossa vida profissional ao longo da graduação e também como futuros enfermeiros (as). Foi gratificante presenciar e acompanhar a melhora de humor, a disposição para deambular, aceitação da dieta, a participação do paciente nos cuidados higiênicos, dentre outras ações as quais ele já não possuía estímulo para a realização. Sabe-se que sua doença é grave e com pouca probabilidade de cura, devido ao diagnóstico confirmado de metástase. Porém, percebeu-se que a enfermagem teve um papel fundamental na reabilitação desse paciente, principalmente na realização de uma assistência baseada no seu autocuidado. Tais ações tiveram o propósito de amenizar o sofrimento e promover uma maior sobrevida e melhor qualidade de vida para o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Gástricas; Cuidados de Enfermagem; Assistência ao Paciente

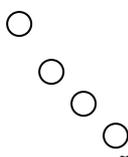
REFERÊNCIAS

1. CÂNCER GÁSTRICO - ABC da Saúde. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?69#ixzz2axNLi6kz>

2. FERREIRA, M; MATSUDO, S; MATSUDO, V; BRAQQION, G. Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre a ingestão alimentar e composição corporal. Rev. Bras. Ciên. e Mov. Brasília v. 11 n. 1 p. 35-40, jan, 2003.

3. Instituto Nacional do Câncer – Ministério da Saúde do Brasil. Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil - 2012. Disponível em [http:// www.inca.org.br](http://www.inca.org.br). Acessado em: 10 dez. 2011.

4. Câncer Gástrico ou de Estômago – O que é? Disponível em: <http://www.abcg.org.br>.



AVALIAÇÃO DO POTENCIAL ANTITUMORAL DE SUBSTÂNCIAS ISOLADAS DE PLANTAS DO SEMIÁRIDO UTILIZANDO-SE TESTES DE ANCORAGEM MOLECULAR

Bruno Silva Andrade¹, Bruna Souza Santos¹, Maicon Vinicius Araujo Santos Silva¹, Vanderlúcia Fonseca de Paula¹, Wagner Rodrigues de Assis Soares¹, Gesivaldo Santos¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: kynkynha20@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

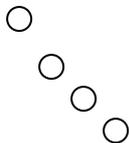
Os mecanismos que levam a características malcomportadas das células neoplásicas, como perda do controle do ciclo celular e invasão tecidual por degradação da matriz extracelular (MEC),¹ encontram-se bem estabelecidos. A estratégia para se deter a doença fundamenta-se na utilização de agentes quimioterápicos com ação alquilante sobre a molécula de DNA² e desagregação microtubular. No primeiro grupo enquadram-se os inibidores da Topoisomerase-I, no segundo, bloqueadores da tubulina³⁻⁶. No entanto, ambos agem em fases específicas do ciclo celular, o que dificulta a ação ubíqua sobre as células tumorais, uma vez que estas se encontram em períodos diferentes do ciclo. Esta assincronia metabólica nas células tumorais encontra-se entre os principais fatores responsáveis pela vasta gama de efeitos citotóxicos, advindos sobre os tecidos saudáveis, durante a submissão do paciente ao tratamento quimioterapêutico. Por esta razão, há uma demanda crescente e em regime de urgência, pela busca de novas substâncias farmacologicamente ativas, capazes de compor protocolos de tratamento mais efetivos e seguros⁷. Este trabalho tem por objetivo realizar uma seleção virtual de compostos isolados de plantas do semiárido com efeito antitumoral, por meio de teste de ancoragem molecular (docking) contra sítios ativos das proteínas tubulina e topoisomerase-I.

MATERIAL E MÉTODOS

Inicialmente, estruturas de drogas já conhecidas foram baixadas, em formato SMILES, do banco de dados público PubChem (<http://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>). Em seguida essas estruturas foram cadastradas em nosso banco de dados de moléculas do semiárido (SAM), com posterior comparação estrutural e seleção de compostos com semelhanças a essas drogas. A estrutura da Topoisomerase-I e Tubulina foram obtidas a partir do Protein Data Bank (PDB), em formato PDB. Topoisomerase-I, Tubulina e os compostos selecionados por comparação molecular, foram submetidos a estudos de ancoragem molecular (docking) utilizando-se os programas AutoDock Tools 1.5.6 e AutoDock Vina⁸. Em uma etapa posterior, os complexos formados nos estudos de docking foram avaliados com o programa Pymol⁹ para se verificar a interação dos compostos selecionados e aminoácidos dos sítios ativos da Topoisomerase-I e Tubulina. As moléculas isoladas de plantas do semiárido, selecionadas como potenciais inibidores de Topoisomerase-I e Tubulina, foram estudadas empregando-se o programa MarvinSketch 6.0 (Chemaxon), a fim de se verificar número de aceptores de elétrons (HbA), doadores de elétrons (HbD) e coeficientes de partição (LogP e LogD).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A comparação estrutural de antitumorais conhecidos com moléculas isoladas de plantas do semiárido, utilizando o SAM, retornou três potenciais inibidores de **Topoisomerase-I** e **Tubulina** – *SAM012013*, *SAM202013* e *SAM322013*, sendo as duas últimas moléculas inéditas. Após os estudos de docking os complexos formados pela **Topoisomerase-I** com as *SAM012013*, *SAM202013* e *SAM322013*, apresentaram energias de afinidade -9,1 Kcal/Mol, -8,2 Kcal/Mol e -7,7 Kcal/Mol, respectivamente. Em comparação com a droga Irinotecan (-10 Kcal/Mol de energia de afinidade), a molécula *SAM012013* apresentou características semelhantes de afinidade, além de relativa biodisponibilidade sistêmica e no SNC¹⁰ – Peso molecular de 582,68 Daltons, LogP=5,97, LogD=5,15, HbA=12 e HbD=4. Os estudos com a Tubulina também utilizaram drogas conhecidas – Colecemid, Taxol e Vinblastina (-6,7 Kcal/Mol, -8,3 Kcal/Mol, -10,7 Kcal/Mol de energia de afinidade, respectivamente). Para a **Tubulina**, as moléculas *SAM012013* e *SAM202013* apresentaram características de semelhantes de afinidade com Vinblastina e Taxol, além de uma provável capacidade de passar pela barreira hematoencefálica¹⁰ – *SAM012013*: Peso molecular de 582,68 Daltons, LogP=5,97, LogD=5,15, HbA=12 e HbD=4; *SAM202013*: Peso molecular de 492,5 Daltons, LogP=5,95, LogD=4,23, HbA=16 e HbD=3. Antes de passarmos aos testes *in vivo*, faremos mais estudos teóricos para melhorar características de biodisponibilidade, toxicologia e geometria molecular.



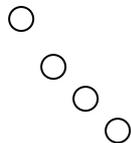
CONCLUSÃO

Os resultados obtidos a partir de estudos teóricos sobre atividade antitumoral de compostos isolados extraídos de plantas do semiárido e catalogadas no banco de dados SAM, revelaram estruturas promissoras quando comparado a alguns quimioterápicos já existentes no mercado. Atualmente, estamos iniciando uma nova etapa de estudos de modelagem molecular, utilizando ferramentas computacionais para prever, de forma teórica, novas abordagens que possam resultar em protocolos mais eficazes e acima de tudo com baixa toxicidade sistêmica em pacientes sob tratamento.

PALAVRAS-CHAVE – Neoplasias; Quimioterapia; Tubulina (proteína); Biologia Computacional.

REFERÊNCIAS

1. Demuth T, Berens M. E. Molecular mechanisms of glioma cell migration and invasion. *Journal of Neuro-Oncology*. 2004 (70). p. 217–228.
2. Takimoto CH, Calvo E. Principles of Oncology Pharmacotherapy. In: Pazdur R, Wagman LD, Camphausen K A, Hoskins WJ. *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach Medical, Surgical & Radiation Oncology*. UBM Medica p. 23 – 49.
3. Pommier Y. Topoisomerase I inhibitors: camptothecins and beyond. *Nature Reviews*. October 2006 (6). p. 789 – 802.
4. Jordan M, Wilson L. Microtubules as a target for anticancer drugs. *Nature reviews. Cancer*. 2004. p. 253–65.
5. Szakács G, Paterson J, Ludwig J, Booth-Genthe C, Gottesman M. Targeting multidrug resistance in cancer. *Nature reviews. Drug discovery*. 2006. p. 219–34.
6. Newlands E, Foster T, Zaknoen S. Phase I study of temozolamide (TMZ) combined with procarbazine (PCB) in patients with gliomas. *British journal of cancer*. 2003. p. 248–51.
7. Löscher W, Potschka H. Blood-brain barrier active efflux transporters: ATP-binding cassette gene family. *NeuroRx: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*. 2004. p. 86–98.
8. Trott O, Olson AJ. AutoDock Vina: improving the speed and accuracy of docking with a new scoring function, efficient optimization and multithreading, *Journal of Computational Chemistry* 31 (2010) 455-461.
9. The PyMOL Molecular Graphics System, Version 1.5.0.4 Schrödinger, LLC.
10. Lipinski CA. – Lead and drug- like compounds: the rule- of-five revolution. *Drug Discovery Today: Technologies*, 2004, 1, 337-341.



FREQUÊNCIA DE MICRONÚCLEOS EM CÉLULAS DA MUCOSA BUCAL DE OBESOS

Lorena Argôlo Borges¹, Igor Oliveira Moitinho¹, Denise Tostes Oliveira², Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres², Fábio Silva de Carvalho¹, Cristiane Alves Paz de Carvalho¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Jequié – Bahia – Brasil

² Universidade de São Paulo-Faculdade de Odontologia de Bauru.

Bauru - São Paulo - Brasil

E-mail: laborges01@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

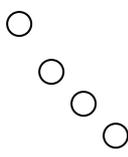
A crescente incidência da obesidade e suas comorbidades constituem-se em grande desafio para a saúde no mundo. Estudos demonstraram ligação entre obesidade e diversos tipos de câncer. A obesidade é considerada um estado de inflamação crônica de baixo grau e esta condição pode ser um fator desencadeador da carcinogênese¹⁻³. As neoplasias decorrem da perda ou inativação dos genes supressores de tumores, que leva à proliferação celular exacerbada e desordenada, conferindo ao fenótipo celular condições aberrantes, mostradas, por exemplo, por meio dos micronúcleos⁴. O teste de micronúcleos em células bucais esfoliadas é um método minimamente invasivo para estudar dano ao DNA e instabilidade cromossômica. As células com micronúcleos caracterizam-se pela presença de um núcleo principal e outras estruturas nucleares menores, denominadas micronúcleos⁵. Evidências relacionaram a frequência de micronúcleos às exposições tóxicas ambientais e ocupacionais, estilo de vida, perfil genético, câncer e ocorrência de doenças⁶⁻⁸. A frequência de micronúcleos é um fator indicativo de que alterações genéticas podem estar ocorrendo no organismo humano, diretamente relacionado à probabilidade da ocorrência de alterações do DNA celular. Considerando-se a relação entre processo inflamatório, obesidade e carcinogênese, este estudo objetivou conhecer a frequência de micronúcleos em células bucais de obesos, tendo em vista que não há estas informações na literatura científica.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Amaral Carvalho de Jaú-SP (Parecer CEPFHAC – 071/11), do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (Processo nº 106/2011) e após autorizações concedidas pelos sujeitos de pesquisa envolvidos, mediante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra foi composta por 30 indivíduos, distribuídos em dois grupos: 15 obesos (grupo teste) e 15 com peso normal (grupo controle). A classificação do peso corporal foi feita de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). Um questionário forneceu informações sobre exposições ocupacionais e não ocupacionais; hábitos e dieta. As células da mucosa bucal foram coletadas da mucosa jugal, de ambos os lados, processadas e analisadas microscopicamente. Todas as lâminas foram codificadas e as análises citogenéticas realizadas em teste cego, em microscópio óptico de luz, sob aumento de 400X. Para cada indivíduo foram avaliadas 2000 células diferenciadas para verificar a presença de danos celulares (micronúcleos e brotos nucleares). Os dados foram processados e analisados estatisticamente, por meio do teste de Mann Whitney. Considerou-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos últimos anos, a obesidade passou de mero problema estético em nível individual a um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo, que tem avançado de forma rápida e progressiva em diversas populações e que tem resultado em elevada morbidade e mortalidade, principalmente devido ao aparecimento ou agravamento de doenças associadas⁹. Todos os indivíduos obesos deste estudo apresentaram IMC $\geq 40,0$ Kg/m², caracterizado como obesidade mórbida ou grau III. No Brasil, pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica em 2007, verificou que em 20 anos a prevalência de obesidade mórbida subiu de 0,6% para 3,0%. Este dado é alarmante, pois este grau de obesidade apresenta risco considerado muito grave para o desenvolvimento de comorbidades. O câncer é uma doença complexa, em que células com expressão gênica alterada crescem de modo anormal, podendo invadir outros tecidos e perturbar sua função normal¹⁰. A influência de fatores ambientais no risco de desenvolvimento de câncer é cada vez mais aceita e estudos relataram a obesidade dentre as influências ambientais que demonstraram associação significativa com o risco para certos tipos de câncer¹¹⁻¹³. O teste de micronúcleos é



relativamente simples, de baixo custo, realizado por meio da avaliação da frequência de micronúcleos em células epiteliais e permite identificar danos genéticos em seres humanos¹⁴, sendo bastante utilizado para o biomonitoramento em grupos populacionais de risco. Os resultados deste estudo mostraram maior frequência de micronúcleos no grupo obeso em relação ao grupo controle ($p < 0,001$). Estudo realizado na Itália encontrou maior frequência de micronúcleos em linfócitos de crianças com sobrepeso e obesidade, comparada a crianças com peso normal¹⁵. No entanto, a frequência de alterações celulares em adultos obesos ainda não foi relatada na literatura científica, impossibilitando a comparação destes resultados com outros estudos.

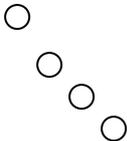
CONCLUSÃO

Não há dados disponíveis na literatura científica sobre a frequência de micronúcleos em indivíduos obesos adultos e esta foi a maior contribuição do presente estudo. A maior frequência de micronúcleos nos indivíduos obesos deste estudo indica que há maior ocorrência de dano celular neste grupo. Entretanto, apesar de ter sido observada maior frequência de danos celulares nos indivíduos obesos, muitas lacunas ainda necessitam ser preenchidas. Estudos adicionais são necessários, não somente para buscar melhor compreensão para esta associação entre a frequência de micronúcleos e a obesidade, mas também para avaliar as vantagens de incluir estes biomarcadores de risco de câncer na vigilância das populações com maior risco de desenvolver esta doença.

PALAVRAS-CHAVE – Obesidade; Câncer; Teste para micronúcleos; Células bucais esfoliadas.

REFERÊNCIAS

1. Balkwill F, Mantovani A. Inflammation and cancer: back to Virchow? *Lancet*. 2001;357:539-45.
2. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Canc*. 2004;4:579-91.
3. Osório-Costa F, Rocha GZ, Dias MM, Carvalheira JBC. Epidemiological and molecular mechanisms aspects linking obesity and cancer. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009;53(2):213-26.
4. Gisselsson D, Björk J, Höglund M, Mertens F, Cin PD, Mans A et al. Abnormal nuclear shape in solid tumors reflects mitotic instability. *Am J Pathol*. 2001;158:199-206.
5. Thomas P, Holland N, Bolognesi C, Kirsch-Volders M, Bonassi S, Zeiger E, et al. Buccal micronucleus cytome assay. *Nature Protocols*. 2009;4(6):825-37.
6. Fenech M. Cytokinesis-block micronucleus cytome assay. *Nature Protocols*. 2007;2:1084-104.
7. Rickes LN, Alvarengo MC, Souza TM, Garcia GL, Martino-Roth MG. Increased micronucleus frequency in exfoliated cells of the buccal mucosa in hairdressers. *Genetics and Molecular Research*. 2010;9(3):1921-8.
8. Nersesyan A, Chobanyan N. Micronuclei and other nuclear anomalies levels in exfoliated buccal cells and DNA damage in leukocytes of patients with polycystic ovary syndrome. *J BUON*. 2010;15(2):337-9.
9. Kopelman PG. Obesity as a medical problem. *Nature*. 2000;404(6):635-43.
10. Fenech M, Crott JW. Micronuclei, nucleoplasmic bridges and nuclear buds induced in folic acid deficient human lymphocytes-evidence for breakage-fusion-bridge cycles in the cytokinesis-block micronucleus assay. *Mutat. Res*. 2002;504:131-6.
11. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D, Million Women Study Collaboration. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Woman Study: cohort study. *BMJ*. 2007;335(7630):1134.
12. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*. 2008;371:569-78.
13. World Cancer Research Fund Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Second Expert Report. Washington, USA: American Institute for Cancer Research, 2007.
14. Fenech M, Kirsch-Volders M, Natarajan AT, Surrallés J, Crott JW, Parry J, et al. Molecular mechanisms of micronucleus, nucleoplasmic bridge and nuclear bud formation in mammalian and human cells. *Mutagenesis*. 2011;26(1):125-32.
15. Scarpato R, Verola C, Fabiani B, Bianchi B, Saggese G, Federico G. Nuclear damage in peripheral lymphocytes of obese and overweight Italian children as evaluated by the γ -H2AX focus assay and micronucleus test. *FASEB J*. 2011;25:1-9.



PERFIL DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR NEOPLASIAS DO COLO DO ÚTERO NO ESTADO DA BAHIA

Érica Assunção Carmo¹, Patrícia Honório Silva Santos¹, Diógenes Vaz de Oliveira¹, Eliane Fonseca Linhares¹, Zulmerinda Meira Oliveira¹, Leila Silva Meira¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: kynkynha20@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

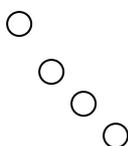
O câncer do colo do útero é uma afecção progressiva que se inicia com modificações intraepiteliais, podendo transformar-se em um processo invasivo dentro de 10 a 20 anos, assim apresenta um crescimento lento e silencioso, podendo nos estágios iniciais não apresentar sintomas e em seguida manifestar-se por sangramento vaginal, corrimento e dor. A infecção pelo Papiloma Vírus Humana (HPV) é considerada como o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero¹. Mundialmente, o câncer do colo do útero é o segundo tipo de câncer mais comum no sexo feminino, correspondendo a cerca de 15% de todos os tipos de câncer nas mulheres², de modo que, depois do câncer de mama, o colo do útero é a segunda localização anatômica mais frequente de câncer na população brasileira feminina³. Esse tipo de câncer, é também conhecido como câncer cervical e embora seja passível de cura, se responsabiliza por um grande número de óbitos entre as mulheres, principalmente quando se tratando dos países em desenvolvimento⁴. A organização Mundial da Saúde (OMS) estima que anualmente, o câncer atinja no mínimo 9 milhões de pessoas, das quais, 5 milhões vão à óbito, constituindo-se atualmente na segunda causa de morte, superada apenas pelas doenças cardiovasculares³. Com base nas considerações realizadas, o objetivo desse estudo consiste em descrever a morbimortalidade ocasionada pelo câncer do colo do útero no Estado da Bahia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo, a partir de dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sobre as internações hospitalares e a mortalidade por câncer de colo de útero durante o período de 2008 a 2012. Os dados pesquisados (número de internações hospitalares, número de óbitos e custos das internações) foram organizados de acordo com a variável faixa etária. Também foram calculadas as taxas de letalidade por tal agravo nos referidos anos, e a partir destas foi estimada a média da letalidade. Para análise e tabulação dos dados foi utilizado o programa Excel 2007 (Microsoft Corporation U.S.A.), sendo os mesmos apresentados em frequência relativa e absoluta. Os dados utilizados, neste estudo, são públicos e disponibilizados na internet pelo DATASUS, sem identificação dos indivíduos. Por essa razão, não houve necessidade de encaminhamento do estudo para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram constatadas 4119 internações hospitalares por câncer do colo de útero durante os anos de 2008 a 2012 no Estado da Bahia. Destas, observou-se que as mulheres da faixa etária de 40 a 49 anos são as mais acometidas, apresentando 1365 internações (33,14%), seguidas das que possuem de 30 a 39 anos de idade com 828 internações (20,10%). Dentre os grupos das faixas etárias a compreendida entre 0 a 29 anos foi a que apresentou o menor número de internações com 203 ocorrências (4,93%). Do total das hospitalizações por tal agravo foi evidenciado que 571 foram a óbitos (13,86%), e quanto a sua distribuição de acordo com as faixas etárias, constatou-se que a correspondente a 40 a 49 anos apresentou o maior número de mortes com 128 óbitos (22,42%), acompanhada pela de 50 a 59 anos com 124 óbitos (21,72%). A faixa etária menos acometida foi a de 0 a 29 anos, na qual foram constatados 27 óbitos, representando 4,73% da mortalidade das internações por tal agravo. Em relação à letalidade, tal agravo apresentou uma média de letalidade de 13,86% entre os referidos anos, sendo o ano de 2012 o que possuiu a maior taxa de letalidade (32,26%). No que diz respeito aos custos com internações hospitalares decorrentes de câncer do colo do útero, foi contabilizado um total de gastos de R\$ 6.815.968,87, equivalendo a uma média de R\$ 1.363.193,77 entre os cinco anos, sendo que dentre estes, o ano de 2012 foi o que apresentou o maior gasto com tal tipo de internações com R\$ 1.629.151,92 (23,90%).



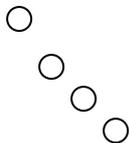
CONCLUSÃO

Foi possível observar a magnitude do problema do câncer do colo do útero na Bahia, sendo este responsável por grande número de morbimortalidade na população baiana feminina, responsabilizando-se por elevados custos tanto para o governo quanto para os familiares, o que demonstra a necessidade de adoção de estratégias para ampliar a cobertura da realização do exame citopatológico (Papanicolaou), já que este consegue detectar facilmente as alterações das células que podem desencadear essa patologia, sendo, portanto, de extrema importância sua realização periódica. É importante ressaltar que este exame deve ser realizado o mais precoce possível, uma vez que esse tipo de câncer possui evolução lenta, podendo suas manifestações aparecerem apenas quando a mulher já estiver em idade avançada, o que pode justificar os resultados desse estudo, onde as mulheres mais acometidas foram as da faixa etária de 40 a 49 anos.

PALAVRAS – CHAVE: Neoplasias do Colo do Útero; Morbidade; Mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil). Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo de útero e da mama/ Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Martins, LFL, Thuler, LCS, Valente, JG. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. Rev Bras Ginecol Obstet. v. 8, n. 27, p. 485-92, 2005.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil para 1999. Rio de Janeiro: INCA; 1999.
4. Brats, Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologia em Saúde. Ano VI, nº 17, dezembro, 2011.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih%2Fcvn%2Fniba.def>. Acesso em: 16 Agos. 2013.



PREVALÊNCIA DE CÂNCER E CONDIÇÕES DE SAÚDE EM IDOSOS

Paloma Andrade Pinheiro¹, Ludmila Schettino Ribeiro de Paula¹, Marcos Henrique Fernandes¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: palomaapfio@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

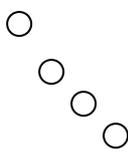
O Brasil demonstra um perfil populacional que sinaliza rápida mudança na estrutura etária do país, com aumento progressivo da população idosa. Desde 1940, o grupo etário com idade igual ou superior a 60 anos é aquele que, proporcionalmente, mais cresce^{1,2}. Essa transição demográfica é acompanhada por uma alteração no padrão de morbi-mortalidade, caracterizado pelo aumento de doenças crônico-degenerativas, como o câncer, de forma a resultar em sérios desafios aos serviços de saúde³. Até então considerado raro e excepcional, o câncer, intimamente associado com o envelhecimento, passa a ser visto como um problema cada vez mais presente, pois consiste em uma doença que afeta não apenas o indivíduo, mas toda a sociedade. A grande incidência e letalidade, além da redução do potencial de trabalho humano e do impacto econômico, geram elevados custos envolvidos com assistência à saúde⁴. Apesar da maioria dos diagnósticos de câncer não ter cura, vários deles podem ser prevenidos ou controlados por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado⁵. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo descrever a prevalência de câncer em idosos e suas condições de saúde, em uma comunidade no interior da Bahia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal, de base populacional e domiciliar⁶ que apresentou dados de uma pesquisa epidemiológica denominada “Estado nutricional, comportamentos de risco e condições de saúde dos idosos de Lafaiete Coutinho-BA” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (nº 064/2010). O local de estudo foi o município de Lafaiete Coutinho-Ba que apresenta baixos indicadores sócio-demográficos, com a maioria de sua população composta por trabalhadores rurais e prestadores de serviços. A população alvo do estudo consistiu de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (n = 355), de ambos os sexos e residentes em domicílio na zona urbana do município de Lafaiete Coutinho-BA. Os dados foram coletados em formulário próprio, baseado no questionário usado na Pesquisa Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) em sete países da América Latina e Caribe⁷, acrescido da Escala de Depressão Geriátrica. Foi realizada análise descritiva para todas as variáveis: frequências absolutas e relativas, para as variáveis categóricas; média, desvio padrão, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas. Os dados foram tabulados e analisados no The Statistical Package for Social Sciences para Windows (SPSS. 15.0, SPSS, Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 316 idosos, sendo 54,7% mulheres. A idade variou de 60 a 105 anos, com a média de 74,2 ± 9,8 anos. A prevalência de câncer nesta população foi de 1,3% (n=4), sendo que 50% da população acometida era do sexo feminino e com idade entre 69 a 86 anos. O tempo de diagnóstico do câncer variou de um (1) a quatro (4) anos, sendo que o indivíduo com menor idade havia maior tempo de convivência com a doença. Os cuidados com saúde e a sobrevida desses indivíduos tem crescido como comprovado na Noruega, onde mais de 41000 idosos vivem com uma história de dois anos de câncer diagnosticado⁸. Dos indivíduos que apresentaram câncer no presente estudo, todos eram católicos e consideravam a religião importante em suas vidas. Teixeira e Lefèvre⁹ apontam que quem tem fé religiosa se sente mais bem preparado e forte para lutar contra as adversidades da vida e identificaram que a fé e o tratamento médico têm sinergia positiva para o enfrentamento da doença. Por outro lado, a depressão, presente em cerca de 20% dos indivíduos com câncer, segundo Philip et al¹⁰, dificulta esse enfrentamento e está associada com diminuição das escalas de qualidade de vida, com baixa adesão ao tratamento e com mau prognóstico¹¹. No presente estudo, 75% dos idosos apresentaram auto percepção de saúde negativa e 25% apresentaram sintomas depressivos. Além da depressão, a presença de duas ou mais doenças crônicas associadas ao câncer (75%), muitas vezes relacionadas a mudanças dos hábitos alimentares e ao aumento do sedentarismo prejudicam a qualidade de vida desses indivíduos⁵. Diante dessas co-morbidades e da rápida evolução dessa doença, a hospitalização é muitas vezes inevitável para pacientes com câncer. Dependendo do tipo de malignidade, o tempo médio de



permanência pode variar amplamente e exigir altos custos com cuidados no tratamento¹². No presente estudo, 25% dos idosos com câncer foram hospitalizados no último ano.

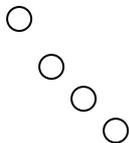
CONCLUSÃO

A prevalência de câncer nesta população foi de 1,3%, com tempo de diagnóstico variando de um a quatro anos. Em relação às características desses indivíduos, 50% são do sexo feminino, 100% são católicos e consideram a religião importante em suas vidas, 75% apresentam auto percepção de saúde negativa e a presença de duas ou mais doenças crônicas, e 25% apresentaram sintomas depressivos e foi hospitalizado no último ano. É bem descrito que o processo de envelhecimento acarreta modificações na estrutura celular; estas associadas ao fato desses indivíduos serem expostos por mais tempo a fatores de risco para o câncer, talvez explique a maior predisposição dos idosos apresentarem diagnóstico de câncer. É importante ressaltar que o aparecimento da doença será dependente da intensidade e tempo de duração da exposição das células aos agentes causadores do câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Doença crônica; Envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saude Publica* 24(3): 597-605, 2008.
2. Nogueira SL et al. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *Rev Bras Est Pop* 25(1): 195-8, 2008.
3. Veras, R. O envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica* 43(3), 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Pare de fumar: tabaco e economia. Rio de Janeiro: Inca; 2005.
5. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* 14(4):779-86, 2011.
6. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*. 3rd Ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA. 2008.
7. Albala C. et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de La encuesta y perfil de La población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 17(5/6):307-22, 2005.
8. Syse A, Veenstra M, Aagnes B, Tretli S. Cancer incidence, prevalence and survival in an aging Norwegian population. *Norsk Epidemiologi* 22(2):109-20, 2012.
9. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva* 13(4):1247-56, 2008.
10. Philip EJ, Merluzzi TV, Zhang Z, Heitzmann CA. Depression and cancer survivorship: importance of coping self-efficacy in post-treatment survivors. *Psychooncology*. 22(5):987-94, 2013.
11. Arrieta Ó. et al. Association of Depression and Anxiety on Quality of Life, Treatment Adherence, and Prognosis in Patients with Advanced Non-small Cell Lung Cancer. *Annals of Surgical Oncology* 20(6): 1941-8, 2013.
12. Mitchell JK. Prolonged hospitalization in patients with cancer: how long is too long? *ONS Connect*. 25(1):17, 2010.



CÂNCER DE COLO UTERINO EM MULHERES DE IDADE FÉRTIL

Zulmerinda Meira Oliveira¹, Rose Barbosa Souza¹, Carlos Henrique Mendes Malhado¹, Joana Angélica Andrade Dias¹, Juliana da Silva Oliveira¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: zulmerindameira@bol.com.br

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

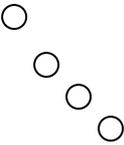
O câncer está entre as principais causas de morte em mulheres e, a mudança de hábitos e o estresse gerado pelo estilo de vida do mundo contemporâneo, contribuem diretamente na incidência dessa doença e tem relevância destacada na modificação do perfil epidemiológico na população feminina¹. O carcinoma do colo de útero constitui a neoplasia mais frequente do aparelho genital feminino nos países em desenvolvimento. No Brasil, é a segunda neoplasia maligna incidente na mulher, superado somente pelo câncer de mama, sendo a quarta causa de morte por câncer em mulheres². Classicamente, a história natural do câncer do colo uterino é descrita como uma afecção iniciada com transformações intra-epiteliais progressivas que podem evoluir para uma lesão cancerosa invasora, num prazo de 10 a 20 anos. Pode ser prevenido a partir do exame citopatológico do esfregaço cérvico vaginal (Papanicolau) anualmente, podendo ser detectado precocemente por meio deste. Em geral, sua incidência está em declínio na maioria dos países que possuem um sistema adequado de rastreamento, mas prevê-se que possa haver um aumento nas taxas da doença nos próximos anos, devido à mudança de costumes e aumento da permissividade sexual³. Este estudo objetivou identificar a incidência e fatores associados a neoplasias do colo uterino em mulheres em idade fértil do Município de Jequié/BA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo caso controle que teve como informantes 36 mulheres em idade fértil cadastradas em quatro unidades de saúde da família do município de Jequié/BA no ano de 2008, sendo um grupo formado por 13 mulheres que adquiriram a neoplasia do colo uterino e outro com 23 mulheres que realizaram o exame colpocitológico no mesmo período e apresentou resultado negativo para o câncer do colo uterino, as quais foram selecionadas de forma aleatória. A coleta de dados ocorreu nas quatro unidades de saúde da família por meio da análise dos prontuários, nos domicílios dessas mulheres, assim como no Sistema de Informação do Colo Uterino (SISCOLO) referente ao município, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Ressalta-se que este estudo foi previamente submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP - da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, conforme parecer nº186/2009, respeitando as questões éticas relativas à pesquisas envolvendo seres humanos³. Foi realizada a análise descritiva das variáveis qualitativas (DST, aborto, tabagismo, câncer na família, contraceptivo oral e injetável) e variáveis quantitativas (menarca, idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais e paridade) com o câncer e aplicado teste Qui-Quadrado de Pearson e Anova a 5% de significância, utilizando o software SAS (2003)⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível perceber uma alta incidência de lesões intra-epiteliais cervicais no município de Jequié em 2008. Quanto ao carcinoma invasor a incidência foi relativamente baixa (6,28 por 100.000 habitantes), considerando a epidemiologia do País, que em 2008 foi de 19,18 por 100.000 habitantes⁵. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) para as variáveis: menarca, idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais, paridade, aborto, tabagismo, contraceptivo hormonal oral e injetável nos dois grupos pesquisados. O tabagismo tem sido apontado como facilitador da transformação em câncer pela diminuição da imunidade local³, mas no estudo não houve diferença estatisticamente significativa no hábito de fumar entre os grupos. O uso de contraceptivos orais por período maior que dez anos é tido como um fator co-promotor para a referida neoplasia², entretanto esta hipótese não foi comprovada, vez que tanto as mulheres que tiveram neoplasia, quanto as que não tiveram faziam uso do método por curto período, nos casos (53,85%) e nos controles (69,56%). Com referência às variáveis *DST* e *câncer na família*, foi encontrada relação significativa ($p < 0,05$) entre essas e a neoplasia do colo uterino, o que fortalece a relação com a hereditariedade. A hereditariedade não é divulgada cientificamente, no entanto



encontrou-se uma associação entre o câncer do colo uterino e pessoas que relataram haver histórico de qualquer tipo de câncer na família. A relação entre o câncer cervical e DST foi bem estabelecida, sendo a maioria dessas DST constituída pela infecção por HPV. Entre as mulheres que tiveram a neoplasia, 61,54% apresentaram essa infecção, 7,69% apresentaram outro tipo de DST e 30,77% referiram não ter nenhum tipo de DST. No controle, 91,30% não apresentaram qualquer tipo de DST, nenhuma teve HPV e 8,70% tiveram algum outro tipo de DST.

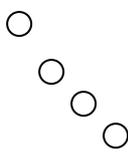
CONCLUSÕES

Observou-se que a incidência de câncer de colo do útero foi relativamente baixa nas unidades pesquisadas, tendo sido encontrado como fatores determinantes dessa afecção a presença de DST em especial o HPV além do fator hereditariedade. Nesse sentido, é possível perceber a necessidade de reflexões sobre a importância das atividades educativas para a motivação das mulheres quanto a realização periódica do exame colpocitológico para prevenção dessa neoplasia e das DST, contribuindo ainda para que os profissionais de saúde ampliem seus conhecimentos sobre esta temática.

PALAVRAS-CHAVE: Exame Colpocitológico; Incidência; Neoplasias do colo do útero

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
4. SAS Institute. SAS: user guide. Versão 9.1. Cary. SAS Institute; 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007.



NEOPLASIAS MALIGNAS NO BRASIL, NO ESTADO DA BAHIA E MUNICÍPIO DE JEQUIÉ ENTRE OS ANOS DE 2002 E 2011

Ícaro José Santos Ribeiro¹, Ivna Vidal Freire², Jules Ramon Brito Teixeira², Eduardo Nagib Boery², Rita Narriman Silva de Oliveira Boery², Cezar Augusto Casotti²

¹ Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz/FIOCRUZ

Salvador – Bahia – Brasil.

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié – Bahia – Brasil

E-mail: julesramon@gmail.com

INTRODUÇÃO

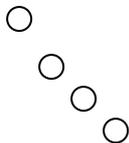
Está bem estabelecido que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morte no mundo, sendo responsáveis por 63% das 57 milhões de mortes ocorridas em 2008¹. A maioria dessas mortes, 36 milhões, foi atribuída a doenças cardiovasculares e diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer. No geral, estima-se que 12,7 milhões de novos casos de câncer e 7,6 milhões de mortes por câncer ocorreram em 2008, sendo que 56% dos novos casos e 63% das mortes por câncer ocorreram nas regiões menos desenvolvidas do mundo². O aumento da porcentagem estimada na incidência de câncer em 2030, em comparação com 2008, será maior em países de baixa (82%) e média-baixa renda (70%) em comparação com os de alta (58%) e média-alta (40%) renda³. Estimativas apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 novos casos de câncer, em 2012, no Brasil. É esperado um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino⁴. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência e o coeficiente de mortalidade (CM) por neoplasias malignas ocorridas no período de 2002 a 2011 no Brasil, no estado da Bahia e no município de Jequié-Ba.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, cujos dados foram obtidos por meio de consulta à base de dados SIM (Sistema de Informações de Mortalidade), disponibilizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados do estudo foram constituídos por todas as notificações de óbitos por neoplasias malignas no Brasil, no estado da Bahia e no município de Jequié-BA. Para o cálculo dos CM por neoplasias malignas no Brasil, no estado da Bahia e no município de Jequié foi considerada a população residente no Brasil, no estado da Bahia e no município de Jequié-BA no período de 2002 a 2011, sendo que estas foram obtidas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As estatísticas de mortalidade constituem os melhores indicadores para identificar os problemas de saúde da população, sendo utilizadas para comparações entre países, entre regiões de um mesmo país ou para avaliar, em um mesmo país ou região, a evolução da situação de saúde no tempo⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2002 e 2011 ocorreram no Brasil, na Bahia e no município de Jequié, respectivamente, 1.573.426, 74.117 e 1.826 óbitos por neoplasias malignas. O número absoluto desses óbitos cresceu constantemente no Brasil e na Bahia em toda a série histórica, o mesmo acontecendo no município de Jequié, com exceção dos anos de 2007 e 2011. O CM por neoplasias malignas no Brasil, estado da Bahia e município de Jequié-BA foram respectivamente 84,60; 52,95; e 121,81 por 100.000 habitantes. No Brasil o maior CM foi no ano de 2011 (95,84/100.000 habitantes), na Bahia também foi em 2011 (67,57/100.000 habitantes), e, no município de Jequié foi o de 2010 (155,37/100.000 habitantes). No período analisado o CM por neoplasias malignas cresceu de forma acentuada, sendo que os do município de Jequié e do estado da Bahia acompanharam a tendência nacional. Esses achados são ratificados por um estudo que avaliou as tendências de mortalidade por neoplasias malignas nas capitais e demais cidades do Brasil, onde também ocorreu crescimento no CM geral por câncer entre os anos de 1980 e 2006⁶. Em estudo realizado em 10 capitais brasileiras evidenciou-se crescimento da mortalidade por doenças neoplásicas ao longo de 20 anos (1980-2000), para ambos os sexos. Sendo que o CM foi superior para o sexo masculino e para indivíduos acima de 60 anos. Uma explicação para esses resultados pode ser atribuída aos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional experimentados no Brasil⁷. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, no Brasil, o câncer apresenta extrema relevância por seu perfil epidemiológico e prognóstico quase sempre desfavorável, tendo conquistado espaço na agenda política e técnica das esferas de governo. O conhecimento e análise da situação atual da doença, e como ela se comportou



no passado, permite estabelecer prioridades das ações de saúde, além de melhor alocação e direcionamento dos recursos para a modificação positiva desse cenário⁴.

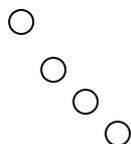
CONCLUSÃO

No período analisado houve um aumento da prevalência e do coeficiente de mortalidade por neoplasias malignas no Brasil, no estado da Bahia e no município de Jequié-BA. A escassez de dados epidemiológicos das neoplasias malignas na Bahia e no município de Jequié é preocupante, tendo em vista a necessidade de um efetivo monitoramento deste agravo, considerando que a sua prevenção e tratamento dependem destes tipos de dados. Sugere-se que mais estudos sejam desenvolvidos, visando a analisar a tendência da mortalidade por neoplasias malignas e, assim, subsidiar o planejamento e a implementação de políticas públicas de saúde efetivas e baseadas num real diagnóstico situacional.

PALAVRAS-CHAVES: Neoplasias; Prevalência; Coeficiente de Mortalidade; Estudos epidemiológicos.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles – 2011. Geneva: WHO; 2011.
2. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127(12):2893–917.
3. WHO. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2010.
4. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011.
5. Laurenti R, Jorge MHP de M, Gotlieb SLD. Estatísticas de mortalidade e seus usos. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde*. 2013;7(2).
6. Silva GA, Gamarra CJ, Girianelli VR, Valente JG. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1009–18.
7. Cervi A, Hermsdorff HHN, Ribeiro RCL. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(4):407-18



CÂNCER DE MAMA EM HOMENS BRASILEIROS: PADRÕES REGIONAIS E ATUAIS DE INCIDÊNCIA

**Camila Calhau Andrade¹, Jamilly Freitas Ribeiro¹, Jonatas Fonseca dos Reis¹,
Edite Lago da Silva Sena¹**

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: mila_calhau@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer de mama em homens apresenta-se como uma neoplasia rara, pouco conhecida e pouco estudada. A cada 100 casos de câncer de mama é esperada a ocorrência de apenas um no sexo masculino¹. A etiologia desse câncer em homens ainda não está bem definida, mas alguns fatores predisponentes podem ser enumerados como: antecedente familiar, tratamentos hormonais prolongados, tumores de testículo, orquite, traumas testiculares, tumores de próstata, obesidade, síndromes genéticas e ginecomastia². Normalmente a doença inicia-se de maneira insidiosa, sendo algumas manifestações clínicas características como: espessamento do tecido glandular mamário, retração na pele, presença de nódulo sólido, secreção papilar sanguinolenta e, em estágio mais avançado, úlcera³. O diagnóstico utiliza recursos de imagem como mamografia e ecografia, sendo que biopsias também podem ser solicitadas para melhor avaliação histológica. Além disso, o tratamento segue o preconizado para a neoplasia mamária feminina com cirurgias, possíveis sessões de radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia³. De maneira geral, trata-se de um câncer que é diagnosticado tardiamente e que, por isso, apresenta pioras no prognóstico⁴. O presente estudo objetiva analisar o perfil das internações hospitalares e óbitos por neoplasia mamária em homens no Sistema Único de Saúde (SUS), segundo região, grupo etário e cor/raça nos últimos cinco anos.

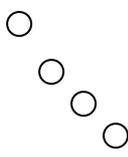
MATERIAL E MÉTODOS

Estudo quantitativo, com análise estatística descritiva das informações originadas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, encontradas na base de dados do DATASUS sobre a morbidade hospitalar por neoplasias, no período de 2009 a Junho de 2013. As informações referentes ao número de internações e óbitos por todas as neoplasias malignas, por neoplasia maligna de mama em ambos os sexos e, por fim, por neoplasia maligna de mama apenas em homens foram consultadas em agosto de 2013 e tabeladas para análise e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos últimos cinco anos o Brasil registrou 2.792.091 casos de neoplasias malignas. Desse total, 7,2% referem-se a casos de neoplasias malignas da mama sendo que 1,7% foram diagnosticados em homens, índice acima da média apresentada pela literatura, que varia entre 0,7% a 1% do total dos cânceres mamários^{5,6}. As variáveis estatísticas segundo região apontam que o Sudeste apresenta os maiores índices de homens com câncer da mama (42,8%), seguido da região Nordeste (23,4%), região Sul (20,3%), Centro-Oeste (8,4%) e, por fim, a região Norte (5,1%). Em relação à variável cor/raça, foi identificada a predominância de câncer de mama em homens autodeclarados brancos (38,1%), seguido dos pardos (27,8%), pretos (4,6%) e amarelos (0,8%). Não houve casos na população de homens indígenas e a ausência de informações em relação ao padrão racial esteve presente em 28,7% dos registros. A predominância de diagnósticos em homens brancos contradiz estudos que apontam maior prevalência da neoplasia em homens negros, sugerindo, inclusive, predisposição genética^{7,8}. Entretanto, ao mesmo tempo, corrobora com outros que identificaram maiores índices da doença em indivíduos caucasianos^{9,10}. O grupo etário mais acometido pela neoplasia foi o da faixa de 40 a 59 anos (37,8%) seguido da faixa etária de 60 a 79 anos (37,4%), dados compatíveis com os relatados na literatura e relacionados ao pouco conhecimento sobre os primeiros sintomas da patologia e conseqüente retardo no diagnóstico^{9,11}. No que concerne aos óbitos, nos últimos cinco anos foram registrados 16.963 óbitos por neoplasia de mama em ambos os sexos. Desse total, 1,5% refere-se a óbitos em homens. Apesar da baixa mortalidade detectada, a associação entre idade mais avançada e diagnóstico tardio, sugere taxas gerais de sobrevivência mais baixas para homens do que para mulheres com câncer de mama^{9,12}.

CONCLUSÃO

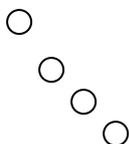


Resguardadas as limitações de estudos desenvolvidos a partir de dados secundários, observou-se que nos últimos cinco anos, o Brasil apresentou índices acima da média esperada para neoplasias malignas mamárias masculinas, com predominância em indivíduos residentes na região Sudeste, da cor branca na faixa etária de 40 a 79 anos. Considerando a raridade da doença, grandes campanhas populares de rastreamento e prevenção do câncer de mama masculina ainda não se apresentam como prioridade no atual contexto de saúde do Brasil. Entretanto, é importante a divulgação da existência e das estratégias utilizadas para detecção precoce desse tipo de neoplasia tanto para a população quanto para os profissionais de saúde, a fim de evitar o diagnóstico tardio. Além disso, diante da escassez de estudos científicos nacionais com a temática, julga-se importante o investimento em mais pesquisas na perspectiva da consolidação dos fatores e grupos de risco, bem como de uma divulgação efetiva.

PALAVRAS- CHAVE: Neoplasias da mama masculina; Neoplasias da mama; Perfil de Saúde; Epidemiologia descritiva; Saúde do Homem.

REFERÊNCIAS

1. Freitas ALMS, Silva LLM, Toscani NV, Graudenz MS. Perfil imuno-histoquímico de carcinomas mamários invasores em homens. J. Bras. Patol. Med. Lab. [serial on the Internet]. 2008 Oct [cited 2013 Aug 23]; 44(5): 375-380.
2. Brinton LA, Carreon JD, Gierach GL, MxGynn KA, Gridle G. Etiologic factors for male breast cancer in the U.S. Veterans Affairs medical care system database. Breast Cancer Res Treat. 2010; 119(1): 185-92.
3. Leme LHS, Souza GA. Câncer de mama em homens: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. Rev. Ciên. Med. 2006; 15(5): 391-398.
4. Michell RAD. Estudo caso-controle dos marcadores clínico-patológicos e imuno-histoquímicos no câncer de mama masculino em relação ao feminino e seu impacto com a sobrevida [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Oncologia; 2010.
5. Carmalt HL, Mann LJ, Kennedy CW, Fletcher JM, Gillet DJ. Carcinoma of the male breast: a review and recommendations for management. Aust and N Z J Surg. 1998;68(10):712-5.
6. American Cancer Society. Câncer facts & figures 2010. Atlanta, GA. 2010.
7. Goodman MT, Tung KH, Wilkens LR. Comparative epidemiology of breast cancer among men and women in the US, 1996 to 2000. Cancer Causes & Control. 2006. 17(2): 127-136.
8. Brenner B, Fried G, Levitzki P, Rakowsky E, Lurie H, Neuman A et al. Male breast carcinoma in Israel. Cancer 2002; 94(8):2128-33.
9. Ravi A, Bang H, Karsif K, Nori D. Breast cancer in men: prognostic factors, treatment patterns and outcome. Am J Mens Health. 2012. 6(1): 151-58.
10. Leme LHS. Aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos do câncer de mama em homens [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2005.
11. Gibson TN, Brady-West D, Willians E, Walters J. Male breast cancer. An analysis of four cases and review of the literature. West Indian Med J 2001; 50(2):165-8.
12. Giordano SH, Cohen DS, Buzdar AU, Perkins G, Hortobagyi GN. Breast carcinoma men: a population-based study. Cancer. 2004;101(1):51-7.



ESTUDO SOBRE NEOPLASIAS RELACIONADAS ÀS RADIAÇÕES IONIZANTES ORIUNDAS DOS MUNICÍPIOS DE CAETITÉ E LAGOA REAL - BAHIA

Kelvis Trindade Santos¹, Danielba Almeida Silva¹, Rosângela Santos Pereira¹, Julita Maria Pereira Borges²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Jequié – Bahia – Brasil

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Vitória da Conquista – Bahia – Brasil

E-mail: kelvis_141@hotmail.com

INTRODUÇÃO

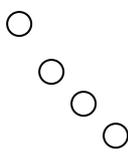
Exposição a agentes físicos e químicos genotóxicos, podem resultar em danos genéticos na população humana. Esses agentes podem interferir no desenvolvimento normal das células, afetar o crescimento e a proliferação celular, o que leva a um aumento do risco de desenvolvimento de neoplasia.^{1,2} A radiação ionizante é um exemplo de agente físico genotóxico, que pode induzir diretamente (via de absorção de energia) ou indiretamente (via de alta produção de radicais livres reativos) danos às moléculas de DNA.⁴ A radiação ionizante, tal como a emitida por urânio, pode causar mutações e conseqüentemente levar a neoplasia em células humanas.⁴ As pessoas podem ser cronicamente expostas ao urânio quer a partir de fontes ambientais, através da ingestão de alimentos e água com conteúdo relativamente alto de urânio, ou através da inalação de partículas de urânio e poeiras (trabalhadores da indústria nuclear). No Brasil existe, uma reserva de urânio na cidade de Caetité situada na região sudoeste do Estado da Bahia há cerca de 757 km de Salvador. O município de Lagoa Real também apresenta reserva, descoberta em 1977 com base em levantamentos aerogeofísicos, a qual abrange uma área de 1.200 Km². O objetivo desse estudo foi verificar a relação entre as neoplasias e as radiações ionizantes nas cidades baianas de Caetité e Lagoa Real, segundo as características sociodemográficas, no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico temporal. Foi realizado um estudo descritivo cuja fonte de informação foi o sistema de informações hospitalares do SUS que se encontra disponível no DATASUS. Os dados referem-se ao período entre 2008 a 2012. Foi utilizada a 10^a Classificação Internacional de Doenças. Os dados coletados para a análise por Neoplasias, do CID-10, foi o capítulo II. O banco de dados utilizado Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS) é construído com os dados que compõem a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento obrigatório nas internações realizadas pelo SUS. O SIH é o sistema oficial do Ministério da Saúde, desenvolvido pelo DATASUS que processa as informações geradas na área hospitalar, possibilitando o gerenciamento, o acompanhamento do teto financeiro, a produção dos serviços de saúde e o pagamento aos prestadores de serviços.⁵ Para o estudo da neoplasia, foi considerada a morbidade hospitalar por local de residência, no qual as seguintes informações foram utilizadas: ano, sexo, faixa etária, as AIHs pagas e taxa de mortalidade. Os dados utilizados, neste estudo, são públicos e estão disponibilizados na internet pelo DATASUS, sem identificação dos indivíduos. Por isso não houve necessidade de encaminhamento do artigo para aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizando uma comparação entre a Bahia em geral e a cidade de Caetité, verifica-se que do ano de 2008 para 2012, houve um aumento de aproximadamente 25% dos casos de internações por neoplasia na Bahia e 74% na cidade de Caetité. Não sendo possível realizar comparações com a cidade de Lagoa Real, pois no decorrer de todo o período, houve variações irregulares nos valores da AIH. As internações por neoplasia na Bahia foram maiores com as mulheres do que com os homens. Fato também observado na cidade de Caetité e Lagoa Real. Entretanto na Bahia, comparando os anos de 2008 e 2012 houve um aumento de 29% nos casos de internações por neoplasia no sexo masculino e um aumento de 22% no sexo feminino. Em Caetité o número de internações no sexo masculino diminuiu enquanto que no sexo feminino cresceu aproximadamente 373%. Em contrapartida, a cidade de Lagoa Real apresentou diminuição em ambos os sexos, 50% feminino e 75% masculino. A faixa etária que apresentou maior índice com internações foi de 45 a 59 anos, tanto na Bahia quanto em Caetité. Entretanto em Lagoa Real a faixa etária foi de 55 a 59 anos. O resultado



encontrado na Bahia, Caetité e Lagoa Real, para a taxa de mortalidade por neoplasias demonstrou um aumento no período de 2008 a 2012, sendo que a cidade de Lagoa Real apresentou uma significativa taxa de mortalidade, mesmo ocorrendo óbitos apenas em 2010 e 2011. O aumento da taxa de mortalidade na Bahia foi de 28% entre os anos de 2008 a 2012, enquanto Caetité apresentou aproximadamente 42% e Lagoa Real 259%. Ao analisar a tendência da mortalidade das três regiões (Bahia, Caetité, Lagoa Real) no período estudado pelas variáveis sexo e ano de processamento, observa-se que todas apresentam uma taxa de mortalidade, maior nos homens. Este critério difere quanto à Autorização de Internação Hospitalar (AIH), no qual verificou-se uma maior taxa de internação pelo sexo feminino. Verifica-se que a faixa etária de 80 anos ou mais apresentou a maior taxa de mortalidade.

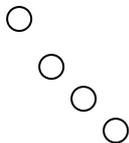
CONCLUSÃO

Diversos estudos apontam a ação da radiação ionizante, tal como a emitida por urânio, no processo de desenvolvimento de neoplasia em células humanas. Foram verificadas as cidades baianas, Caetité e Lagoa Real, que estão frequentemente expostas a estas radiações e a sua relação com o desenvolvimento de câncer, utilizando como critério autorização de internações e taxa de mortalidade. A partir da análise dos dados obtidos no DATASUS, analisou-se que a cidade de Caetité apresentou maior taxa de internação, enquanto Lagoa Real maior taxa de mortalidade. Sendo relevante a análise das variáveis sexo e faixa etária, este primeiro demonstrou que o sexo masculino apresentou maior taxa de mortalidade e o feminino maior taxa de internação, enquanto que o segundo apresentou um número maior de óbitos em 80 anos ou mais. Uma possível explicação para os resultados encontrados, provavelmente é decorrente do fato de que a população estudada está frequentemente exposta as radiações ionizantes.

PALAVRAS- CHAVE: Neoplasia; Radiação; Urânio.

REFERÊNCIAS

1. Natarajan AT. "Mechanisms for induction of mutations and chromosome alterations," *Environmental Health Perspectives*. 1993. 101(3): 225–9.
2. Natarajan AT. "Techniques for biomonitoring of human populations for genetic effects," *Revista Brasileira de Genética*. 1993. 16(3):841–7.
3. Iyer R, Lehnert BE. "Effects of ionizing radiation in targeted and nontargeted cells," *Archives of Biochemistry and Biophysics*. 2000. 376(1):14–25.
4. Louro ID, Llerena Jr JC, Vieira de Melo MS. *Genética Molecular do Câncer*. Editora MSG Produção, 2ª Ed. São Paulo, 2002.
5. DATASUS [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2013 ago 11]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>.



RELAÇÃO DO EPSTEIN-BARR VÍRUS COM O LINFOMA DE BURKITT

Luana Anselmo da Silva¹, Maria Luiza Anselmo da Silva¹, Camila Anselmo da Silva¹, Winnie Brito da Hora Souza¹, Lucas de Almeida Silva¹, Fabio Ornellas Prado¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: luazinha-bj@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

O vírus Epstein Barr (EBV) é um membro da família *Herpesviridae*, da subfamília *gammaherpesviridae* que apresenta um tropismo por linfócitos B e também infecta células epiteliais^{1,2}. O único hospedeiro natural para o EBV é o ser humano. O ciclo de vida está dividido em fase lítica e latente³. O EBV é um dos agentes causadores da mononucleose infecciosa e infecta cerca de 95% da população mundial adulta de forma assintomática ao longo de toda a vida do hospedeiro e seu estado latente pode evoluir para produzir vários linfomas de células B, carcinomas orais, especialmente o de nasofaringe, câncer gástrico, Linfoma de Burkitt e outros^{1,4-5}. O linfoma representa um grupo de neoplasias malignas com origem de células linfóides, e que se diferem da leucemia linfocítica por se apresentarem na forma de massas tumorais sólidas e se originarem de tecidos linfóides como os linfonodos. Os linfomas são divididos em duas entidades clínico-patológicas distintas: linfoma não Hodgkin (LNH) e linfoma de Hodgkin (LH). Os LNHS são classificados em 3 categorias: linfoma de pequenas células não clivadas (do tipo Burkitt e não Burkitt), linfoma linfoblástico e linfoma de grandes células^{6,7}. O linfoma Burkitt (LB) foi a primeira neoplasia em humanos associada a um vírus oncogênico e desde então é considerado um paradigma na etiopatogenia dos linfomas. O objetivo deste trabalho é descrever o papel do EBV na carcinogênese do Linfoma Burkitt.

METODOLOGIA

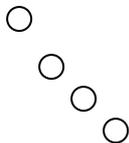
Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO, MedLine e Lilacs, utilizando-se como termos de busca 'Linfoma Burkitt' e 'Vírus Epstein-Barr', limitando o período da pesquisa entre 2003 e 2013. Foram levantados 36 artigos após selecionar criteriosamente os que contemplavam a temática, esse número caiu para 13 artigos, os quais foram utilizados para elaboração deste trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diversos estudos têm relatado a ação de proteínas do vírus EBV na transformação maligna⁸⁻¹⁰. O genoma viral é constituído de aproximadamente 100 genes que são expressos durante a replicação, mas somente 10 desses genes são expressos nas células B infectadas in vitro: 2 tipos de RNA, 6 proteínas nucleares e 2 proteínas de membrana. Esta redução de proteínas virais durante a latência do vírus diminui o número de proteínas que possam ser reconhecidas por células T citotóxicas e permitem a evasão do vírus da destruição pelos mecanismos de defesa do sistema imune, possibilitando sua permanência no hospedeiro¹¹. O antígeno nuclear EBNA-1 liga-se ao DNA viral e permite que o genoma do vírus seja mantido na célula B. Esta proteína é expressa em todas as formas de latência viral e está implicada na patogênese de diversas malignidades associadas ao EBV, inclusive do LB⁸. O EBV oncogênico age provocando mudanças somáticas nas células, que dessa forma adquirem capacidades adicionais, permitindo se adaptar ao ambiente em mudança e superar as prevalentes restrições do hospedeiro encontradas durante o desenvolvimento do tumor¹⁰. Esses dados sugerem que o vírus Epstein-Barr pode ter vários mecanismos de ação, cuja importância varia conforme o tecido alvo. Sob esse raciocínio, um desses mecanismos seria induzir mutação no p53, importante no linfoma de Burkitt e nos carcinomas gástrico e de cabeça e pescoço, mas não no carcinoma de nasofaringe¹². Além disso, infecções como a malária, o vírus HIV e estados de imunodepressão aumentam o número de células B infectadas pelo vírus EBV, possivelmente, aumentando o risco de anormalidades genéticas e aparecimento do LB relacionado ao EBV¹³.

CONCLUSÃO

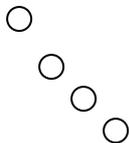
Existe forte associação entre a infecção latente pelo vírus Epstein-Barr e o desenvolvimento de tumores malignos em humanos. Várias das proteínas expressas pelo EBV atuam diretamente como oncogene, estimulando a proliferação das células infectadas.



PALAVRAS - CHAVE: Herpesvirus Humano 4; Linfoma; Linfoma Não-Hodgkin.

REFERÊNCIAS

1. González X, Correnti M, Rivera H, Perrone M. Epstein Barr Virus detection and latent membrane protein 1 in oral hairy leukoplakia in HIV+ Venezuelan patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15(2): 297-302.
2. Takacs M, Banati F, Koroknai A, Segesdi J, Salamon D, Wolf H, Niller HH, Minarovits J. Epigenetic regulation of latent Epstein-Barr virus promoters. *Biochim Biophys Acta* 2010; 1799 (3-4): 228-35.
3. Bocian J, Januszkiewicz-Lewandowska D. Epstein-Barr virus infection - life cycle, methods of diagnosis, associated diseases. *Postepy Hig Med Dosw (Online)* 2011; 65: 286-98.
4. Dolcetti R, Masucci MG. Epstein-Barr virus: induction and control of cell transformation. *J Cell Physiol* 2003; 196(2): 207-18.
5. Al Moustafa AE, Chen D, Ghabreau L, Akil N. Association between human papillomavirus and Epstein-Barr virus infections in human oral carcinogenesis. *Med Hypotheses* 2009; 73(2): 184-6.
6. Non-Hodgkin's Lymphoma Pathologic Classification Project. National Cancer Institute sponsored study of classifications of non-Hodgkin's lymphomas. Summary and description of a working formulation of clinical usage. *Cancer* 1982;49:2121-35.
7. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, et al. The World Health Organization classification of neoplastic diseases of the haematopoietic and lymphoid tissues: report of the Clinical
8. Advisory Committee Meeting, Airlie House, Virginia, November 1997. *Histopathology* 2000;36:69-87.
9. Baumforth KRN, Young LS, Flavell KJ, Constandinou C, Murray PG. The Epstein-Barr virus and its association with human cancers. *J Clin Pathol* 1999;52:307-22.



MORTALIDADE POR NEOPLASIAS EM IDOSOS NO BRASIL

Karla Ferraz dos Anjos¹, Vanessa Cruz Santos¹, Marcela Andrade Rios¹, Doane Martins da Silva¹, Paula Peixoto Messias¹, Marta dos Reis Alves¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: karla.ferraz@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial.^{1,2} Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano 2030, podem-se esperar uma média de 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com este tipo de doença, sendo que um dos maiores efeitos desse aumento vai incidir principalmente em países de baixa e média renda.³ No Brasil, a incidência do câncer cresce em um ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida. É o resultado direto das inúmeras transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde de indivíduos pela urbanização acelerada e modos de vida.¹ Neste sentido, observa-se elevadas taxas de óbitos em idosos em decorrência de neoplasias malignas.² Diante o contexto, o estudo teve por objetivo descrever o perfil da mortalidade por neoplasias em idosos no Brasil no período de 1996 a 2011.

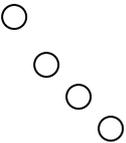
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizada entre os meses de julho e agosto de 2013. A coleta de dados ocorreu com base em dados secundários de domínio público, do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) disponibilizados eletronicamente, por meio do Departamento de Informática do SUS (Datapus), do Ministério da Saúde.⁴ Os dados utilizados foram sobre a mortalidade geral no Brasil por neoplasias (tumores). As variáveis estudadas foram: sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência, região, tipo de neoplasia e faixa etária (indivíduos com idade igual e/ou superior a 60 anos). O período escolhido foi de 1996 a 2011, por corresponder aos anos de abrangência da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) até o momento. Para a análise dos dados, fez-se necessário criar planilhas no programa Microsoft Office Excel, para calcular o coeficiente de mortalidade e a frequência segundo cada variável estudada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média do número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, entre os anos de 1996 a 2011 foi de 15.874.835; sendo o câncer responsável por 1.445,381 óbitos de idosos. Verificou-se que o coeficiente de mortalidade teve aumento no período, variando de 513,09 (1996) a 589,41 (2011), com pico de 638,86 (2006) e maior frequência de 8,46 (2011). Em relação ao sexo, maior quantitativo foi em mulheres (810.798 óbitos), com frequência de 56,10. A faixa etária de 70 a 79 anos foi a que mais destacou (545.142 óbitos). Quanto ao estado civil, os casados houve maior quantitativo (709.686 óbitos). A região Sudeste sobressaiu (757.544 óbitos), seguida da região Sul (304.558 óbitos). Tratando-se da cor/raça, a não branca (preta e parda) teve maior quantitativo (1.234,251 óbitos). Referindo-se a escolaridade, maior número foi de casos ignorado (555.474 óbitos), seguido de idosos que tinham entre um e três anos de estudo (269.277 óbitos). Ao observar a variável local de ocorrência, no hospital houve maior número (91.087,167 óbitos), seguido do domicílio (313.940 óbitos). Em relação ao tipo, identificou-se que as neoplasias do grupo malignas de localizações especificadas foram as mais significativas (1.224,248 óbitos), sendo o subgrupo das neoplasias malignas dos órgãos digestivos as mais comuns (490.828); seguida do grupo das neoplasias malignas de local mal definida e ou não especificada (113.801 óbitos). Na análise dos óbitos em idosos no estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento) identificou que a idade cada vez mais avançada constitui-se em fator de risco para o desenvolvimento de neoplasias malignas, o que vem sendo comprovado pelo aumento das taxas de incidência e mortalidade por CA nas estatísticas nacionais. Os tumores mais frequentes para os homens são, em ordem decrescente, os localizados na pele, próstata, estômago, pulmão, boca, esôfago e leucemias e, para as mulheres, mama, pele, colo uterino, intestino, estômago, pulmão, leucemias, boca e esôfago.³

CONCLUSÃO

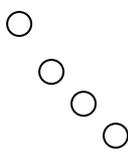


Os resultados deste estudo evidenciam que a mortalidade por neoplasias em idosos no Brasil no período analisado teve aumento no decorrer dos anos, com destaque para o ano de 2006. Os óbitos ocorreram em maior frequência na região sudeste, em mulheres, casadas, com idades mais avançadas, de baixa escolaridade e raça/cor não branca. As neoplasias malignas de localizações especificadas foram as mais significativas, dentre elas as de órgãos digestivos. Sugere-se que as ações de promoção à saúde e prevenção do câncer sejam intensificadas no Brasil, vez que se trata de uma doença de ampla magnitude e vários impactos, necessitando ser ao menos reduzida, para que o número de óbitos, principalmente de idosos, que é um dos segmentos etários mais acometidos por essa doença na atualidade, possa diminuir.

PALAVRAS-CHAVE – Neoplasias; Idoso; Mortalidade; Sistemas de Informação.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2006.
2. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Estimativas da incidência do Câncer no Brasil. [Internet]. 2012 [citado em 2013 jul 29]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=1>
3. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [citado em 2013 jul 17]: 40(4):540-7. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/287.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde. Mortalidade geral - Brasil. [Internet]. 2013 [citado em 2013 agost 11]: Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>.



A SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA INTERFACE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Virginia Grasielle S. dos Santos¹; Taise Bastos Silva¹; Monique Christina Menezes Lima¹, Flavia Pedro dos Anjos Santos¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: virginiagrasieles@gmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

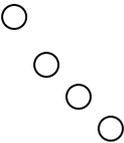
A Saúde da Família, como estratégia para organização da Atenção Básica, busca reestruturar e modificar a lógica dos serviços através do modelo da vigilância em saúde, baseado em ações que visam à promoção a saúde e prevenção de doenças, viabilizando a aproximação entre os profissionais de saúde e usuários¹. Nessa perspectiva, a produção do cuidado em saúde na ESF atua no processo de prevenção do câncer de colo uterino através do exame citopatológico, no qual é coletado material de endocervice e ectocervice para análise. Porém observa-se um baixo número de coletas e o aumento da morbimortalidade pela doença, com ênfase na realização do exame citopatológico. O câncer de colo uterino é uma afecção progressiva iniciada por transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor num período que varia de 10 a 20 anos, com elevado grau de letalidade e morbidade, entretanto, apresenta possibilidade de cura se for diagnosticada precocemente e pode ser evitado através da detecção precoce de lesões precursoras^{2,3}. Tal situação parece evidenciar uma falha no processo de educação em saúde no que se refere à promoção e prevenção da saúde bem como a falta de acesso aos serviços. Nesse sentido, este estudo tem como o objetivo relatar a experiência de discentes do curso de graduação em Enfermagem sobre sua vivência na prevenção do câncer de colo uterino.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência dos discentes da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, do oitavo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), desenvolvido em uma equipe de Saúde da Família do município de Jequié/BA, no período de maio a agosto de 2013. O estágio foi iniciado com a observação não participante do processo de trabalho dos profissionais da equipe, no intuito de identificar as condições sociais dos usuários bem como o acesso aos serviços sociais e de saúde. Após este período de observação, foi elaborado o plano de intervenção, no qual foi possível constatar uma quantidade incipiente de mulheres que procuravam a unidade de saúde para realizar o exame citopatológico, o que demonstrava a necessidade de realização de ações educativas sobre a importância deste exame. Assim, foram realizadas ações educativas de sala de espera sobre o exame citopatológico, na qual os discentes explicavam todas as etapas do exame e os benefícios para a saúde da mulher, por meio de material educativo e do diálogo com as usuárias. Também foram realizadas pelos discentes orientações sobre o exame citopatológico durante as consultas de enfermagem às mulheres que participavam do programa de acompanhamento aos hipertensos e diabéticos, mulheres que acompanhavam as crianças do programa de crescimento e desenvolvimento, bem como às que participavam do planejamento familiar e do pré-natal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as ações educativas percebia-se o interesse de realizar o exame e o conhecimento de muitas mulheres sobre a importância do mesmo. Ao realizar orientações às mulheres nos diversos programas ofertados pela unidade de saúde, buscou-se assegurar o cuidado ao usuário independente da organização dos serviços ofertados. Nesse sentido, os discentes buscaram efetivar a integralidade do cuidado, por meio de uma atuação que ultrapassasse o caráter biológico e prescritivo da doença para uma visão mais ampliada do processo saúde-doença. Para tanto, utilizou-se da escuta sensível, diálogo e acolhimento, nas consultas, visitas domiciliares e salas de espera. Nessa direção, no que se refere a realização do exame, foi possível observar sentimentos relacionados a ansiedade, constrangimento e preocupação, principalmente nas mulheres idosas. Também foi relatado medo, principalmente, durante a espera do resultado do exame, em virtude da possibilidade do resultado ser positivo. Esse fato demonstra que, algumas mulheres sabem que, a partir desse exame, pode ser detectado um câncer, e, isso pode levar a não realização do exame.



Muitas mulheres revelaram ter conhecimento da periodicidade da realização do procedimento, mas afirmaram que muitas vezes as unidades de saúde não dispõem de material para realizar o exame ou falta de recursos financeiros para leitura das lâminas. Tal situação denota a necessidade de um planejamento que assegure o acesso ao exame citopatológico, a partir de estratégias que envolvam a gestão municipal de saúde, com o objetivo de resolução desta problemática. No decorrer do estágio percebeu-se o aumento da adesão das usuárias ao exame citopatológico, evidenciando a importância do enfermeiro atuar na perspectiva da educação em saúde nos diversos programas existentes na ESF.

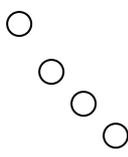
CONCLUSÃO

Foi evidenciado que a atuação profissional do enfermeiro deve ser articulado com a gestão municipal da saúde com a finalidade de minimizar as barreiras de acesso ao exame citopatológico. Também foi constatado que a falta de adesão das mulheres a realização deste exame parece estar relacionada ao desconhecimento do procedimento, a falta de acesso ao resultado dos exames e de sentimentos de medo, vergonha e constrangimento, evidenciando a relevância das ações de educação em saúde. Nesse sentido, percebe-se que os profissionais devem valorizar a singularidade de cada mulher que é atendida na unidade de saúde tanto nas ações educativas quanto assistenciais, para implementar ações que potencialize a detecção precoce do câncer uterino, independente dos problemas e/ou necessidades de saúde que motivou a procura pela unidade de saúde, no intuito de assegurar a integralidade do cuidado.

PALAVRAS – CHAVE: Saúde da Família; Saúde da Mulher; Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Guedes RN, Fonseca RMG, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(2): 304-311.
2. Correa MS, et al. Cobertura e adequação do exame citopatológico de colo uterino em estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública. 2012; 28(12): 2257-66.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2012



ANSIEDADE DE MULHERES SUBMETIDAS AO EXAME DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO UTERINO

Marta Gabriele Santos Sales¹, Edilene Maria da S. Barbosa², Maria Suely M. Corrêa², Priscylla Helena Alencar Falcão Sobral³, Roseane Cardoso do Nascimento⁴, Rafaella Christina Rodrigues Viana⁴

¹ Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFBA.

Salvador, Bahia, Brasil.

² Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)

Pernambuco, Recife, Brasil

³ Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA

Salvador, Bahia, Brasil.

⁴ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)

Pernambuco, Recife, Brasil.

E-mail: mgabriele.enf@gmail.com

INTRODUÇÃO

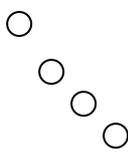
O câncer de colo do útero é a segunda causa de morte por câncer entre mulheres no mundo, com maior incidência nos países em desenvolvimento¹. No Brasil, representa o terceiro tipo de neoplasia maligna que mais acomete mulheres, depois do câncer de pele não-melanoma e de mama². O exame de citologia oncótica da cérvix uterina continua sendo a principal estratégia de rastreamento para este agravo³ devido a sua simplicidade e baixo custo e por ter capacidade de detectar as alterações em fases pré-malignas, quando são curáveis com medidas relativamente simples⁴. Tendo em vista que se trata de um procedimento invasivo, é de se compreender que muitas mulheres sintam-se constrangidas e envergonhadas devido à posição e ao toque ginecológico inerente à sua realização. A sensação de impotência, desproteção e perda do domínio sobre seu corpo induzida pela posição ginecológica, também parecem influenciar nesses sentimentos⁵. Estudos nos quais a ansiedade e o medo aparecem como categorias analíticas emergidas dos discursos de mulheres que realizam o exame tem tratado a temática do ponto de vista das mulheres, sobretudo no que diz respeito à compreensão de como elas percebem e representam o exame⁶⁻⁸. No entanto, pesquisas mais específicas que relacionem a manifestação da ansiedade à realização deste procedimento são escassas no meio científico. O estudo teve por objetivo verificar os níveis de ansiedade em mulheres antes de realizar o exame de prevenção de câncer de colo uterino.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, realizado no Ambulatório da Mulher do Centro Integrado Amaury de Medeiros (CISAM), referência de atendimento a mulher da cidade de Recife-PE. O cálculo amostral foi feito pelo Sample Size Calculator by Raosoft (1996), foram considerados: média de exames realizados em agosto de 2006 (1.483); intervalo de confiança de 95%; margem de erro de 5%; e prevalência de ansiedade de 21% em mulheres¹³. Chegou-se a amostra de 218 mulheres, sendo incluídas as com idade igual ou superior a 20 anos e excluídas as portadoras de necessidades especiais que pudessem interferir na comunicação entrevistado-entrevistador. A coleta se deu nos meses de Março e Abril de 2007, por meio de questionário estruturado e do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)⁹. O BAI permite classificar a ansiedade em nível mínimo (escores 0 a 7); leve (escores 8 a 15); moderado (escores 16 a 25); e grave (escores 26 a 63). Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e a análise e os cálculos estatísticos realizados pelo software Statistical Package for Social Science (SPSS) 13.0. Os resultados foram organizados em tabelas de distribuições absolutas e percentuais. Testou-se a significância das associações pelo do qui-quadrado. Foram respeitados os referenciais básicos da bioética, contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (vigente na época de realização da pesquisa). O projeto foi aprovado pelo comitê da ética do CISAM (parecer 068/06).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 218 participantes, 72% tinham entre 20 e 39 anos; 60% eram casadas; 44% tinha 1 a 4 anos de estudos; 81% tinha vida sexual ativa; 93% informaram já ter realizado o exame preventivo uma ou mais vezes; e 65% realizam o exame com periodicidade anual. Pode-se inferir que o programa de prevenção do câncer de colo do útero do CISAM alcança mulheres mais vulneráveis ao agravo⁸ e que a periodicidade de realização encontra-se dentro das recomendações do Ministério da Saúde 10. Em relação à manifestação de ansiedade, o BAI mostrou que 71% das participantes apresentaram nível mínimo de ansiedade, 17% nível leve, 8% nível moderado e 4% nível grave antes de realizar o preventivo, o que sugere relação entre a manifestação de ansiedade e a realização do exame. Houve significância estatística ente os escores de ansiedade e a variável medo do resultado do exame (p-



valor= 0,041), com 34% das mulheres com ansiedade moderada a grave. Quanto à sintomatologia, predominaram o nervosismo (56,5%) e a inquietação (40,4%), acompanhados de outros sintomas somáticos menos frequentes. A pesquisa sugere que o medo do resultado do exame é um fator associado à presença desse estado ansioso. Estudo demonstra que o nervosismo e o medo são referidos por mulheres, antes, durante e após a realização do exame⁷, onde o medo está relacionado ao exame e à expectativa de terem algum problema de saúde. Outra pesquisa mostra que o medo relacionado ao acometimento pelo câncer de colo uterino foi evidenciado em 70% dos relatos⁸. Em outro estudo,¹⁴, 3% das entrevistadas relataram que o exame gera ansiedade quanto ao seu resultado⁵. O elevado percentual de mulheres com nível mínimo de ansiedade pode estar relacionado a fatores como conhecer a utilidade do exame cêrvico uterino (75%) e de ter sido bem atendidas pelos profissionais em exames anteriores (95%), uma vez que o conhecimento a cerca do exame e um bom relacionamento entre cliente e profissional são facilitadores da vivência do exame pela mulher.

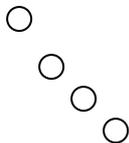
CONCLUSÃO

As mulheres do estudo apresentaram baixo nível de ansiedade anterior ao exame, entretanto todas manifestaram graus de ansiedade variados de acordo com o inventário de Beck. Embora este instrumento não consiga identificar a ausência de ansiedade, o método utilizado para a análise dos dados permite inferir que houve uma relação estatisticamente significativa entre os escores de ansiedade e a variável medo do resultado do exame. É importante (re) conhecer que o exame de prevenção de colo uterino é um procedimento que desperta o temor nas mulheres e suas possibilidades de associação ao estado ansioso. Diante disso os profissionais de saúde que cuidam das mulheres não só planejarão e direcionarão melhor as ações de controle e prevenção da doença, mas irão desenhar estratégias de ampliação da cobertura do exame valorizando as expectativas e sentimentos das usuárias, com vistas à prevenção e diagnóstico precoce deste tipo de câncer.

PALAVRAS - CHAVE: Ansiedade; Prevenção de Câncer de Colo Uterino; Esfregaço Vaginal; Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

1. FERNANDES JV, RODRIGUES SHL, COSTA YGAS, SILVA LCM, BRITO AML, AZEVEDO JWV. et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2009 out; 43 (5).
2. MELO MCSC, VILELA F, SALIMENA AMO, SOUZA IE. O. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. Rev. Brasileira de Cancerologia. 2012; 58 (3): 389-398.
3. FERREIRA MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. Esc Anna Nery Rev. Enferm. 2009 abr-jun; 13 (2): 378-84.
4. CAETANO R, VIANNA CMM, THULER LCS, GIRIANELLI VR. Custo-efetividade no diagnóstico precoce do câncer de colo uterino no Brasil. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2006; 16 (1): 99-118.
5. PAULA AF, MADEIRA AMF. O exame colpocitológico sob à ótica da mulher que o vivencia. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. 2003; 37 (3): 88-96.
6. JORGE RJB, DIÓGENES MAR, MENDONÇA FAC, SAMPAIO LRL, JÚNIOR RJ. Exame Papanicolaou: sentimentos relatados por profissionais de enfermagem ao se submeterem a esse exame. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16 (5): 2443-2451.
7. DUAVY LM, BATISTA FLR, BESSA MSJ, SANTOS JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cêrvico-uterino: estudo de caso. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12 (3): 733-42.
8. SILVA SED, VASCONCELOS EV, SANTANA ME, RODRIGUES ILA, MAR DF, CARVALHO FL. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cêrvico-uterino. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44 (3): 554-60.
9. GORESTEIN C, ANDRADE L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo. 1998; 25 (5).
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2ª ed. Brasília. 2013: 55.



A ENFERMAGEM JUNTO AO PACIENTE EM FASE TERMINAL

Drielle Sipriano Santos¹, Erillana Fiuza¹, Vanessa Oliveira Sena¹

¹ Centro Universitário Estácio da Bahia
E-mail: dri_sipriano@hotmail.com

Salvador – Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

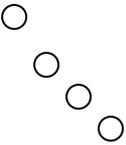
No passado a morte era percebida como uma fase natural da vida e esse processo assistido pelos familiares. No entanto, no decorrer dos tempos, a percepção da morte foi se transformando, deixando de ser consumada nas residências dos doentes para acontecer nas casas de saúde e a família que assumia os cuidados começa a transferi-los aos profissionais.¹ A doença grave é uma ocorrência repentina e inesperada, frequentemente ameaçadora para o paciente e os familiares. O enfermeiro, nesse contexto, age também como cuidador da família, pois sua intervenção nos momentos de crise afeta enormemente a recuperação e o bem estar do paciente, evitando um maior desequilíbrio na unidade familiar.² O paciente grave, fora de possibilidades terapêuticas é considerado “terminal”. Isso traz a ideia de que nada mais pode ser feito. Porém ele está vivo e precisa de cuidados especiais.³ Então é nesta fase que se adotam os cuidados paliativos, que têm por objetivo melhorar a qualidade de vida desses pacientes, buscando prevenir e aliviar o sofrimento, através do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais.⁴ Este estudo teve como objetivo, demonstrar a atuação da equipe de enfermagem na vivência do paciente terminal e de sua família, de maneira a identificar as principais dificuldades encontradas durante o cuidado com o doente terminal e explicar a necessidade do preparo que a equipe precisa.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa sobre a problemática da vivência da equipe de enfermagem junto ao doente terminal e seus familiares. A coleta dos dados aconteceu no período de julho a novembro de 2012, para encontrar artigos e livros com os assuntos relacionados ao tema, sendo estes publicados no período de 2003 a 2011, além de um livro publicado no período de 1996 por ser de grande relevância. A identificação das referências dos materiais de estudo foi realizada através do sistema informatizado de busca LILACS, SCIELO e Biblioteca virtual do Centro Universitário Estácio da Bahia. Para o levantamento dos artigos foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Enfermagem, Doente terminal, Cuidados Paliativos e Atitude frente à morte. Tais palavras estão classificadas de acordo com o índice dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. Para identificação foram determinados os seguintes critérios de inclusão: publicação no período entre 2003 a 2011, disponibilidade de acesso ao artigo completo, escrito nas línguas do português, inglês e espanhol e na modalidade de artigo original. Foram encontrados 15 trabalhos sobre o tema, sendo selecionados apenas 09 por abordarem informações que condiziam com as necessidades da pesquisa. Além dessas referências, foram utilizados 03 livros que faziam parte do acervo da Biblioteca do Centro Universitário Estácio da Bahia e 01 de acervo particular.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A enfermagem é uma profissão que busca salvar vidas e evitar a morte, mas quando essa acontece, pode causar sentimentos de tristeza e frustração, pois remete que os esforços não foram suficientes. No ambiente hospitalar ela é tratada como tabu, pois sugere fracasso.^{5,6} Pacientes em estado de terminalidade revelam atitudes e reações classificadas em cinco fases: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação.⁷ Muitos profissionais não reconhecem ou ignoram essas fases, pois tratam o processo do morrer com indiferença, como mecanismo de defesa para se manterem mentalmente sãos, pois além da falta de preparo para lidarem com a situação, muitos enfrentam longas jornadas de trabalho e enfermarias superlotadas o que agrava ainda mais o estresse, produzindo enfermeiros frios e indiferentes.⁸ A equipe que acompanha o dia a dia do doente terminal precisa aprender a vivenciar a proximidade da morte de outra forma, proporcionando cuidados que busquem amenizar e transformar esse processo menos sofrido. Esse cuidado denominado de cuidado paliativo é necessário à reabilitação dos pacientes, para que eles possam conviver com suas limitações.¹ Quando a doença terminal é diagnosticada, a família acaba se desequilibrando devido ao abalo que a situação causa, é um desafio para o enfermeiro atuar ao longo dessa resposta, porém, as pessoas em crise são altamente receptivas àqueles que se apresentam atenciosos e empáticos. O enfermeiro deve demonstrar desejo e capacidade de ajudar além de reconhecer que sua presença é tão importante quanto os procedimentos técnicos.^{2,9} Dessa forma, considera-se que essa aproximação



renderá benefícios para ambos, pois o paciente deixaria de se sentir excluído, colaborando para sua saúde mental, rendendo efeitos positivos em relação aos sintomas físicos da doença. Já os profissionais se libertariam da culpa pelo abandono a que submetem seu paciente confortando-se em saber que ajudaram o doente em uma fase tão difícil de sua vida.¹⁰

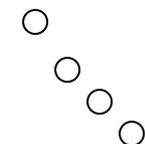
CONCLUSÃO

A cultura sobre a questão da morte, ainda é muito transcendente sobre a população, referenciando esse fato como doloroso, angustiante e sofredor, e para a equipe de enfermagem que atua buscando a saúde e até mesmo a cura desses pacientes, além desses sentimentos, a morte remete fracasso. Percebeu-se que os profissionais se distanciam do paciente, acreditando que o apego poderia gerar sentimento de culpa, assim a situação seria menos dolorosa. No entanto, observou-se que esse distanciamento é devido ao despreparo da equipe, que acaba deixando de conhecer o universo do paciente como todo o que ele sente nessa fase. Sugere-se, a partir desse estudo, que disciplinas relacionadas a esse tema sejam inseridas na grade curricular para que os profissionais sejam preparados, pois se sabe que a ênfase de ensino é a vida e a saúde, esquecendo que a morte é a certeza de todos os seres vivos, e que o mais importante é prestar a esses pacientes, uma assistência que proporcione uma morte digna.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Doente terminal; Cuidados paliativos Atitude frente à morte.

REFERÊNCIAS

1. Santana JCB, et al. Cuidados Paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de Enfermagem. Bio e Thikos - Centro Universitário São Camilo. 2009; 1(3): 77-86.
2. Morton PG, et al. Cuidados críticos de enfermagem: uma visão holística. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
3. Susaki TT, Silva MJP, Possari JF. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. Acta Paul Enferm. 2006; 2(19): 144-49.
4. Sadala MLA, Silva FM. Cuidado de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. Rev Esc Enferm – USP. 2009; 2(43): 287-94.
5. Oliveira JR, Bretas JRS, Yamaguti L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. Rev. Esc. Enferm – USP. 2007; 41(3): 386-94.
6. Vidal VLL. Atenção e cuidados ao paciente terminal. Revista Cient. Cent. Univ. – UBM. 2007; 9(17): 89.
7. Kubler ER. Sobre a morte e o morrer. 7ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
8. Santos JL, Bueno SMV. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. Rev. Esc. Enferm – USP. 2011; 45(1): 272-76.
9. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ªed. São Paulo: Atheneu; 2008.
10. Quintana AM, et al. Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. Paidéia – Ribeirão Preto. 2006; 16(35): 415-25.



ADESÃO DAS MULHERES AO PROGRAMA DE PREVENTIVO: AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE O CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Isabella Félix Meira¹, Aline Veira Simões¹, Levi Santos Gama¹, Aline Almeida da Hora¹, Taíse Bastos Silva¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: bellinhafelix@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

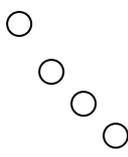
A Atenção Básica caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações que compreendem a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação¹. A reorganização desta, pretendida pela estratégia da Estratégia Saúde da Família (ESF), visa a necessidade de reorientação das práticas de saúde, considerando-a como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde². O enfermeiro desempenha papel essencial como multiplicador de conhecimentos à população, visto que é a partir da educação em saúde que a conscientização é desenvolvida e o vínculo profissional-usuário se fortalece. O câncer cérvico-uterino é a doença crônico-degenerativa mais temida, em virtude do seu alto grau de letalidade e morbidade. Na maioria dos casos, este passa por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, apresentando um dos mais altos potenciais de cura pela prevenção³. As estratégias de prevenção e controle do câncer do colo do útero têm como objetivos reduzir sua ocorrência, e as repercussões físicas, psíquicas e sociais, por meio de ações de prevenção, oferta de serviços para detecção em estágios iniciais da doença e para o tratamento e reabilitação das mulheres¹. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo relatar a experiência de Ações Educativas em Saúde desenvolvidas pelos discentes do VIII Semestre de Enfermagem, na sala de espera de uma Unidade de Saúde da Família (USF), com finalidade de melhoria à adesão das usuárias ao serviço de preventivo.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado durante o estágio da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I (ECSI), por um grupo de discentes do VIII Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade do Sudoeste da Bahia – UESB, numa USF da cidade de Jequié-Ba. Por meio dos conhecimentos teórico-científicos, adquiridos na disciplina supracitada, conseguimos apoio na produção de um estudo sólido e aplicável, desenvolvendo ações educativas às usuárias da USF durante a sala de espera, no intuito de informar a relevância do exame citopatológico cérvico-vaginal na prevenção do câncer do colo do útero. Foi elaborado um planejamento das atividades educativas, ao logo do estágio, que decorreu no período de abril à julho de 2013, onde traçamos os objetivos principais de promover Educação em Saúde preventiva de Câncer do colo uterino e ofertar orientações necessárias, buscando esclarecer dúvidas recorrentes ao assunto. Utilizamos recursos didáticos como folders, panfletos, os próprios materiais utilizados no exame de preventivo, visando aproximação da usuária com estes e ao final havia o esclarecimento das dúvidas recorrentes ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação educativa em saúde se refere às atividades voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas visando à melhoria da qualidade de vida e saúde. Dentre as ações da ESF, emergem as ações educativas como ferramenta fundamental para estimular reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos usuários⁴. No Brasil, a principal estratégia utilizada para detecção precoce/rastreamento do câncer do colo do útero é a realização da coleta de material para exames citopatológicos cérvico-vaginal. A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estágios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%¹. Por isso, quando a Educação em Saúde está acontecendo de forma sólida, reflete diretamente na maior cobertura de detecção primária ao câncer. A desinformação acerca do exame de prevenção e das suas etapas foi uma barreira encontrada nas primeiras ações educativas que conduzimos. As mulheres e demais usuários da ESF que se apresentavam na sala de espera demonstraram o desconhecimento sobre o câncer do colo uterino e sua prevenção. A partir dessa observação traçamos um fator que poderia ser uma das causas desencadeante da baixa adesão dessas mulheres ao serviço de preventivo. Com a realização da Educação em Saúde notamos um crescente interesse sobre o assunto tanto por parte das usuárias como também do público masculino,



que por vezes relatava levar a informação às suas companheiras e genitoras. Percebemos que no decorrer do estágio a adesão ao serviço preventivo e a procura para o esclarecimento de dúvidas pelas usuárias aumentou significativamente. Por tanto, compreendemos a real importância da educação em saúde, não apenas como transmissão de conhecimento, mas como um agente transformador do meio. É notório que a nossa contribuição foi ainda pequena em vista o processo do saber, até porque este é contínuo e deve fazer parte integrante do exercício da Enfermagem.

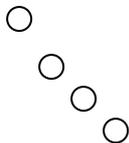
CONCLUSÃO

Por ser uma neoplasia de fácil prevenção se detectado precocemente, deve haver por parte dos profissionais de saúde ações que motivem as usuárias a frequentarem assiduamente o serviço de preventivo, evitando assim o câncer de colo uterino. É necessário atentar-se para os motivos como valores culturais, questões de sexualidade e a falta de informação que de fato interferem na procura das mulheres ao serviço. Através da observação e vivência desse estágio pudemos entender de forma atuante a importância da Educação em Saúde para adesão do público-alvo ao serviço de preventivo, sendo relevante participar da multiplicação do saber e do esclarecimento acerca da prevenção da neoplasia do colo uterino através do exame citopatológico cérvico-vaginal. Almeja-se a partir deste estudo colaborar na área de atuação do enfermeiro na ESF, instigando-o a desenvolver ações educativas às mulheres, apesar de por vezes encontrar barreiras, com vistas à melhoria da adesão destas ao programa de preventivo.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Útero; Educação em Saúde; Enfermagem.

REFERENCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Ferreira ARA, Soares RTS. A importância das ações educativas realizadas pelo enfermeiro do Programa Saúde da Família (PSF). Disponível em: http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/115248.E8.T4328_D4AP.pdf. Acesso em 07 de julho de 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Incidência de câncer no Brasil: estimativa/2005. Brasília: Instituto Nacional do Câncer. 2004 [acessado 2012 julh 20]; [cerca de 15 p.]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa2005>.
4. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Cienc Saúde Coletiva. 2007; 12(2):335-42..



CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UMA QUESTÃO DE PREVENÇÃO

Jamile Guerra Fonseca¹, Bernardino Alves de Oliveira Neto¹, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery¹, Rafaella Brandão Dias¹, Sueli Vieira¹, Alessandra Santos Sales¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: jam_fonseca@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

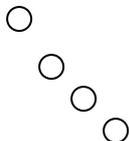
Questão de saúde pública, a saúde da mulher é alvo de discussões. Entre estas, o câncer de colo de útero que tem levado a óbito milhares de mulheres brasileiras¹. Esta patologia é considerada de difícil prevenção por questões culturais prevalentes em nossa sociedade e que estigmatiza qualquer tipo de exame ginecológico. O número de câncer entre as mulheres vem se ampliando, fato que alia a deficiência no sentido de prevenção da patologia e desestigmatização com relação aos aspectos do exame². A realização deste estudo é justificada pela maior possibilidade de entendimento dos mitos e tabus que ainda persistem em nossa sociedade e limitam a busca pelo serviço preventivo nas unidades de saúde e a importância de estar educando as clientes que chegam a essas unidades. Questão norteadora: quais os mitos e tabus presentes em nossa sociedade referentes ao exame papanicolau? Objetivo geral: Descrever os mitos e tabus presentes em nossa sociedade referentes ao exame papanicolau.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um recorte de pesquisa original, descritiva, qualitativa. As colaboradoras deste estudo se constituíram em 05 (cinco) clientes cadastradas no programa de planejamento familiar do Centro de Saúde Almerinda Lomanto, de modo que com a colaboração das mesmas foi possível compartilhar e entender em momentos de conversação alguns mitos e tabus estabelecidos na vida dessas clientes e que ainda limitam a sua busca pelo serviço de saúde em busca do exame preventivo. Escolheu-se para cenário do estudo, o Centro De Saúde Almerinda Lomanto, em Jequié-BA. Foi utilizado como técnica para realização da coleta de dados a entrevista individual semi-estruturada entendendo que a mesma, é a mais apropriada quando utilizada em pesquisas de cunho qualitativo³. Após a coleta de dados, passamos para etapa de transcrição das entrevistas, de forma que procuramos respeitar os gestos, a entonação, a fisionomia, o silêncio, as pausas, os movimentos corporais e informações subjacentes ao discurso das informantes. Os dados foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo, que primou por obedecer a Resolução 196/96 atualizada para Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CATEGORIA 1 - Concepções acerca do Exame Papanicolau: Subcategoria 1.1 Prevenção de patologias As falas das depoentes evidenciam o papanicolau como um método preventivo de várias doenças, as quais elas também não sabem descrever, denotando assim o desconhecimento acerca do real motivo do exame que é a prevenção do câncer de colo de útero. **Subcategoria 1.2 Descoberta de patologias** Referência ao papanicolau como um meio de descobrir doenças que poderiam existir em seu organismo e não como a prevenção do câncer de colo de útero especificamente. **Subcategoria 1.3 Falta de conhecimento** O conhecimento acerca do papanicolau é restrito a estas mulheres, que atribuem pouca importância ao exame preventivo como se fosse algo tão irrelevante a ponto de ser deixado de lado assim como uma mulher deixa de lado, por exemplo, uma questão de vaidade. **CATEGORIA 2 - Mitos que dificultam a realização do exame papanicolau: Subcategoria 2.1 Culturais** A questão sócio-cultural é influente no momento da procura pelo serviço preventivo; questões como: desinformação, desconhecimento, não saber da relevância deste exame para a saúde da mulher, vergonha em se mostrar despida diante de um profissional de saúde e a falta de hábito em frequentar o serviço **Subcategoria 2.2 Sócio-político-econômicas.** Com as modificações no perfil e inserção da mulher no mercado de trabalho, trouxe modificações nas rotinas de vida, muitas vezes, as mesmas não possuem condição financeira, tempo disponível dentre outras condições básicas de sobrevivência **CATEGORIA 3 - Preferência por gênero: Subcategoria 3.1 Preferência por enfermeiras** A preferência por profissionais mulheres por assimilação anatômica do corpo delas com a cliente ou simplesmente pelo fato de não ter vergonha com as mesmas. **Subcategoria 3.2 Preferência por enfermeiros** Em várias sociedades há



um tratamento desigual para homens e pra mulheres, consubstanciado a ideia do saber e poder ao homem, trazendo a preferência da clientela.

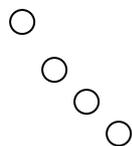
CONCLUSÕES

São vários os empecilhos que existem e dificultam a ida destas mulheres ao serviço de prevenção do câncer de cérvix. Observa-se ainda nitidamente a estigmatização acerca deste exame, os mitos existentes como não poder se despir diante de um profissional, o saber da extinção da virgindade, o procurar pelo serviço e ser visada como mulher sem honra, a falta de entendimento sobre a o período correto de realização do exame e sua prevenção no câncer de colo de útero. Faz-se necessário, portanto, uma visão integral do cuidar para que a enfermagem não se baseie só em atendimentos, consultas e orientações, sendo necessário envolvimento com o cliente, vínculo a ser estabelecido e uma relação de confiança para que este (a) indivíduo se sinta a vontade e confortável ao usar os serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE – Saúde da Mulher; Câncer de colo de útero; Papanicolau.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca JG, Santos SV, Santana JO. Câncer de colo uterino: prevenção e questões culturais. In: Anais do IV Simpósio de Saúde Pública da Região Sudoeste: O SUS e a saúde do idoso; 2012;1.
2. Novaes HMD. A vacina contra HPV e o câncer de colo de útero: desafios para a sua incorporação em sistemas de saúde. Rev. bras. epidemiol. [serial on the Internet]. 2008 Sep [cited 2013 Aug 15]; 11(3): 524-525.
3. Triviños ANS. Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1a ed. São Paulo: Atlas; 2006.



ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NO CÂNCER INFANTIL: TRAJETÓRIA DA FAMÍLIA NA BUSCA POR CUIDADOS DE SAÚDE

Samylla Maira Costa Siqueira¹, Viviane Silva de Jesus¹, Marília Souza de Oliveira¹, Larissa de Santana Costa¹, Victor Soares de Menezes¹, Climene Laura de Camargo¹

¹ Universidade Federal da Bahia- UFBA
E-mail: smcsiqueira@hotmail.com

Salvador – Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO:

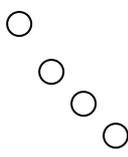
O câncer é uma das doenças crônicas que se destacam na infância por conta da sua alta incidência e repercussões na vida da criança e de sua família. O tratamento é o elemento mais importante para o seu controle na infância. Antigamente, apenas 10% das crianças com câncer sobreviviam. Na atualidade, cerca de 70% podem ser curadas, caso haja diagnóstico precoce e o tratamento nos estágios iniciais¹⁻⁴. Salienta-se, contudo, que os caminhos traçados para descoberta do diagnóstico e o início do tratamento variam conforme o contexto sociocultural e a realidade na qual está inserida cada família, que irão, mesmo que implicitamente, direcionar a busca por cuidados do câncer infantil, podendo esta gravitar entre diferentes sistemas de saúde, aqui entendida como itinerário terapêutico. O itinerário terapêutico consiste nos processos pelos quais as pessoas ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, se sustentando na evidência de que os indivíduos e grupos sociais encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde⁵. Faz-se necessário a compreensão da influência dos fatores socioculturais na escolha dos indivíduos quanto à busca por cuidados de saúde em situações de câncer infantil, bem como os entraves e facilidades quanto ao acesso a esses serviços. Nesse sentido, este estudo objetiva identificar o itinerário terapêutico de famílias na busca por cuidados para sua criança com câncer.

MATERIAL E MÉTODOS:

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada de abril a junho de 2013 a partir de obras indexadas no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF). A busca foi realizada com método integrado utilizando-se os seguintes descritores: “Criança”, “Câncer”, “Cuidados de Saúde” e “Acesso aos Serviços de Saúde” que foram selecionados após consulta ao DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da BVS do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme). Os critérios de inclusão foram: recorte temporal de 08 anos (2005 a 2013), com disponibilidade de texto na íntegra e com idioma Português, Inglês ou Espanhol, sendo excluídos os estudos incompatíveis com essas exigências. Foram identificadas 14 obras: 13 na base LILACS e 1 na BDENF. Destes, 7 eram artigos científicos, 5 eram monografias e 2 eram teses; 7 estavam em Espanhol, 4 em Português e 3 em Inglês. A partir do filtro pelos critérios estabelecidos foram excluídos 6 trabalhos: 2 porque estavam fora do recorte temporal desejado, 2 por repetição nas bases e 2 por indisponibilidade de texto na íntegra. Assim, inicialmente foram selecionadas 8 obras. Após a primeira seleção foram lidos os resumos e excluídas outras 4, pois a temática era incompatível ao objetivo proposto por este trabalho. Ao todo, foram selecionadas 4 referências para a construção desta revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foi constatado que a busca por cuidados se inicia assim que os pais reconhecem alterações na saúde da criança, procurando pelo primeiro atendimento no sistema profissional de cuidados à saúde, seja este público (Unidades Básicas de Saúde ou Serviços de Pronto Atendimento) ou privado, sendo traduzida em difícil peregrinação pelos serviços de saúde³. Ao apresentar os primeiros sinais e sintomas de câncer a maioria dessas crianças é encaminhada a um clínico geral ou pediatra, havendo demora dos familiares na busca por um serviço especializado, tendo como possíveis explicações os aspectos socioculturais da família, bem como a dificuldade de acesso à atenção médica^{3,6,2}. Essa dificuldade é maior no Norte e Nordeste do Brasil, de modo que os pacientes que residem nessas regiões possuem maior bloqueio no acesso aos serviços de assistência médica, reforçando a hipótese de iniquidade geográfica, comprovada pela concentração dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CANCON) nas Regiões Sul e Sudeste, o que obriga estes pacientes a perfazerem grandes distâncias para obtenção do cuidado necessário^{4,2}. Quanto à Atenção Básica, considerada como a porta de entrada dos serviços de saúde, foi demonstrada ineficácia, o que fez



com que a chegada ao serviço especializado fosse demorada, indicando fragilidade na organização dos serviços de saúde. Ademais, na busca por um atendimento resolutivo, os pais dirigiam-se a médicos particulares, mesmo sem condições financeiras para arcar com os custos^{2,3}.

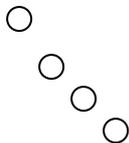
CONCLUSÃO:

Conclui-se que nos casos de câncer infantil o itinerário terapêutico é iniciado pelos pais a partir da busca por cuidados de saúde no sistema profissional, que se demonstra inacessível, transformando essa busca numa peregrinação difícil e desgastante. Ademais, a atenção básica mostra-se ineficiente no que diz respeito à obediência dos fluxos de referência e contra referência, tornando o itinerário mais difícil e induzindo os pais a lançarem mão de recursos financeiros para conseguir o atendimento desejado. Devido ao fato de o sucesso do tratamento estar relacionado ao acesso precoce, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias políticas que propiciem o alcance da família e do infante portador de câncer a serviços e centros especializados, a exemplo da oferta de alojamento, transporte e alimentação, de forma a vencer as iniquidades existentes e tornar o acesso à saúde equânime em todo o território nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Pediatria; Câncer; Acesso aos Serviços de Saúde; Comportamento de Procura de Cuidados de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayres VH, Lima RAGD. Crianças com câncer e suas famílias. Rev. Esc Enferm USP 2005 [citado 2013 julho 15]; 39(4): 469-4.
2. Grabois MF. O acesso à assistência oncológica infantil no Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
3. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAGD. Cancer in children: the diagnostic itinerary. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 2013 julho 10]; setembro-outubro, 15(5). Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
4. Grabois MF, Oliveira EXGD, Carvalho MS. Childhood cancer and pediatric oncologic care in Brazil: access and equity. Cad. Saúde Pública [Internet], Rio de Janeiro, 27(9): 1711-20, set, 2011 [citado 2013 julho 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/05.pdf>.
5. Silva Junior ND, Gonçalves G, Demétrio F. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológica. História.com [Internet]. Ano I, Nº I – 2013 [acesso 2013 julho 12]. Disponível em: <http://www.ufrb.edu.br>.
6. Suárez A, Castellanos M, Simbaqueda A, Gamboa O. Aspectos clínicos y demora para el diagnóstico en niños con tumores del sistema nervioso central en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2011 [citado 2013 julho 11]; 15(3): 127-4. Disponível em: <http://www.cancer.gov.co..>



MORTALIDADE POR CÂNCER EM SALVADOR – BAHIA

Marta Gabriele Santos Sales¹, Thais Rosental Gabriel Lopes², Mirthis Sento Sé Pimentel Magalhães¹, Kelle Vanessa Álvares Amaral³, Alessandra Santos Sales⁴, Tânia Maria de Oliveira Menezes¹

¹ Universidade Federal da Bahia-UFBA.

Salvador – Bahia – Brasil

² Faculdade Maurício de Nassau.

³ Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Terapia Intensiva

⁴ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.

Jequié – Bahia – Brasil..

E-mail: mgabriele.enf@gmail.com

INTRODUÇÃO

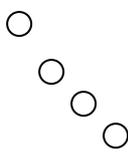
Os padrões de saúde-doença sofreram grandes modificações em decorrência do processo de reorganização global. Conhecida como transição epidemiológica, essa modificação trouxe mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças como o câncer¹. O câncer é uma doença relativamente comum no mundo, representando um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto em países subdesenvolvidos. É responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo^{1,2}. Diante desse cenário, novas abordagens terapêuticas foram desenvolvidas nas últimas décadas, bem como a ampliação de políticas de saúde objetivando o diagnóstico precoce e acesso ao tratamento em centros especializados. Essas articulações resultaram no aumento das possibilidades de cura para o câncer, porém, a morte continua muito presente no contexto do cuidado à pessoa com câncer³. A partir do exposto, e com a finalidade de avaliar os índices de mortalidade por câncer em Salvador-Bahia foi proposto pelo estudo conhecer as taxas de mortalidade por câncer em Salvador - Bahia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de análise quantitativa, que utilizou dados secundários obtidos no DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde⁴. As amostras selecionadas no DATASUS foram as taxa de “Mortalidade proporcional não ajustada por câncer, Brasil, homens e mulheres entre 2001 e 2010”, “Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade por 100.000 homens e mulheres, Bahia, entre 2001 e 2010”, “Taxas de mortalidade por câncer de todas as neoplasias malignas, brutas e ajustadas por idade, por 100.000 mulheres, entre 2001 e 2010” e “Taxas de mortalidade por câncer de todas as neoplasias malignas, brutas e ajustadas por idade, por 100.000 homens, entre 2001 e 2010”. A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira etapa foi pela busca de dados gerais sobre câncer, e a segunda, foi a delimitação dos dados de mortalidade sobre câncer no Brasil e Bahia. Essas etapas ocorreram num período de 30 dias, e foi utilizado o site do DATASUS, disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. De posse das tabelas com as taxas delimitadas pela amostra da pesquisa, se procedeu a discussão dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos, o número de óbitos por câncer aumentou significativamente no intervalo de 2001 e 2010. No início desse período, a taxa de mortalidade por câncer no Brasil era de 12,6%, e no final chegou a atingir 15% da população brasileira. Estudos apontam que o câncer é hoje a segunda principal causa de morte no Brasil⁵. Tem sido descrito que a predisposição genética é responsável por não mais do que 20% dos casos de câncer, e que a susceptibilidade genética tem papel importante, mas as tendências da mortalidade de cânceres são influenciadas, principalmente, pelo comportamento de seus respectivos fatores de risco^{6,7}. Quando observados os resultados das taxas de mortalidade por câncer, por 100.000 habitantes na Bahia, encontramos o maior número entre as faixas-etárias de maiores de 50 anos. Com taxas de até 818,42, os homens superam as mulheres que tem 462,93 na faixa etária de 80 anos ou mais. De maneira semelhante está Salvador. Chegando a ultrapassar as taxas da Bahia, Salvador tem uma taxa de mortalidade de 946,11 em mulheres e 1.897,58 em homens. Outros estudos confirmam que a incidência de câncer é 11 vezes maior em indivíduos maiores de 65 anos. Mais de 60% dos casos e 80% das mortes por neoplasias malignas são diagnosticadas em pessoas com mais de 60 anos⁵. As elevadas taxas de mortalidade em crianças e adolescentes também merecem destaque. No que se refere a Bahia, os dados desta



pesquisa demonstram uma taxa de mortalidade de 3,83 em homens de 0 a 4 anos e 3,46 em mulheres na mesma faixa etária. Em contrapartida, quando comparamos a mesma faixa etária em Salvador, o número se eleva para 5,27 em homens e 4,91 em mulheres. Para alguns autores, o câncer pediátrico corresponde a 2 a 3% de todos os tumores malignos. Devido à redução da mortalidade por doenças transmissíveis, o peso dos óbitos por câncer no conjunto de causas de morte na infância aumentou e este se tornou uma das principais causas de mortalidade nesse grupo etário⁸.

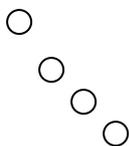
CONCLUSÃO

Neste estudo observou-se a tendência de aumento das taxas de mortalidade em Salvador/Bahia com destaque para os idosos, em especial os idosos longevos. Em números menores, porém não menos significativos, identificamos, também, taxas de mortalidade por câncer na criança. Ambas as taxas são de suma importância para a saúde pública, no sentido de se desenvolver estratégias de prevenção, bem como de tratamentos diversos para os variados tipos de câncer que têm acometido toda a população de Salvador, Bahia e Brasil.

DESCRITORES: Coeficiente de mortalidade; Mortalidade; Neoplasias.

REFERÊNCIAS

1. Guerra MR, Gallo CVM, Mendonça GAS. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005; 51(3): 227-234.
2. Pan R, Marques AR, Costa Júnior ML, Nascimento LC. Caracterização das internações hospitalares de crianças e adolescentes com neoplasias. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na internet]. 2011 nov.-dez. 19(6): [08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000600019&script=sci_arttext&tlng=pt.
3. Menossi MJ, Zorzo JCC, Lima RAG. A dialógica vida/morte no cuidado do adolescente com câncer. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [periódico na internet] 2012 jan.-fev.; 20(1): [09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100017.
4. DATASUS. Ministério da Saúde. Brasil. 2013. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.
5. Fabrício VC. Tratamento oncológico em idoso. *RBM* [periódico na internet]. 2011 Mai. 68 Especial Oncologia 2: 4-7. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4740.
6. Fonseca LAM, Eluf-Neto J, Wunsch Filho V. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. *Rev Assoc Med Bras*. 2010; 56(3): 309-12.
7. Hess SC, Trevisan OP, Alvarenga AP, Rosa AMA, Ivo ML, Pessoa SSE, et al. a Mortalidade por neoplasias no Brasil de 2003 a 2007. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011 abr./jun. 35(2): 457-470.
8. Silva DS. Câncer da infância e da adolescência: tendência de mortalidade em menores de 20 anos no Brasil. [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro; 2012.



INFECÇÃO PELO HPV COMO FATOR DE RISCO PARA CÂNCER BUCAL EM MULHERES: Revisão bibliográfica

Gisele Reis Lima Batista¹, Malu Caetano Andrade¹, Eliane Fonseca Linhares¹, Leila Meira¹, Zulmerinda Meira Oliveira¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: mcandrade__@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

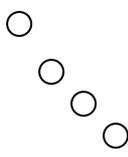
O papiloma vírus humano (HPV) é um DNA vírus do grupo papovavírus, sendo mais frequente no trato genital, porém, devido ao aumento da prática do sexo oral, este vírus passou a ser encontrado na mucosa oral. Universalmente, o HPV é considerado como agente causal do câncer de colo uterino e, nos últimos anos, vem se investigando sua relação com câncer da cavidade oral¹. No Brasil, o câncer bucal é considerado um grave problema de saúde pública apresentando, infelizmente, uma alta taxa de mortalidade. Embora seja predominante no sexo masculino, nos últimos anos está havendo uma crescente taxa de mulheres com o mesmo diagnóstico. A incidência de câncer bucal é considerada uma das mais altas do mundo, estando entre os oito tipos de câncer mais acometidos pelas mulheres². O carcinoma espinocelular representa aproximadamente 90% das neoplasias malignas dentre os cânceres de boca. Em meio a vários fatores de risco, encontra-se a infecção pelo HPV, que é considerado um potente agente oncológico³. Nesse contexto, é importante considerar que as ações de controle do câncer bucal dependem do nível de informação da população e que o enfermeiro desenvolve papel fundamental na área da promoção da saúde, devendo então evidenciar o HPV como fator de risco também para o câncer bucal. Assim, o objetivo deste estudo foi: Identificar a relação da infecção pelo HPV com o câncer de boca em mulheres.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um artigo de revisão desenvolvido a partir da pesquisa em bases de dados Scielo, Medline e Lilacs, considerado como critério inicial para seleção. Optou-se por estas bases de dados, pois estas são fontes de publicações científicas na atualidade e, a partir de seu sistema de busca utilizou-se os descritores HPV; papilomavírus humano; mulheres; neoplasias bucais. Foram pesquisados artigos científicos, que relataram sobre a relação da infecção por HPV e o desenvolvimento do câncer de boca em mulheres. Foram selecionados artigos na língua portuguesa publicados no período compreendido entre 2001 e 2010. Realizou-se leitura cuidadosa de todos os artigos selecionados, incluindo também aqueles que utilizaram métodos epidemiológicos na abordagem do risco de câncer no Brasil. Outras publicações de órgãos oficiais sobre distribuição e frequência do câncer foram incluídas na seleção, visto seu valor como referência histórica e sua relevância neste contexto..

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de boca é o câncer que afeta lábios e o interior da cavidade oral. Dentro da boca devem ser observados gengivas, mucosa jugal (bochechas) palato duro (céu da boca) e língua (principalmente as bordas), assoalho (região embaixo da língua). As taxas de incidência para câncer da cavidade oral relacionado à infecção pelo HPV, como amígdala, base da língua e orofaringe, aumentam entre adultos jovens em ambos os sexos⁴. Um aumento crescente no número de indivíduos de ambos os sexos infectados pelo Papiloma Vírus Humanos (HPV) tem sido observado nas últimas décadas. Dos 100 tipos de HPV identificados, 24 estão relacionados com lesões bucais. A transmissão do HPV para a mucosa bucal pode ocorrer por auto-inoculação ou através do sexo oral. Estudos demonstram que o HPV está associado a algumas lesões que acometem a cavidade bucal dentre elas estão o condiloma e o papiloma. O HPV 16 parece ser o tipo freqüentemente associado ao carcinoma da mucosa bucal⁵. O diagnóstico do HPV na mucosa oral e na orofaringe pode ser suspeitado pelo exame clínico da lesão, citologia e biópsia, porém são os exames de biologia molecular que detectam o DNA do HPV na célula, destacando-se a reação em cadeia de polimerase (PCR) como a técnica mais sensível para pesquisar o HPV. Dentre os fatores que geram controvérsias sobre a prevalência do HPV na mucosa oral normal, destacam-se a grande variação nas taxas detectadas de HPV e a relação entre os resultados e o tamanho das amostras que evidenciam grande discrepância entre os resultados⁶. Estimam-se 4.180 casos novos de câncer da cavidade oral em mulheres, para o Brasil, no ano de 2012. Esses valores correspondem a um risco estimado de quatro casos a cada 100 mil



mulheres, sendo que este tipo de câncer e o 8ª mais freqüente na região Nordeste, 9ª nas regiões Sudeste e Norte, 12ª no centro-oeste e 15ª na região Sul⁴. No estudo proposto por Simonato e Miyahara³ aponta que o papel dos HPV de alto risco na carcinogênese oral tem se tornado mais evidente a cada dia. A maioria dos trabalhos publicados envolvendo o papel do vírus nesse processo, nos mais diversos países, tem mostrado um índice de positividade mínimo de 20%.

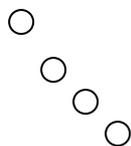
CONCLUSÃO

A crescente incidência do câncer bucal associada à infecção pelo HPV está relacionada diretamente com as mudanças no comportamento sexual. Muito embora, essa correlação entre o HPV e o câncer bucal ainda não esteja totalmente esclarecida, a detecção precoce pela inspeção acarreta ao bom prognóstico, podendo ser feita pelos profissionais de saúde ou pelo próprio indivíduo. O diagnóstico precoce deve ser uma ação compartilhada pela equipe interdisciplinar, da qual o profissional enfermeiro é integrante. Sendo assim, a assistência de enfermagem em serviços da Atenção Básica, como pré-natal, colpocitologia oncótica, saúde reprodutiva e outros, devem ser voltados para um exame físico completo dessas usuárias a fim de detectar precocemente os sinais que sugiram o câncer de boca, vinculado às ações educativas e de promoção à saúde, realizando os encaminhamentos necessários⁸. A escassez de estudos conclusivos relacionados a este tema reforça a necessidade da ampliação das pesquisas nessa área.

PALAVRAS-CHAVE: HPV; Papillomavirus Humano; Mulheres; Neoplasia Bucal

REFERÊNCIAS

1. Sarruf MBJ, Dias EP. Avaliação Citopatológica da cavidade bucal em pacientes portadores de infecção genital pelo papilomavírus humano (HPV). J. Bras. Doenças Sex. Trans. 1997; 9(2):4-18.
2. Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
3. Simonato EL, Miyahara GI. O papel do papilomavírus humano na carcinogênese bucal. Revista Brasileira de Cancerologia. 2007; 53(4):471-476.
4. Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/boca/definicao>>.
5. Souza Junior SA. Etiopatogenia do Câncer bucal: Fatores de risco e de proteção. SaBios-Rev. Saúde e Biol. 2006; 1(2):48-58.
6. Castro TPPG, Bussoloti Filho I. Prevalência do papilomavírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe. Rev. Bras. Otorrinolaringologia. 2006; 72(2):272-82.
7. Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RT, Gugelmin G, Salomão, FS. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Mar;7(1):105-9
8. Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3º Ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.



QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA

Idira Soares de Oliveira¹; Ellen Cristina Bergamasco¹

¹ Instituto de Ensino e Pesquisa da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
São Paulo – Brasil
E-mail: idirasoares@hotmail.com

INTRODUÇÃO

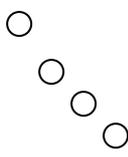
A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹. A qualidade de vida é importante para promoção, prevenção, reabilitação e tratamento do paciente, estando diretamente ligada às práticas assistenciais dos serviços de saúde; sua avaliação é um indicador da resposta do paciente à doença e ao respectivo tratamento, das decisões de conduta terapêutica das equipes multiprofissionais de saúde, além da avaliação do impacto físico e psicossocial das enfermidades^{2,3}. Desta forma, a qualidade de vida e a sua avaliação são aspectos essenciais para as equipes de saúde que lidam com o paciente oncológico em sua totalidade, uma vez que os mesmos podem auxiliar os cuidadores a identificarem as necessidades funcionais, psicológicas e sociais de seus pacientes^{4,5}. A necessidade de se investigar a qualidade de vida do paciente oncológico considerando sua multidimensionalidade objetivou a escolha do tema proposto para este estudo. O mesmo torna-se relevante uma vez que é de fundamental importância levantar os domínios afetados e planejar as intervenções profissionais para a reabilitação dos pacientes. Nessa perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida do paciente oncológico sob uma óptica multiprofissional.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado através de revisão sistemática de literatura, envolvendo os processos de qualidade de vida no campo da oncologia. Realizou-se pesquisas nas bases de dados eletrônicas LILACS (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) através da BIREME (*Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde*). Foram incluídos no estudo artigos publicados em língua portuguesa no período de 2003 a 2012. Foram excluídas do estudo publicações redigidas em outros idiomas, fora do período estabelecido e que não contemplaram o tema proposto. A coleta de dados foi realizada em Junho e Julho de 2012 através de um roteiro utilizado como instrumento de coleta contendo as seguintes variáveis: dados de identificação dos artigos, tipo de publicação, resultados e conclusões. Após a busca de materiais, foi realizada leitura minuciosa de cada artigo e fichamento daqueles que atenderam aos critérios de inclusão desta pesquisa. Para análise dos dados buscou-se atingir os objetivos propostos, percorrendo sobre as idéias dos autores, sem interferência pessoal, e identificando pontos comuns, complementares e divergentes entre os mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com uma amostra composta por 18 publicações, das quais 100% foram provenientes da base de dados LILACS. Em relação ao ano de publicação, notou-se um predomínio de estudos no ano de 2010 com cinco publicações. Mucosite, xerostomia, dor e fadiga foram os sinais e sintomas apontados com maior frequência nos estudos (50%) em que mencionaram tais manifestações como fatores influenciadores da qualidade de vida do paciente sob tratamento antineoplásico, reduzindo sua qualidade de vida, além de tornar-se preditores de morbidades psicológicas e sociais^{6,7}. Em relação às toxicidades gastrointestinais e hematológicas, 22,2% dos artigos fizeram juízo a tais manifestações, enfatizando principalmente às náuseas, vômitos e neutropenia nos portadores da doença oncológica, havendo uma piora da qualidade de vida, sobretudo no início da quimioterapia⁸. Quanto às alterações de ordem psicossocial, houve destaque às manifestações como a depressão e ansiedade, demonstrando que entre pacientes submetidos à quimioterapia, possuem pior qualidade de vida aqueles que encontram-se deprimidos⁹. Dos artigos analisados, 55,5% mencionaram a equipe multiprofissional como fator fundamental para o bem-estar do paciente, sobretudo quando estes desenvolvem práticas de cuidado integral e holística. Costa, Filho, Soares¹⁰ e Kimura et al.¹¹ enfatizaram a importância de considerar os múltiplos aspectos do



paciente (físicos, psicológicos, sociais e culturais) para proporcionar uma assistência qualificada através de uma visão holística e multidisciplinar. O tratamento não convencional na oncologia tem sido utilizado com objetivo de proporcionar qualidade de vida, destacando-se a medicina alternativa como coadjuvante ao tratamento antineoplásico; pacientes que fazem uso desta terapia juntamente com a quimioterapia afirmam uma diminuição dos efeitos colaterais causados pelas drogas antineoplásicas^{9,12}.

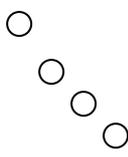
CONCLUSÃO

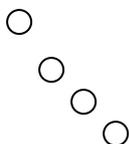
Os achados da pesquisa demonstraram que a doença oncológica produz uma série de ameaças para o paciente, constituindo uma experiência lesiva para o seu bem-estar. Esse fato, associado muitas vezes à incerteza do diagnóstico, sofrimento físico e psicológico provenientes das diversas fases do tratamento antineoplásico interferem diretamente na qualidade de vida do indivíduo. Assim, embora a qualidade de vida esteja categorizada em vários domínios, os efeitos físicos, psicológicos, sociais e existenciais encontram-se interrelacionados. Sob este olhar, os estudos revisados destacam a necessidade de incorporar uma abordagem multiprofissional e holística, que levem em consideração a dimensão psicológica, emocional, social e espiritual do indivíduo, não somente as questões físicas. No entanto, observa-se que ainda prevalece o olhar profissional sob as consequências físicas da doença em detrimento ao aspecto multidimensional citado acima.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Oncologia

REFERÊNCIAS

1. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Cont Enferm*. 2008 out-dez; 17(4): 750-7 [acesso em 15 abr 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/17.pdf>
2. Bertan FC, Castro EK. Qualidade de vida e câncer: revisão sistemática de artigos brasileiros. *Psico*. 2009 jul-set; 40(3): 366-72 [acesso em 09 abr 2012]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5550/4805>
3. Nicolussi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(1):125-30 [acesso em: 15 abr 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/20.pdf>
4. Oliveira A, Pimentel FL. O desempenho dos cuidadores informais na avaliação da qualidade de vida dos doentes oncológicos- uma revisão do tema. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2006; 7(2): 211-19 [acesso em 13 abr 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.org/cgi-bin/wxis.exe/applications/scielo.org/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article^dart.org&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=&exprSearch=CUIDA DOR%20INFORMAL>
5. Avelar AM, Derchain SFM, Camargo CPP, et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama após a cirurgia. *Rev Ciênc Méd*. 2006; 15(1): 11-20 [acesso em 09 abr 2012]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&n extAction=lnk&exprSearch=515928&indexSearch=ID>
6. Rozza RE, Ferreira SJ, Souza PHC. Aspectos clínicos e prevenção das mucosites bucais – revisão. *RFO*. 2012; 16(2): 217-23 [acesso em 03 jul. 2012]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2011/v16n2/a2578.pdf>
7. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer colorretal em terapia adjuvante. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(2):155-61 [acesso em 03 jul. 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a07v22n2.pdf>
8. Roque VMN, Forones NM. Avaliação da qualidade de vida e toxicidade em pacientes com câncer colorretal tratados com quimioterapia adjuvante baseada em fluoropirimidinas. *Arq Gastroenterol*. 2006; 43(2):94-101 [acesso em 03 jul. 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032006000200007&script=sci_arttext
9. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enf*. 2010; 12(3): 554-61 [acesso em 22 abr 2012]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a20.htm>
10. Costa CA, Filho WDL, Soares NV. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. *Rev Bras Enferm*. 2003; 56(3): 310-14 [acesso em 17 out. 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&lng=pt&pid=S0034-71672003000300019

- 
11. Kimura CA, Kamada I, Fortes RC, Monteiro OS. Reflexões para os profissionais de saúde sobre a qualidade de vida de pacientes oncológicos estomizados. *Com Ciências Saúde*. 2009; 20(4): 333-40 [acesso em 25 out. 2012]. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol20_7reflexoes.pdf
 12. Jaconodino CB, Amestoy SC, Thofehrn MB. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(1): 61-6 [acesso em 03 jul. 2012]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11953/8434>



MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA NA REGIÃO NORDESTE: ANÁLISE REALIZADA NO PERÍODO DE 2001 A 2011

Barbara Santos Ribeiro¹, Giuliany Sousa Rodrighero¹, Eliane Fonseca Linhares¹, Leila Silva Meira, Zulmerinda Meira Oliveira¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

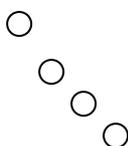
Em 2002 o Instituto Nacional do Câncer realizou o registro da situação epidemiológica de mortalidade Brasileira por Câncer Mamário, constatando-se uma variação percentual relativa de mais de 80% em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000¹. A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de Câncer de Mama em todo o mundo². No Brasil, não tem sido diferente, segundo o Instituto Nacional de Câncer a Neoplasia Maligna de Mama (NMM) é o mais incidente na população feminina, excetuando-se os casos de Câncer de Pele não Melanoma³. A fim de controlar esse problema de Saúde Pública, em 2011, a presidente do Brasil reafirma como prioridade o Câncer Mamário no plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer³. Este estudo objetiva analisar a mortalidade de mulheres em idade fértil por NMM, na região Nordeste do Brasil, no período de 2001 a 2011.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de análise descritiva, abordagem quantitativa e transversal, que analisou a situação da mortalidade de mulheres em idade fértil da Região Nordeste do Brasil, no período de 2001 a 2011, cuja causa básica fosse NMM. Para o levantamento dos dados foram consultadas as informações provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) presente no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) que fornece indicadores da causa-morte através das Declarações de Óbito (D.O.). As D.O são preenchidas por médicos de toda a rede de assistencial de saúde e posteriormente são enviadas a Cartórios de Registro Civil e para a Secretaria Municipal de Saúde que alimentam o SIM. Estas declarações declaram o falecimento da pessoa e informa sua respectiva causa, somente com seu envio para os Cartórios de Registro Civil pode ser liberado o sepultamento, bem com, a tomada de todas as medidas legais em relação à morte^{4,5}. Para análise dos dados construíram-se dois gráficos a partir do programa Excel 2007 (Microsoft Corporation U.S.A.). O primeiro mostra a distribuição anual da mortalidade de mulheres em idade fértil, da Região Nordeste, cuja causa básica fosse NMM, durante o período de 2001 a 2011. No segundo gráfico procurou-se totalizar os óbitos por NMM nos diferentes estados que compõem a Região Nordeste brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado (2001-2011) 6.536 mulheres em idade fértil faleceram por NMM no Nordeste brasileiro. Os resultados mostraram que em 2001, 419 mulheres foram a óbito, esses números evoluíram progressivamente no decorrer da década, alcançando em 2011, 764 óbitos de mulheres em idade fértil por Neoplasia Maligna de Mama. Somente no ano de 2009, houve um declínio da mortalidade (686 óbitos), comparado ao ano anterior (706 óbitos), mas em 2010 o número de mortalidade voltou a progredir. Até o momento, não há como esgotar todas as possibilidades para erradicação do desenvolvimento de câncer de mama, mas alguns fatores de risco da doença já foram descobertos, o que pode facilitar a detecção precoce e contribuir para o rastreamento da patologia. Os fatores de risco mais discutidos são a idade da mulher e a história familiar, ou seja, possuir parente de primeiro grau com câncer de mama; a faixa etária entre 40 e 69 anos se destaca como a de maior prevalência de adoecimento e morte por esse tipo de câncer⁶. Ao analisar o total das mortes de mulheres férteis por NMM entre os diferentes estados da Região Nordeste, percebemos que a Bahia liderou, apresentando o maior número de óbitos (1.664), em seguida encontrou-se o Pernambuco, com 1.423 óbitos por Neoplasia Maligna de Mama. Esses dois estados apresentam um maior número de habitantes quando comparado aos demais estados da Região Nordeste, portanto, esta pode ser a explicação para tal realidade. O Ceará apresentou 1.196 óbitos, Maranhão 437, Paraíba 430, Piauí 363, Rio Grande do Norte 362, Alagoas 355 óbitos e o Sergipe 306 óbitos por NMM.



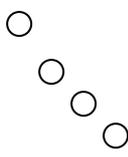
CONCLUSÃO:

Este estudo se faz relevante para Saúde Pública, pois, permitiu demonstrar a relação da NMM com o grande número de óbitos em mulheres de idade fértil na Região Nordeste do Brasil. Espera-se que os resultados conduzam a elaboração e efetivação de políticas públicas voltadas para prevenção dessa patologia, e sensibilizem profissionais de saúde a estarem desenvolvendo ações de prevenção, diagnóstico precoce e encaminhamentos das mulheres com esse diagnóstico a fim de reduzir o elevado número de mortalidade de mulheres em idade fértil.

PALAVRAS-CHAVE: Mama; Mortalidade; Neoplasia

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999 2002. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
3. BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/. Acesso dia 11/08/2013
4. BRASIL, Ministério da Saúde. A declaração de óbito: documento necessário e importante / Ministério da Saúde, Conselho Federal de Medicina, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. – 3. ed. – Brasília, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. –Brasília, 2011.
6. MATOS, Jéssica Carvalho de; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(3):[08 telas]. Maringá–Paraná.mai-jun 2010.



PERCEPÇÕES DE PAIS ACERCA DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NO COTIDIANO DA FAMÍLIA DE CRIANÇAS COM CÂNCER

Joana Angélica Andrade Dias¹, Naira Menezes Luz¹, Eliane Fonseca Linhares¹, Pablo Ian Gonçalves Nery², Rosália Teixeira de Araujo¹, Juliana da Silva Oliveira¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Jequié – Bahia – Brasil

² Faculdade de Tecnologia e Ciências.

Jequié – Bahia - Brasil.

E-mail: joanauesb@gmail.com

INTRODUÇÃO

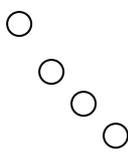
O câncer é uma patologia que engloba um grupo de mais de 100 doenças distintas, com diferentes causas, manifestações, tratamento e prognóstico, composta por células que se dividem rapidamente, com um crescimento desordenado, tendendo a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas, de difícil tratamento, podendo levar ao óbito¹. É encontrado em diferentes posições, mas sempre incluído entre as primeiras causas de morte, ao lado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças do aparelho respiratório, afecções do período peri-natal e doenças infecciosas e parasitárias¹. Afeta a todos os grupos etários, acometendo com maior frequência pessoas com mais de 65 anos de idade². No que diz respeito a crianças, no Brasil, apresenta-se como a terceira causa de morte, por algum tipo de câncer, e destes, cerca de 70% podem ser considerados curados, dependendo da precocidade do diagnóstico³. Esta patologia geralmente induz as pessoas a um estado de angústia, o que certamente é agravado quando deixa de ser uma possibilidade e passa a ser uma realidade, sendo necessário equilíbrio não apenas econômico e físico, mas também psíquico para poder auxiliar a pessoa, em especial a criança, acometida por essa doença durante o tratamento. Nessa perspectiva, este estudo tem por objetivo identificar as mudanças ocorridas no cotidiano familiar de crianças acometidas com câncer sob a óptica dos pais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, desenvolvida na casa de apoio do Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC), com sede em Itabuna-BA. Os atores sociais foram 15 pais de crianças hospedadas nessa instituição, sendo 14 do sexo feminino e 1 do sexo masculino; 7 casados e 8 solteiros; 13 com ensino fundamental incompleto e 2 com ensino fundamental completo. Quanto à religião, 9 são católicos, 2 cristãos e 4 evangélicos. Sobre a renda, 2 apresentam abaixo de R\$100,00, 8 entre R\$ 200,00 a 350,00 e 3 entre R\$ 450,00 a R\$ 1.050,00. Em se tratando da ocupação, 9 são domésticas, 4 desempregados e 2 autônomos. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados contendo questões abertas que oportunizaram os pais discorrerem livremente sobre o objeto de estudo. Esta pesquisa atendeu às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de questões de caráter ético em pesquisas científicas envolvendo seres humanos, tendo sido inicialmente submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, aprovada por meio do parecer número 158/2006. As informações coletadas foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo⁴, originando as categorias: convívio com sentimentos negativos; alteração na interação/relacionamento familiar; comprometimento da economia familiar; e crescimento pessoal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A categoria **Convívio com sentimentos negativos** originou as subcategorias **saudade, solidão, ciúme, tristeza/desânimo, desespero/preocupação**. A saudade está relacionada à separação dos familiares para acompanhar a criança no tratamento. A solidão é consequência dessa separação e o ciúme surge por parte dos irmãos pelo fato dos pais dedicarem mais tempo a criança e necessitarem viajar com ela. Observou-se que tanto a tristeza quanto o desânimo relacionam-se com o conceito que os pais possuem da doença e da fragilidade do ser criança. O desespero e preocupação resultam da expectativa dos pais que a qualquer momento a criança possa apresentar complicações e ir à óbito. A categoria **Alteração na Interação/Relacionamento Familiar** inclui as subcategorias **distanciamento entre os membros da família, união/apoio familiar, falta de apoio/desestruturação familiar e dedicação ao filho doente**. A doença contribui para o distanciamento entre os membros da família, diante a necessidade de permanência da criança e acompanhante no GACC. A união e apoio surgiram como estratégia de enfrentamento do problema,



entretanto a falta de apoio/desestruturação familiar também foram relatados devido a falta de compromisso de familiares em auxiliar nas questões da doença. Quanto à dedicação ao filho doente, percebeu-se que os pais passaram a dar mais atenção a este para amenizar seu sofrimento. A categoria **Comprometimento da Economia Familiar** englobou as subcategorias **dificuldade financeira** e **desemprego**. As contribuições à família pelo GACC não são garantidas, estando esta a mercê de doações o que colabora para o surgimento das dificuldades financeiras, agravadas pelo desemprego causado pela necessidade de afastamento das atividades laborais para cuidar do filho. A Categoria **Crescimento Pessoal** aponta para o fato de que os pais acabam desenvolvendo uma nova maneira de pensar e agir, como estratégia de enfrentamento e de superação da situação vivenciada.

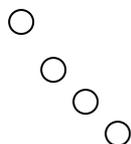
CONCLUSÃO

O câncer infantil pode ocasionar diversas mudanças no cotidiano da família que passa a conviver com sentimentos negativos desenvolvidos a partir da descoberta da doença, o que parece estar relacionado com a compreensão que os pais possuem sobre a mesma. Além disso, pode ocorrer a desestruturação familiar e o comprometimento da condição econômica e financeira da família que vivencia este processo, muito embora esta situação possa, por vezes, proporcionar também mudanças favoráveis, a exemplo de uma maior união entre os seus membros. Desse modo, compete aos profissionais de saúde que cuidam de crianças com câncer elaborar um plano de cuidados que contemple as suas reais necessidades e de sua família.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Criança; Família; Sentimentos; Relacionamento familiar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer: uma proposta de integração ensino serviço. [Internet]. [citado 2006 mar. 25]. Disponível em: www.inca.gov.br.
2. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
3. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.281p.
4. Carvalho, IMM, Almeida, PH. Família e proteção social. São Paulo Perspec. [Internet]. 2003 [citado 2007 mar. 05]; 17(2): 109-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010288392003000200012&lng=pt&nrm=iso.



OS CUIDADOS PALIATIVOS DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO COM ÊNFASE NOS COMPROMETIMENTOS RESPIRATÓRIOS

Gilmar Santana Vieira¹, Jesiellen de Almeida Damacena¹, Priscila Luzia de Souza Santos¹; Samara Jesus Nascimento Souza¹; Shaiane de Fátima Silva Pereira¹; Marcos Túlio Raposo¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: pritty_5@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

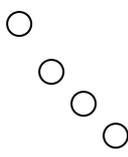
A incidência do câncer cresce anualmente em todo o mundo, sendo que, no Brasil, se constitui como a segunda maior causa de morte por doenças¹. Mais de 70% das mortes por câncer ocorrem em países de média e baixa renda, sendo estimadas para chegar a mais de 11 milhões em 2030². O câncer é caracterizado pelo crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo metastatizar-se para outras regiões do corpo, necessitando de maiores cuidados paliativos³. Os cuidados paliativos são de extrema importância para o atendimento⁴. A partir daí, um novo campo foi criado, o da medicina paliativa, originado por Cecily Saunders em 1950³. Nesse contexto, a fisioterapia aplicada à oncologia surge, então, como um meio de preservar, manter e restaurar a integridade cinético funcional dos órgãos e sistemas, prevenindo também os distúrbios causados pelo tratamento da doença⁵. O fisioterapeuta possui métodos de cuidados paliativos, onde conseguem alcançar benefícios³. Sendo estes: atuação na fadiga, terapia manual, alongamentos, exercícios motores, melhora da função pulmonar⁶. A fisioterapia respiratória utiliza de técnicas de avaliação e tratamento, esta busca a otimização do transporte de oxigênio, contribuindo nas disfunções ventilatórias⁷. O presente estudo tem como objetivo identificar a abordagem paliativa da fisioterapia utilizada atualmente no tratamento de pacientes oncológicos, diante do seu conjunto de medidas terapêuticas que complementam esses cuidados.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se a busca bibliográfica, entre dezembro de 2012 a fevereiro de 2013, de artigos originais e de revisão entre os anos 1999 e 2012 nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico e, utilizando através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) os descritores exatos: Neoplasias e Neoplasms, Fisioterapia e PhysicalTherapySpecialty, e Cuidados Paliativos e HospiceCare. E, os qualificadores: RH, reabilitação para neoplasias (“neoplasias/RH”) e UT, utilização para cuidados paliativos (“cuidados paliativos/UT”). As *aspas* foram usadas para busca de termos compostos e maior objetividade dos resultados, além dos filtros Textos completos e Assunto Principal. Foram escolhidos os trabalhos ofertados gratuitamente e relacionados ao tema proposto por esta revisão, sendo selecionados todos referentes à fisioterapia paliativa oncológica, aos cuidados fisioterapêuticos em oncologia, às complicações do tratamento de cânceres, publicados a partir de 1999 e realizados em humanos. Os critérios de exclusão consistiram em estudos que não contemplassem cuidados paliativos fisioterapêuticos em oncologia, pesquisas em animais, em idiomas que não o inglês ou português e não disponibilizados na íntegra gratuitamente. Foram encontrados 57 artigos, sendo 40 excluídos por não atender os critérios de inclusão ou por apresentar relação só com uma complicação de um tipo de neoplasia, exceto os comprometimentos respiratórios, pois é a ênfase da revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fisioterapia oncológica oferece benefícios para o tratamento de pacientes internados e em domicílio⁶, aliviando sintomas, favorecendo a independência funcional⁴ e prevenindo algumas complicações³. O alívio da dor tem um papel precioso nos cuidados paliativos⁸, possibilitando diminuir o uso de analgésicos⁴. A atelectasia, pode levar à hipoxemia e ao aumento de secreção, sua prevenção pode ser com mudanças de decúbitos e incentivo da respiração⁴. A dispneia, decorrente de alterações no parênquima pulmonar e na trama vascular como resultado de quimioterapia, de excesso de secreção e descondicionamento físico, ocorre em 45 a 70% dos pacientes⁹. Como intervenções fisioterapêuticas têm-se exercícios de controle respiratório; orientações sobre gasto energético; e relaxamento. A oxigenioterapia é indicada em saturação de O₂ abaixo de 85% em repouso, podendo se valer da ventilação não-invasiva por pressão positiva intermitente (VNPPI), pressão positiva contínua (CPAP) ou pressão positiva com níveis alternados (BiPAP®) como mecanismos complementares para maior conforto respiratório¹⁰. O acúmulo de secreção pulmonar é outra complicação, decorre da diminuição da movimentação e do transporte mucociliar e



enfraquecimento da tosse¹¹. A fisioterapia respiratória atua através de percussões, drenagem postural e manobras respiratórias como tosse assistida. O instrumento de oscilação expiratória como o Flutter®, se utilizado sequencialmente por quatro semanas, propicia a diminuição da viscoelasticidade do muco¹². O posicionamento é importante para o paciente, a posição sentada aumenta os volumes pulmonares e diminui o trabalho respiratório; em prono e lateral aumenta a relação ventilação/perfusão, este serve também para mobilizar secreção. Técnicas de vibro-percussão auxiliam na higiene brônquica, e a manobra chamada “huffing aumenta a efetividade da tosse¹¹”.

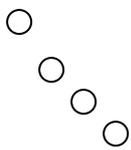
CONCLUSÃO

Mesmo com a dificuldade em encontrar estudos que contemplassem aspectos estritamente relevantes ao papel que a fisioterapia pode desempenhar nos cuidados paliativos em pacientes oncológicos, tornou-se notório no decorrer do desenvolvimento do estudo, que ela prima, nos mais variados âmbitos de sua atuação, pela qualidade de vida dos pacientes, reduzindo os sofrimentos e sintomas, especialmente a dor e as complicações da doença, promovendo quando possível sua independência funcional. A abordagem da fisioterapia na reabilitação em pacientes com câncer e com complicações respiratórias mostra aspectos fundamentais, sendo nítido que tanto as manobras de higiene brônquica, posicionamento ao leito quanto às técnicas de reexpansão pulmonar, trazem resultados satisfatórios que podem vir a contribuir positivamente na recuperação do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias; Fisioterapia; Cuidados Paliativos

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA, Estimativas da incidência e mortalidade por câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2003.
2. World Health Organization [homepage na internet]. c2013 [atualizado em 17 jan 2013; acesso em 18 jan 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>.
3. Müller AM, Scortegagna D, Moussalle LD. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. Rev Bras Cancerol. 2011; 57(2): 207-215.
4. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Rev Bras Cancerol. 2004; 51(1): 67-77.
5. Cipolat S, Pereira BB, Ferreira FV. Fisioterapia em Pacientes com Leucemia: Revisão Sistemática. Rev Bras Cancerol. 2011; 57(2): 229-236.
6. Borges CAM, Silveira CF de, Lacerda PCMT, Nascimento MTA. Análise dos Métodos de Avaliação, dos Recursos e do Reconhecimento da Fisioterapia Oncológica nos Hospitais Públicos do Distrito Federal. Rev Bras Cancerol. 2008; 54(4): 333-344.
7. Luiz A, Silva C, Machado M. Fisioterapia Respiratória e terapia intensiva. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL; 2008.
8. Bergmann A, Ribeiro MJP, Pedrosa E, Nogueira EA, Oliveira ACG. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III/ INCA. Rev Bras Cancerol. 2006; 52(1): 97-109
9. Silva R. Atuação da Fisioterapia Respiratória em Pacientes com Diagnóstico de Câncer de Pulmão. [Trabalho de conclusão de curso]. Goiânia: Universidade Paulista - UNIP. 2011.
10. Silva YB, Silva JA. Cuidados paliativos: manejo da dispnéia. Mundo Saúde. 2003; 27(1): 133-7.
11. Ferrell BR, Coyle N. Textbook of palliative nursing. 1. ed. Nova York: Oxford University Press; 2001.
12. Grotberg JB. Respiratory fluid mechanics and transport processes. Annu Rev Biomed Eng. 2001; 3: 421-57



RISCOS E DANOS MATERNOS E FETAIS ASSOCIADOS AO TRATAMENTO DE TUMORES ENCEFÁLICOS DURANTE A GESTAÇÃO: REVISÃO INTEGRATIVA

Alana Ferreira Nascimento¹, Bruno Del Sarto Azevedo¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: alana20007@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

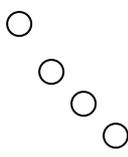
O diagnóstico de uma neoplasia encefálica durante a gravidez é um evento que coloca a mãe e o feto em risco de morte, além de gerar forte impacto emocional¹. Embora a gravidez não seja fator de risco para o surgimento de um tipo particular de tumor intracraniano, ela pode ter profundo efeito sobre o crescimento, recorrência, tempo de recorrência, desdiferenciação do tumor, além de possibilitar a acentuação ou produção de sintomas neurológicos^{2,3}. Os sintomas do tumor cerebral são os mesmos em mulheres grávidas e não grávidas. Contudo, alguns deles podem ser confundidos erroneamente com os da gravidez, como náuseas e vômitos, persistentes em casos de neoplasia intracraniana e também comuns no início da gestação. Dores de cabeça podem ocorrer durante a gravidez, mas a persistência dessas dores, principalmente associadas a náuseas, vômitos ou sinais neurológicos focais são observações cruciais para o diagnóstico precoce desse tipo de neoplasia em gestantes⁴⁻⁶. O tratamento das neoplasias encefálicas torna-se complicado pela presença do feto⁴ e deve sempre ser voltado primeiramente a preservar a vida da mãe e, secundariamente, a do embrião^{1,3,6}. A condição de gestante pode levar a uma série de possíveis riscos e danos à saúde da mulher, decorrentes do tratamento antineoplásico. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar, por meio da literatura científica, os riscos e danos maternos e fetais associados ao tratamento de neoplasias encefálicas durante a gestação.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão integrativa, por meio de consulta às bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e MEDLINE, sendo as duas últimas pela Biblioteca Virtual em Saúde. Os termos utilizados para a busca foram “*brain*”, “*neoplasms*” e “*pregnancy complications*”, comuns tanto ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) quanto ao *Medical Subject Headings* (MeSH), dando-se o rastreamento através da utilização do operador booleano “AND” entre os descritores supracitados. Os critérios de inclusão foram: ser documento do tipo artigo científico com disponibilidade de texto completo, publicado nos idiomas inglês, português ou espanhol, entre 2000 e 2012, e que abordasse a temática do tratamento de neoplasia encefálica durante a gestação, seja este por meio de intervenção neurocirúrgica, quimioterapia e/ou radioterapia, de modo que fosse possível identificar os riscos e danos deste tratamento à mãe e/ou ao feto. Por sua vez, foram excluídos aqueles artigos que se constituíam como relatos de caso. Dessa forma, foram pré-selecionadas 168 referências, sendo 119 na base de dados do PubMed, 43 no MEDLINE, 6 na LILACS e nenhuma no SciELO. Após leitura dos títulos e resumos, bem como da eliminação daqueles artigos que se repetiam nas bases de dados, chegou-se a um total de 15 estudos potencialmente elegíveis. Procedeu-se, então, leitura criteriosa dos mesmos, resultando em 10 artigos que atenderam aos critérios do estudo, sendo estes avaliados e interpretados, de modo a orientar a discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção neurocirúrgica dependerá da gravidade do tumor e dos sintomas, e da idade gestacional do feto^{1,7}. No caso de tumores de lesão de baixo grau, com sintomas neurológicos controláveis, a intervenção pode ser adiada até o parto^{4,5}, desde que durante este intervalo a gestante seja tratada com corticoides e anticonvulsivos⁴. Os corticoides controlam o edema cerebral e aceleram a maturação do pulmão fetal, contudo seu uso prolongado pode provocar hipoadrenalismo neonatal^{1,3,5,6}. Os anticonvulsivos possuem efeitos teratogênicos, no entanto seus benefícios são maiores que seus riscos, visto que a convulsão provoca acidose e hipóxia fetal^{1,3,6,8}. O parto mais seguro é a cesariana, com anestesia geral, evitando aumento na pressão intracraniana (PIC) provocado pelo parto vaginal^{6,7}. Lesões de baixo grau, com sintomas neurológicos instáveis, recomenda-se a realização de uma craniotomia durante a gravidez^{4,5}, orientando a gestante quanto ao risco de perda fetal⁹, e tomando cuidados quanto ao posicionamento na mesa operatória, para evitar comprimir a veia cava inferior, o que diminuiria o retorno venoso, causando hipotensão arterial e choque^{1,3,4}. Tumores agressivos necessitam de intervenção urgente, independentemente da idade gestacional do feto^{4,10}. Se necessária a quimioterapia durante o 1º trimestre da gravidez, deve ser



considerado aborto terapêutico, devido a possibilidade de sérios danos à formação fetal^{3,6,9}. Radioterapia durante a gestação pode causar danos ao feto em desenvolvimento, como letalidade (1^o semana), malformações (2-8 semanas), retardo mental (8-25 semanas) e indução ao câncer. No entanto, esses riscos provavelmente surgem a partir de uma dose limiar de 0,1 Gy^{9,11}. E essa dose geralmente não é atingida em casos em que o tumor localiza-se distante do feto, como no caso das neoplasias encefálicas, e quando é feito o uso de blindagem adicional, o que pode reduzir drasticamente a dose fetal absorvida (de 26% a 71%)^{3,4,6,11}.

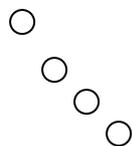
CONCLUSÃO

Para os tumores de crescimento lento, recomenda-se adiar a intervenção neurocirúrgica e fazer uso de corticoides e anticonvulsivos, de modo a controlar a lesão e os sintomas. Contudo, o uso destes pode resultar em efeitos teratogênicos e hipoadrenalismo neonatal. Além disso, deve-se evitar o parto normal, uma vez que o mesmo pode provocar aumento na PIC da mãe. Nos casos de tumores agressivos ou aqueles de baixo grau com sintomas incontroláveis, recomenda-se intervenção neurocirúrgica urgente. O atraso desta comprometeria as chances de cura da mãe. Por outro lado, a realização de craniotomia durante a gravidez aumenta os riscos de perda fetal. A quimioterapia e radioterapia durante o 1^o trimestre podem provocar danos ao feto como letalidade, malformações, retardo mental e indução ao câncer. Assim, a delicada associação entre neoplasia encefálica e gravidez requer uma abordagem multidisciplinar, de modo a avaliar o melhor tratamento, evitando-se possíveis riscos e danos à mãe e ao feto.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Encefálicas; Gravidez; Risco; Complicações na Gravidez.

REFERÊNCIAS

1. Lynch JC, Emmerich JC, Kislakov S, Gouvêa F, Câmara L, Silva SMS, et al. Tumor cerebral e gravidez. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2007;65(4-B):1211-1215.
2. De Angelis LM. Central nervous system neoplasms in pregnancy. *Adv. neurol.* 1994;64:139-152.
3. Lynch JC, Gouvêa F, Emmerich JC, Kokinovrachos G, Pereira C, Welling L, et al. Management strategy for brain tumour diagnosed during pregnancy. *Br. j. neurosurg.* 2011;25(2):225-230.
4. Swensen R, Kirsch W. Brain Neoplasms in Women: A Review. *Clin. obstet. gynecol.* 2002;45(3):904-927.
5. Stevenson CB, Thompson RC. The Clinical Management of Intracranial Neoplasms in Pregnancy. *Clin. obstet. gynecol.* 2005;48(1):24-37.
6. Bonfield CM, Penghu JA. Pregnancy and Brain Tumors. *Neurol. clin.* 2012;30:937-946.
7. Terry AR, Barker II FG, Leffert L, Bateman BT, Souter I, Plotkin SR. Outcomes of hospitalization in pregnant women with CNS neoplasms: a population-based study. *Neuro oncol.* 2012;14(6):768-776.
8. Sáez MD, Fuentes SP. Neurología y embarazo, *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2010;48(4):279-291.
9. Jayasekera BAP, Bacon AD, Whitfield PC. Management of glioblastoma multiforme in pregnancy. *J. neurosurg.* 2012;116:1187-1194.
10. Johnson N, Sermer M, Lausman A, Maxwell C. Obstetric outcomes of women with intracranial neoplasms. *Int. j. gynecol. obstet.* 2009;105:56-59.
11. Kal HB, Struikmans H. Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction, *Lancet oncol.* 2005;6:328-333.



VIVÊNCIA DE UMA PESSOA COM CÂNCER EM ESTÁGIO AVANÇADO SOB A PERSPECTIVA DA FILOSOFIA DE MERLEAU-PONTY

Isabel Silva de Jesus¹, Edite Lago da Silva Sena¹, Patrícia Anjos Lima de Carvalho¹, Luana Machado Andrade², Maria Amélia Ramos Lauton³

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

² Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC

³ Universidade Franz Tamayo Santa Cruz de la Sierra

E-mail: bel_djesus@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

Jequié – Bahia – Brasil

Santa Cruz – Bolívia.

INTRODUÇÃO

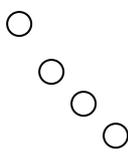
O diagnóstico de câncer, geralmente, está associado a grande angústia e sensação de vazio e abandono, em que o doente é levado a uma introspecção que o motiva para a revisão de valores morais e a reflexão sobre o sentido da própria vida. A relação do câncer com a dor, o sofrimento, a deterioração do ser e a sensação de finitude remete à importância do cuidado, o qual deve atentar para a necessidade de apoio emocional frente aos conflitos e às dificuldades, entre os quais se destaca o medo, a princípio difuso, mas que se vai definindo como medo de sofrer, de morrer, de deixar pessoas queridas, de abandonar projetos, de depender dos outros, quer pela doença, quer pela submissão a tratamentos invasivos e suas consequências.^{1,2} O estágio avançado de uma doença ocorre quando a morte se converte em algo iminente. Neste momento, alteram-se os objetivos e, em vez de se tentar a cura ou o prolongamento da vida, os esforços concentram-se em ajudá-la a sentir-se mais confortável e mais aliviada dos sofrimentos. Nesta perspectiva, este artigo objetiva descrever as vivências de uma pessoa com câncer em estágio avançado, com vistas a contribuir para o planejamento e a implementação de ações de saúde direcionadas a melhorar a qualidade de vida de pessoas que se encontram nessa fase da doença.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica realizada com um senhor de 54 anos, cognominado Sr. Magnésio que enquadrou-se na pesquisa por apresentar perfil socioantropológico condizente com o objeto de estudo, isto é, por possuir uma história de sofrimento, tendo de conviver com o diagnóstico de câncer em estágio avançado, necessitando da atenção direta e constante do familiar cuidador. A descrição vivencial do Sr. Magnésio foi obtida por meio de entrevista aberta não diretiva, a partir de um roteiro com temas norteadores. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob protocolo n. 049/2008. Assim, após o Sr. Magnésio assinar o *Termo de consentimento livre e esclarecido*, foi iniciada a entrevista em sua residência, onde se encontrava acamado, sob os cuidados da esposa. A entrevista foi gravada e transcrita cuidadosamente, atentando-se para aspectos da comunicação não verbal e para os sentimentos manifestados: os gestos, a entonação, a fisionomia, o silêncio, as pausas, os movimentos corporais, as informações subjacentes ao discurso e o estado afetivo e de humor, pois esses elementos não devem ser negligenciados em virtude da riqueza de informações que oferecem. A descrição vivencial do Sr. Magnésio foi submetida à análise da ambiguidade,³ método criado para a análise de dados em estudos fenomenológicos, especialmente os baseados em Merleau-Ponty.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O depoimento do Sr. Magnésio possibilitou a objetivação de duas categorias: *convicção de morte e certeza de vida e medo de morrer e coragem de suicidar-se*. Na primeira categoria, é desvelada a ambiguidade, característica da experiência perceptiva, em que ao mesmo tempo em que o Sr. Magnésio reconhece a doença como impossibilidade de continuar vivendo, acredita na possibilidade de viver e dar sequência a seus projetos de vida quando. A percepção de que o câncer se constitui em uma doença que, se não for tratada precocemente, poderá interromper o processo de viver, reflete a compreensão, na perspectiva da filosofia da experiência de Merleau-Ponty, de que o câncer em estágio avançado ocorre como vivência de cessação da possibilidade de tornar-se um outro *eu mesmo*, ou seja, da vivência do corpo próprio.⁴ O corpo refere-se à experiência perceptiva, e o próprio, à experiência do *eu posso*. Portanto, a concepção de corpo próprio relaciona-se com a vivência da percepção que conduz à experiência do *outro eu mesmo*. E a percepção, à luz do pensamento merleau-pontyano, é entendida segundo o ponto de vista de quem a vive, pois a única



coisa que se pode objetivar dessa experiência é de que se trata de uma vivência ambígua, em que coabitam duas naturezas: uma, que é impessoal (os sentimentos) e a outra, que é pessoal (a linguagem, o pensamento).⁴ Na segunda categoria, percebe-se a ambiguidade vivida no próprio corpo. Por um lado, o medo da finitude que, à luz do pensamento de Merleau-Ponty, compreende-se ocorrer em função de a morte constituir a experiência mais radical do outro, vez que interrompe o exercício do *eu posso* ou a experiência de sexualidade, que se constitui como abertura ao *outro eu mesmo*. Por outro lado, há uma tentativa de antecipar a morte, o que implica no rompimento com a experiência do outro. Nesse sentido, o medo de morrer leva à ansiedade e esta mobiliza a coragem de praticar o suicídio.

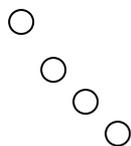
CONCLUSÃO

Os resultados do estudo fornecem elementos que podem subsidiar a assistência global às pessoas que sofrem de câncer em estágio avançado, destacando que a atenção à saúde, nesse contexto, não deve ser direcionada apenas à doença em si, mas também aos conflitos que as pessoas estão vivenciando. Assim, é essencial a abertura de possibilidades para a criação de grupos de ajuda mútua entre pessoas que vivenciam o câncer, com o objetivo de promover a intersubjetividade e, com isso, ajudá-las a elevar a autoestima, melhorar o desempenho no tratamento, socializar as angústias, a esperança e melhorar o enfrentamento da doença. Destacamos, ainda, a necessidade de sensibilizar profissionais de saúde para a adoção de posturas fundamentadas no que há de mais essencial nos seres humanos, que são as experiências perceptivas. O desafio é sistematizar essas experiências na busca da incorporação de saberes visando ao respeito à vida em sua integralidade.

PALAVRAS-CHAVE: Filosofia em Enfermagem; Neoplasias; Terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Sena ELS, Carvalho PAL, Reis HFT, Rocha MB. Percepção de familiares sobre o cuidado à pessoa com câncer em estágio avançado. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4):774-81.
2. Salci MA, Marcon SS. As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o Início do tratamento para o câncer. *REME Rev Min Enferm.* 2010;14(1):43-51.
3. Sena ELS, Gonçalves LHT, Granzotto MJM, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010; 31(4):769-75.
4. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da percepção*. Tradução: Carlos Alberto Moura. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.



ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PESSOAS COM CÂNCER EM FEIRA DE SANTANA, BAHIA: EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS

**Anderson Reis de Sousa¹, Emanuela Márcia de Freitas Vieira¹, Rita Jucielma Almeida Carneiro¹,
Jaildo Gomes Rodrigues¹, Georgia Montenegro Agra Marques².**

¹Faculdade Nobre – FAN

Feira de Santana - Bahia - Brasil

²Universidade Federal da Bahia - UFBA

Salvador - Bahia - Brasil

E-mail: ritajucy@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O problema do câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que essa doença vem apresentando^{1,2}. O conhecimento sobre a situação dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira^{3,4}. Ofertar acolhimento em Casa de Apoio, a pacientes com câncer e acompanhantes quando necessário, que se destinam realizar o tratamento da doença, tem sido uma realidade brasileira^{4,5,6}. A Associação de Apoio a Pessoa com Câncer, é uma associação civil, filantrópica de assistência social, sem fins lucrativos, tem toda documentação pertinente exigida por leis específicas e registros em Cartório competente. Tem como missão, prestar irrestrito apoio as pessoas com doença oncológica, crianças, adolescentes, adultos e idosos carentes, de Feira de Santana (até mesmo em suas residências) e demais cidades circunvizinhas, sem nenhum tipo de discriminação de cor, credo, sexo ou nacionalidade. Juridicamente, a Associação é formada pela Diretoria (presidente, secretário e tesoureiro com seus respectivos suplentes), Conselho Fiscal e Conselho de Ética. Atualmente vem realizando acompanhamento com psicólogo e psicanalista em grupo e individual, suporte jurídico através de advogados voluntários, serviço de assistência social, terapias complementares, assistência de Enfermagem, Fisioterapia entre outras ações.

MATERIAL E MÉTODOS

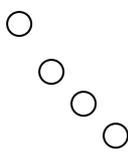
Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, frente às experiências vivenciadas na Associação de Apoio a Pessoas com Câncer enquanto voluntário, no ano de 2012 e 2013, em Feira de Santana, Bahia. Realizado através de observação participante, e ações de voluntariado⁷.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A qualidade de vida em pacientes oncológicos é uma ferramenta importante na avaliação dos resultados do tratamento e reflete a perspectiva do paciente^{8,9}. A efetividade do tratamento do câncer varia de forma significativa conforme a localização da doença e os fatores sociais. Um dos aspectos fundamentais é o acesso à melhor terapêutica disponível¹⁰. O SUS vem estruturando respostas aos desafios da organização do tratamento do câncer, levando-se em conta as dimensões e a heterogeneidade do Brasil^{11,12,13,14}. Tive contato a Associação em 2012, e logo fiquei fascinado e sensibilizado com as ações que eram prestadas ali, foi quando conhecer Dejanira, a presidente e fundadora da Associação, mulher guerreira, de fibra, e muito humana, vencedora um câncer de mama, começou a realizar ações humanitárias que vem ajudando muitas pessoas das mais variadas regiões do Estado da Bahia. A associação conta com um banco de prótese mamária, bolsas de colostomia, quites de curativo, além da doação de cestas básicas, materiais de higiene pessoal medicamentos e outros donativos. São Ofertadas refeições diárias e alojamento para os pacientes e acompanhantes, assumindo todos os custos na permanência destes enquanto hospedados na Casa de Apoio⁷. Disponibilizando pessoas para acompanhá-los as unidades do SUS que os atende, fazendo marcação das consultas e exames com os profissionais da rede pública, no intuito de agilizar este atendimento e a programação de visitação aos que se encontram internados, fornecendo ajuda de custo para seu traslado intermunicipal¹. Com 13 anos de fundação, há uma carência muito grande na participação dos profissionais de saúde que realizem atividades de continuidade, e grande são os desafios existentes na Associação, a mesma atravessa dificuldades financeiras, não tem a efetiva parceria do poder público municipal, nem criação de um campo de estágio com a presença de estudantes, o que poderia contribuir muito para o crescimento da mesma.

CONCLUSÃO

Este estudo tem como finalidade propagar as ações de rede de apoio a pessoas com câncer, bem como reforçar e chamar a atenção para a necessidade de sensibilizar os gestores, profissionais de saúde, estudantes para contribuírem com a ampliação do acesso à saúde, bem como o compromisso

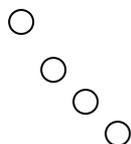


e exercer a participação social. Ha área de oncologia precisa ganhar mais visibilidade, e isto só é possível se cada um fizer a sua parte para melhorar a qualidade das ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, assistência e tratamento adequado e resolutivo as pessoas que em muitas vezes tem peregrinado em busca da solução de seus problemas de saúde e não tem encontrado. A Associação de Apoio a Pessoas com Câncer de Feira de Santana, tem sido um grande instrumento para salvar vidas, promovendo a dignidade, equidade, universalidade aos pacientes oncológicos. Com isto este relato torna-se relevante por trazer ao palco das discussões um tema atual e pertinente na pauta da saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Promoção da Saúde; Oncologia

REFERÊNCIAS

1. Inca. Ministério da Saúde. Estimativa 2012: Incidência de câncer no Brasil. [Internet]. [Citado em 13 de ago de 2013]. [Chttp://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf](http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf).
3. Galvan PS. Casa de Apoio a Pacientes com Câncer. FIEPPR. 2011. [Internet]. [Citado em 12 de ago de 2013]. [http://www.fiepr.org.br/nospodemosparana/uploadAddress/casa_apoio_pacientes_cancer\[29469\].pdf](http://www.fiepr.org.br/nospodemosparana/uploadAddress/casa_apoio_pacientes_cancer[29469].pdf).
4. Santana ARJJ, Zanin RC, Maníglia VJ. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto-SP, 2008. [Internet]. [Citado em 12 de ago de 2013] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>.
5. Ferreira BD. Qualidade de vida em pacientes em tratamento de câncer de mama associação com rede social, apoio social e atividade física. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, março de 2011.
6. Inca. Ministério da Saúde. Direitos sociais das pessoas com câncer: orientações aos pacientes. 2009. [Internet]. [Citado em 14 de ago de 2013] Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Orientacoespacientes/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer.pdf.
7. Aapc. Associação de Apoio a Pessoas com Câncer. [Internet]. [Citado em 12 de ago de 2013]. Disponível em: http://aapc.com.br/?page_id=192.
8. Zandoni PA, Cardozo CMF, Nieto ZNI, Sawada ONI. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(3):554-61. [Internet]. [Citado em 12 de ago de 2013]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/pdf/v12n3a20.pdf.
9. Nicoluss AC. Qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto: uma revisão integrativa. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2008. 209
10. Inca. Ministério da Saúde. O tratamento do câncer no SUS. [Internet]. [Citado em 14 de ago de 2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_tratamento_cancer_sus.pdf.
11. Inca. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Câncer Familiar. 2009[Internet] [Citado em 10 de ago de 2013]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Cancer_Familiar_fim.pdf.
12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). ABC do câncer : abordagens básicas para o controle do câncer. [Internet]. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : Inca, 2011. 128 [Citado em 12 de ago de 2013]. Disponível em: https://inscricaoonline.inca.gov.br/ie_eventos/eventos_hotsite.asp?id=864&ID_IDIOMA=1.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Humaniza SUS. Paciente oncológico da rede privada não poderá receber remédios. 2013. [Internet]. [Citado em 10 de ago de 2013]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/64549-paciente-oncologicoa-da-rede-privada-nao-podera-receber-remedio-do-sus>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Início do tratamento contra o câncer pelo SUS não poderá ultrapassar 60 dias. 2013. [Internet]. [Citado em 10 de ago de 2013]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2013/05/16/pacientes-com-cancer-tem-ate-60-dias-para-iniciar-o-tratamento-na-rede-publica-de-saude>



MORTALIDADE POR NEOPLASIAS EM IDOSOS NO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 1996-2011

Marta dos Reis Alves¹, Doane Martins da Silva¹, Marcela Andrade Rios¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Paula Peixoto Messias¹, Vanessa Cruz Santos¹.

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: martareisalves@yahoo.com.br

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade vivenciada por todos os países, inclusive pelo Brasil, em que se evidencia um aumento expressivo da população idosa. O processo de envelhecimento traz consigo modificações fisiológicas que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos. Associado a este fator, a exposição por maior tempo aos diferentes fatores de risco para as neoplasias, faz com que esta patologia seja frequente entre os idosos¹. Segundo o Ministério da Saúde², as neoplasias juntamente com as doenças do aparelho circulatório são as principais causas da mortalidade entre idosos. Juntas, elas foram responsáveis por mais da metade (53%) dos óbitos da população idosa brasileira em 2010. Nesse sentido, em virtude da elevada mortalidade por neoplasia em idosos, faz-se necessário desenvolver ações que promovam melhores condições de vida deste segmento etário e, conseqüentemente, uma maior sobrevivência. Dessa maneira, este estudo objetivou descrever o perfil da mortalidade por neoplasias em idosos residentes no Estado da Bahia durante o período de 1996 a 2011.

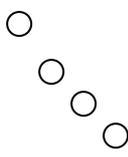
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal, no qual foram utilizados dados secundários, a partir do sistema de informação sobre mortalidade (SIM) referente ao período entre 1996 e 2011 e disponibilizados eletronicamente pelo Departamento de Informática do SUS (DAASUS). Os sujeitos do estudo foram idosos residentes no Estado da Bahia. Ressalta-se que se considera idoso aquela pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, conforme estabelecido pelo Estatuto do Idoso³. A população do estudo utilizada como denominador para os cálculos das taxas de mortalidade foram obtidas das estimativas e das projeções populacionais anuais do período do estudo, disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram estimadas taxas por 100 mil habitantes – com idade igual ou superior a 60 anos– da mortalidade por neoplasia. A análise dos dados foi feita com o auxílio do Microsoft Excel 2010 e posteriormente interpretados à luz da literatura que versa especificamente sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados do sistema de informação sobre mortalidade (SIM) evidenciou que, durante o período de 1996 a 2003, as neoplasias destacaram-se como a segunda causa de óbito entre os idosos, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório. Este resultado corrobora com o estudo desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2011, no qual foram examinadas as tendências da mortalidade da população idosa brasileira entre 1991 e 2010⁽²⁾. O SIM registrou um total de 61.681 óbitos em idosos por neoplasias durante o período estudado. Dentre esses óbitos, houve uma maior prevalência entre sexo masculino com um total de 34.557 (56%) quando comparadas com o sexo feminino, o qual apresentou um total de 27.124 (44%). Acredita-se que as diferenças de mortalidade por neoplasia entre homens e mulheres ocorram em virtude das condições sociais (sobretudo fatores ocupacionais), comportamentos em saúde (em geral, menos saudáveis entre os homens), assim como no uso de serviços de saúde (menor entre os homens)². No que diz respeito à faixa etária, houve uma maior expressividade de óbitos entre os idosos com idade compreendida entre 70 e 79 anos (n=22.382/ 36,3%), seguido da faixa etária de 60 a 69 anos (n=22.007/ 35,7%) e acima de 80 anos (n=17.292/ 28%). Dentre os tipos de neoplasias responsáveis pelos óbitos, destacaram-se as neoplasias malignas dos órgãos digestivos que foram responsáveis por 20.224 (32,8%) dos 61.681 óbitos por neoplasias entre os idosos do estudo, seguidas das neoplasias malignas do aparelho respiratório com 7.621 (12,3%) dos óbitos. No que diz respeito à taxa de mortalidade entre todos os idosos, esta aumentou progressivamente entre 1996 a 2003. Entre o primeiro e o último ano, esta taxa passou de 255 para 418 por 100 mil.

CONCLUSÃO

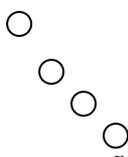


Os achados do estudo demonstraram que as neoplasias ainda representam um importante causa de óbitos na população idosa. Neste sentido, o aumento progressivo da taxa de mortalidade entre os anos de 1996 e 2011 evidencia a necessidade de detecção e tratamento precoce das neoplasias em idosos com intuito de aumentar a sobrevida deste segmento etário e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade. Nesse sentido, o presente estudo buscou contribuir para o maior conhecimento das condições de saúde da população idosa do estado Bahia, apontando para a importância da neoplasia como problema de saúde pública nesse grupo populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias; Mortalidade; Idoso.

REFERÊNCIAS

1. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. Cad. Saúde Pública [online]. 2006; 22 (3): 527-534.
2. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade entre idosos no Brasil: tendências em 20 anos (1991 a 2010). Brasília, 2011.
3. Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2003.



AVALIAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO ANTICORPO MONOCLONAL RITUXIMABE NO TRATAMENTO DO LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B.

Tuany Santos Souza Tames¹, Daiane Borges Santana¹, Gisele da Silveira Lemos¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: tuanysoouza.s@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

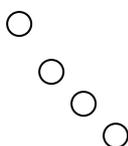
Linfomas são transformações neoplásicas de células linfóides normais que residem predominantemente em tecidos linfóides¹. A maioria dos casos não tem etiologia definida, porém sugere-se que fatores hereditários, ambientais, ocupacionais e dietéticos possam estar envolvidos². A incidência vem aumentando nas últimas quatro décadas, principalmente os linfomas agressivos, sendo o Linfoma Não-Hodgkin (LNH) um tipo agressivo da doença que acomete mais frequentemente as células B³. O linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) é considerado um linfoma de alto grau¹ que manifesta-se através de alto índice de proliferação celular, células grandes, linfonodomegalias localizadas, com alta agressividade, cursando com sobrevida de semanas a meses se não tratados. Com o avanço da engenharia genética nas tecnologias de saúde, anticorpos monoclonais (mAbs) vêm sendo amplamente utilizados na oncologia⁴. Atualmente, existem no mercado poucos mAbs aprovados para uso terapêutico contra neoplasias, sendo o medicamento rituximabe um dos representantes desta classe. Sua ação se dá através da ligação específica ao antígeno transmembrana CD20, que se expressa desde os linfócitos pré-B até os linfócitos B maduros⁵. Possui seu uso regulamentado pelo SUS no tratamento quimioterápico de 1ª linha do LNHDGCB, conforme Portaria SAS Nº 420, de 25/08/2010⁶. Neste contexto, este estudo objetiva verificar os aspectos terapêuticos do medicamento rituximabe no tratamento do LNHDGCB.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura realizada através de buscas de artigos disponíveis nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e NCBI Pubmed e nos bancos de dados eletrônicos Scientific Electronic Library Online (SCIELO), LILACS e MEDLINE, utilizando os descritores “linfoma”, “oncologia”, “quimioterapia” e “anticorpos antineoplásicos” e as mesmas expressões traduzidas em inglês, bem como livros da área da saúde e documentos oficiais referentes à temática escolhida. Foram selecionados 16 artigos publicados no período de 2003 à 2013 que abrangem a utilização do anticorpo monoclonal rituximabe na terapia do linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O advento da terapia com rituximabe melhora a sobrevida de pacientes com LNHDGCB⁷ tanto em monoterapia, quanto em terapia combinada rituximabe-CHOP (ciclofosfamida, vincristina, adriamicina, e prednisolona)⁸, sendo que esta associação levou a uma melhoria notável na taxa de resposta e resultados de sobrevivência para pacientes com esta doença⁹. Com relação à segurança o rituximabe é um tratamento bem-tolerado e pode também representar o tratamento de escolha para pacientes citopênicos, já que possui um menor potencial imunossupressor^{9,10}. Tem indicação ainda nos pacientes candidatos a transplante autólogo (alternativa à refratariedade à quimioterapia). Caso não haja necessidade de rápido controle da rituximabe também se faz a terapia de escolha^{11,12}. Estudos recentes têm demonstrado que a inclusão do rituximabe em quimioterapia de combinação pode resultar num efeito terapêutico melhorado significativamente em LNHDGCB com envolvimento da medula óssea, relatando a diminuição dos seus impactos negativos. No entanto, ainda é incerto se rituximabe mais CHOP (RCHOP) podem alterar a evolução clínica de pacientes com envolvimento BM em LNHDGCB^{13,14}. Em outros estudos de linfomas de células B, foi demonstrado que a combinação de rituximabe e lenalidomida é um tratamento sinérgico racional e eficaz¹⁵⁻¹⁷, pois inibe o crescimento celular e a apoptose induzida em linhas de células de LNH, incluindo linhas de células LNHDGCB mais do que qualquer agente isolado¹⁸. Embora o rituximabe seja bem tolerado, a Food and Drug Administration (FDA) alerta sobre a possível ocorrência de reações mucocutâneas graves, algumas com desfecho fatal, como a síndrome paraneoplásica no início da primeira administração injetável do rituximabe¹⁹. Um estudo randomizado citou que os efeitos colaterais mais apresentados por pacientes submetidos ao rituximabe foram infecção, náuseas, espasmos musculares e anemia²⁰.



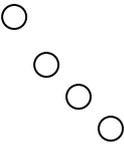
CONCLUSÃO

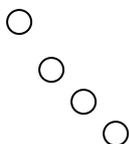
Os estudos comprovam que o rituximabe é eficaz no tratamento do linfoma não-hodgkin difuso de grandes células B, bem como de outros linfomas, uma vez que aumenta a sobrevivência dos pacientes que o utilizam. Foi possível verificar que a introdução desse anticorpo monoclonal nos esquemas de poliquimioterapia conferiu maior evolução no tratamento de pacientes com esta doença, desde o advento do esquema CHOP, se mostrando também eficaz em monoterapia. Por se tratar de uma doença agressiva, a utilização de anticorpos monoclonais no tratamento do LNHDGCB deve ser monitorado, pois embora seja uma droga bem tolerada, apresenta alguns efeitos colaterais com injeção inicial. Assim, mais ensaios clínicos randomizados controlados com monoterapia e em combinação do rituximab devem ser conduzidos com populações grandes para confirmar o perfil de segurança desta droga e sua viabilidade como terapia de primeira linha para LNH agressivos.

PALAVRAS-CHAVE: Linfoma; Oncologia; Quimioterapia; Anticorpos Antineoplásicos.

REFERÊNCIAS

1. Fisher RI, Mauch PM, Harris NL, Friedberg JW. NonHodgkin's lymphoma. In: Williams LW. De Cancer: principles and practice of oncology. 7th ed. Philadelphia. 2005.
2. Lorenzi TF. Manual de Hematologia: propedêutica e clínica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica Rituximabe. Brasília; 2012. Disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/rituximabe%20\(Mabthera\).pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/rituximabe%20(Mabthera).pdf)> Acesso em 16/08/2013.
4. Araújo LHL, Victorino APOS, Melo AC, Assad DX, Lima DS, Alencar DR, et al. Linfoma Não-Hodgkin de alto grau: revisão de literatura. Revista Brasileira de Cancerologia 2008; 54(2):175-183.
5. Hyeon GY, Jin SK, Cheolwon S, Won SK, Jae-Yong K, Jong-Seok L, et al. Clinical features and survival outcomes of patients with diffuse large B-cell lymphoma: analysis of web-based data from the Korean Lymphoma Working Party Registry. Blood Res. 2013 June; 48(2): 115–120. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698396/>> Acesso em: 17/08/13.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 420, de 25/08/2010 – altera, recompõe e atualiza procedimentos de radioterapia e de quimioterapia na Tabela Unificada. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0420_25_08_2010.html> Acesso em: 16/08/2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias. Contribuições da Consulta Pública do rituximabe para o tratamento de linfoma não-hodgkin - CONITEC – 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Consulta_13_2013_rituximabe_Linfoma.pdf> Acesso em 16/08/2013.
8. Plosker GL, Figgitt DP. Rituximab: uma revisão de seu uso no linfoma não-Hodgkin e leucemia linfocítica crônica. Drogas. 2003; 63 (8):803-43.
9. Morton LM, Turner JJ, Cerhan J, Linet MS, Treseler PA. Proposta de classificação das neoplasias linfóides para investigação epidemiológica do Grupo de Trabalho de Patologia do Consórcio Internacional de Epidemiologia linfoma. InterLymph. 2007; 6 (2):695-708.
10. Pfreundschuh M, Trümper LM, Osterborg AT. CHOP-like quimioterapia CHOP mais rituximab contra-gosto de quimioterapia em pacientes jovens com bom prognóstico linfoma difuso de grandes células B: um estudo randomizado controlado pelo MabThera Internacional Trial (MINT) GrupoLancet Oncol. 2.006, 7: 379 - 391.
11. Vijay A, Gertz M. Waldenström macroglobulinemia. Blood 2007; 109(12):5096-103.
12. Dimopoulos MA, Kyle RA, Anagnostopoulos A, Treon SP. Diagnosis and management of Waldenstrom's macroglobulinemia. J Clin Oncol. 2005;23(7):1564-77
13. Yi SH, Xu Y, Zou DH, Zhao YZ, Qi JY. Impacto prognóstico do envolvimento da medula óssea (IMC) e terapias em linfoma difuso de grandes células B. Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi. 2.009; 30:307 312.
14. Li QC, Yuan XL, Wang YF, Zou DH, Zhao YZ, Qiu LG. Os resultados clínicos de diferentes regimes para o linfoma não-Hodgkin com envolvimento da medula óssea: Análise de 148 casos. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 2008; 88:254-257.

- 
15. Desai M, Newberry KJ, Romaguera J, Liang Z, Zhishuo O, Wang M. Immunomodulation therapy with lenalidomide in follicular, transformed and diffuse large B cell lymphoma: current data on safety and efficacy. *J Hematol Oncol.* 2013; 6: 55. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735404/>> Acesso em 17/08/2013.
 16. Hernandez FJ, Reddy N, Holkova B, Ottman E, Czuczman MS. Medicamento imunomodulador CC-5013 ou CC-4047 e rituximab aumentar a atividade antitumoral em um modelo de linfoma do rato imunodeficiência combinada grave. *Clin Cancer Res.* 2005; 6 (16):5984-5992.
 17. Zhang L, Qian Z, Cai Z, Sun L, Wang H, Bartlett JB, et al. Efeitos antitumorais sinérgicos da lenalidomida e rituximab no linfoma de células do manto in vitro e in vivo. *Am J Hematol.* 2009; 6 (9):553-559.
 18. Robak T. Monoclonal antibodies in the treatment of chronic lymphoid leukemias. *Leuk Lymphoma.* 2004; 45:205-19.
 19. Food and Drug Administration (FDA). Medical Product Safety Information. Rituximab. Disponível em: <<http://www.fda.gov/default.htm>> Acesso em 16/08/13.



MANIFESTAÇÕES ORAIS EM PACIENTES SUBMETIDOS À RADIOTERAPIA DE CABEÇA E PESCOÇO – REVISÃO DE LITERATURA

**Malu Oliveira Santos¹, Onily Duarte Silva de Almeida¹, Nathalia Santos Macedo Xavier¹
Fabio Ornellas Prado²**

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Jequié – Bahia – Brasil

E-mail: santos.maluoliveira@gmail.com

INTRODUÇÃO

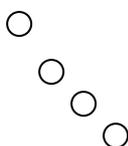
O câncer de cabeça e pescoço representa cerca de 10% dos tumores malignos e pode envolver diversos sítios, sendo que em média 40% dos casos ocorrem na cavidade oral, 25% na laringe, 15% na faringe, 7% nas glândulas salivares e 13% em demais localidades¹. A radioterapia é uma das modalidades terapêuticas mais indicadas para o tratamento das neoplasias que acometem a região de cabeça e pescoço². O tratamento radioterápico consiste na utilização de energia ionizante, capaz de provocar efeitos químicos e biológicos, como danos ao DNA, por exemplo³. Por estarem continuamente em processo de multiplicação, as células neoplásicas são extremamente suscetíveis aos efeitos da radiação³. Todavia, como o tratamento ionizante não é seletivo, acaba atuando também em células saudáveis, o que o torna tóxico para o organismo^{4,5}. As manifestações agudas mais frequentes no tratamento radioterápico de cabeça e pescoço são: mucosite, xerostomia, e infecções oportunistas, como candidose. As manifestações tardias incluem cáries de radiação, trismo e osteorradionecrose^{4,6}. Essas manifestações bucais, sejam agudas ou crônicas, têm impacto determinante na qualidade de vida do paciente⁶. Este estudo objetiva realizar uma revisão de literatura sobre as principais complicações orais decorrentes do tratamento radioterápico na região de cabeça e pescoço, além de enfatizar a importância da inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de acompanhamento dos pacientes oncológicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste estudo sobre as manifestações orais em pacientes submetidos à radioterapia de cabeça e pescoço foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO, MedLine e Lilacs, utilizando-se como termos de busca 'head and neck radiotherapy', 'xerostomia' e 'osteorradionecrosis', limitando o período da pesquisa entre 2000 e 2013. Foram levantados 48 artigos; após criteriosa avaliação, sete trabalhos, publicados entre 2006 e 2012 e que apresentavam relevância relativa ao tema pesquisado, foram selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A radioterapia é muito utilizada no tratamento de neoplasias malignas, contudo, apesar de sua eficácia, também promove efeitos adversos que podem afetar a cavidade oral. Essas complicações podem ser agudas ou crônicas^{3,7} e incluem, usualmente, mucosite, xerostomia, candidose, cáries de radiação, trismo e osteorradionecrose^{4,6}. A mucosite acomete em torno de 60% dos pacientes irradiados em cabeça e pescoço⁶, sendo um dos primeiros sinais clínicos que surgem na cavidade oral durante o tratamento radioterápico, iniciando por volta da segunda semana de tratamento^{2,7}. É definida como uma irritação da mucosa³, e se caracteriza por edema, eritema, ulceração, presença de pseudomembranas, além de dor e dificuldade na deglutição^{2,7}. Como as glândulas salivares encontram-se usualmente dentro da zona de irradiação, acabam sofrendo alterações morfofisiológicas que levam à diminuição do fluxo e qualidade da saliva⁵. A xerostomia, sensação subjetiva de boca seca, pode provocar desconforto, perda do paladar, dificuldades na fala e deglutição¹, além de favorecer o crescimento da microbiota criogênica e consequente aparecimento de cárie secundária⁷. A redução do fluxo salivar também é um fator de risco para a ocorrência de infecções oportunistas, como a candidose^{1,3}. A exposição da articulação têmporomandibular (ATM) e músculos mastigatórios à radiação provoca a fibrose gradual dos feixes musculares⁷. O trismo, que surge geralmente entre a terceira e a sexta semana após o término do tratamento radioterápico, limita a abertura de boca, dificultando a alimentação, a fonação e a higienização bucal, o que traz intenso desconforto ao paciente⁴. A osteorradionecrose, necrose isquêmica do osso decorrente da radiação³, é uma das complicações mais graves da radioterapia⁴. Os osteócitos e o sistema microvascular são afetados permanentemente pela irradiação do osso, que se torna hipóxico, hipovascular e hipocelular⁵ e tem sua capacidade de remodelação e cicatrização prejudicada permanentemente⁷.



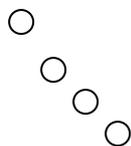
CONCLUSÃO

O tratamento radioterápico tem sido largamente empregado no tratamento de tumores malignos de cabeça e pescoço, sendo responsável por um aumento considerável na sobrevivência dos pacientes oncológicos. Contudo, esta modalidade terapêutica está associada a diversos efeitos colaterais que afetam significativamente a saúde oral e, conseqüentemente a qualidade de vida desses pacientes. Portanto, faz-se necessária a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de atendimento a esses pacientes, a fim de se desenvolver um tratamento individualizado para esse indivíduo, orientando-o quanto a prevenção e tratamento das manifestações orais decorrentes da radioterapia de cabeça e pescoço e, assim, proporcionar maior qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias de cabeça e pescoço; Radioterapia; Manifestações orais.

REFERÊNCIAS

1. Freitas DA, Caballero AD, Pereira MM, Oliveira SKM, Pinho e Silva G, Hernández, CIV. Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. Rev CEFAC. 2011; 13(6): 1103-8.
2. Marinho TG, Soares Júnior BA, Gonçalves, SRJ, De Albuquerque Júnior RLC, De Melo MFB, Dos Anjos Neto DA et al. Complicações da radioterapia de cabeça e pescoço: revisão da literatura. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde. 2011; 13(13): 81-7.
3. Jham BC, Freire ARS. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. Rev bras otorrinolaringol. 2006; 72(6): 704-8.
4. Rolim AEH, Da Costa LJ, Ramalho LMP. Repercussões da radioterapia na região orofacial e seu tratamento. Radiol Bras. 2011; 44(6): 388-395.
5. Emmi DT, Badaró MM, Valente VHG, Araújo MVA. Radioterapia em cabeça e pescoço: complicações bucais e a atuação do cirurgião dentista. Rev para med. 2009; 23(2): 1-8.
6. Epstein JB, Thariat J, Bensadoun RJ, Barasch A, Murphy BA, Kolnick L et al. Oral Complications of Cancer and Cancer Therapy. CA Cancer J Clin. 2012; 62(6): 400-422.
7. Lôbo ALG, Martins GB. Consequências da radioterapia na região de cabeça e pescoço: uma revisão da literatura. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2009; 50(4): 251-5.



APOIO SOCIAL AO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO ONCOLÓGICO TERMINAL

Giselle Barbosa Oliveira¹, Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Eduardo Nagib Boery¹, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery¹, Barbara Bastos Barbosa¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: gj-uesb@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

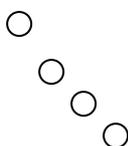
O câncer é uma doença crônico-degenerativa que vem se elevando mundialmente em decorrência do aumento da expectativa de vida e da exposição dos indivíduos a produtos considerados potencialmente cancerígenos.¹ Na atualidade são altas as taxas de prevalência e de mortalidade por câncer entre os idosos, com substancial transferência de cuidados deste idoso à família, especialmente nas fases avançadas da doença.² Em se tratando da família do indivíduo oncológico terminal, essa passa por várias transformações e pelo enfrentamento da morte. Essa interação entre o paciente e sua família é uma relação complexa, pois o doente sofre com as alterações da família e vice-versa. Ressalta-se que o déficit de preparo para o cuidado e a ausência de suporte social sobrecarrega muitas vezes o cuidador familiar.¹ Diante o contexto, torna-se relevante este estudo, pois dar-se ênfase ao apoio social para o cuidador familiar de idoso com câncer que se encontra fora de possibilidades de cura, algo que pode ser desgastante e provocar impactos biopsicossociais na vida do cuidador. Este estudo teve como objetivo abordar acerca do apoio social ao cuidador familiar de idoso oncológico terminal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, realizada a partir de trabalhos que já receberam tratamento analítico. Para busca, inicialmente utilizou-se os descritores: cuidadores, idoso, neoplasias, doente terminal e cuidado paliativo. Na articulação das palavras foi adotada a expressão booleana “AND”, que permite a inserção de duas ou mais palavras. Os textos para pré-leitura e levantamento bibliográfico foram pesquisados na base de dados da Scielo, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde. A pesquisa estendeu-se aos arquivos do Instituto Nacional do Câncer. O período de busca foi de abril a julho de 2013. Os critérios de inclusão foram: artigos nacionais completos publicados em português e disponíveis gratuitamente. Dos artigos encontrados, realizou-se leitura flutuante de 23 que resultaram na leitura exaustiva, seletiva e minuciosa de 16 para, em seguida, sintetizar e interpretar os dados mais relevantes para compor este estudo e, em seguida, ocorrer a fase analítica. Neste contexto, realizou-se a operacionalização dos dados a partir da ordenação, classificação e análise final do material.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O envelhecimento propicia transformações nas células que elevam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células dos indivíduos idosos terem sido expostas por mais tempo aos diversos fatores de risco para câncer, explica em parte o porquê dessa doença acontecer mais frequentemente nesses indivíduos.³ Na maioria das vezes os membros familiares dos indivíduos oncológicos são responsáveis pelos cuidados, por serem os entes mais próximos e os pacientes terem mais confiança.⁴ Entretanto, ao receber o diagnóstico de câncer de um ente próximo, a estrutura familiar sofre alterações, principalmente o membro que dedicará aos cuidados do idoso.⁵ Quanto ao paciente que não apresenta possibilidades de cura, verificou-se que a consciência do familiar de que o doente está em situação terminal é enfrentada de diversas maneiras, o que consequentemente faz emergir vários significados, como oscilação entre aceitação da terminalidade da vida do paciente, esperança de cura e negação da situação.⁶ Vários são os familiares cuidadores que apresentam algum tipo de sofrimento psíquico que se expressa por meio de tristeza, depressão, insônia, estresse e até mesmo doenças psicossomáticas.⁵ As alterações na vida do cuidador frente ao processo de cuidar do idoso podem interferir na sua qualidade de vida e, esse fato pode se agravar quando o cuidador não encontra suporte social. As tarefas atribuídas ao cuidador que acontece, muitas vezes sem a orientação adequada e suporte de instituições de saúde, além das alteração nas rotinas e tempo despendido ao cuidado têm ocasionado impactos negativos na vida do cuidador.⁷ Nesta perspectiva, o apoio social aos cuidadores de idosos é indispensável para minimizar os impactos negativos decorrentes do processo de cuidar. E, o apoio da equipe de saúde¹ permitirá ao cuidador sentir-se acolhido e possibilitará que ele permaneça exercendo seu papel com o menor sofrimento possível.



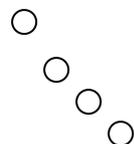
CONCLUSÃO

Verificou-se que o cuidar de idosos oncológicos terminal pode interferir negativamente na vida dos cuidadores familiares, vez que essa situação gera modificações na estrutura familiar, principalmente por esses serem os principais responsáveis por desenvolver esta atividade e, muitas vezes, não encontrar suporte de alguém para ajudá-los nos cuidados diários. Sugere-se que o apoio social seja reforçado como forma de subsídio para minimizar os impactos biopsicossociais, vivenciados por vários indivíduos que desenvolvem o cuidar de um idoso que, além das limitações funcionais decorrentes do processo de envelhecimento, tem uma doença crônica fora de possibilidade de cura, como o câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidadores; Idoso; Neoplasias; Doente terminal; Cuidado paliativo.

REFERÊNCIAS

1. Souza RM, Turrini RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga do cuidador. *Enferm Glob* [Internet]. 2011 [citado em 2013 jul 24]; 10(22):1-13. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412011000200013&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [citado em 2013 agost 4]; 22(3): 527-34. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/07.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. Câncer. [Internet] 2013. Rio de Janeiro. [citado em 2013 agost 25]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=322
4. Araújo LZS, Araujo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009 [citado em 2013 jul 17]; 62(1):32-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/05.pdf>
5. Volpato FS. Pacientes oncológicos: um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginário*. 13(14):511-44. 2007.
6. Oliveira SG, Quintana AM, Denardin-Budó ML, Moraes NA, Lüdtkke MF, Cassel PA. Internação domiciliar do paciente terminal: o olhar do cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm*. 33(3): 104-10. 2012.
7. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*. 17(2):266-72. 2008.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: UMA ANÁLISE DOS PACIENTES COM CÂNCER NA UNACON DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA.

Bárbara Keylly Pereira de Almeida¹, Juliana Oliveira Santos¹, Patrícia Novais Kosada Jandrey¹, Valéria Marques Lopes¹.

¹Universidade Federal da Bahia – UFBA
E-mail: leinhalns@hotmail.Com

Vitória da Conquista - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

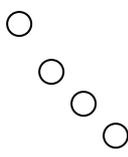
O amplo reestabelecimento de padrões de vida com condições equânimes de trabalho, alimentação e consumo, ocasionou uma mudança expressiva na população mundial promovendo alteração nos moldes de saúde-doença, assinalado pela transformação nos índices de mortalidade e crescimento simultâneo da taxa de doenças crônico-degenerativas, notadamente do câncer¹. A Organização Mundial da Saúde avaliou o surgimento de 27 milhões de novos casos de câncer para o ano 2030, 17 milhões de óbitos e 75 milhões de pessoas vivas por ano com a doença. As estimativas assinalam aproximadamente 518.510 novos casos de câncer no Brasil para o ano de 2013². Assistir a um paciente portador de câncer agrega gastos com exames preventivos, diagnósticos e tratamentos, além de custear a falta de capacidade produtiva do doente e a relação de morbimortalidade entre o câncer e o tratamento, tornando essa assistência uma das mais dispendiosas na esfera social³. Nesse sentido, este estudo tem por objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos doentes, com diagnóstico de câncer, assistidos pela UNACON da região sudoeste da Bahia. Para que haja mudança no cenário atual do câncer, torna-se fundamental o conhecimento da doença nas populações, favorecendo ações efetivas por parte do governo, tais como a implantação de políticas públicas que visem à prevenção e diagnóstico precoce, além da minimização de danos, dos índices de mortalidade e dos dispêndios público⁴.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, do tipo exploratório-descritivo. Tais estudos avaliam a situação da população em um determinado momento, são de fácil realização e, em saúde pública, tornam-se linha de base para planejamento em saúde⁵. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras na UNACON da região sudoeste da Bahia, que centraliza o seguimento de pacientes diagnosticados com câncer, atendidos pelo SUS. Os prontuários que fizeram parte do estudo atenderam a todos os critérios de inclusão e exclusão. As informações contidas nos prontuários de pacientes em tratamento no período de Janeiro até Julho de 2013, referentes à idade, gênero, tipo de câncer e moradia foram analisados por meio da contabilização de dados em planilha pré-codificada de informações relevantes com atribuições estatísticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação ao gênero 53% eram do sexo feminino e 47% do sexo masculino, representando a contrastante realidade entre o maior índice de câncer nas mulheres. A idade é considerada fator de risco primordial para o desenvolvimento de certos tipos de câncer assim como o de mama e próstata², sendo que a faixa etária mais prevalente encontrada foi de 61 anos acima (59%), seguida de 33% - 41 a 60 anos e 8% - 20 a 40 anos. Os diagnósticos mais frequentes são os de câncer de mama – 28%, próstata – 19%, colo do útero e medula – 6%, equiparando-se ao elevado número de casos de câncer de mama, próstata e colo do útero na Bahia². Observa-se ainda uma prevalência do câncer colorretal - 7%, bexiga - 5%, estômago e esôfago – 4%, seguido dos linfomas e câncer de pele – 2,8%, faringe, ovário, pulmão – 2,4%, pâncreas, ossos e neoplasia maligna sem especificação – 1%. Ocupando a 9ª posição aparecem os cânceres de encéfalo, boca, glândulas salivares, leucemia, laringe e útero. Esses dados demonstram a correlação do crescente número de câncer característicos de elevado status socioeconômico, bem como à persistência de alguns tipos que se associam à pobreza⁶. Com relação ao local de moradia dos pacientes em tratamento, a cidade que apresentou maior prevalência de câncer foi Vitória da Conquista, totalizando 38% dos casos. Destacam-se entre eles o câncer de mama - 20%, próstata – 12%, medula – 9%, colorretal – 7,4% e colo do útero – 6,5%. Encontra-se na 2ª posição a cidade de Guanambi com 6% dos casos, seguida por Brumado – 5%, Poções – 2,5%, Anagé, Barra da Estiva, Tremedal, Cândido Sales, Malhada de Pedras, Livramento e Itambé – 2%, Belo Campo, Jânio Quadros, Caetité e Planalto registram 1,4%



de pacientes em tratamento na UNACON. Ressaltamos neste ponto a necessidade da gestão pública estar comprometida com o deslocamento destes pacientes através do Tratamento Fora do Domicílio.

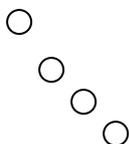
CONCLUSÃO

O presente estudo cunhou a tendência à universalização do crescente aumento do câncer na população distribuídos entre as regiões do Brasil, nas quais fatores de risco como genética, idade, obesidade, sedentarismo, dieta, tabagismo, etilismo e exposição a elementos cancerígenos, são potenciais para a propagação e magnitude da doença gerando ônus aos cofres públicos. Alguns aspectos relativos ao comportamento dos principais tipos de câncer no cenário da região sudoeste da Bahia merecem ser enfatizados, a saber: progressivo aumento da incidência do câncer de mama e colorretal, especialmente em mulheres. A avaliação desta clientela aponta a urgência e evidencia a precisão da implementação de políticas públicas visando à programação de medidas nos diferentes níveis de atenção à saúde e melhoria da assistência aos usuários assistidos pelo SUS dos municípios de residência e na sede da região onde se localiza a UNACON bem como desenvolvimento de medidas adequadas que visem o controle do câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; Câncer; Diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS

1. Laurenti R. Transição demográfica e transição epidemiológica. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p. 143-65.
2. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativas 2012 - Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011. [acesso em: 24 jul 2013]; Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.
3. Bittencourt R, Scaletzky A, Boehl JAR. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. Revista brasileira de cancerologia 2004 [acesso em: 23 jul 2013]; 50(2): 95-101. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v02/pdf/artigo1.pdf.
4. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. Revista Brasileira de Cancerologia 2010 [acesso em: 22 jul 2013]; 56(4): 431-441. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v04/pdf/05_artigo_caracterizacao_perfil_epidemiologico_cancer_cidade_interior_paulista_conhecer_para_intervir.pdf.
5. Massad E, Menezes RX, Silveira PSP, Ortega NRS. Métodos quantitativos em medicina. São Paulo: Manole; 2004.
6. Guerra RM, Gallo CVM, Mendonça GAS. Riscos de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia 2005 [acesso em: 22 jul ago 2013]; 51(3): 227-234. Disponível em:..



A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTIMULADORA DO AUTOEXAME DAS MAMAS

Larissa de Santana Costa¹, Marília Souza de Oliveira¹, Jamille Araujo de Sousa Santos¹, Lucas Amaral Martins¹, Samylla Maira Costa Siqueira¹, Climene Laura de Camargo¹.

¹ Universidade Federal da Bahia – UFBA
E-mail: mari.flor.26@hotmail.com

Salvador - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

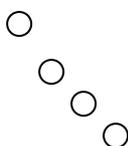
A incidência do câncer de mama é elevado em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que por ano ocorram 1.050.000 casos novos no mundo, sendo considerado comum entre as mulheres. No Brasil, estima-se que em 2012 ocorreram 49.240 casos novos de câncer de mama. Esse tipo de câncer, se identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores do que dois centímetros de diâmetro, tem prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura.¹ Ainda não existe um método isento de erros para uma prevenção primária da neoplasia da mama, mas existem três estratégias de prevenção secundária para a detecção precoce: o autoexame das mamas, o exame clínico das mamas e a mamografia. Estudos demonstram a eficácia do autoexame e a recomendação da sua utilização como prática adequada² podendo ser realizado regularmente pelas mulheres em menores intervalos³. A consulta de enfermagem é um processo de interação entre o profissional enfermeiro e o paciente, na busca da promoção da saúde, da prevenção de doenças e limitação dos danos⁴. Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo é analisar a importância da orientação do autoexame de mama na consulta de enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo versa em um relato de experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal da Bahia, promovido pelo estágio obrigatório da disciplina Fundamentos de Enfermagem no Cuidado em Saúde Coletiva, no semestre de 2011.2. Ocorreu em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na comunidade do Vale das Pedrinhas em Salvador – Bahia. Foram realizadas consultas de Planejamento Familiar em mulheres na faixa etária entre 17 e 42 anos, moradoras da região e cadastradas na USF referida. No primeiro momento havia uma conversa prévia sobre o planejamento familiar, ocorrendo uma troca de informações entre os acadêmicos e as usuárias, possibilitando a mulher o conhecimento dos métodos contraceptivos e o planejamento de uma futura gestação. Após essa entrevista era feita a consulta de enfermagem com a verificação de exames anteriores, juntamente com a coleta de um breve histórico individual e familiar. Posteriormente era realizado pelos estagiários o exame citopatológico, o exame clínico das mamas e a instrução do autoexame incentivando a realização constante o que possibilita a detecção e diagnóstico precoce do câncer de mama.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que as mulheres examinadas em sua grande maioria não realizavam o autoexame de mama. A maioria das mulheres atendidas eram donas-de-casa, mães de famílias, possuidoras de diferentes tipos de crenças, culturas e saberes, dessa forma procurou-se respeitar a individualidade de cada uma, para então ser criado um elo de confiança entre os estagiários e as usuárias. Assim promoveu-se uma troca de conhecimentos e experiências, oportunizando uma assistência qualificada e humanizada em um momento delicado e muitas vezes tidos como invasor da privacidade. Como a mulher ainda oferece resistência e dificuldade na realização do autoexame das mamas, devido às suas crenças ou medo, é necessário que essa prática seja estimulada constantemente e orientado por profissionais da área de saúde, inclusive pela enfermeira, fazendo com que ela conheça melhor seu corpo e crie o hábito de se tocar, visto ser este um dos métodos essenciais na detecção precoce do câncer de mama⁵. Foram demonstradas as manobras da realização do autoexame de mama e em seguida as usuárias repetiam nelas como haviam entendido, havendo sempre discussão e esclarecimentos de dúvidas apresentadas, promovendo nelas um conhecimento do próprio corpo e estimulando a prática do autoexame. Foi relatado por fim que com a atividade de promoção, prevenção e educação do autoexame, suas dúvidas, medos e crenças foram amenizados e que fariam e estimulariam outras mulheres na continuidade do exame no domicílio.



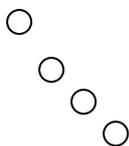
CONCLUSÃO

Dentre as mulheres atendidas, algumas demonstraram conhecer o autoexame, todavia nem todas possuíam o hábito de praticar. Compreende-se então que enquanto profissionais enfermeiros é função primordial orientar essas usuárias para realização correta e contínua do autoexame das mamas garantindo uma assistência qualificada. O câncer de mama é uma patologia que quando não detectada precocemente leva a altos índices de mortalidade, dessa forma o papel da enfermeira de estimular, esclarecer e instruir é enaltecido para a promoção e prevenção da saúde da mulher. Esse incentivo no período adequado vai além da prática do autocuidado, objetiva salvar vidas e contribuir para a diminuição das taxas de mortalidades por esta doença.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama; Mama; Enfermagem; Saúde da mulher; Prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2012. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2012.
2. Marinho LAB, Costa-Gurgel MS, Cecatti JG, Osis MJD. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. Rev. Saúde Pública, 2003; 37(5): 576-658.
3. Borba AA, Souza RM, Lazzaron AR, Defferrari R, Scherer L, Frasson AL. Frequência de realização e acurácia do autoexame das mamas na detecção de nódulos em mulheres submetidas à monografia. Rev Bras Ginecologia Obstetrícia, 1998; 20(1): 37-43.
4. Machado M. M. T., Leitão G. C. M., Holanda F. U. X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. Rev. Latino Americana de Enfermagem., 13(5), set./out.2005.
5. Davin R. M. B. et al. Autoexame das mamas: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 11 nº 1, p. 21-27. 2003.
6. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Tradução: Carlos Alberto Moura. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.



INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS PROVOCADAS PELO TRATAMENTO SIMULTÂNEO DE AGENTES ANTINEOPLÁSICOS COM OUTROS FÁRMACOS

Marcos Antonio Cerqueira Cardoso Segundo¹, Maria da Luz Barreto Santos¹, Suellyn dos Santos Gonçalves¹, Gisele da Silveira Lemos¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: marcos_segundo@live.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de antineoplásica ou antiblástica¹. O tratamento antineoplásico pode ser realizado com a aplicação de um ou mais quimioterápicos. No entanto, o uso de drogas isoladas (monoquimioterapia) mostrou-se ineficaz em induzir respostas completas ou parcialmente significativas, na maioria dos tumores, sendo atualmente de uso muito restrito. A poliquimioterapia é de eficácia comprovada e tem como objetivos atingir populações celulares em diferentes fases do ciclo celular, utilizar a ação sinérgica das drogas, diminuir o desenvolvimento de resistência e promover maior resposta por dose administrada². Dessa forma, a prescrição simultânea de vários medicamentos, proporciona maior conforto e menor risco de morte ao paciente que, invariavelmente, são necessários, situação que eleva o potencial para a ocorrência de interações medicamentosas³. A interação medicamentosa é um evento clínico em que os efeitos de um fármaco são alterados pela presença de outro fármaco, promovendo alterações na farmacocinética e/ou farmacodinâmica dos medicamentos⁴. O objetivo do presente trabalho é observar as diferentes interações medicamentosas fármaco-fármaco no tratamento com agentes antineoplásicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo de revisão no qual foram realizadas buscas nas bases eletrônicas de dados LILACS, SciELO, Bireme, Pubmed e BVS, utilizando os descritores poliquimioterapia, antineoplásicos e tratamento e as mesmas expressões em inglês. Elencou-se 19 artigos do ano de 2000 até 2013, que abordassem as interações medicamentosas fármaco-fármaco com agentes antineoplásicos.

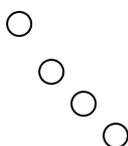
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os protocolos de tratamento farmacológico envolvem complexa polifarmácia, durante e após a quimioterapia antineoplásica, especialmente na terapia de suporte. São utilizados medicamentos antineoplásicos, antimicrobianos, antieméticos, analgésicos, entre outros, que, invariavelmente, são necessários e por isso prescritos de modo simultâneo em algum momento do tratamento³. A ciclofosfamida é o agente alquilante mais amplamente utilizado em oncologia, além de ser útil como terapia imunossupressora em alguns pacientes renais⁵. Esta possui interação medicamentosa clinicamente significativa com o alopurinol que aumenta a incidência de depressão da medula óssea; com antidiabéticos, podendo potencializar o efeito hipoglicemiante e com a amiodarona, aumentando o efeito tóxico sobre o pulmão⁶. A cisplatina é um medicamento antineoplásico com propriedades bioquímicas similares as dos agentes alquilantes bifuncionais; interage com aminoglicosídeos e furosemida, potencializando seu efeito nefrotóxico⁷. O bussulfano é um agente alquilante bifuncional utilizado no tratamento da leucemia granulocítica crônica⁸. Pode interagir com probenecide, aumentando os níveis séricos e urinários do ácido úrico⁹.

CONCLUSÃO

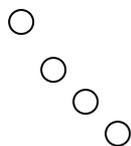
De acordo com artigos pesquisados, observou-se as diferentes interações medicamentosas dos agentes antineoplásicos com outros fármacos, o que comprova a importância do conhecimento dessas possíveis interações. Dessa forma, torna-se necessário que a equipe multidisciplinar de saúde detenha tal conhecimento, visto que essas interações podem comprometer a eficácia terapêutica e a melhoria de saúde do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Poliquimioterapia; Antineoplásicos; Tratamento.



REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Quimioterapia. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=101> Acesso em: 13/08/2013.
2. Katzung BG. Farmacologia Básica e Clínica. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Secoli SR, et al. Polifarmácia em Leucemia Mielóide Aguda: Administração e Interação de Medicamentos. Prática Hospitalar; 2005.
4. Gomes M, Moreira AM. Ciências farmacêuticas: Uma abordagem em farmácia hospitalar Reis. 1ª ed, São Paulo: Atheneu; 2000.
5. Silva, Penildon. Farmacologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2012.
6. Gai MF. Interações Medicamentosas no paciente oncológico. Revista Onco; 01/08/2010.
7. Ribeiro H. et al. Antibióticos antitumorais: um estudo das interações medicamentosas dos produtos padronizados no hospital Napoleão Laureano; 2002.
8. Rang HP, Dale MM. Rang & Dale farmacologia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
9. Ferdinandid, Ferreira AA. Agentes Alquilantes: reações adversas e complicações hematológicas. Ciência News, vol.01; 01/12/2009.



MORBIDADE HOSPITALAR POR NEOPLASIAS MALIGNAS EM IDOSOS NA BAHIA

Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Marcela Andrade Rios¹, Paula Peixoto Messias¹, Marta dos Reis Alves¹, Doane Martins da Silva¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: vanessacrus@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

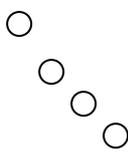
O câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, isto devido sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Pelo menos um terço dos casos novos de câncer incidentes anualmente no mundo poderia ser prevenido. A prevenção e o controle da doença são, por esse motivo, prioridades na Agenda da Saúde do Ministério da Saúde (MS). O câncer é a segunda causa de óbitos no Brasil, com tendência de crescimento nos próximos anos.¹ Entre os fatores para o desenvolvimento de câncer (neoplasias malignas) esta o envelhecimento que aparece como um dos fundamentais. A incidência da doença eleva com a idade, muito provavelmente porque se acumulam os fatores de risco para determinados cânceres. A acumulação de fatores de risco geralmente combinados com a tendência para que os mecanismos de reparação celular a ser menos eficaz com a idade.² Para o sistema de saúde, os custos provindos das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representam impacto crescente. No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares de idosos e, entre elas, encontra-se o câncer.³ Neste sentido, torna-se relevante a realização desse estudo, vez que poderá fornecer subsídios para a efetivação de políticas de saúde, relacionadas ao envelhecimento e o câncer. Diante este contexto, o estudo objetiva descrever a morbidade hospitalar de idosos com neoplasias malignas em internações do Sistema Único de Saúde na Bahia no período de 2008 a 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado entre os meses de julho e agosto de 2013. A coleta de dados aconteceu a partir de dados secundários de domínio público, do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), disponibilizados eletronicamente, por meio do Departamento de Informática do SUS (Datapus), do Ministério da Saúde.⁴ Os dados utilizados foram sobre a morbidade hospitalar no estado da Bahia por neoplasias malignas a partir das internações do SUS. As variáveis estudadas foram: sexo, cor/raça, caráter do atendimento, tipo de neoplasia e faixa etária (idade igual e/ou superior a 60 anos). O recorte temporal adotado foi de 2008 a 2012, por corresponder aos anos de abrangência do SIH-SUS, associado ao último ano disponível de informações referente ao censo demográfico utilizado no estudo. Para a análise dos dados, utilizou-se planilhas no programa Microsoft Office Excel, para calcular a frequência de acordada variável estudada e a taxa de letalidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Bahia, o número de pessoas idosas entre os anos de 2008 e 2012 foi de 7.129.359; desses indivíduos 51.524 foram hospitalizados pelo SUS em decorrência de neoplasias. Verificou-se que a frequência das internações se elevaram, variando de 16,75 (2008) a 23,31 (2012). Os idosos do sexo masculino foram mais hospitalizados (5.222) com frequência de 5,06 (2008) a 6,624 (2012). Quanto ao caráter do atendimento, a maioria das internações foi eletiva (31.095), com elevação processual da frequência de 16,78 (2008) a 22,96 (2012). Em se tratando do quesito cor/raça, a não branca (preta e parda) teve maior quantitativo de internações (28.128). Os tipos de neoplasias malignas que mais resultaram em internação foram as de localizações especificadas, sendo o subgrupo mais comum no homem as neoplasias malignas da próstata (8.751), com frequência de 16,63 (2008) a 23,77 (2012); e nas mulheres, as neoplasias malignas da mama (6.841) com frequência de 14,53 (2008) a 25,57 (2012). A taxa de letalidade de internação variou de 9,59 (2008) a 11,81 (2012), sendo mais elevada para as neoplasias malignas de traquéia brônquios e pulmão, que teve aumento de 17,25 (2008) para 18,03 (2012). Para as internações de urgência a letalidade foi maior que as eletivas elevando-se de 22,76 (2008) para 25,56 (2012). Geralmente as doenças dos idosos perduram por vários anos e exigem acompanhamento de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas.⁵ Como no caso dos idosos acometidos por câncer que, a depender do tipo e evolução, necessitam de internações recorrentes. O envelhecimento da população brasileira produz impacto no setor de saúde, principalmente no sistema hospitalar. Os gestores de saúde no



país devem se atentar para esse fato e para o crescimento da população idosa, pois o sistema de saúde poderá não responder adequadamente às demandas de saúde dessa população.⁶

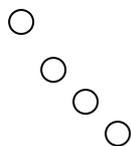
CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que as neoplasias malignas é uma das doenças crônicas não transmissíveis responsáveis pelo elevado número de hospitalizações no âmbito do SUS. Verificou-se que na Bahia, tanto a frequência da internação de idosos com câncer, assim como a taxa de letalidade se elevaram progressivamente no decorrer dos anos em estudo. A presente investigação reforça a necessidade de ações de prevenção e de promoção da saúde para a redução do número de idosos acometidos pelo câncer no Brasil. Logo, torna-se essencial a efetivação de políticas públicas de saúde voltadas para o envelhecimento e os fatores associados ao desenvolvimento do câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Neoplasias; Morbidade; Hospitalização; Sistemas de Informação.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Factores causales de cáncer. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.
3. Malta, DC; Morais Neto, OL; Silva Junior, JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet] 2011 [acessado em 2013 jul 23]: 20(4):425-38. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002&lng=pt&nrm=is
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde. Mortalidade geral – Bahia. [Internet] 2013 [acessado em 2013 agost3]: Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>
5. Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: RelumeDumará, Unati/Uerj. 2002.
6. Góis, ALB; Veras, RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. [Internet] 2010 [acessado em 2013 jul 14]: 15(6):2859-69 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000600023&script=sci_arttext



PERFIL DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM IDOSOS NO BRASIL

**Karla Ferraz dos Anjos¹, Vanessa Cruz Santos¹, Marcela Andrade Rios¹, Marta dos Reis Alves¹,
Doane Martins da Silva¹, Paula Peixoto Messias¹**

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: Karla.ferraz@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o segundo mais comum no mundo e primeiro entre as mulheres (cerca de um milhão de casos novos por ano), também acomete os homens em menor proporção. Mais da metade dos casos novos ocorrem em países desenvolvidos.¹ O envelhecimento é seu principal fator de risco, além disso, existem os relacionados à vida reprodutiva da mulher, como a menarca precoce, não ter tido filhos, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal.² No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, observando-se diferenças inter-regionais. A região Sul, exibe estatísticas alarmantes e com tendência a piora nas taxas de mortalidade do câncer de mama, ao contrário de alguns países desenvolvidos.³ Neste sentido, o estudo objetivou descrever a mortalidade por câncer de mama em idosos no Brasil no período de 1996 a 2011.

MATERIAL E MÉTODOS

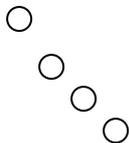
Estudo descritivo e transversal que teve como base os óbitos por neoplasias malignas da mama em idosos (indivíduos com 60 anos ou mais de idade) ocorridos entre os anos de 1996 e 2011. A coleta de dados ocorreu com base em dados anuais secundários de domínio público, via eletrônica, por meio do Departamento de Informática do SUS (Datasis),⁴ do Ministério da Saúde, no período de julho a agosto de 2013. Considerou-se para o estudo as seguintes variáveis: idade, sexo, cor/raça, escolaridade, estado civil, local de ocorrência e região. O período de análise dos dados (1996-2011) se deu por corresponder aos anos de abrangência da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Para isso, realizou planilhas no programa Microsoft Office Excel, para calcular o coeficiente de mortalidade e a frequência segundo cada variável estudada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 1996 e 2011 a população de idosos no Brasil era de 253.997,353, sendo que as neoplasias malignas da mama ocasionaram 77.651 óbitos neste grupo de indivíduos. Identificou-se que os óbitos por este tipo de câncer ocorridos no período estudado acontecem em maior parte em mulheres (76.668 óbitos), embora foram encontrados significativos números em homens (981 óbitos). Houve um aumento do número de óbitos por câncer de mama em todo o período, sendo que o coeficiente de mortalidade variou de 27,65 (3.428 óbitos) a 32,88 (6.820 óbitos). Verificou-se que a maioria dos óbitos ocorreu em mulheres com idade entre 60 a 69 anos (32.895 óbitos), cor/raça branca (49.797), sendo a escolaridade ignorada (29.114 óbitos), seguida de um a três anos de estudo (13.425 óbitos), idosos viúvos (31.935) e casados (25.148). De uma maneira geral, as regiões sudeste (45.079 óbitos) e sul (14.973 óbitos) foram as com maiores números de casos, e a com menor casos foi a região norte (1.599 óbitos). Quanto ao local de ocorrência, maior parte ocorreu no âmbito hospitalar (59.159 óbitos) e domicílios (16.050 óbitos). No Brasil, o câncer de mama é o tumor invasivo que mais acomete e causa a mortalidade de mulheres. A idade elevada, geralmente a partir dos 50 anos, é um dos fatores mais significativos na causa deste tipo de câncer e, na maioria dos casos, é o único encontrado.⁵ A cada ano, corresponde por 22% dos casos novos.⁶ As taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil continuam elevadas, isto ocorre provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência se eleva de maneira rápida e progressiva. Estatísticas indicam crescimento de sua incidência tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento.⁶

CONCLUSÃO

Os resultados apontados neste estudo evidenciaram que a mortalidade por câncer de mama no Brasil teve aumento no período analisado, sendo as mulheres da região Sudeste e Sul, com baixa escolaridade, cor/raça branca as mais acometidas. Neste contexto, verifica-se a relevância de gestores de saúde se atentarem mais para a magnitude do câncer de mama no Brasil, vez que trata-

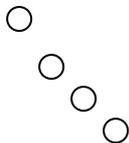


se de um problema de Saúde Pública. Para isso, é imprescindível a implementação de estratégias preventivas e de controle desta doença, com o intuito de reduzir elevados índices de morbimortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da mama; Idoso; Mortalidade; Sistemas de Informação.

REFERÊNCIAS

1. Pereira MSLC, Ferreira LOC, Silva GA, Lucio PS. Evolução da mortalidade e dos anos potenciais e produtivos de vida perdidos por câncer de mama em mulheres no Rio Grande do Norte, entre 1988 e 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 20(2):161-72. 2001.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). ABC do Câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.
3. Gonçalves ATC, Jobin PFC, Vanacor R, Nunes LN, Albuquerque IM, Bozzetti MC. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado em 2013 agost 15]: 23(8):1785-90. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2007000800005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde. Mortalidade geral - Brasil. [Internet]. 2013 [citado em 2013 agost 11]: Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>
5. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2007 [citado em 2013 agost 5]: 23(5):1061-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/08.pdf>
6. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Câncer de mama. 2012. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.



ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM

Márcia Sento Sé Magalhães Pimentel¹, Thais Rosental Gabriel Lopes², Mirthis Sento Sé Pimentel Magalhães³, Kelle Vanessa Álvares Amaral¹, Fernanda Leal Correia Pereira Lima⁴, Marta Gabriele Santos Sales⁴

¹ Programa de Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde – FAMAM Salvador - Bahia - Brasil

² Faculdade Maurício de Nassau Salvador - Bahia - Brasil

³ Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA Salvador - Bahia - Brasil

⁴ Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA Feira de Santana – Bahia - Brasil

E-mail: marcinhasentose@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No campo da enfermagem oncológica, é sabido que os Cuidados Paliativos têm importância vital, pois é através desta prática que seus profissionais exercem o cuidado mais difícil. É quando a sensibilidade deve substituir a razão, de modo que as necessidades do ser cuidado sejam apreendidas pelo enfermeiro e este possa atender as singularidades e desejos do paciente e de seus familiares¹. Apesar de toda alta tecnologia e avanços em todas as áreas de conhecimento, a espiritualidade com suas próprias crenças e valores afloram em momentos diferentes na vida das pessoas. Observando situações diversas e relatos de pacientes e familiares, constata que a espiritualidade é um dos meios mais eficazes para o enfrentamento “de crises, sérios problemas sociais e/ou de saúde”, por proporcionar uma espécie de resiliência contra o sofrimento e por dar condição de enfrentar as dificuldades com mais disposição. Ela faz parte da natureza humana, se revela de acordo com o desenrolar da vivência e das descobertas individuais e difere de pessoa para pessoa¹. Assim, diante da importância desse meio de enfrentamento, o objetivo desse resumo é conhecer o significado da espiritualidade em cuidados paliativos na perspectiva da enfermagem².

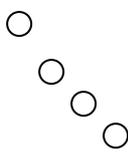
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de revisão de literatura, com o que se pretende estudar a temática dos cuidados paliativos prestados pelos profissionais de enfermagem, especificamente quanto à espiritualidade. Para a obtenção dos artigos e obras, utilizou-se de busca eletrônica na base de dados SCIELO/Brasil e Biblioteca Virtual de Saúde/Saúde Pública. Nas buscas foram empregados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS-BVS). Para inclusão dos trabalhos observou-se os seguintes requisitos: ser artigo, em língua portuguesa, que abordasse a temática em estudo e disponível na íntegra. A amostra foi constituída por 26 artigos, dentre os quais foram selecionados sete que atendiam ao objetivo da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A espiritualidade para alguns autores é definida como uma força que se move no interior da pessoa e lhe dá vitalidade e sentido à vida, levando-a a transcender os fatos biológicos ou físicos e a impregnar os eventos existenciais de uma força transcendental ligada a Deus ou à realidade absoluta^{2,3}. É um “itinerário” para a compreensão de si mesmo, o lidar com os sofrimentos humanos, o curar as próprias feridas, o transmitir a esperança de continuar a viver e o lidar com a consciência da finitude⁴. A espiritualidade também pode ser o amor que confere a dimensão mais elevada do cuidado. É o carinho consolador, a compaixão pela dor do outro, o querer que ela passe a humildade de ouvir, de aproximar-se e de prosseguir até o fim, mesmo reconhecendo a impotência diante da terminalidade⁵. A necessidade de se encontrar um significado para a existência e as experiências humanas são próprias do ser humano e permanece com este mesmo na fase terminal. A percepção do transcendente na experiência cotidiana é o que move a pessoa, podendo ser atingida através de rituais religiosos, preces, meditação, artes, contatos com a natureza, sofrimentos e até relacionamentos amorosos⁶. O cuidado de enfermagem, nessa perspectiva de espiritualidade, deve propiciar alívio à dor psíquica ou da alma, melhorar as condições gerais do paciente e permitir que ele expresse suas próprias necessidades espirituais. Para tais cuidados são imprescindíveis alguns elementos essenciais como a acolhida carinhosa, a companhia amistosa e a introspecção, que deve substituir o discurso especulativo e o proselitismo religioso^{4,7}.

CONCLUSÃO

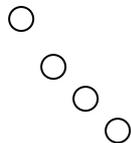


Os resultados desta pesquisa refletem a importância dada à espiritualidade no tratamento de pacientes sem perspectiva de cura ou em fase terminal. Essa força, para quem a desperta, a recebe ou usufrui não é algo complexo, mas natural, manifestada por atos simples de envolvimento e bom humor. É a transcendência dos limites corporais e da alma, em direção de um ser superior que reconhece o sentido da vida e confere dignidade à morte³. Mas essa perspectiva ainda é um desafio aos enfermeiros que atuam neste campo, pois muitos profissionais ainda não fazem uso dessa força espiritual positiva como fator de conforto, bem-estar e esperança para o paciente e seus familiares. E nem as organizações de saúde estão devidamente preparadas para o atendimento dessa necessidade humana em face da terminalidade da vida, o que recomenda introduzir a temática na formação ou capacitação do profissional para que este expresse melhor seus cuidados na perspectiva da espiritualidade⁴.

PALAVRAS-CHAVE: Terapias espirituais; Espiritualidade; Cuidados paliativos; Cuidados de apoio.

REFERÊNCIAS

1. Silva da Silva D I. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. Revista HCPA 2011; 31(3): 353-358. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/17550> Acesso em: 01/07/2013.
2. Bryson KA. Spirituality, meaning, and transcendent. Palliative and Supportive Care 2004; 2: 323.
3. Bertachini L, Pessini L. A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. Revista Bioethikos. Centro Universitário São Camilo, 2010; 4(3): 315-323. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf> Acesso em 20-07-2013.
4. Gomes R. Espiritualidade e cuidados paliativos. Espaços, Instituto São Paulo de Estudos Superiores, 18-02-2010, pp. 187-196. Disponível em: <http://files.teologiaeciencia.webnode.com.br/2000000199bc829cc20/04.%20Espiritualidade%20e%20cuidados%20paliativos.pdf> Acesso em 17-07-2013.
5. Millen MIC. O paradigma do cuidado no âmbito da saúde: desafios éticos e morais. In: Transferetti JA; Zacharias R (eds.). Ser e Cuidar. Da ética do cuidado ao cuidado da ética. Aparecida (SP): Santuário/ São Camilo/ SBTM, 2010, pp. 193-194.
6. Frankl V. Em busca de sentido. 26a ed. Petrópolis: Vozes: 2008.
7. Nascimento LC, Oliveira FCS, Moreno MF, Silva FM. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. Acta paul. enferm. 2010 jun; 23(3): 437-440. Disponível http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000300021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 20-07-2013.



ALTERAÇÕES NA EPIDEMIOLOGIA DOS CÂNCERES DE CABEÇA E PESCOÇO

**Nathalia Santos Macedo Xavier¹, Malu Oliveira Santos¹, Onily Duarte Silva de Almeida¹,
Fabio Ornellas Prado¹**

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: nathaliaodonto@live.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

Os cânceres de cabeça e pescoço (CCP) (boca, orofaringe, hipofaringe e laringe) são o sexto tipo de malignidade mais comum em todo mundo. Entre os fatores de risco mais conhecidos e importantes para o desenvolvimento desses tipos de cânceres estão a idade avançada e o uso excessivo de tabaco e álcool¹. No entanto em algumas regiões tem sido relatado um aumento na incidência desses tipos de cânceres principalmente em jovens e indivíduos não tabagistas e etilistas. Esses dados aumentaram o número de pesquisas acerca do papel do HPV como fator etiológico no desenvolvimento desses tumores principalmente os de orofaringe². A prevalência de HPV na cavidade oral está fortemente associada às mudanças no comportamento sexual, tais como início cada vez mais precoce da vida sexual, elevado número de parceiros e prática de sexo oral³. O objetivo desse estudo foi, através de uma revisão de literatura, demonstrar a mudança no perfil epidemiológico dos cânceres de cabeça e pescoço enfatizando as evidências na relação entre o aumento na incidência do câncer de orofaringe e a infecção pelo HPV.

MATERIAL E MÉTODOS

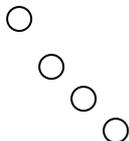
Realizou-se revisão de literatura em bases de dados internacionais (PubMed) com os termos “Head and neck cancer, oropharynx cancer, epidemiology” e nacionais (BIREME, SciELO) com os termos “Neoplasias de cabeça e pescoço, orofaringe, epidemiologia”, buscando artigos que abordassem a epidemiologia das neoplasias malignas da região de cabeça e pescoço. A pesquisa foi limitada a artigos na língua inglesa e portuguesa, dos últimos 10 anos. Foram selecionados 56 artigos e após análise criteriosa trabalhou-se com 12 artigos que versavam sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2008, 550.319 novos casos de CCP foram diagnosticados no mundo, sendo 408.735 em homens e 141.584 em mulheres⁴. As maiores taxas de incidência são observadas nos países mais desenvolvidos. Dentre os CCP, cânceres de lábio e intra oral tem maior associação ao uso de tabaco e álcool, representando 263.020 casos, destes 170.496 para o sexo masculino e 92.524 para o sexo feminino⁵. Com os resultados de programas de controle do uso de tabaco e álcool em alguns países industrializados, tem-se observado declínio nos casos de CCP; ao contrário destes, o câncer de orofaringe (tonsilas e base de língua) em pacientes não tabagistas e não etilistas tem demonstrado aumento considerável (136.622 casos) em várias regiões do mundo desde o final da década de 70, tais tumores são positivos para formas oncogênicas do HPV (principalmente HPV-16) sendo 80% dos casos associados a esse tipo de vírus com predominância em indivíduos do sexo masculino⁶⁻⁸. Nas mulheres a taxa é mais elevada nos países desenvolvidos, enquanto para os homens as taxas são semelhantes independente da condição econômica do país. Apesar da incidência ser menor para mulheres (28.034) quando comparada aos homens (108.588), há tendência de aumento nas taxas femininas, provavelmente pelo aumento do número de mulheres usuárias de tabaco e álcool e infecções pelo HPV⁴. Estudos americanos mostram que houve aumento da incidência para os cânceres de orofaringe em pacientes jovens (20-44) ao passo que os de boca e laringe permaneceram constantes ou diminuíram⁹. Na Suécia, estudos corroboram tais resultados associados à infecções pelo HPV, sendo que o tabaco e o álcool pareceram ser responsáveis por uma pequena taxa dos casos de CCP em indivíduos mais jovens¹⁰. Além disso, estudos epidemiológicos mostram que pacientes com câncer de orofaringe relacionados com HPV são em média jovens, nível socioeconômico mais elevado, propensos a ter nível superior, maior número de parceiros sexuais ao longo da vida e de raça branca¹¹⁻¹².

CONCLUSÃO

Observou-se uma diminuição na incidência dos CCP associados ao uso de tabaco e álcool, em contrapartida, os cânceres de orofaringe relacionados ao HPV mostraram um crescimento significativo devido às mudanças nos comportamentos sexuais dos indivíduos mais jovens. Portanto,

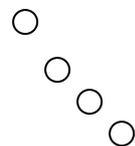


destaca-se a necessidade de estudos para investigar a possibilidade de prevenção primária através de vacinas contra o HPV bem como o tratamento adequado para os pacientes oncológicos HPV-positivos.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias de cabeça e pescoço; orofaringe; Epidemiologia.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC Cancer Base. No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. pp. 1027–5614.
2. Josep AW, D'Souza G. Epidemiology of Human Papillomavirus-Related Head and Neck Cancer. *Otolaryngol Clin N Am* 45 (2012) 739–764.
3. Marur S, D'Souza G, Westra WH, et al. HPV-associated head and neck cancer: a virus-related cancer epidemic. *Lancet Oncol* 2010; 11: 781–89.
4. Curado MP, Boyle P. Epidemiology of head and neck squamous cell carcinoma not related to tobacco or alcohol. *Curr Opin Oncol* 2013, 25:229–234.
5. Ferlay J, Shin H, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: Globocan 2008. *Int. J. Cancer*: 127, 2893–2917 (2010).
6. Dayyani F, Etzel CJ, Liu M, et al. Meta-analysis of the impact of human papillomavirus (HPV) on cancer risk and overall survival in head and neck squamous cell carcinomas (HNSCC). *Head Neck Oncol* 2010; 2:15.
7. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2004;83:1–1438.
8. Sturgis EM, Cinciripini PM. Trends in head and neck cancer incidence in relation to smoking prevalence: an emerging epidemic of human papillomavirus associated cancers? *Cancer* 2007;110(7):1429–35.
9. Shiboski CH, Schmidt BL, Jordan RCK. Tongue and tonsil carcinoma : increasing trends in the U.S. population ages 20-44 years. *Cancer* 2005; 103:1843–1849.
10. Hammarstedt L, Lindquist D, Dahlstrand H, et al. Human papillomavirus as a risk factor for the increase in incidence of tonsillar cancer. *Int J Cancer* 2006; 119:2620–2623.
11. Benard VB, Johnson CJ, Thompson TD, et al. Examining the association between socioeconomic status and potential human papillomavirus associated cancers. *Cancer* 2008;113(Suppl 10):2910–8.
12. Gillison ML, D'Souza G, Westra W, et al. Distinct risk factor profiles for human papillomavirus type 16-positive and human papillomavirus type 16-negative head and neck cancers. *J Natl Cancer Inst* 2008;100(6):407–20..



EXTRAVASAMENTO DE QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSTICOS: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Ana Luiza Andrada Melo¹, Helane Silva Santiago e Silva¹, Camilla Côrtes Ferreira¹

¹ Faculdade Nobre – FAN
E-mail: millacortes@gmail.com

Feira de Santana - Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças que mais mata no mundo atual, podendo ser definida como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo¹. As drogas quimioterápicas antineoplásicas são utilizadas no tratamento do câncer e sua grande maioria é administrada endovenosa, sendo assim, manipulação e utilização de acessos venosos são práticas do cotidiano de diversas categorias de profissionais da saúde. A equipe de enfermagem utiliza veias para viabilizar a terapêutica medicamentosa por períodos de curta ou longa duração². Os vasos puncionados para coleta de material ou administração de soluções podem sofrer danos que variam de acordo com o sítio da punção, tempo de permanência do acesso venoso e a forma como o dispositivo é retirado. Os danos podem ocorrer por transfusão do vaso, processos inflamatórios desenvolvidos por reação ao material empregado, extravasamento de sangue, que pode gerar equimoses e hematomas, e pelo extravasamento de líquidos que estão sendo infundidos, podendo gerar desde edema até necrose tecidual². O interesse em realizar o estudo surgiu da prática de enfermagem na administração de quimioterápicos antineoplásicos com o objetivo de analisar quais os sinais e sintomas mais apresentados nos casos de extravasamentos e as condutas mais adotadas pelos profissionais de enfermagem.

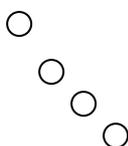
MATERIAL E MÉTODOS

O referente estudo trata-se de uma revisão de literatura na qual os artigos utilizados foram selecionados junto às bases de dados Scielo e Lilacs, utilizando como palavras chave extravasamento e antineoplásico. Para a realização do estudo foram selecionados 06 artigos, manuais e livros relacionados com o tema, que estavam com seus respectivos textos disponíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O extravasamento é definido, como o escape das drogas do vaso sanguíneo para os tecidos circunjacentes, e seus efeitos tóxicos locais variam podendo causar dor, necrose tissular ou descamação do tecido³. Os fatores de risco do extravasamento estão relacionados ao potencial vesicante da droga administrada, quantidade do medicamento que extravasou, concentração da droga, local do extravasamento, estado geral do cliente, anatomia individual, idade e múltiplas venopunções^{3,4}. Há dois grupos de agentes antineoplásicos que causam alterações locais: o das drogas irritantes, que infiltradas nos tecidos, fora do trajeto venoso, causam desconforto local ao longo da veia associado à hiperemia local; e o grupo das drogas vesicantes, cuja infiltração nos tecidos, fora do trajeto venoso, leva a fixação da droga ao DNA da célula, produzindo lesão celular imediata, irritação severa, podendo formar vesículas e subsequente necrose tecidual⁴. Para uma administração segura, a enfermeira deve conhecer o tipo de droga que está infundindo, identificando se sua ação é vesicante ou irritante, o que requer cuidados no manejo adequado a partir das características da droga⁵. Os sinais e sintomas observados no extravasamento dos quimioterápicos vesicantes foram o ardor, vesículas e escaras, após aproximadamente cinco dias do extravasamento. Em relação às drogas irritantes, observou-se dor, hiperemia, calor e queimação local⁶⁻⁸, no entanto, percebeu-se também a presença de vesículas, o que não é comum em acidentes com estes tipos em drogas⁷. Referente aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem após a detecção do extravasamento de drogas antineoplásicas, observou-se suspensão da infusão, aspiração do conteúdo extravasado, compressas frias e quentes a depender da medicação infundida e elevação do membro atingido^{9,10}. Os pacientes são orientados pela enfermeira a continuar no domicílio, com a aplicação dessas compressas até 48 horas após a ocorrência do extravasamento⁶⁻⁸.

CONCLUSÃO

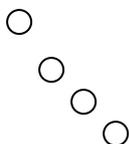


Com base nas pesquisas percebeu-se que o extravasamento de drogas antineoplásicas pode ser prevenido, diagnosticado precocemente e ter intervenções de enfermagem mais adequadas. Ressalta-se a importância da utilização de protocolos específicos, a fim de aumentar a segurança dos pacientes que fazem uso de quimioterápicos antineoplásicos. Desta maneira, este estudo torna-se relevante por se tratar de uma temática atual e pertinente, que contribuirá para a sensibilização de estudantes, pesquisadores e profissionais que atuam nesta área prestando uma assistência de melhor qualidade e com embasamento científico.

PALAVRAS-CHAVE: Extravasamento; Quimioterapia; Câncer.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
2. Arreguy CS. A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem: trauma vascular e risco para trauma vascular [tese]. [Ribeirão Preto]: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
3. Oncology Nursing Society, Cancer chemotherapy guideline and recommendation for practice. Pittsburgh: Oncology Nursing Press; 1996.
4. Rodrigues CC, Guilherme C, Costa ML, Carvalho EC. Fatores de risco para trauma vascular durante a quimioterapia antineoplásica: contribuições do emprego do risco relativo. *Acta paul. enferm.* 2012; 25(3): 448-52.
5. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer Coren SP, CAT nº 019/2009.
6. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. São Paulo: Atheneu; 2005.
7. Adami NP, Baptista AR, Fonseca SM, Paiva DRS. Extravasamento de drogas antineoplásicas - Notificações e cuidados prestados. *Rev. bras. cancerol.* 2001; 47(2): 143-5.
8. Chanes DC, Dias CG, Gutiérrez MGR. Extravasamento de drogas em pediatria: algoritmos para prevenção, tratamento e segmento. *Rev. bras. cancerol.* 2008, 54(3): 263-73.
9. Reis PED, Rodrigues CC, Vasques CI, Carvalho EC. Efeitos adversos identificados em local de infusão intravenosa periférica por drogas quimioterápicas. *Ciências da Enfermagem.* 2008; 14(2): 55-64.
10. Andrade M, Silva SR. Administração de quimioterápicos: uma proposta de protocolo de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(3): 331-5.



CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Luciane Souza da Silva¹, Fernanda Cajuhy dos Santos¹, Jéssica Nogueira Santos Almeida¹,
Márcia Sento-Sé Magalhães Pimentel²**

¹ Universidade Federal da Bahia - UFBA/Ministério da Saúde

Salvador - Bahia - Brasil

² Faculdade Maria Milza - FAMAM/Ministério da Saúde

Salvador - Bahia - Brasil

E-mail: nanda_cajuhy@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

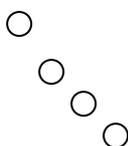
O Transplante de Medula Óssea (TMO) é uma terapia utilizada, principalmente, para o tratamento de doenças hematológicas e para alguns tipos de tumores sólidos, além de doenças hereditárias e imunológicas^{1,2}. Existem três modalidades de transplante de medula óssea: o transplante alogênico, em que o paciente recebe a medula de outra pessoa, que pode ser familiar ou não, o transplante singênico, em que o doador é um irmão gêmeo idêntico ou o Transplante autogênico, que usa as células do próprio paciente coletadas anteriormente (o qual trataremos neste trabalho)³. O procedimento pode ser dividido em três etapas: regime preparatório ou de condicionamento, quando o cliente é submetido a um protocolo de quimioterapia em altas doses e/ou radioterápico; infusão da medula óssea; imunossupressão por ação da quimioterapia e suporte clínico das complicações pós-TMO⁴. Sabe-se, no entanto, que este é considerado um procedimento longo e que pode ocasionar severos efeitos colaterais, e outras complicações tanto para o paciente quanto para os seus familiares. Desta forma a enfermagem tem papel fundamental na assistência das pessoas que realizam o transplante em todas as fases do processo. Diante disso o presente trabalho tem como objetivo de relatar a experiência de estudantes de graduação sobre a assistência de enfermagem a pessoas que realizaram TMO autogênico.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no período de março a junho de 2012 relacionado a uma atividade prática curricular descrita a partir da visão e da observação livre de alunos do nono semestre do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, na disciplina estágio curricular supervisionado I, componente curricular do referido curso. Esta disciplina tem o objetivo de ampliar, integrar e consolidar os conhecimentos e habilidades relacionadas ao cuidado individual e coletivo; proporcionar o desenvolvimento do trabalho juntamente com a equipe multiprofissional; possibilitar a problematização da realidade vivenciada, e a partir disso buscar formas para amenizar ou solucionar estes problemas e ainda desenvolver a capacidade de condução do processo gerencial. O cenário de estudo se configura em uma unidade de internação de um Hospital Escola de referência que oferece tratamento aos pacientes portadores de doenças onco-hematológicas e transplante autogênico de células tronco hematopoiéticas no período pré e pós TMO autogênico. Obtiveram-se os dados empíricos para tecer-se uma reflexão a partir das anotações dos alunos feitas em diário de campo e também da observação livre dos mesmos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem ao paciente e seus familiares no serviço de TMO ocorre nas diversas etapas do processo para o transplante. Na admissão do paciente a enfermeira realiza uma avaliação geral do estado clínico e dos aspectos psicoemocionais e socioeconômicos do paciente, além de fornecer informações ao acerca das fases do tratamento. Durante a internação, o paciente e família são orientados sobre a permanência em isolamento por período prolongado, estrutura e rotinas da unidade, o autocuidado, recebem esclarecimentos acerca dos procedimentos que serão realizados e sinais e sintomas esperados ao longo do tratamento. No condicionamento, a equipe de enfermagem é responsável pela administração de quimioterápicos e os cuidados no surgimento de efeitos colaterais. Para o TMO a equipe de enfermagem prepara a sala para o procedimento e verifica os sinais vitais e o aparecimento de reações transfusionais. Após o TMO é essencial o uso de técnicas assépticas, assim como observar o surgimento de sinais e sintomas de infecções. A enfermeira também é responsável por planejar a alta hospitalar orientando o paciente e família sobre os cuidados com higiene pessoal, alimentação, contato com aglomerações humanas, sinais e sintomas de complicações e o acompanhamento ambulatorial. A convivência do enfermeiro e paciente proporciona a construção de vínculo, fortalecendo o paciente para a nova realidade. O enfermeiro trabalha juntamente com os outros profissionais em benefício dos pacientes e por ser uma área de



grande especificidade é necessário profissionais de enfermagem com conhecimento sobre todas as etapas do TMO⁶. O enfermeiro presta cuidados de enfermagem diretos em todas as etapas do transplante de forma peculiar, além de interagir com o paciente e seus familiares. Durante o tratamento há riscos de complicações e óbito e o enfermeiro exerce suas atividades assistenciais 24 horas, contribuindo de forma fundamental com o sucesso do esquema terapêutico⁵.

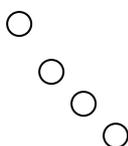
CONCLUSÃO

O transplante de medula óssea é um procedimento bastante complexo e devido à suas inúmeras particularidades exige uma equipe de enfermagem especializada. Sendo assim, torna-se essencial que os enfermeiros compreendam os aspectos que envolvem todo o tratamento (pré-operatório, infusão da medula óssea e pós-transplante) atentando para suas especificidades e sendo capazes de identificar as intercorrências próprias de cada uma delas, propondo intervenções adequadas. Pois, além de um cuidado técnico crítico, o enfermeiro também desenvolve uma visão geral de todos os pacientes, tomando várias decisões no gerenciamento das ações de enfermagem e prestando uma assistência integral e individualizada.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem; Transplante de medula óssea; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Matsubara TC, Carvalho EC, Canini SRMS, Sawada NO. A crise familiar no contexto do transplante de medula óssea (TMO): uma revisão integrativa. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15(4): 665-70.
2. Santos MC, Moreira FCFS, Rodrigues MR. Estudo sobre qualidade de vida com pacientes pós-TMO: aplicação do questionário WHOQOL-Bref. *Mundo saúde (Impr.)*. 2008; 32(2): 146-56.
3. Castro CG, Gregianin, LJ, Brunetto, AL. Transplante de medula óssea e transplante de sangue de cordão umbilical em pediatria. *J. pediatr. (Rio J.)*. 2001; 77(5): 345-60.
4. Silva SM. Sofrimento e organização do trabalho: o caso das enfermeiras do setor de Hematologia Clínica e Transplante de Medula Óssea de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Anna Nery; 2002.
5. Andrade MA, Castro EAB, Soares TC, Santos, KB. Vivências de adultos submetidos ao transplante de medula óssea autólogo. *Cienc Cuid Saude*. 2012; 11(2): 267-74.
6. Lacerda MR, Lima JBG, Barbosa R. Prática de enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas. *Rev. eletrônica enferm*. 2007; 9(1): 242-50.



PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA E ASSISTIDA POR ROBÔ: OPÇÕES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO MINIMAMENTE INVASIVO DO CÂNCER LOCALIZADO DA PRÓSTATA

Érica Andrade Brito¹, Murilo Carneiro Macedo¹, Rafael Pereira de Paula¹, André Luis Pereira da Silva², Fábio Sepúlveda Lima¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Jequié – Bahia – Brasil

² Hospital Santa Izabel - Santa Casa de Misericórdia da Bahia

Salvador - Bahia - Brasil

E-mail: ericaandradebrito@gmail.com

INTRODUÇÃO

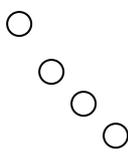
O câncer de próstata (CaP) é a neoplasia mais frequente em homens no sudeste do Brasil. Na Bahia, estima-se uma incidência de 39,83/100.000 homens¹. Com o advento do PSA e a difusão do rastreamento do CaP, seu diagnóstico é em estágio mais precoce, e em homens mais jovens, que almejam além da terapia definitiva, a preservação da qualidade de vida e retorno rápido as atividades diárias^{2,3}. A prostatectomia radical (PR) é idealmente indicada nos casos de CaP localizado, devido aos resultados oncológicos superiores de longo prazo, quando comparado a outras modalidades como, braquiterapia, radioterapia, privação androgênica e vigilância ativa⁴. A prostatectomia radical perineal (PRP), primeira técnica extirpativa do CaP, manteve-se única durante anos. Nos anos 70, o interesse na linfadenectomia pélvica e a familiarização com a anatomia retropúbica, substituíram gradativamente a abordagem perineal pela prostatectomia radical retropúbica (PRR)^{5,6}. Objetivando diminuir ainda mais a morbidade associada a PRR aberta, uma abordagem minimamente invasiva (laparoscópica) foi proposta em 1997, e seu aprimoramento tem demonstrado excelentes resultados oncológicos e funcionais. Recentemente foram introduzidas plataformas robóticas (*da Vinci Surgical System*) a laparoscopia^{4,5}. O objetivo desse trabalho é revisar a literatura pertinente às terapias cirúrgicas minimamente invasivas para o tratamento do CaP localizado e relatar a experiência da equipe nessas modalidades de tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS

Para realização deste trabalho, foram feitas pesquisas bibliográficas na base de dados do PubMed dos últimos cinco anos, em humanos, utilizando como descritores (MeSH): “*minimally invasive*”, “*prostatic neoplasms*”, “*prostatectomy*”. Relata-se neste estudo, as técnicas e alguns resultados comparativos entre as mesmas, além da experiência da equipe, do Setor de Laparoscopia, Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica, da Disciplina de Urologia da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), onde desde 2001 foi iniciada a abordagem minimamente invasiva para o tratamento do CaP localizado⁶. Em ambas as abordagens laparoscópica pura ou robótica, o acesso realizado é por via transperitoneal e segue primordialmente a padronização proposta por Walsh e modificada por Guillonnet⁷. Após dissecação da bexiga, é realizada a abertura da fâscia endopélvica e ligadura do complexo da veia dorsal. O colo vesical é aberto até sua porção posterior, com identificação, dissecação e ligadura dos deferentes e pedículos de vesículas seminais. Realiza-se a preservação dos feixes vasculo-nervosos e ligadura dos pedículos prostáticos, com liberação do ápice prostático. A veia dorsal e uretra são seccionadas e a anastomose uretrovesical é realizada de forma contínua, com passagem de sonda vesical de demora ao final. A linfadenectomia pélvica padrão ou estendida, caso indicada, pode ser realizada pela mesma via. Drenagem a vácuo da cavidade é necessária.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 157 artigos, destes 43 foram classificados como artigos de revisão, consensos ou diretrizes de sociedade que serviram de embasamento para esta revisão de literatura. A PR atualmente pode ser feita por via perineal, retropúbica, vídeo-laparoscópica e assistida por robô. Foi consenso na revisão realizada a existência de uma tendência atual global na mudança da abordagem da prostatectomia radical aberta para uma abordagem laparoscópica minimamente invasiva, e em centros de excelência, a assistência com o robô, desde que disponível. Na experiência acumulada, as técnicas laparoscópicas puras ou robóticas apresentaram melhores resultados perioperatórios (menor tempo cirúrgico, menor perda sanguínea, menor tempo de hospitalização) e menor número de margens comprometidas, quando comparadas as técnicas abertas e perineal⁷. A técnica com resultados bem conhecidos a longo prazo, e por isso considerada o “padrão ouro” para o tratamento do CaP localizado é a PRR aberta, e esta é a modalidade terapêutica com a qual novas abordagens cirúrgicas devem ser comparadas^{8,9}. Obstáculos que ainda restringem a ampla difusão da



prostatectomia laparoscópica, como longa curva de aprendizado, a baixa amplitude de movimento, visão bidimensional e a sensibilidade tátil reduzida tem sido gradualmente vencidos com o desenvolvimento da prostatectomia radical assistida por robô (PRAR), que além de menor curva de aprendizado, oferece as vantagens da visão binocular, filtragem do tremor dos movimentos e melhor ergonomia cirúrgica, porém apresenta custo ainda elevado⁹⁻¹². O uso de incisões mínimas em prostatectomias radicais, não só oferecem a redução das cicatrizes, mas também menores taxas de perda sanguínea e transfusão, menor tempo de hospitalização, menor dor pós-operatória e retorno mais precoce às atividades habituais. Apesar da ausência de consenso, alguns autores ainda relatam menores índices de incontinência urinária e impotência sexual^{9,12,13}.

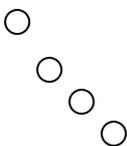
CONCLUSÃO

O paradigma atual do tratamento do CaP localizado sofreu modificações devido aos avanços recentemente obtidos na área cirúrgica, principalmente devido ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas minimamente invasivas. A prostatectomia radical laparoscópica pura e assistida por robô são opções viáveis para o tratamento do CaP localizado, com menores taxas de morbidade operatória e resultados oncológicos e funcionais, no mínimo, semelhantes a PRR. Apesar de atualmente, existir uma maior frequência de realização de cirurgias minimamente invasivas em centros de excelência, a longa curva de aprendizado da prostatectomia radical laparoscópica e o alto custo da plataforma robótica ainda são fatores limitadores da ampla difusão destas técnicas cirúrgicas para o tratamento do CaP localizado.

PALAVRAS-CHAVE: Prostatectomia; Neoplasias da Próstata; Procedimentos Cirúrgicos Minimamente Invasivos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2012.
2. Anderson KM, Ruckle HC, Baldwin DD. Robotic-assisted surgery and the evolution of the radical prostatectomy. *Minerva Urol Nefrol.* 2012; 64(2): 97-122.
3. Coelho RF, Chauhan S, Palmer KJ, Rocco B, Patel MB, Patel VR. Robotic-assisted radical prostatectomy: a review of current outcomes. *BJU Int.* 2009; 104(10): 1428-35.
4. Porres D, Pfister D, Heidenreich A. Minimally invasive treatment for localized prostate cancer. *Minerva Urol Nefrol.* 2012; 64(4): 245-53.
5. Prasad SM, Gu X, Lavelle R, Lipsitz SR, Hu JC. Comparative effectiveness of perineal versus retropubic and minimally invasive radical prostatectomy. *J Urol.* 2011; 185(1):111-5.
6. Andreoni C, Natalin R, Paiva C, Utida C, Ortiz V. Preoperative and oncological evaluation of 4 different approaches for radical prostatectomy: perineal, open, laparoscopic and robotic. *J Endourol.* 2009; 23, Suppl 1: A143
7. Guillonnet B, Cathelineau X, Doublet JD, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy: the lessons learned. *J Endourol.* 2001; 15(4): 441-5.
8. Silberstein JL, Power NE, Touijer KA. Laparoendoscopic single site (LESS) radical prostatectomy: a review of the initial experience. *Minerva Urol Nefrol.* 2011; 63(2): 123-9.
9. Wilson T, Torrey R. Open versus robotic-assisted radical prostatectomy: which is better?. *Curr Opin Urol.* 2011; 21(3): 200-5.
10. Dasgupta P, Kirby RS. Outcomes of robotic assisted radical prostatectomy. *Int J Urol.* 2009; 16(3): 244-8.
11. Duffey B, Varda B, Konety B. Quality of evidence to compare outcomes of open and robot-assisted laparoscopic prostatectomy. *Curr Urol Rep.* 2011; 12(3): 229-36.
12. Ficarra V, Novara G, Artibani W, Cestari A, Galfano A, Graefen M, et al. Retropubic, laparoscopic, and robot-assisted radical prostatectomy: a systematic review and cumulative analysis of comparative studies. *Eur Urol.* 2009; 55(5): 1037-63.
13. Moul JW, Mouraviev V, Sun L, Schroeck FR, Polascik TJ. Prostate cancer: the new landscape. *Curr Opin Urol.* 2009; 19(2): 154-60.



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES EM UM PACIENTE COM NEOPLASIA PULMONAR: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS

Eliane dos Santos Bomfim¹, Ivna Oliveira Mororó², Agnete Troelsen Pereira¹, Hubert Nacib Santos de Azevedo¹, Bruno Gonçalves de Oliveira³

¹Universidade do Estado da Bahia – UNEB

Senhor do Bonfim - Bahia - Brasil

² Faculdade de Tecnologia e Ciência – FTC

Itabuna - Bahia - Brasil

³ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Jequié – Bahia – Brasil

E-mail: elbomfim17@hotmail.com

INTRODUÇÃO

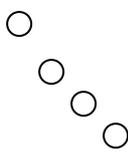
O câncer é uma doença que vem sendo muito discutida e um grave problema de saúde pública, sendo a segunda causa de morte por doença no Brasil. O câncer de pulmão (CAP) é comum entre os tumores malignos, apresentando um aumento por ano de 2% na sua incidência mundial. A mortalidade por esse tumor é muito elevada e o prognóstico dessa doença está relacionado à fase em que é diagnosticada¹. A maioria do câncer de pulmão pode ser prevenida se o fumo de cigarro for eliminado³. Os fatores de risco do câncer de pulmão são: Tabagismo, Tabagismo passivo, poluição Ambiental, Exposição Ocupacional, Vitamina A e outros fatores como: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e Tuberculose³. O CAP desenvolve de maneira insidiosa e é assintomático até um período tardio em sua evolução. Os sinais e sintomas dependem da localização e tamanho do tumor, grau de obstrução e existência de metástases para sítios regionais ou à distância. Os sintomas mais frequentes são tosse seca sem produção escarro, sibilos, dispneia (quando derrame pleural extenso), astenia, anorexia, fraqueza, perda de peso, febre, hemoptise, dor no tórax ou no ombro que é um sintoma tardio³. O tratamento do câncer de pulmão deve, em primeiro lugar, visar à cura do paciente acometido e em segundo, prolongar-lhe a vida com a melhor qualidade. Para isso, é fundamental aplicar um método de assistência capaz de direcionar e organizar as atividades de enfermagem. A aplicação do processo de enfermagem melhora a qualidade dos cuidados prestados, humaniza o atendimento, fornecendo estrutura para tomada de decisão, aumentando a responsabilidade dos profissionais quanto aos cuidados prestados aos clientes. O estudo objetiva relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem a um paciente portador de neoplasia pulmonar, de acordo com a proposta da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência sobre a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente com câncer de pulmão, na modalidade de caso clínico. O estudo foi realizado pelos alunos do quarto semestre, no ano de dois mil e doze (2012), durante o estágio da disciplina Enfermagem em Atenção a Saúde do Adulto I do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia do Senhor do Bonfim, Campus VII, BA, Brasil, no Serviço de Enfermagem da Clínica Médica do hospital regional do presente município. Por meio de um diálogo prévio com a paciente, foi autorizada a realização deste bem como, a divulgação do mesmo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A paciente foi escolhida pelo fato de sua condição clínica exigir cuidados que envolvem elevado grau de complexidade, além do vínculo estabelecido entre os acadêmicos e o paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O.T.M., sexo feminino, 83 anos, residente em área rural do interior de Senhor do Bonfim, Bahia. Consciente, orientada, tabagista. Relatou que se alimentava de forma inadequada; foi admitida no serviço de saúde da instituição com diagnóstico médico de câncer de Pulmão (carcinoma) de origem no lodo pulmonar e linfonodos, em que a causa principal seria carcinógeno (fumaça de cigarro) apresentando dispneia constante. Normotérmica, afebril, com pulso de padrões de normalidade e pressão arterial sistêmica (110 X 50 mmHg). De acordo com os problemas identificados, classificamos os seguintes diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia II da NANDA. Diagnóstico de enfermagem (NANDA): 1 - Ansiedade relacionada à mudança no estado de saúde (Intervenções de Enfermagem): estimular a paciente a expressar seus sentimentos, explicar os procedimentos a serem realizados. 2 - Padrão de sono perturbado relacionado ao ambiente hospitalar (intervenções): Avaliar cuidadosamente o padrão de sono da paciente, a fim de identificar qualquer problema fisiológico ou emocional que esteja contribuindo para o distúrbio do sono, oferecer conforto a paciente/família. 3 - Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos e a doenças crônicas



(intervenções): Avaliar permeabilidade de acesso venoso, Implementar cuidados com drenos, sondas, cateteres. 4 - Nutrição desequilibrada menor que as demandas corporais, relacionada com as náuseas e vômitos (intervenções): Garantir a hidratação adequada antes, no decorrer e depois da administração do medicamento, avaliar o balanço hídrico. 5 - Padrão Respiratório ineficaz caracterizado por dispneia relacionado à fraqueza e fadiga (intervenções): Elevar a cabeceira, monitorar padrões respiratórios, administrar oxigenoterapia. 6 - Mobilidade física prejudicada relacionada ao desconforto e dor (intervenções): Orientar ao acompanhante quanto a deambulação da paciente, controlar a intensidade da dor.

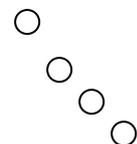
CONCLUSÃO

Percebemos que a Sistematização da Assistência de Enfermagem configura uma ferramenta de uso eficaz a assistência de enfermagem na promoção do autocuidado terapêutico a paciente com câncer. Assistir a pessoa com câncer de pulmão significa acreditar no cuidar, proporcionar ao paciente uma melhoria ou elevação da qualidade de vida da pessoa acometida pela patologia. A experiência relatada foi importante para a construção de saberes na prática clínica dos estudantes de enfermagem fornecendo um modelo de organização de conteúdos de ensino para alunos e enfermeiros preparando-se para cuidar de pacientes em áreas específicas.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia; Cuidados de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Pulmão. [Citado 2013 Jul 28]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>.
2. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações – 2009-2011. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Smeltzer SC, Bare B. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.



MORBIDADE HOSPITALAR EM IDOSOS NAS INTERNAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

Doane Martins da Silva¹, Marcela Andrade Rios¹, Marta dos Reis Alves¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Paula Peixoto Messias¹, Vanessa Cruz Santos¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: doane.ef@hotmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

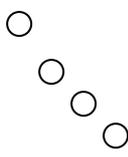
O aumento da população idosa é um fenômeno observado em diversos países, inclusive no Brasil. O atual perfil epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que acometem essa faixa da população produz um importante impacto no setor saúde, principalmente no sistema hospitalar¹. Dentre as DCNT que acometem a população idosa, merece destaque o câncer, que na maioria dos casos, ocorre após os 60 anos. Essa maior incidência no idoso se deve ao fato de que cerca de 80% de todos os cânceres estão relacionados, direta ou indiretamente, ao tempo de exposição a agentes cancerígenos, sendo, atualmente, a segunda causa de morte no Brasil, logo após as doenças cardiovasculares². O câncer vem convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. No Brasil, as estimativas para o ano de 2013 apontam para a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país³. Assim, torna-se fundamental a obtenção de informações sobre morbidade por câncer na população idosa como uma ferramenta poderosa para o planejamento e assistência ao paciente oncológico, que se faz através de acompanhamento de longo curso, exigindo intervenções hospitalares de alto custo. O estudo objetiva descrever a morbidade hospitalar por neoplasias em idosos no Brasil segundo o número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e o valor anual do gasto com serviços hospitalares no ano de 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, com base em dados secundários da morbidade hospitalar das neoplasias (tumores) em pessoas com 60 anos e mais, ocorridos nas cinco grandes regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Os dados foram obtidos por via eletrônica, na base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS), referentes ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Os dados são de domínio público, acesso livre e disponibilizados pelo MS. O ano de 2012 foi escolhido por ser o mais recente com dados consolidados. Verificou-se o número de hospitalizações decorrentes de neoplasias do grupo populacional de idosos (indivíduos com 60 anos de idade e mais), agregadas segundo Região de residência, no período de 2012, bem como os custos de serviços hospitalares decorrentes das neoplasias entre idosos. A tabulação e análise dos dados foram realizadas por meio do programa Microsoft Office Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registradas 242.075 internações por neoplasias pelo SUS entre idosos no ano de 2012. Verificou-se que a Região Sudeste apresentou o maior número de internações, num total de 120.427 (49,7%), seguida pela Região Sul, com 55.918 (23%), Nordeste, com 46.311 (19,1%), Centro-Oeste com 13.275 (5,5%), e Norte com 6.144 internações (2,5%), respectivamente. Quando verificado o número de internações de acordo Capítulo da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID -10), verificou-se que houve um total de 2.523.285 internações, sendo que destas, as internações por neoplasias ocuparam o quarto lugar, representando 9,6%, sendo superadas pelas internações decorrentes de doenças do aparelho circulatório, respiratório e do aparelho digestivo. O valor total gasto com serviços hospitalares decorrentes de internações por neoplasias no ano de 2012 foi de R\$ 291.933.902,07, sendo que os maiores gastos ocorreram na Região Sudeste, seguido pelas Regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte respectivamente. Verifica-se que as neoplasias apresentam um crescente número de internações, o que pode evidenciar uma escassez de programas de rastreamento e detecção precoce do câncer, o que, por sua vez, vem ocasionando aumento do número de internações e crescente mortalidade. Neste sentido, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, evidencia a importância das ações de promoção, prevenção e detecção precoce, com destaque para a formação de recursos humanos alertas para essa estratégia, o que poderá influenciar, sobremaneira, o prognóstico da doença, diminuindo a morbidade e mortalidade⁴.



Quanto à questão dos custos elevados com serviços hospitalares decorrentes das neoplasias entre idosos, destaca-se a necessidade de serem adotadas as medidas que reduzam as taxas de utilização destes serviços, tais como os programas de saúde em domicílio e a internação domiciliar.

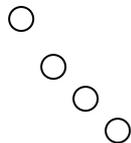
CONCLUSÃO

Mediante os resultados desta pesquisa, verifica-se que, no Brasil, a morbidade hospitalar em idosos mantém o predomínio das doenças do aparelho circulatório, mas observa-se um aumento acentuado das neoplasias, que ocupa o quarto lugar dentre as doenças que mais ocasionam hospitalizações no âmbito do SUS. A caracterização da morbidade hospitalar por neoplasias em idosos no Brasil segundo o número de internações no SUS e o valor anual do gasto com serviços hospitalares no ano de 2012 oferece subsídios para profissionais de saúde e gestores utilizarem estas informações, de forma integrada, para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços para a prevenção e o controle do câncer na população idosa.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Neoplasias; Morbidade.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: RelumeDumará, Unati/Uerj; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde/SAS/Inca. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: Inca; 2003.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 874, de 16 de maio de 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.



PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER DE COLO UTERINO: CONHECIMENTO DE MULHERES

Rosália Teixeira de Araújo¹, Beatriz Boaventura de Oliveira Lacerda¹, Eliane Fonseca Linhares¹, Joana Angélica Andrade Dias¹, Juliana da Silva Oliveira¹, Zulmerinda Meira Oliveira¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.
E-mail: rosluz@gmail.com

Jequié – Bahia – Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano. Representa cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo¹, tendo elevada incidência especialmente entre as mulheres na faixa etária entre 35 e 49 anos. No Brasil, em 2011, 18.430 casos novos foram notificados, com um risco estimado de 18 casos a cada 100 mil mulheres². Em 2007, esta neoplasia representou a quarta causa de morte em mulheres (4.691 óbitos)³. Esse tipo de câncer corresponde a 8,1% dos casos em mulheres brasileiras⁴. Em países em desenvolvimento, a sobrevivência média das mulheres acometidas por essa patologia é de aproximadamente 49%, inferior ao que ocorre em países desenvolvidos, pois o diagnóstico precoce oferece maiores chances de cura da doença³. No Brasil, a estratégia de abordagem desse câncer consiste no rastreamento de mulheres sexualmente ativas através do exame Papanicolau, tanto para a prevenção secundária, quanto para o diagnóstico de lesões precursoras da doença em suas fases iniciais⁵. Este estudo tem como objetivo geral desvelar o conhecimento de mulheres no que concerne à prevenção secundária do câncer de colo uterino e como objetivos específicos identificar a prática das mulheres em relação à prevenção secundária do câncer de colo uterino; e investigar os fatores que, na visão das mulheres, facilitam ou dificultam a realização do exame Papanicolau.

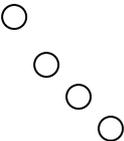
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada em uma unidade básica de saúde de um município do interior da Bahia. Teve como informantes 9 mulheres cadastradas no Serviço de Preventivo da referida unidade, com idade entre 35 a 50 anos. A técnica de coleta de informações utilizada foi a entrevista semiestruturada, tendo sido previamente elaborado um roteiro, que continha questões relacionadas aos dados de identificação para caracterização da amostra, além de questões subjetivas que permitiam às mulheres discorrerem livremente a respeito do objeto de estudo. Aos informantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual definia os objetivos, a justificativa, os riscos e os benefícios da pesquisa; além da garantia do anonimato e a privacidade dos informantes. Para manter a fidedignidade das informações, as entrevistas foram gravadas. Esta pesquisa atendeu às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de questões de caráter ético em pesquisas científicas envolvendo seres humanos, tendo sido inicialmente submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e aprovada por meio do parecer número 081/2008. Os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que nem todas as mulheres possuem conhecimento da finalidade do exame Papanicolau como meio de prevenção/deteção do câncer cérvico-uterino. Com relação às práticas adotadas pelas mulheres para prevenção dessa patologia foram encontrados como resultados que algumas delas seguem adequadamente a orientação do profissional de saúde, enquanto outras não. Poucas facilidades foram sinalizadas nos discursos das mulheres para realização do exame Papanicolau, a exemplo da receptividade do profissional; humanização no atendimento que permite a mulher se sentir mais à vontade para realizar o exame; facilidade de acesso, apontada como a proximidade do serviço de saúde à residência e facilidade para agendar o exame; e utilização de material descartável. Quanto às dificuldades destacadas pelas mulheres para realização do referido exame apontaram: trabalho ou afazeres; esquecimento relacionado a intensa rotina diária de trabalho e ao fato do exame ser realizado anualmente; vergonha de realizar o exame; oferta insuficiente e demora na entrega do resultado.

CONCLUSÃO

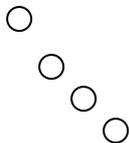


Constatou-se, portanto, a importância de se buscar conhecer o que sabem as mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero, a fim de se obter subsídios que possam fundamentar as ações de saúde voltadas principalmente para a prevenção deste tipo de câncer, possibilitando o atendimento de forma humanizada e qualificada. Portanto, este estudo oferece grandes contribuições a acadêmicos e profissionais da área de saúde, especialmente os da Enfermagem, considerando que poderão aprimorar seus conhecimentos acerca da prevenção do câncer cérvico-uterino, um tema amplo que necessita ser valorizado, a fim de que se consiga sensibilizar pessoas dispostas a lutar pela prevenção e promoção da saúde da mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Prevenção; Exame Papanicolau; Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rede Nacional de Câncer familiar: manual operacional / Instituto Nacional de Câncer – Rio de Janeiro: Inca; 2009.
3. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Atlas da Mortalidade. [Internet]. Rio de Janeiro; [Citado 2013 Jun 03]. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>.
4. Lima CA, Palmeira JAV, Cipolotti R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. Cad de Saúde Pública [Internet]. 2006 [Citado 2007 Ago 26]; 22(10): 2151-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/14.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Situação do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: MS/Inca; 2006.
6. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009



OBESIDADE E CÂNCER: REVISÃO DE LITERATURA

Hugo Vinícius Cotrim Fausto¹, Lorena Argôlo Borges¹, Denise Tostes Oliveira², Sílvia Helena de Carvalho Sales Peres², Fábio Silva de Carvalho¹, Cristiane Alves Paz de Carvalho¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Jequié – Bahia – Brasil

² Universidade de São Paulo – USP

Bauru - São Paulo - Brasil

E-mail: hugo_fausto@hotmail.com

INTRODUÇÃO

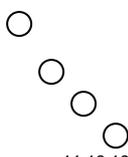
O aumento na prevalência da obesidade tem sido observado em países desenvolvidos e em desenvolvimento, em crianças e adultos. A obesidade é definida pelo acúmulo excessivo de gordura corporal que pode comprometer a saúde e acarretar alterações metabólicas, dificuldades respiratórias e do aparelho locomotor^{1,2}, além de constituir fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II e câncer³⁻⁵. A obesidade é caracterizada como estado de inflamação crônica de baixo grau. Adicionalmente, evidências científicas suportam a hipótese de que a inflamação crônica é fundamental nos mecanismos relacionados às suas complicações^{6,7}, além de promover a indução de carcinogênese via proliferação celular e reparação tecidual. Focos inflamatórios representam fonte contínua de oxigênio reativo e de nitrogênio, que podem induzir a lesões do DNA^{8,9}. Embora os mecanismos pelos quais a obesidade induza ou promova a carcinogênese não estejam bem esclarecidos, sabe-se que variam de acordo com a localização do câncer. Dentre os mecanismos propostos para esclarecer esta associação, há a hipótese de que o processo inflamatório possa ser um fator desencadeador da carcinogênese¹⁰⁻¹². Diante das considerações supracitadas, o objetivo deste trabalho foi apresentar uma revisão de literatura sobre a influência da obesidade como fator de risco para o desenvolvimento de câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se busca de artigos na base de dados PubMed, no período de 2001 a 2011, na língua inglesa, utilizando conjuntamente os descritores: “obesity”, “cancer” and “risk factor”. Um protocolo foi desenvolvido para manejar o grande número de estudos inicialmente identificados. Nesse protocolo, todos os estudos cujos títulos ou resumos mencionassem a associação entre obesidade como fator de risco para o câncer ou julgados pertinentes ao tema em estudo foram obtidos na íntegra e, a seguir, analisados. Inicialmente, todos os resumos foram avaliados independentemente por dois avaliadores. Aqueles aprovados pelos dois eram incluídos no estudo. Os que apresentassem discordância eram submetidos a um terceiro avaliador. Foram selecionadas referências adicionais encontradas nas referências dos artigos selecionados, com os mesmos critérios especificados acima, que foram capturadas e que preenchiam os critérios de seleção para este estudo. Os artigos que não apresentaram associação da obesidade com o câncer foram considerados não elegíveis para a inclusão na presente revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a estratégia estabelecida, a busca resultou em 137 artigos. Entretanto, após a implementação dos critérios de exclusão foram selecionados apenas 14 artigos. A evidência de que o sobrepeso e a obesidade aumentam o risco para alguns tipos de câncer é “convicente”. Dentre os tipos de câncer estão o de esôfago, pâncreas, rim, intestino, vesícula, mama no período pós-menopausa, útero, ovário, tireoide, linfoma não-Hodgkin, mieloma múltiplo e leucemia^{4,11-14}. O câncer é uma doença genética, em que as células tumorais diferem das suas progenitoras normais devido a alterações genéticas que afetam a regulação dos genes¹⁵. A transformação maligna ocorre por meio de mutações sucessivas em genes específicos, conduzindo à ativação de oncogenes e inativação de genes supressores de tumor. Portanto, é uma doença vulnerável a mutações. Poucos cânceres são hereditários e fatores ambientais são mais importantes¹³. É cada vez mais aceito que o estilo de vida pode modificar os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer. A obesidade foi descrita como influência ambiental significativa para o desenvolvimento de certos tipos de câncer^{16,17}. Evidências fornecidas por estudos em humanos demonstraram que a obesidade esteve associada com a incidência e mortalidade por câncer de mama, pulmão, próstata e cólon¹⁸. Poucos estudos esclarecem os mecanismos celulares que relacionam a obesidade ao câncer, o suporte científico baseia-se em alterações metabólicas e endócrinas. Sabe-se que o tecido adiposo produz hormônios, fatores de crescimento e citocinas que regulam os mecanismos do crescimento, morte e proliferação



celular^{11,13,19}. A obesidade está associada ao estado de inflamação crônica de baixo grau, pois o tecido adiposo em expansão é grande fonte de mediadores inflamatórios^{11,20}. A inflamação associada à liberação de citocinas pelos adipócitos mostrou-se elevada em obesos e isto tem sido relacionado ao desenvolvimento de câncer^{11,13}.

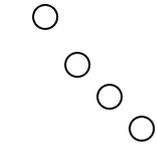
CONCLUSÃO

A obesidade tem despertado o interesse da comunidade científica por se mostrar uma doença grave, multifacetada, de genética complexa e que tem resultado em elevada morbidade e mortalidade, principalmente devido ao aparecimento ou agravamento de outras doenças associadas. Esta revisão de literatura verificou que a obesidade pode ser considerada fator de risco para o desenvolvimento de diversas doenças, sendo que há evidências científicas convincentes de que a obesidade aumenta o risco para o desenvolvimento de alguns tipos de câncer. Adicionalmente, verificou-se que o câncer é uma doença complexa e que a influência de fatores ambientais e de estilo de vida no risco de desenvolvimento desta doença é cada vez mais aceita. Deve-se destacar que, se por um lado estes fatores ambientais e de estilo de vida, como a obesidade, podem influenciar o risco para o câncer, por outro, permitem a prevenção da doença, pois podem ser controlados.

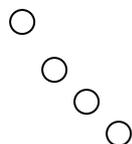
PALAVRAS-CHAVE: Obesidade; Câncer; Fatores de Risco; Comorbidade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on obesity. Geneva: WHO; 1998.
2. Pereira LO, Francischi RP, Lancha-Junior HA. Obesity: dietary intake, sedentarism and insulin resistance. *Arq Bras Endocrinol Metabol*. 2003; 47(2): 111-27.
3. Wang CC, Goaltone ML, Draznin B. Molecular mechanism of insulin resistance that impact cardiovascular biology. *Diabetes*. 2004; 53: 2735-40.
4. Roberts DL, Dive C, Renehan AG. Biological mechanisms linking obesity and cancer risk: new perspectives. *Annu Rev Med*. 2010; 61: 301-16.
5. World Health Organization 2011. Fact Sheet No. 311. Obesity and Overweight Geneva: WHO; (Citado 2012 Mar 10). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
6. Lyon CJ, Law RE, Hsueh WA. Minireview: adiposity, inflammation, and atherogenesis. *Endocrinology*. 2003; 144: 2195-200.
7. Sbarbati A, Osculati F, Silvagni D, Benati D, Galie` M, Camoglio FS et al. Obesity and inflammation: evidence for an elementary lesion. *Pediatrics*. 2006; 117: 220-3.
8. Jackson AL, Loeb LA. The contribution of endogenous sources of DNA damage to the multiple mutations in cancer. *Mutat Res*. 2001; 477: 7-21.
9. Sander M, Trump BF, Harris CC, Tennant RW. The 20th Aspen Cancer Conference: mechanisms of toxicity, carcinogenesis, cancer prevention, and cancer therapy 2005. *Mol Carcinog*. 2008; 47: 707-32.
10. Balkwill F, Mantovani A. Inflammation and cancer: back to Virchow? *Lancet*. 2001; 357: 539-45.
11. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Canc*. 2004; 4: 579-91.
12. Osório-Costa F, Rocha GZ, Dias MM, Carvalheira JBC. Epidemiological and molecular mechanisms aspects linking obesity and cancer. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009; 53(2): 213-26.
13. World Cancer Research Fund Food, Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Second Expert Report. Washington, USA: American Institute for Cancer Research; 2007.
14. Key TJ, Spencer EA, Reeves GK. Symposium 1: Overnutrition: consequences and solutions. Obesity and cancer risk. *Proc Nutr Soc*. 2010; 69(1): 86-90.
15. Futreal PA, Coin L, Marshall M, Down T, Hubbard T, Wooster R, et al. A census of human cancer genes. *Nat Rev Cancer*. 2004; 4: 177-83.



16. Reeves GK, Pirie K, Beral V, Green J, Spencer E, Bull D, Million Women Study Collaboration. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *BMJ*. 2007; 335(7630): 1134.
17. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*. 2008; 371: 569-78.
18. Khan N, Afaq F, Mukhtar H. Lifestyle as risk factor for cancer: evidence from human studies. *Cancer Lett*. 2010; 293(2): 133-43.
19. Yudkin JS. Adipose tissue, insulin action and vascular disease: inflammatory signals. *Int J Obes*. 2003; 27 Suppl: 25-8.
20. Harvey AE, Lashinger LM, Hursting SD. The growing challenge of obesity and cancer: an inflammatory issue. *Ann NY Acad Sci*. 2011; 1229(2011): 45-52.



ENFRENTAMENTOS DA FAMÍLIA NO CUIDADO AO FAMILIAR ADULTO COM CÂNCER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Luciana Silva Vilas Bôas¹

¹Universidade Federal da Bahia – UFBA
E-mail: luvilasboasufba@yahoo.com.br

Salvador - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

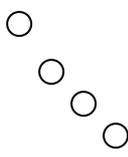
A família é considerada um sistema de saúde, pois agrupa um conjunto de valores, crenças, conhecimentos e práticas que orientam suas ações na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento da doença dos seus membros¹. O diagnóstico de uma doença grave na família desestrutura e afeta o cuidado com todos os demais componentes, pois a família é um sistema interligado em que cada um de seus membros exerce influência sobre os demais. Dessa forma, o adoecimento de um dos familiares, conseqüentemente, se reflete no comportamento e no estado emocional e biológico dos outros². O processo de adoecer não é apenas um acontecimento individual, pois abrange não só os aspectos físicos, mas também as relações familiares e sociais. De acordo com os membros da família que acompanham o doente, o câncer gera desequilíbrios em vários aspectos, exigindo reorganização em diferentes dimensões da vida da família³. Diante dessa situação, os familiares enfrentam uma sequência de estressores que interferem no seu cotidiano e torna-se, portanto, imprescindível a contribuição de uma equipe multiprofissional qualificada e comprometida com as dificuldades vivenciadas por essas pessoas. O presente estudo apresentou como objetivo identificar artigos científicos que abordassem sobre enfrentamentos da família no cuidado ao familiar adulto com câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva realizada por meio da revisão integrativa da literatura que foi realizada na base de dados Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) da Bireme, sendo coletados os artigos científicos, publicados em periódicos brasileiros, no período de 2006 a 2012. Foram utilizados os seguintes descritores: “família”, “neoplasias” e “cuidadores”, no mês de maio de 2013. A questão que norteou o estudo foi a seguinte: O que tem sido publicado sobre os enfrentamentos da família no cuidado ao familiar adulto com câncer? Os critérios de inclusão foram: ser artigo original, publicado no idioma em Português, no período de 2006 a 2012 relacionados aos enfrentamentos da família no cuidado ao familiar adulto com câncer. Artigos de revisão, em formato de teses e dissertações foram excluídos. Após o levantamento e a seleção, 10 artigos foram incluídos no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e análise dos artigos, emergiram três categorias temáticas: O difícil momento do diagnóstico; Dificuldades vivenciadas no cotidiano; A importância da assistência profissional à família. 1) O difícil momento do diagnóstico: O desespero é algo presente no processo de enfrentamento do câncer tanto no momento de sua descoberta, quanto em vários outros em que a realidade apresenta-se de forma rigorosa frente a uma patologia com tantas construções simbólicas negativas e atravessada por inúmeras histórias pessoais, familiares e culturais marcadas pela tristeza, solidão e sensação de fracasso⁴. É notável que, ao vivenciar a confirmação do diagnóstico de neoplasia, o indivíduo sente a necessidade de ser cuidado, além de poder compartilhar suas expectativas e inseguranças. Nesses momentos, a família passa a enfrentar um grande conflito emocional tendo que apoiar o ente querido e, ao mesmo tempo, aceitar o câncer como parte da sua realidade. 2) Dificuldades vivenciadas no cotidiano: Alguns sentimentos ganharam destaque nos artigos selecionados como modificadores da dinâmica familiar: impotência, raiva, ódio, depressão em relação ao câncer. Em um estudo foi constatado que a principal dificuldade encontrada pela família no convívio com o câncer pode não ser o medo da morte por si só, mas principalmente, o acompanhamento diário do familiar em sua terminalidade, que é considerado algo muito mais difícil para a família⁵. 3) A importância da assistência profissional à família: A assistência à família, como unidade de cuidado à saúde, implica em conhecer e aproximar-se de uma família que cuida e identifica suas forças, dificuldades e esforços para partilhar responsabilidades⁶. Torna-se essencial, levar em consideração, portanto, que os familiares apresentam demandas em desenvolver



habilidades para cuidar e assim atender de modo mais adequado aos agravos da patologia, conseqüentemente, precisam do apoio emocional de uma equipe multiprofissional.

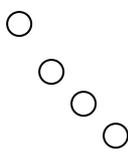
CONCLUSÃO

Ficou claro que é fundamental o respeito dos profissionais perante os sentimentos dos familiares desde o momento do diagnóstico. Tornou-se evidente, a importância da implementação de estratégias para a promoção de conforto e cuidado dessas pessoas nessa etapa da assistência oncológica, contribuindo para minimizar o sofrimento dos familiares e clientes. Cabe ao profissional envolvido intervir, ajudando o cliente e também a sua família a descobrir os caminhos que possuem para a superação do estresse causado pela descoberta e pelo tratamento da doença. A criação de espaços de convivência para adultos com câncer e familiares pode constituir-se como estratégia de promoção importante nesse contexto. Enfim, há também a necessidade de que sejam desenvolvidas pesquisas mais aprofundadas que levem a uma maior compreensão sobre as experiências das famílias em diferentes situações, para que as ações sejam planejadas considerando a singularidade de cada família assistida.

PALAVRAS-CHAVE: Família; Neoplasias; Cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Altholff CR, Elsen I, Laurindo AC. Família: foco de cuidado na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 1998; 7(2): 320-7.
2. Bervian PI, Giradon-Perlini NMO. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev Bras Cancerol.* 2006; 52(2): 121-8.
3. Vieira MCU, Marcon SS. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. *Rev esc enferm USP.* 2008; 42(4): 752-60.
4. Tavares JS, Trad LAB. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(2): 426-35.
5. Silva RCF, Hortale VA. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(10): 2055-66.
6. Lavor MFS. Cuidados paliativos na atenção básica: visão dos enfermeiros do Programa Saúde da Família [dissertação]. [Rio de Janeiro]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2006.



CRIANÇA COM CÂNCER: EXPECTATIVAS DE PAIS EM RELAÇÃO AO SEU ESTADO DE SAÚDE

Joana Angélica Andrade Dias¹, Naira Menezes Luz¹, Pablo Ian Gonçalves Nery², Zulmerinda Meira Oliveira¹, Juliana da Silva Oliveira¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié – Bahia – Brasil

²Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC

Jequié - Bahia - Brasil

E-mail: joanauesb@gmail.com

INTRODUÇÃO

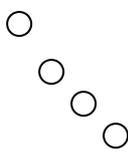
O câncer é uma doença crônica e engloba um conjunto de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. Corresponde a um processo patológico que se inicia quando uma célula normal é transformada por mutação genética do DNA celular, formando um clone que começa a proliferar-se de maneira anormal¹. Afeta a todos os grupos etários e apresenta-se como a terceira causa de morte em crianças, muito embora 70% dos casos podem alcançar a cura dependendo da precocidade do diagnóstico¹. O tratamento pode ser realizado por meio de procedimentos cirúrgicos, quimioterapia e radioterapia, sendo que a escolha vai depender de uma avaliação completa, incluindo a identificação do estágio e do grau do tumor. As opções de tratamento oferecidas devem basear-se em metas realistas e alcançáveis para cada tipo específico de câncer, onde a equipe de saúde, o paciente e a família devem ter uma ampla compreensão¹. Essa doença na criança altera de várias formas o seu cotidiano, seu convívio com os familiares e seu ambiente, podendo ocorrer isolamento social da família por diversas razões, como por exemplo, a natureza da própria doença, o estigma social e a hesitação em falar sobre a doença². Ressalta-se que este estudo teve como objetivo identificar as expectativas dos pais em relação ao estado de saúde de seu filho ainda criança com câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que teve como cenário na casa de apoio do Grupo de Apoio à Criança com Câncer (GACC) do município de Itabuna-BA. Os atores sociais foram 15 pais de crianças hospedadas nessa instituição, dos quais 14 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino; 7 são casados e 8 solteiros; 13 possuem ensino fundamental incompleto e 2 ensino fundamental completo; 9 são católicos, 2 cristãos e 4 evangélicos; 2 apresentam renda abaixo de R\$100,00, 8 entre R\$ 200,00 a 350,00 e 3 entre R\$ 450,00 a R\$ 1.050,00; 9 são domésticas, 4 desempregados e 2 autônomos. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e como instrumento um roteiro contendo questões abertas que oportunizou os pais discorrerem livremente sobre o objeto de estudo. Esta pesquisa atendeu às normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de questões de caráter ético em pesquisas científicas envolvendo seres humanos, tendo sido inicialmente submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, respeitando os aspectos éticos e legais exigidos para se realização de pesquisas, aprovada por meio do parecer número 158/2006. As informações coletadas foram submetidas à técnica de Análise de Conteúdo³, originando quatro categorias, a saber: *Cura, não ocorrência da recidiva, retorno à rotina diária e desesperança na recuperação da saúde*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cura, seja por meio de um milagre divino ou do próprio tratamento, foi uma expectativa expressa pelos pais em relação ao estado de saúde de seu filho. Muitos pais apontaram a cura como uma batalha a ser vencida e a fé como uma arma utilizada para o seu alcance, encontrando neste pensamento forças pra enfrentar as dificuldades que vêm atravessando. Aqueles que expressaram a expectativa de cura pelo tratamento clínico, provavelmente tiveram acesso por meio da equipe de saúde, a informações corretas sobre a doença e o tratamento oferecido às suas crianças, assim como às implicações do mesmo, de modo a terem seus medos e ansiedades minimizados⁴, sendo isto determinante para o desenvolvimento dessa expectativa. Quanto à expectativa de não ocorrência da recidiva da doença, acredita-se que tenha surgido pelo fato de temerem a recidiva vez que ao ficarem hospedados na casa de apoio do GACC mantiveram contato com crianças acometidas pela novamente pela doença, passando a pensar que aquilo poderia também acontecer com seu filho. De fato, muitos cânceres inicialmente respondem à terapia e depois podem reincidir, sendo que nos



hematológicos isso ocorre com maior frequência¹ e, em crianças as leucemias são os tipos mais frequentes⁵. A vontade expressa pelos pais de retomarem à sua rotina diária possibilitou perceber que o final do tratamento era aguardado com ansiedade pelos mesmos, pois tudo que desejavam era poder voltar para casa e dar seguimento às suas vidas⁶. Contraditoriamente, alguns pais também evidenciaram como expectativas, a desesperança na recuperação da saúde dos seus filhos, o que parece ser prejudicial na medida em que podem não dispor da crença enquanto recurso psicológico que lhes possibilitem continuar acompanhando seu filho em tratamento, podendo ainda, dificultar o processo de adaptação da criança à doença².

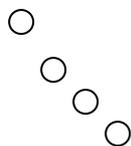
CONCLUSÃO

O presente estudo oportunizou uma melhor compreensão sobre as expectativas dos pais ao refletirem sobre o estado de saúde do seu filho ainda criança com câncer, tendo sido possível constatar que acreditam na cura tanto na perspectiva da fé quanto resultante do tratamento, creem na não ocorrência da recidiva, almejam o retorno à rotina diária, e alguns ainda possuem a desesperança. Pode-se inferir que quando são esclarecidos sobre o real quadro clínico e a duração do tratamento e as possíveis recidivas, seus anseios e inquietações poderão ser amenizados, possibilitando a vivência deste processo de uma forma menos estressante. Sendo assim, compete aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, prestar esses esclarecimentos aos pais, devendo elaborar um plano de cuidados que contemple as reais necessidades não apenas da criança, mas também dos pais e porque não dizer de toda a sua família, a fim de evitar que resulte em repercussões que a desestruture.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Criança; Pais; Cura pela Fé; Recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
2. Castro EK, Piccinini, CA. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicol. Reflex. Crit.* [internet]. 2002. [Citado 2006 Mar 07]; 15(3): 625-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722002000300016&script=sci_abstract&tlng=pt>.
3. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
4. Costa JC, Lima RAG. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2002 [Citado 2007 Mai 09]; 10(3): 321-33 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000300007&script=sci_abstract&tlng=pt.
5. Sapolnik R. Suporte de terapia intensiva no paciente oncológico. *J. Pediatr.* [Internet] 2003 [Citado 2007 Mai 09]; 79 Suppl. 2: 231-42 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000800013&lng=pt&nrm=iso>.
6. Coutinho BB, Trindade ZA. As representações sociais de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. *Psic. rev. psicol. vetor ed.* [Internet]. 2006 [Citado 2007 Mai 09]; 7(1): 9-18. Disponível: Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100003&lng=es&nrm=iso.



O CONTEXTO DO BINÔMIO FAMÍLIA-PACIENTE EM CASOS DE CÂNCER TERMINAL

Lais Rocha de Souza¹, Ivana Santos Ferraz², Giuliany Sousa Rodrighero¹, Carine de Jesus Soares¹, Hemilena Carmo da Silva Santos¹, Alecia Nunes Souza¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié - Bahia - Brasil

²Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC

Jequié - Bahia - Brasil

E-mail: lais_rocha.s@hotmail.com

INTRODUÇÃO

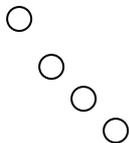
Na atualidade nenhuma patologia causa tanto medo/horror quanto o câncer, pois além dos efeitos deletérios ao portador e a família, ele traz consigo o estigma social que geralmente o associa a morte. O contexto do câncer na família de um portador começa desde a suposição em ter esta patologia até o diagnóstico definitivo. Ele perpassa, primeiramente, pelo momento de suspeitas até o primeiro contato com o médico, onde é realizada a avaliação do paciente e então instituído o diagnóstico. Durante este processo, no sistema familiar é acionado um “alarme” que dispara diversas reações, sendo estas em sua maioria, pessimistas, caracterizadas por desespero, pânico e caos. Este turbilhão de emoções agiganta-se e individualiza-se durante a confirmação do diagnóstico, pois nesta ocasião se faz necessário assimilar, processar, organizar e por fim compreender os acontecimentos recentes, tendo o objetivo de buscar a adesão ao tratamento¹. A família do paciente terminal funciona como o elo entre este indivíduo e os profissionais de saúde, se configurando um agente socializador, devido ao seu empenho para que necessidades de básicas de seu ente querido sejam supridas². Mas, este sistema familiar também precisa de cuidados, pois alguns autores relatam que a família é um paciente, sendo necessário que a equipe de saúde preste uma assistência ampliada ao binômio família-paciente. O objetivo deste estudo é investigar na literatura o contexto do binômio família-paciente em casos de câncer terminal.

MATERIAL E MÉTODOS

O método utilizado para a coleta de dados foi o levantamento bibliográfico através da busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências de Saúde), Revista Bioethikos (Centro Universitário São Camilo) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) a partir dos descritores: Neoplasia; Família; Paciente terminal. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: idioma de publicação: português; modalidade de produção científica: trabalhos empíricos, artigos de revisão e teórico; veículo de publicação: periódicos, teses, dissertações e livros; referências que tiveram como objeto de estudo o contexto da família-paciente em casos de câncer terminal. Para análise do material encontrado foram seguidos alguns tópicos como: leitura minuciosa dos trabalhos encontrados buscando alcançar o objetivo deste estudo, crítica bibliográfica e síntese dos estudos dentro da sua área temática verificando-os no contexto atual da literatura vigente. Os princípios éticos foram mantidos, respeitando os direitos autorais de cada autor, mediante a citação de cada um deles.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer é uma patologia que mexe não só com o indivíduo portador, mas com tudo que o cerca, sendo a família um integrante primordial deste círculo de convivências que sofre as ações da neoplasia “passivamente”. Tudo começa quando a família tem o conhecimento do diagnóstico de uma doença grave, como é o caso do câncer, e se submete a passar pelos mesmos estágios que o paciente, sendo a forma de lidar com esta situação inerente a cada indivíduo, pois cada um tem o modo de enfrentar, de superar. Porém é comum o surgimento de alguns sentimentos durante este processo, como o caso da perda em vida, impotência, luto antecipado, culpa, ambivalência de sentimentos, e por sua vez tentativa de reparação³. A família por diversos autores é vista como “paciente de segundo escalão” que necessita de assistência e cuidados, assim como seu ente querido. Isso ocorre porque o indivíduo e sua família necessitam de um determinado tempo para assimilar, processar e compreender os fatos novos que surgiram, girando sempre em torno da patologia¹. A fase terminal do câncer pode causar algia intensa, assim como outros sintomas físicos, emocionais e espirituais profundos, que por sua vez, podem tornar a vida do paciente insuportável. Por isso, há tratamentos e abordagens para cuidar e amparar esses indivíduos, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida expressivamente⁴. Uma forma de cuidado para com estes pacientes



terminais são os cuidados paliativos, que segundo a Organização Mundial da Saúde, eles consistem na abordagem para aprimorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores do câncer e de seus familiares e, assim como, no enfrentamento de patologias que oferecem risco de vida, sendo através da prevenção e/ou também do alívio do sofrimento⁵. Para que estes cuidados sejam efetivos tanto para a família e principalmente para o cliente é necessário à compreensão por parte dos profissionais de saúde da importância da assistência não só ao paciente, mas também à família deste.

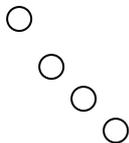
CONCLUSÃO

Ao se avaliar o contexto do câncer na família de um paciente oncológico terminal, percebe-se que esta patologia tem a capacidade de desestruturar não só o seu portador mais também a sua família em todos os aspectos, sendo eles, emocionais, psicossociais, físicos ou espirituais. Por isso, é necessário que este binômio família-paciente seja assistido por uma equipe multidisciplinar – médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, dentre outros - onde o cuidado deve ser prestado não só ao portador da patologia, mas também as pessoas que estão passando por esse processo junto a ele, ou seja, a família. Há na literatura recomendações de incorporação à equipe de saúde um terapeuta familiar, onde este fará o acompanhamento destes familiares, lançando mão de instrumentos específicos para a avaliação dos aspectos emocionais, tendo o objetivo de identificar os principais problemas familiares durante a patologia e a influência destes na qualidade de vida deste paciente terminal^{6,7}.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia; Família; Paciente Terminal.

REFERÊNCIAS

1. Maia SAF. Câncer e morte: o impacto sobre o paciente e a família. Artigo de conclusão de especialização em Psiconcologia, Hospital Erasto Gaertner, Curitiba; 2005.
2. Elsen I, Marcon SS, Santos MR. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: EDUEM, 2002. VII, 460p.
3. Amaral MTC. Vivenciando o câncer com arte. In: Carvalho MMMJ (coord.). Introdução à psicooncologia. São Paulo. Ed. Livro Pleno; 2003.
4. Araújo LZS, Araújo CZS, Souto AKBA, Oliveira MS. Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. Rev. Bras. Enferm. 2009; 62(1): 32-7.
5. Instituto Nacional de Câncer. O que são Cuidados Paliativos? [Citado 2013 Ago 01]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=26
6. Bossoni RHC, Stumm EMF, Hildebrand LM, Loro MM. Câncer e morte, um dilema para pacientes e familiares. Revista Contexto & Saúde. 2009; 9(17): 13-21
7. Silva CN. Como o câncer desestrutura a família. [tese]. [Salvador]: Universidade Federal da Bahia; 1997.



A MULHER COM CÂNCER DE MAMA E O CONVÍVIO FAMILIAR

Lais Rocha de Souza¹, Alecia Nunes Souza¹, Carine de Jesus Soares¹, Eliane Fonseca Linhares¹, Zulmerinda Meira Oliveira¹, Leila Silva Meira¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: lais_rocha.s@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

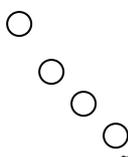
O câncer de mama é considerado como o segundo tipo mais frequente no mundo. De acordo com dados epidemiológicos, o câncer ainda é considerado um problema de saúde pública no Brasil, bem como o mais comum além de ser a principal causa de morte entre as mulheres¹. Nota-se o comprometimento físico e psíquico da mulher com câncer, que conseqüentemente pode refletir na vida dos cuidadores com a mesma, além das mudanças estruturais e dinâmicas no grupo familiar, a qual está diretamente relacionada às suas estratégias de enfrentamento². As principais dificuldades relatadas pelos familiares incluem: não compreender efeitos colaterais do tratamento; manter o trabalho de cuidador em tempo integral; o impacto de cuidar da vida social própria; não saber com quem contatar para ajudar; estresse criado dentro da família dentre outros³. Nesta perspectiva, conhecer a dinâmica familiar e identificar aspectos da interação entre os membros da família que ficam comprometidos com o surgimento da doença o que pode prejudicar o ajustamento e a qualidade de vida das mulheres e de suas famílias são etapas iniciais para se desenvolver serviços adequados à população em foco². Este estudo tem como objetivo investigar na literatura o convívio familiar com a mulher portadora de câncer de mama.

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada para a coleta de dados foi o levantamento bibliográfico realizado por meio da busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados do LILACS (Literatura Latino Americana de Ciências de Saúde) e do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), a partir dos descritores: neoplasia, mama e família. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: veículo de publicação: periódicos, teses, dissertações e livros; idioma de publicação: português; modalidade de produção científica: trabalhos empíricos, artigos de revisão e teórico; espaço temporal: últimos cinco anos e referências que tiveram como objeto do estudo o convívio familiar com a mulher portadora de câncer de mama.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se nessa investigação que o cuidado a uma pessoa com câncer é de fundamental importância. Desde os cuidados higiênicos, com a alimentação, ou até mesmo o estar por perto fazem do familiar um cuidador leigo, assumindo responsabilidades pelas necessidades físicas e emocionais do outro que se encontra impossibilitado do auto cuidado³⁻⁶. O câncer de mama não afeta somente a mulher, mas todas as pessoas envolvidas, principalmente a família⁷. O cônjuge pode ser afetado e um casamento desfeito a depender dos laços de união desse casal. Relatos em artigos apontam que o câncer de mama na mulher, não afetou em nada a união pelo companheirismo e amizade do casal enquanto que outros a separação foi o desfecho final⁸. Todo esse transtorno de cuidar de uma mulher com câncer de mama afeta sua saúde mental, causando depressão, ansiedade, conflitos de papéis, incerteza, erosão nos relacionamentos, sua saúde física causa fadiga, saúde debilitada, falta de exercícios, nutrição precária além da necessidade em usar medicamentos^{3,8-12}. Aliada a isso, existe também uma mudança no comportamento desses familiares, intensificando comportamentos de risco, como ingestão de bebidas alcoólicas, tabagismo, acidentes e estresse¹³. Isso pode ser explicado pelo acúmulo de tarefas gerando sobrecarga física, emocional e econômica, o que pode levar a muitos doentes desejarem a própria morte, por sentirem-se incapacitadas e um excesso de atividades na vida dos seus familiares^{14,15}. A espiritualidade se apresenta como um apoio importante para o enfrentamento desse problema familiar. A religiosidade pode aumentar o apoio social, estabelecendo um maior vínculo com o lado espiritual, a fim de suportar as vivências da fase aguda da doença¹⁶. Enquanto que outros buscam em grupos de autoajuda, apoio espiritual, psicossocial, informacional, emocional e físico uma maneira de compreender o processo da doença e lidar com a situação¹⁷.



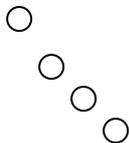
CONCLUSÃO

Portanto, pode-se concluir de acordo com o que foi evidenciado neste estudo, que os pesquisadores relatam que a melhor forma dos familiares conviverem com a mulher portadora do câncer de mama é fortalecer os vínculos com a própria família, com os amigos, bem como com os serviços que prestam uma assistência de qualidade. Assim, por possuir relações frágeis, o desgaste pessoal é intensificado, agravando a saúde do familiar na medida em que ocorre uma piora do quadro clínico da mulher¹⁸. A adoção de estratégias de enfrentamento adequadas é um dos fatores que contribuem para a qualidade de vida de pacientes e familiares⁸. Por isso, o ideal pra um bom convívio familiar e portador de câncer de mama, seria a participação dos familiares em grupos de autoajuda, a fim de adquirir informações, motivação, incentivo e trocar experiências, para compreender melhor o processo do cuidar a uma mulher com câncer de mama.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado; Família; Câncer de Mama; Neoplasia.

REFERÊNCIAS

1. Bergamasco RB, Angelo M. Sofrimento de descobrir-se com câncer de Mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Rev Bras Cancerol.* 2001; 47(3): 277-82.
2. Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Rev Bras Cancerol.* 2004; 50(4): 341-5.
3. Beck ARM, Lopes MHBM. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade do cuidador. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(6): 670-5.
4. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Health education: a strategy of care for the lay caregiver. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007; 15(2): 337-43.
5. Wanderbroocke ACNS. Cuidando de um familiar com câncer. Taking care of a family member with cancer. *Rev Psicol Argumento.* 2005; 23(41): 17-23.
6. Balneaves LG, Bottorff J L, Grewal S K, Naidu P, Johnson J L, Howard A F. Family support of immigrant Punjabi women with breast cancer. *Fam Community Health.* 2007; 30(1): 16-28.
7. Rezende VL, Derchain SM, Botega NJ, Vial DL. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. *Rev Bras Cancerol.* 2005; 51(1): 79-87.
8. Silva, T.B de C; Santos, M.C.L; Almeida, A.M de. Percepção dos Conjuguês de mulheres mastectomizadas com relação a convivência pós-cirurgia. *Rev. Esc. Enf. USP.* 2010; 44(1): 113-9.
9. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. *CA Cancer J Clin.* 2001; 51(4): 213-31.
10. Vanderwerker L C, Laff R E, Kadan-Lottick N S, McColl S, Prigerson H G. Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use Among Caregivers of Advanced Cancer Patients. *J Clin Oncol.* 2005; 23(28): 6899-907.
11. Nijboer C, Tempelaar R, Triemstra M, van den Bos GA, Sanderman R. The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Cancer* 2001; 91(5):1029-39.
12. Silva CAM, Acker JIBV. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2):150-4.
13. O'Mara A. Who's Taking Care of the Caregiver? *J Clin Oncol.* 2005; 23(28): 6820-1.
14. Soothill K, Morris SM, Harman JC, Francis B, Thomas C, McIlmurray MB. Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs? *Health and Social Care in the Community.* 2001;9(6): 464-75.
15. Ching NS. Self-perceived burden in palliative care. *Hong Kong Soc Palliat Medicine.* 2007; 3: 22-6.
16. Zarit SH. Family care and burden at the end of life. *Canadian Med Assoc J.* 2004; 170(12).
17. Kerr LMJ, Harrison MB, Medves J, Tranmer J. Supportive care needs parents of children with cancer: transition from diagnosis to treatment. *Oncol Nurs Forum.* 2004; 31(6): 116-26.
18. Tavares JSC, Trad LAB. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(Supl 1): 1349-58..



UTILIZAÇÃO DA GLICOSE RADIOATIVA NO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER

Deise Moreira de Abrêu¹, Izis de Almeida Ribeiro Lima¹, Tayla Silva Santos¹, Maria das Neves Moreira Carneiro¹, Carlos Danilo Cardoso Matos Silva¹

¹ Faculdade Nobre – FAN
E-mail: deise-g12@hotmail.com

Feira de Santana - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

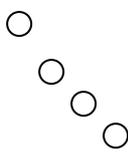
No Brasil, a metodologia PET foi introduzida em 1998 com as câmaras de cintilação com circuito de coincidência. Posteriormente, em 2003, equipamentos PET/CT (Tomografia por Emissão de Pósitrons) foram gradativamente incorporados ao arsenal diagnóstico¹. PET/CT é uma modalidade de diagnóstico por imagem do setor de Medicina Nuclear que permite a detecção precoce de diferentes tipos de câncer (CA) e/ou metástases². Esta técnica avalia alterações funcionais e metabólicas em órgãos ou tecidos, sendo utilizada como um traçador radioativo a fluorodeoxiglicose marcado com flúor (FDG-18F), um análogo da glicose (radioativa) que indica as possíveis alterações³. A interpretação correta das imagens exige conhecimentos da distribuição fisiológica do FDG-18F, das suas variáveis e causas de captação patológica⁴. A qualidade das imagens de PET/CT depende de um rigoroso preparo do paciente iniciando na véspera do exame, para que artefato e erro de interpretação na imagem minimizem⁵. O paciente deve seguir uma dieta, evitar exercícios físicos extenuantes por 24 horas que antecedem o exame, e permanecer em jejum de 4 a 6 horas antes da administração do FDG-18F^{5,6}. É realizada uma anamnese no dia do exame, detalhando a história clínica e intervenções recentes; todas as informações radiológicas devem ser revistas e no pedido médico inclui o(s) motivo(s) da solicitação do estudo de PET/CT⁷. Este trabalho tem como objetivo apresentar a importância da glicose radioativa no diagnóstico do câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de leitura, análise e interpretação de livros, dissertações e artigos científicos publicados, utilizando como base de dados Scielo, Pubmed e Lilacs, todos vinculados ao tema: glicose radioativa no diagnóstico de tumores. Como critérios de inclusão utilizaram-se publicações e trabalhos no período de 2005 a 2013. Foram selecionados como estratégias de pesquisa anotações, fichamentos, resenhas, como técnicas e recursos de pesquisa, a fim de fundamentar teoricamente o estudo, sendo investigadas as indicações principais da utilização da glicose radioativa na oncologia. Quanto ao objeto de pesquisa foi exploratória, que permitiu ao investigador aumentar seus conhecimentos a respeito do objeto, através de levantamento bibliográfico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A formação da imagem no PET/CT ocorre através da aniquilação dos pósitrons emitidos pelo radionuclídeo previamente administrado no paciente, com subsequente emissão de radiação gama⁸. O paciente após um período de captação de aproximadamente 60 segundos é posicionado confortavelmente no equipamento onde imagens do corpo todo serão adquiridas. O FDG-18F atua como um análogo da glicose e segue de forma similar suas vias metabólicas, cujas captações mais intensas ocorrem no cérebro, músculo cardíaco, sistema coletor e bexiga⁹. O cérebro apresenta alta captação de FDG-18F, especificamente no córtex e nos gânglios da base, visto que a glicose é o principal substrato para o metabolismo cerebral⁷; já na área cardíaca a captação é variável, dependendo da disponibilidade do substrato, pois em paciente em jejum que apresentam o nível de insulina baixo, o substrato que predomina é o ácido graxo e o metabolismo da glicose é minimizado, apresentando menor captação do FDG-18F^{9,10}. As células tumorais demonstram maior consumo de glicose para o seu metabolismo e multiplicação acelerada, comparado às células normais, portanto a técnica de PET/CT utiliza-se deste princípio para aquisição das imagens determinando assim locais com maior metabolismo da glicose¹⁰. A captação dessa glicose radioativa (FDG-18F) nos tumores se relaciona com o crescimento tumoral e sua viabilidade, logo o exame PET/CT e a possível quantificação metabólica fornecem informações importantes sobre a caracterização do tumor, prognóstico do paciente, e monitoramento da resposta à terapia¹¹. Esta análise da terapia ainda gera dúvidas quanto ao melhor momento para realizar exames com FDG-18F, sendo após a quimioterapia ou a radioterapia. A proposta da utilização de glicose radioativa permite o diagnóstico precoce do



câncer, ainda que o tumor seja muito pequeno, possibilitando assim um bom prognóstico e uma maior expectativa de vida.

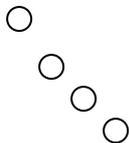
CONCLUSÃO

Na clínica médica, a glicose radioativa é um indicativo da função metabólica tecidual, uma vez que os tumores malignos apresentam alta afinidade e metabolismo glicolítico¹². O PET/CT está revolucionando grandes áreas da medicina moderna, particularmente a oncologia que está distinguindo processos malignos de benignos, integrando informações funcionais (PET) e estruturais (CT) através da fusão destas imagens em um único exame¹³. A vantagem da PET sobre os outros métodos de imagem reside no fato de os critérios da PET-FDG para malignidade não serem fundamentados em modificações morfológico-anatômicas, mas sim na atividade metabólica tecidual, cujas alterações celulares precedem as anatômicas, tendo o potencial de serem detectadas mais precocemente¹⁴. Portanto, o FDG PET-CT pode ser usado para o diagnóstico precoce, o estadiamento ou avaliação da resposta terapêutica de diversos tumores, bem como na análise de recidiva tumoral e no reestadiamento de pacientes oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Glicose Radioativa; PET/CT; Diagnóstico; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Soares Junior J, Fonseca RP, Cerci JJ, Buchpiguel CA, Cunha ML, Mamed M, et al . Lista de recomendações do Exame PET/CT com 18F-FDG em Oncologia: consenso entre a Sociedade Brasileira de Cancerologia e a Sociedade Brasileira de Biologia, Medicina Nuclear e Imagem Molecular. *Radiol Bras.* 2010; 43(4): 255-9.
2. Tsukamoto E, Ochi S. PET/CT today: System and its impact on cancer diagnosis. *Annals of nuclear medicine.* 2006; 20(4): 255-67.
3. Revista Eletrônica de Química. Química nuclear na medicina. [Citado 2012 Set 22]. Disponível em: www.qmc.ufsc.br/qmcweb/artigos/nuclear/medicina.html
4. Vicente R. Armadilhas e Artefatos em PET/CT utilizando FDG-18 F. Instituto Cimas de Ensino; 2012.
5. Oliveira RS, Leão AMAC. Técnicas para aplicação de FDG-18 na clínica médica oncológica. *Acta Sci Health Sci.* 2007; 2(29): 139-43.
6. Sarasúa GL, Aizpurúa EJ, Raman S. Tomografía por emisión de positrones/tomografia computadorizada: Artefactos y pitfalls em pacientes com câncer. *Radiología.* 2006; 48(4): 189-204.
7. Ramos CD, Soares JJ. PET e PET/CT em Oncologia. *Atheneu: Sociedade Brasileira de Biologia, Medicina Nuclear e Imagem Molecular,* 2011; p. 32-162.
8. Boellaard R, O'doherty MJ, Weber WA, Mottaghy FM, Lonsdale MN, Stroobants SG, et al. FDG PET and PET/CT: EANM procedure guidelines for tumour PET imaging: Version 1.0. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2010; 37: 181-200.
9. Gordon BA, Flanagan FL, Dehdashti F. Whole-Body positron emission tomography: Normal variations, pitfalls, and technical considerations. *AJR;* 1997.
10. Cook GJ. Pitfalls in PET/CT interpretation. *Q J Nucl Med Mol Imaging.* 2007; 51(3): 235-43.
11. Bombardieri E, Aktolun C, Baum RP, Bishof-Delaloye A, Buscombe J, Chatal JF, et al Procedure Guidelines For Tumor Imaging, Oncology Committee of the European Association of Nuclear Medicine; 2010.
12. Nogueira SA, Lederman HM, Wagner J, Yamaga LY, Cunha ML, Funari MBG. Estudo comparativo da qualidade de imagem dos modos de aquisição da PET: validação de um protocolo para reduzir a dose de radiação. *Radiol Bras.* 2009; 42(2): 103-7.
13. Sureshbabu W, Mawlawi O. PET/CT imaging artifacts. *J Nucl Med Technol.* 2005; 33: 156-61.
14. Sebastianes FM, Cerci JJ, Soares Júnior J, Zanoni PH, Tomimori EK, Camargo RYA, et al . Avaliação pré-operatória com PET-18F-FDG de nódulos de tireóide com citologia indeterminada. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2008; 52(7): 1176-83.



DETERMINANTES OCUPACIONAIS DA NEOPLASIA LARÍNGEA: REVISÃO INTEGRATIVA

Bruno Del Sarto Azevedo¹, Alana Ferreira Nascimento¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: brunodelsarto@outlook.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

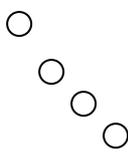
No mundo, o câncer da laringe é o segundo câncer do aparelho respiratório, sendo o mais comum entre os diversos tipos de câncer da cabeça e do pescoço. A mais recente estimativa mundial apontou a ocorrência de cerca de 129 mil casos novos por ano, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 70 mil pessoas por ano. A incidência é maior em homens com idade acima dos 40 anos¹. O tabaco é o principal fator de risco conhecido, mostrando efeito potencializado ao ser associado ao álcool²⁻⁴. Outros fatores são o histórico familiar, a má alimentação, a situação socioeconômica desfavorável, a inflamação crônica da laringe causada pela doença do refluxo gastroesofágico e pela infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV)². Entre os agentes ocupacionais, o único carcinógeno que oferece evidências suficientes para ser estabelecido como fator de risco para câncer de laringe é a exposição a névoas e vapores de ácidos inorgânicos fortes. Estudos que investigaram exposição a outros agentes e/ou formas de trabalho, como óleo mineral, benzo(a)pireno, formaldeído, gás mostarda e atividades como pintor e na indústria da borracha mostraram associação positiva a neoplasias laríngeas, contudo, não há evidências consistentes que corroboram essa relação². Por essa razão, este trabalho objetivou identificar o que a literatura científica tem relacionado como agente ou fator de risco ocupacional capaz de determinar o desenvolvimento de neoplasia laríngea.

Material e Métodos

Foi realizada uma revisão integrativa, por meio de consulta às bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e MEDLINE, sendo as duas últimas pela Biblioteca Virtual em Saúde. Os termos utilizados para a busca foram “*laryngeal neoplasms*”, “*risk factors*” e “*work*”, selecionados a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), dando-se o rastreamento através da utilização do operador booleano “AND” entre os descritores supracitados. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser documento do tipo artigo científico, com disponibilidade de texto completo; estar nos idiomas português, inglês ou espanhol; e investigar, de forma central, a associação entre fatores de risco ocupacional e o desenvolvimento de neoplasia laríngea. Aplicando-se os filtros referentes aos critérios supracitados, tal busca identificou um total de 29 artigos. A partir da leitura dos títulos e resumos, bem como da identificação de duplicidade e descarte daqueles artigos que se repetiam nas bases de dados, chegou-se a um total de 14 estudos potencialmente elegíveis. Realizou-se, então, leitura criteriosa de todo o texto dos mesmos, resultando em uma amostra final de 11 artigos julgados coerentes com a proposta desta revisão. Esses estudos tiveram seus textos lidos na íntegra novamente, sendo avaliados e tendo seus resultados interpretados, os quais foram sintetizados e organizados, de modo a orientar a discussão.

Resultados e Discussão

A exposição ao ácido sulfúrico como fator de risco ocupacional para o câncer de laringe se mostrou, num primeiro momento, discutível, uma vez que não foi observada essa associação em um estudo⁵. No entanto, há evidências suficientes que confirmam a relação positiva entre esse agente e o risco de neoplasia laríngea^{2,6}. A exposição laboral a poeiras também mostrou associação com o risco aumentado para neoplasia laríngea, entre elas: pó de cimento⁷, poeira de algodão⁸, sílica^{5,8} e fuligem (de carvão mineral, coque, óleo combustível)⁵. Estudos apontaram resultados diversos quanto à serragem, apresentando esta tanto associação positiva^{5,9} quanto nenhuma relação⁸ com o risco para câncer laríngeo. O risco desse tipo de neoplasia foi associado, ainda, a diversas ocupações, como trabalhadores da indústria têxtil, da construção civil, da administração local e de moinhos de grãos, todos com potencial de exposição a poeiras. Guardas, supervisores de produção e sindicatos de trabalhadores, todos relacionados à indústria, também estão expostos ao risco representado por locais de trabalhos empoeirados¹⁰. Quatro estudos fazem menção à exposição a hidrocarbonetos aromáticos (policíclicos ou não), que está associada a várias ocupações, tais como trabalhadores da



construção rodoviária, da indústria química, de fábricas de papel, pintores, carpinteiros e pedreiros. Dois deles^{11,12} apontaram a mesma como fator de risco ocupacional, com claro efeito dose-resposta e aumento da mortalidade. Outro artigo⁵ não observou associação entre este agente e o câncer de laringe; e em um quarto estudo¹³ não foi possível chegar a uma conclusão sobre a associação para essa exposição e a ocorrência de neoplasia laríngea. Outro fator de risco apontado se refere ao trabalho com carnes^{5,14} e animais vivos, ambos com efeito dose-resposta⁵, sendo que a exposição a inseticidas utilizados na criação de animais poderia explicar a maior incidência desse câncer entre fazendeiros¹⁵.

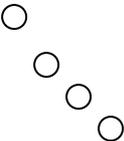
Conclusão

Identificou-se a exposição a ácidos inorgânicos fortes como fator de risco consolidado para o câncer de laringe. Há também boas evidências para se pensar em ocupações específicas e locais de trabalho expostos a poeiras – particularmente de sílica – e hidrocarbonetos aromáticos como um fator de risco ocupacional para esse tipo de neoplasia. Este estudo teve como limitação o fato de não ter-se realizado uma busca exaustiva nas bases de dados. Contudo, tem como importância o fato de ancorar sua análise em trabalhos bem delineados metodologicamente, onde prevaleceram estudos de caso-controle e de coorte. Por fim, a proteção contra fatores de risco ocupacionais para a neoplasia laríngea inclui estratégias de prevenção eficazes e de baixo custo, como a educação permanente dos trabalhadores em relação aos agentes carcinógenos e às medidas de proteção coletiva e individual, bem como de regulação mais rigorosa da higiene do trabalho, protegendo e promovendo, assim, a saúde do trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias Laríngeas; Riscos Ocupacionais; Fatores de Risco.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011.
2. International Agency for Research on Cancer. A review of human carcinogens: Chemical agents and related occupations. Lyon (France): IARC; 2012. (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans; vol 100F).
3. Altieri A, Garavello W, Bosetti C, Gallus S, La Vecchia C. Alcohol consumption and risk of laryngeal cancer. *Oral Oncol.* 2005;41 (10):956-965.
4. Pelucchi C, Gallus S, Garavello W, Bosetti C, La Vecchia C. Cancer risk associated with alcohol and tobacco use: focus on upper aero-digestive tract and liver. *Alcohol Res Health.* 2006;29 (3):193-198.
5. Sartor SG, Eluf-Neto J, Travier N, Wünsch Filho V, Arcuri ASA, Kowalski LP, et al. Riscos ocupacionais para o câncer de laringe: um estudo caso-controle. *Cad. Saúde Pública.* 2007;23(6):1473-81.
6. Soskolne CL, Jhangri GS, Siemiatycki J, Lakhani R, Dewar R, Burch JD, et al. Occupational exposure to sulfuric acid in southern Ontario, Canada, in association with laryngeal cancer. *Scand J Work Environ Health.* 1992;18(4):225-232.
7. Dietz A, Ramroth H, Urban T, Ahrens W, Becher H. Exposure to cement dust, related occupational groups and laryngeal cancer risk: results of a population based case-control study. *Int. J. Cancer.* 2004;108:907-911.
8. Elci OC, Akpınar-Elci M, Blair A, Dosemeci M. Occupational dust exposure and the risk of laryngeal cancer in Turkey. *Scand J Work Environ Health.* 2002;28(4):278-284.
9. Ramroth H, Dietz A, Ahrens W, Becher H. Occupational wood dust exposure and the risk of laryngeal cancer: a population based case-control study in Germany. *Am. J. Ind. Med.* 2008;51:648-655.
10. Elci OC, Dosemeci M, Blair A. Occupation and the risk of laryngeal cancer in Turkey. *Scand J Work Environ Health.* 2001;27(4):233-239.
11. Becher H, Ramroth H, Ahrens W, Risch A, Schmezer P, Dietz A. Occupation, exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons and laryngeal cancer risk. *Int. J. Cancer.* 2005;116:451-457..



MORBIDADE HOSPITALAR EM CRIANÇAS NAS INTERNAÇÕES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Débora Martins da Silva¹, Tatiane Oliveira de Souza¹, Doane Martins da Silva¹, André Avelino de Souza¹, Jocinei Ferreira Constâncio¹, Ademilton Fernando Dourado Santana²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste – UESB

Jequié - Bahia - Brasil

² Clínica de Fisioterapia – CLIFISIO

Cafarnaum - Bahia- Brasil

E-mail: debora_beck@hotmail.com

INTRODUÇÃO

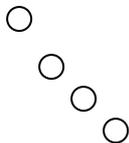
O câncer representa um problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, ocasionando um importante impacto no setor saúde, principalmente no sistema hospitalar. Comparado ao câncer do adulto, o infantil pode ser considerado raro, pois corresponde a uma porcentagem definida como sendo de 1 a 3% de todos os novos casos de neoplasias malignas no mundo¹, com expressiva representatividade no contexto das moléstias da infância e adolescência. Ao contrário do câncer no adulto, não há associação clara entre as neoplasias pediátricas e fatores de risco ou determinados comportamentos. Sabe-se, contudo, que os cânceres infantojuvenis apresentam menores períodos de latência, geralmente crescem de forma rápida e são mais invasivos, porém, respondem melhor ao tratamento e, em sua maioria, são considerados de bom prognóstico. Atualmente 75% das crianças acometidas pelo câncer sobrevivem após cinco anos ou mais, do diagnóstico². A partir do exposto, torna-se fundamental a obtenção de informações sobre morbidade por câncer em crianças como uma ferramenta poderosa para o planejamento e assistência ao paciente oncológico, que se faz através de acompanhamento de longo curso, exigindo intervenções hospitalares de alto custo. O estudo objetiva descrever a morbidade hospitalar por neoplasias em crianças no Brasil segundo o número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) e o valor anual do gasto com serviços hospitalares no ano de 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, com base em dados secundários da morbidade hospitalar das neoplasias (tumores) em menores de um ano e maiores de um ano (1 a 4; 5 a 9; 10 a 14 anos) conforme faixa etária dividida pelo DATASUS, ocorridos nas cinco grandes regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul). Os dados foram obtidos por via eletrônica, na base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde (MS), referentes ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Os dados são de domínio público, acesso livre e disponibilizados pelo MS. O ano de 2012 foi escolhido por ser o mais recente com dados consolidados. A tabulação e análise dos dados foram realizadas por meio do programa Microsoft Office Excel.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registradas 40.026 internações por neoplasias pelo SUS entre menores de 1 ano e maiores de 1 ano no ano de 2012. Verificou-se que a Região Sudeste apresentou o maior número de internações, num total de 15.073 (37,66%), seguida pela Região Nordeste, com 13.205 (32,99%), Sul com 6.784 (16,94%), Centro-Oeste 2.987 (7,46%) e Norte com 1.977 (4,93%) internações, respectivamente. Quando verificado o número de internações de acordo Capítulo da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID -10), verificou-se que houve um total de 1.864.749 internações, sendo que destas, as internações por neoplasias ocuparam o décimo lugar, representando 2,1%, sendo superadas pelas internações decorrentes, entre outras, de doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias e mal formações congênitas. O valor total gasto com serviços hospitalares decorrentes de internações por neoplasias no ano de 2012 foi de R\$ 45.487.124,96, sendo que os maiores gastos ocorreram na Região Sudeste, seguido pelas Regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte respectivamente. Verifica-se que as neoplasias apresentam um crescente número de internações, o que pode evidenciar uma escassez de programas de rastreamento e detecção precoce do câncer, o que, por sua vez, vem ocasionando aumento nas internações e mortalidade. Neste sentido, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do SUS, evidencia a importância das ações de promoção, prevenção e detecção precoce do câncer, o que poderá influenciar, sobremaneira, o prognóstico da doença, diminuindo a morbidade e mortalidade³. Quanto à questão



dos custos elevados com serviços hospitalares decorrentes das neoplasias entre menores de 1 ano e maiores de 1 ano no ano de 2012, destaca-se a necessidade de serem adotadas medidas que reduzam as taxas de utilização destes serviços, tais como os programas de saúde em domicílio e internação domiciliar.

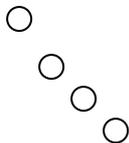
CONCLUSÃO

Mediante os resultados desta pesquisa verifica-se que no Brasil a morbidade hospitalar em menores de 1 ano até 14 anos no ano de 2012 foi elevada, ocupando o décimo lugar dentre as doenças que mais ocasionam hospitalizações no âmbito do SUS. A caracterização da morbidade hospitalar por neoplasias em menores de 1 ano e maiores de 1 ano no ano de 2012 no Brasil, segundo o número de internações no SUS e o valor anual do gasto com serviços hospitalares neste ano, contribui para sensibilizar os profissionais de saúde e gestores para a necessidade de ações de prevenção secundária, como o diagnóstico precoce, já que o câncer é importante causa de morte na infância e adolescência.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Neoplasias; Morbidade.

REFERÊNCIAS

1. Mutti CF, Paula CC, Souto MD. Assistência à Saúde da Criança com Câncer na Produção Científica Brasileira. Rev Bras Cancerol. 2010; 56(1): 71-83.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 874, de 16 de maio de 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). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.76-83..



A RELAÇÃO DO TABAGISMO E O CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Jamille Araujo de Sousa Santos¹, Larissa de Santana Costa¹, Marília Souza de Oliveira¹,
Lucas Amaral Martins¹, Samylla Maira Costa Siqueira¹, Climene Laura de Camargo¹**

¹Universidade Federal da Bahia – UFBA
E-mail: mari.flor.26@hotmail.com

Salvador - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

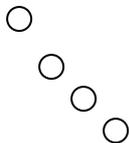
O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia.¹ Estudos apontam que o tabagismo é, isoladamente, a principal causa de câncer no mundo.² A presença de cerca de 4.720 substâncias na fumaça dos derivados do tabaco, faz com que o tabagismo seja causador de aproximadamente 50 doenças, sendo assim responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral. Não só o fumo ativo, mas o passivo também aumenta os riscos da doença. Sete não fumantes morrem por dia em consequência do fumo passivo. No Brasil, o câncer de pulmão é o tipo de tumor mais letal e também uma das principais causas de morte no país.³ O uso do cigarro está associado a 26% das mortes por todos os tipos de cânceres. O câncer é uma doença que pode ser evitada, tratada e, principalmente, curada. Saliencia-se que o bom prognóstico e as chances de cura são decorrentes da precocidade do diagnóstico.⁴ Neste contexto, este estudo objetivou-se promover uma reflexão acerca da relação do tabagismo com os vários tipos de cânceres.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência oriundo de um estágio obrigatório da disciplina Fundamentos de Enfermagem no Cuidado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), que teve como cenário uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na comunidade do Vale das Pedrinhas em Salvador, Bahia. O estágio aconteceu no segundo semestre de 2011 com adolescentes e adultos na faixa etária entre 14 e 53 anos. Foi desenvolvida uma sala de espera intitulada “Tabagismo, um vilão silencioso: Resista à tentação do cigarro”, os participantes foram agrupados juntamente com os estagiários, em seguida, foram estimulados a relatar sobre o tabagismo e sua relação com o câncer, tudo isso com o intuito de se obter uma avaliação prévia sobre o conhecimento existente sobre a temática. Posteriormente, iniciou-se uma roda de conversa entre todos participantes, houve demonstração de interesse e intensa participação dos usuários com vários questionamentos o que proporcionou o esclarecimento de suas dúvidas. Ao final foram distribuídos material educativo (folders) ofertados pela USF.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da atividade cinco estagiários e dezesseis pessoas da comunidade. Percebeu-se uma grande participação dos jovens e adultos no desenvolvimento da mesma, havendo assim, uma socialização do tema. Observou-se deficiência no conhecimento dos participantes, poucos demonstraram saber o quão prejudicial é o tabaco e a maioria o associava apenas ao risco de câncer de pulmão. Pôde-se observar através das falas de alguns dos participantes a associação do uso do tabaco à inclusão em círculos de amizade ou a ideia de liberdade e charme sem levar em consideração os problemas futuros relacionados a essa prática. Em contrapartida, houve muitos relatos relacionados ao fracasso na tentativa de parar de fumar e a complexidade de conviver com alguém com câncer. Este momento fortaleceu a articulação universidade-comunidade. Utilizou-se uma estrutura e linguagem adequadas, visando à socialização do conhecimento científico. Notou-se o aprendizado da comunidade demonstrado pelo reconhecimento do tabaco como um forte potencializador de agravos a saúde, pelo aproveitamento positivo da atividade, momento em que oportunizou-se a revisão de assuntos trabalhados, consolidação do que foi aprendido e esclarecimento de dúvidas remanescentes. A análise dos resultados intensifica a importância de inserção de práticas educativas sobre a relação do tabagismo com o câncer, possibilitando a promoção da saúde e gerando repercussões positivas para a saúde da população. Verifica-se que o



tabaco se configura num grave problema no campo da saúde pública, que requer a adoção de ações amplas incluindo os esforços de todos os setores da sociedade e do setor saúde na atenção para diminuir os índices de consumo, bem como o fortalecimento de ações por parte dos profissionais de saúde no sentido de orientar à população que o tabagismo se constitui em um fator de risco para o desenvolvimento de cânceres⁴.

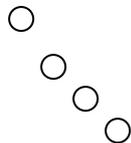
CONCLUSÃO

Avaliando os resultados obtidos, pôde-se observar deficiência no conhecimento acerca dos agravos ocasionados pelo tabagismo, principalmente relacionados ao câncer. Há necessidade de atividades educativas contínuas visando o desestímulo do uso de tabaco e o desenvolvimento de atividades e assistência de apoio e suporte àquelas pessoas que querem parar de fumar. Assim, pode-se afirmar que esse tipo de atividade proporciona aos estudantes aproximação com a realidade vivenciada pela comunidade e compartilhamento do conhecimento científico. As ações descritas nesse trabalho proporcionaram um aprendizado enriquecedor, além de auxiliar no desenvolvimento do senso crítico de todos os participantes.

PALAVRAS-CHAVE: Tabagismo; Câncer; Educação em Saúde; Prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tabagismo: Dados e Números. [on line] 2013 [capturado 2013 agosto 7] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>. Rio de Janeiro: INCA, 2013.
2. Wunsch FV, Mirra AP, Lopez RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2010, vol.13, n.2, pp. 175-187. ISSN 1415-790X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200001>.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Doenças associadas ao uso dos derivados do tabaco [on line] 2013 [capturado 2013 agosto 7] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=doencas.htm>. Rio de Janeiro: INCA, 2013.
4. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Atualidades em Tabagismo [on line] 2013 [capturado 2013 agosto 7] Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atualidades&link=ver.asp?id=2230>. Rio de Janeiro: INCA, 2013.
5. Silva AO et al. Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. Rev. bras. enferm. [online]. 2008, vol.61, n.4, pp. 423-427. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000400004>.



CASOS DE CÂNCER RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS AO SINAN NO ANO DE 2012

Marcela Andrade Rios¹, Doane Martins da Silva¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Marta dos Reis Alves¹, Vanessa Cruz Santos¹, Paula Peixoto Messias¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: marcelariosenf@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

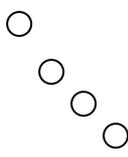
O câncer representa atualmente a segunda causa de morte no mundo, constituindo-se em uma importante questão e saúde pública, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento¹. A carcinogênese é multicausal. Sob essa ótica, o câncer relacionado ao trabalho é uma doença na qual o trabalho, como fator ambiental, foi decisivo na sua gênese. Até a década de 70, a maioria dos cancerígenos humanos conhecidos era proveniente do ambiente de trabalho. Atualmente, tal ambiente continua a apresentar uma importante proporção de agentes cancerígenos². As informações disponíveis sobre a prevalência de câncer relacionados ao trabalho no Brasil são precárias e não refletem a realidade. Uma das fontes de dados sobre tais eventos é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Este sistema auxilia significativamente a vigilância do trabalhador e objetiva a coleta dos dados dos acidentes de trabalho, que são analisados e utilizados para desenvolver projetos e ações em Saúde do Trabalhador³. Neste contexto o estudo dos casos de câncer relacionados ao trabalho no Brasil se torna relevante, buscando conhecer as características de tais acontecimentos com vistas a auxiliar a elaboração de políticas públicas em saúde do trabalhador. Este estudo tem por objetivo traçar o perfil dos casos de câncer relacionados ao trabalho no Brasil, notificados ao SINAN no ano de 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, acerca dos casos de câncer relacionados ao trabalho envolvendo trabalhadores do Brasil e notificados ao SINAN no ano de 2012. Os dados epidemiológicos foram coletados através do SINAN, sendo o banco de dados disponibilizado no endereço eletrônico do Centro Colaborador de Vigilância aos Acidentes de Trabalho (CCPISAT) do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. O SINAN representa a fonte nacional de informações sobre agravos de notificação, porém ainda apresenta limitações relacionadas à fidedignidade dos dados, à duplicidade de registros e à ausência de padronização no lançamento dos dados. Entretanto, tem se aperfeiçoado a cada ano e vem se consolidando como uma importante fonte de dados em pesquisas em saúde. O ano de 2012 foi selecionado para este estudo por ser o mais recente com dados disponíveis. As variáveis estudadas dizem respeito às características sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores (sexo, faixa etária, ocupação), tipo de atividade econômica e tipo de neoplasia notificada. A tabulação e análise dos dados foram realizadas por meio do programa Microsoft Office Excel 2007. Os resultados expressados por meio de frequências e medidas de tendência central. O estudo foi realizado com base em dados secundários, de domínio público, sem acesso as identificações dos trabalhadores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram notificados ao SINAN, no ano de 2012, 71 casos de câncer relacionado ao trabalho, envolvendo trabalhadores no Brasil. O estado com maior proporção de casos notificados de câncer relacionado ao trabalho foi o Distrito Federal (53,5%) seguido por São Paulo (23,94%). Ressalta-se que foram encontrados casos notificados somente em dez estados. O sexo masculino representou 69% dos casos (n=49). A média de idade foi de 59,62 anos, desvio padrão de 14,74, a idade mínima foi de 27 anos e a máxima de 93 anos. As áreas do setor econômico onde os trabalhadores realizam suas atividades laborais foram informadas em 18 casos, o que representa 25,3% do total. Para os que foram informados, as maiores frequências foram encontradas para a fabricação de artigos de borracha 77,8%, fabricação de produtos cerâmicos 5,5%, fabricação de caminhões e ônibus 5,5%, construção 5,5% e serviços na indústria de madeiras 5,5%. Quanto à ocupação, 66 registros (92,9%) apresentaram tal informação. Os trabalhadores agropecuários em geral representou o grupo de ocupação com maior frequência de câncer notificados 37,9%; seguido por operador de produção (química, petroquímica e afins) 7,6%; pedreiro 6,1%; agente comunitário de saúde 4,5% e motorista de furgão ou veículo similar 4,5%. O câncer que apresentou maior frequência entre as notificações foi



o referente a código da classificação internacional de doenças (CID-10) C44, englobando “outras neoplasias malignas da pele”, com 50,8% dos casos (n=33); seguido pelo código C43, “melanoma maligno de pele”, 12,3% (n=8); C25, “neoplasia maligna do pâncreas” com 10,8% (n=7) e D04 “carcinoma in situ da pele”, 3,1% (n=2). Estudos demonstram o crescimento dos casos de câncer relacionados ao trabalho no Brasil⁴, especialmente quanto ao câncer de pele⁵. As ocupações com maior exposição solar, como as encontradas neste estudo, trabalhadores agrícolas, pedreiro e agentes comunitários podem estar mais susceptíveis ao desenvolvimento desse tipo de neoplasia. Ressalta-se a possibilidade da existência de subnotificação de casos, pelo fato de apenas dez estados apresentarem casos registrados.

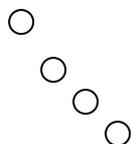
CONCLUSÃO

Os cânceres relacionados ao trabalho no Brasil, em 2012, atingiram especialmente homens, com idade superior a 55 anos, ocupados na agropecuária, causando, em maior parte, neoplasias malignas de pele. As causas de câncer relacionadas ao trabalho são passíveis de prevenção, porém há a necessidade do conhecimento real dos casos da patologia na população trabalhadora, levando ao melhor delineamento de ações preventivas, junto aos grupos de maior risco. Para isso, é necessário investimentos para superar a subnotificação dos casos, especialmente no SINAN.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde do trabalhador; Câncer ocupacional; Perfil de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Parkin DM. et al. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer. J Clin. 2005;55(2):74-108.
2. Siemiatycki J et al. Listing occupational carcinogens. Environ Health Perspect. 2004;112(15):1447-59.
3. Popim RC et al. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. Ciênc Saúde Coletiva 2008;13(4):1331-1336.
4. Algranti E, Buschinelli JTP, Capitani EM. Câncer de pulmão ocupacional. J Bras Pneumol. 2010;36(6):784-794.
5. Ferreira FR, Nascimento LFC, Rotta O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(4):431-437.



MULHERES MASTECTOMIZADAS: SENTIMENTOS GERADOS APÓS CIRURGIA

Mirthis Sento Se Pimentel Magalhães¹, Kelle Vanessa Álvares Amaral¹, Marta Gabrielle Santos Sales¹, Tânia Maria de Oliveira Menezes¹, Larissa Chaves Pedreira¹, Fernanda Leal Correia Pereira Lima¹

¹Universidade Federal da Bahia
E-mail: mirthispimentel@yahoo.com.br

Salvador - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a neoplasia maligna que mais atinge o sexo feminino, responsável por cerca de 20% dos óbitos por câncer entre as mulheres ¹. A eclosão do câncer de mama na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade. A mulher se depara com a iminência da perda de um órgão altamente investido de representações, assim como o temor de ter uma doença sem cura, repleta de sofrimentos e estigmas ². Apesar da tendência atual para a realização da cirurgia conservadora, muitos casos ainda exigem a mastectomia, e é nessa época que a mulher é confrontada com a perda da mama, medo da cirurgia, da mutilação e da morte. Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual. Período em que ocorre a depressão, a ansiedade e a diminuição da autoestima, coexistentes com sentimentos de fortalecimento pessoal e esperança ³. Objetivo: analisar e descrever a partir de estudos existentes as principais alterações do humor identificadas em mulheres mastectomizadas.

Material e Métodos

Revisão sistemática de artigos científicos inseridos na questão norteadora “Quais as alterações de humor sofridas por mulheres mastectomizadas?” no período de 2005 a 2012, utilizando o banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizando os descritores mastectomia radical, psicologia e mulheres, respeitando critérios de inclusão e exclusão.

Resultados e Discussão

Inicialmente foram encontrados 06 artigos, na língua portuguesa, sendo 01 excluído por não contemplar a questão norteadora. Os estudos apontam a ansiedade e insegurança como principais sentimentos desencadeados após a mastectomia. A ansiedade é ocasionada pelas dúvidas em relação ao seu futuro, pelo medo da morte e retorno da doença. A insegurança surge principalmente devido as modificações ocorridas pela cirurgia, à percepção física gera sentimentos negativos, sentem-se mutiladas, incompletas e impotentes. Algumas mulheres passam a adotar novos hábitos como dormir de sutiã, para não expor seu corpo, suas cicatrizes; esta sensação de impotência interfere na libido, muitas mulheres demoram um determinado tempo para ter relações sexuais novamente, por temerem a rejeição do parceiro, acreditam que a mastectomia pode repercutir na sua vida conjugal. A mulher mastectomizada passa por uma sobrecarga emocional que envolve os sentimentos citados acima, potencializados pelo desânimo, tristeza, frustração, sentimento de inferioridade após a retirada da mama. Observa-se também que a crença religiosa tem forte influência nesses casos, sendo o amparo espiritual a fonte de força e superação. Outra estratégia utilizada para enfrentamento nesta fase é a reconstrução mamária na tentativa de amenizar o estigma e melhorar o aspecto físico ⁴⁻⁸.

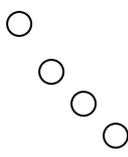
Conclusão

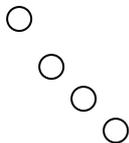
Portanto, verifica-se que a mastectomia gera transformações físicas e emocionais na mulher, sendo necessário suporte psicológico para que a mulher adquira um novo olhar sobre seu próprio corpo, reassumindo sua feminilidade, amor- próprio e reinserção social.

PALAVRAS-CHAVE: Mastectomia; Psicologia; Mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer - INCA (Brasil). Estimativas da incidência e mortalidade por câncer 2003. Rio de Janeiro: INCA; 2003.

- 
2. Venancio JL. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. Rev. Bras. de Cancerol. 2004; 50(1): 55-63.
 3. Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos óticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. Rev. Latino-am Enfermagem. 2003; 11(5): 614-621.
 - 4 Silva MC; Jeneral RBR; Duarte LR. Mulheres mastectomizadas: estranhas no ninho. Nursing (São Paulo). 2008 jul; 11(122): 333-338.
 5. Moura FMJSP, Silva MG, Oliveira SC, Moura LJSP. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010Set [acesso em 2013 Jul 28]; 14(3): 477-484. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300007>.
 6. Oliveira ACS, Sabino MN, Veiga DF, Archangelo SCV, Andrade CHV, Ferreira NN, Ferreira LM. Mastectomia: impacto autoestima das pacientes. Revbrasmastologia. 2006 dez; 16(4): 156-160.
 7. Gasparelo C, Sales CA, Marcon SS, Salci MA. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. CiencCuidSaude. 2010 Jul-Set; 9(3): 535-542.
 8. Maluf MFM, Scanavino MT, Barros ACSD, Mori LJ, Duarte FS, Gay EA. O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama. Revbrasmastologia. 2008 jan-mar18(1): 2-11.



LEUCEMIA E SINTOMAS DE DEPRESSÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Jarede Souza Silva¹, Hanna Gabriela Elesbão Cezar Bastos¹, Alda Brito Almeida¹,
Vanessa Aparecida Barros Araújo¹, Fabiana Galvão Souza¹, Norma Magalhães Lopes
Bastos¹**

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: jarede_souza@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

As leucemias são distúrbios malignos do sistema hematopoiético, que envolvem a medula óssea e os gânglios linfáticos, caracterizadas pela incontrolada proliferação dos leucócitos e seus percussores. As células cancerígenas podem atingir a medula óssea, podendo esta não produzir mais células sanguíneas, favorecendo a falência medular, gerando quadros variáveis de sangramento, infecção e anemia¹. No percurso desta patologia e dos outros tipos de câncer (CA), além das alterações e complicações físicas, há também implicações psicológicas. Dentre os transtornos psicológicos mais comuns em portadores de CA está a depressão². No ramo da psiquiatria, depressão é um termo usado para referir-se a um transtorno de humor, tendo como principal queixa o humor depressivo e, por vezes, sinais de irritabilidade. Além disso, pode haver lentificação das funções psíquicas e da motricidade, déficit de atenção e da concentração^{3, 4}. Ser acometida por Câncer em plena fase de vida ativa é fator importante para o desenvolvimento da depressão e, levando a complicação no quadro patológico já instalado, podendo gerar déficit de autocuidado e dificuldade de desenvolver a resiliência⁵. Em vista do exposto, este estudo objetiva disseminar a importância do cuidado humanizado a todos os pacientes portadores de câncer, bem como aqueles que possuam a probabilidade de desenvolverem transtornos psicológicos como a depressão.

Material e Métodos

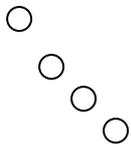
Trata-se de um relato de experiência de discentes do VII Semestre do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Campus de Jequié-Bahia, em aulas práticas realizadas na Clínica Médica de um hospital público de uma cidade do interior do estado da Bahia, sobre a vivência do cuidado a uma paciente portadora de leucemia que desenvolveu sinais e sintomas típicos de depressão, ao ser diagnosticada com CA.

Resultados e Discussão

J.S.S, adulta de 50 anos. Segundo informações do acompanhante (esposo), apresentou como sintomas iniciais dispneia, dores estomacais, pirose, dores nas pernas e parestesia. Em novembro de 2011, foi encaminhada para a Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA) de Salvador, onde houve a suspeita da patologia, sendo encaminhada para o Instituto Nacional do Câncer – Oncosul, na cidade de Itabuna/BA, onde foi diagnosticada com Leucemia. Ainda segundo o cônjuge, a partir do diagnóstico informado pelo médico, a Sr^a J.S.S. demonstrou sinais de depressão, caracterizada por crises de choro, tristeza, apatia e desânimo. Durante os primeiros dias de estadia no Hospital esteve na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo transferida para a Clínica Médica Feminina, posteriormente. Seu quadro inspirava muito cuidado, pois a cliente não mais respondia a estímulos verbais, térmicos ou dolorosos. Encontrava-se em profunda tristeza e desânimo, prostrada no leito e movimentando-se apenas passivamente com ajuda de outros, desenvolveu úlceras de pressão nas regiões sacrococcígea, calcâneo, cotovelos e occipital, além de dermatite de contato em vários locais devido ao uso prolongado de fraldas. Apenas após uma semana de contato direto e intenso, foi possível presenciar interação com a família através da conversa entre a cliente com os familiares, porém não se notava mudança na expressão facial. Devido as infecções recorrentes e hipertermia, houve dificuldade em realizar transfusão sanguínea, o que dificultou ainda mais a recuperação, o que ampliou a dificuldade da cliente, de agir com resiliência diante da situação, no sentido de melhorar o quadro.

Conclusão

Com base em reflexões que surgiram no decorrer da elaboração do presente estudo e em comparação com demais achados da literatura, concordamos com Hoga (2004)⁶ sobre a necessidade de uma filosofia organizacional que venha a nortear e alinhar os inúmeros aspectos que envolvem a humanização e os princípios de viabilidade de sua concretização prática. Sendo o cuidado uma das formas de minimizar as alterações físicas e psicológicas vivenciadas pelo portador de CA, podendo

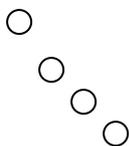


ser realizado através do respeito, parceria e assistência de qualidade e de forma integral, tendo como finalidade adquirir o equilíbrio psicofisiológico do indivíduo. Além disso, percebemos a necessidade do acompanhamento de uma equipe multiprofissional, com presença de psicólogo para acompanhamento constante e contínuo, com a finalidade de melhorar a aceitação e posterior resiliência dos portadores de CA.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão; Leucemia; Cuidados de Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cancerologia. Leucemias. Disponível em: http://www.sbcancer.org.br/home2/site/index.php?option=com_content&view=article&id=119:leucemias&catid=29&Itemid=123#.
2. Fonseca RCV, Zagonel IPS, Cordeiro ML. Leucemia e sintomas de depressão vivenciados pelo adolescente: Uma reflexão da transição ao reposicionamento. *Psicol. Argum.*, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 359-368 out./dez. 2010.
3. Corrêa ACO. A fenomenologia das depressões: danosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. *Psiquiatria Biológica*. 1995;3(3):61-72.
4. Assunção SSM, Guimarães DBS, Scivoletto S. Depressão. *Revista Brasileira de Medicina*. 1998;55(7):459-69.5. Canale A, Furlan MMDP. Depressão. *ArqMudi*. 2006;10(2):23-31.
6. Hoga, L. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *RevEscEnferm USP*. 2004; 38(1):13-20. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/02.pdf>.



BENEFÍCIOS DO PORT A CATH NO TRATAMENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Vanessa Torres Pereira¹, Adélia Soares Fernandes Reis¹, Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Eduardo Nagib Boery¹, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: fsavtp@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

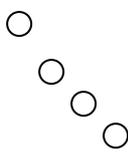
O câncer não é uma doença nova. Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. É considerado como um complexo problema de saúde pública, que vem se elevando no Brasil.¹ Devido a grande quantidade de procedimentos nas veias periféricas, os pacientes oncológicos ficam susceptíveis a flebite, urticária, vasoespasmos, dor, eritema, descoloração ou hiperpigmentação venosa e necrose tecidual secundária ao extravasamento, especialmente quando se usam drogas vesicantes e irritantes, por isso, o acesso venoso dos mesmos tende a ser dificultado.² Diante este contexto, o Port a Cath é um cateter preferivelmente usado no tratamento de pacientes oncológicos. Além de proporcionar praticidade ao profissional, já que é uma via de acesso permanente, esse cateter também pode ser utilizado em indivíduos de diferentes faixas etárias, inclusive em crianças, e oferece conforto aos usuários, já que descarta a necessidade de continuas punções. E ainda apresenta o benefício de induzir menos complicações quando comparado ao de curta permanência.³ Neste sentido, o estudo objetivou-se abordar benefícios do Port a Cath no tratamento de pacientes oncológicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, sendo utilizada a técnica de abordagem integrativa, na qual se sintetiza as publicações encontradas do determinado tema, e desta forma se obtém uma visão ampla dos diversos autores. A amostra foi constituída por trabalhos que apresentavam abordagem para a área de quimioterapia publicados no período de 2000 à 2013. Para a busca utilizou-se os descritores: neoplasia, quimioterapia, cateteres de demora, tratamento, oncologia. O levantamento bibliográfico ocorreu na Biblioteca Virtual de Saúde, a partir das bases de dados LILACS (Literatura em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Foram utilizados também sites de órgãos governamentais, como o Instituto Nacional de Câncer, além de livros referentes ao tratamento oncológico. A pesquisa ocorreu no período de março a abril de 2013. Os critérios de inclusão considerados foram: artigos nacionais completos publicados em português ou inglês, com resumos disponíveis nas bases escolhidas; disponíveis gratuitamente. Inicialmente, a pesquisa foi composta por 12 artigos que, por meio de leituras e reflexões dos conteúdos e objetivos abordados nos mesmos, foram selecionados sete, por conter informações específicas sobre o uso do Port a Cath.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O procedimento de implantação de cateter venoso central possui vantagens aliadas a uma longa permanência que são classificados como semi-implantáveis (cateter de silicone tunelizado) ou totalmente implantáveis que são os do tipo Port o cath. Este último diminui a quantidade exacerbada de acessos periféricos que levam a exaustão dos vasos. Os benefícios podem ser diminuição dos riscos infecciosos, ausência de cuidados excessivos, e pouca ou nenhuma limitação à atividade.³ Em estudo sobre cateteres venosos totalmente implantáveis para quimioterapia a partir da experiência em 415 pacientes⁴ verificou-se as baixas taxas de complicação obtidas que implicaram em perda do cateter, o que confirma a segurança e conveniência do uso dos acessos totalmente implantáveis para pacientes oncológicos em regime prolongado de quimioterapia. Os dispositivos totalmente implantáveis vem sendo cada vez mais utilizados para quimioterapia de pacientes oncológicos porém poucos são os estudos em nosso meio que analisam os resultados obtidos com o implante e utilização desses cateteres. Os resultados do estudo sobre experiência da criança com *Port a Cath*⁵ reforçam as vantagens da utilização desse cateter na terapêutica da criança com câncer. Durante a brincadeira, elas próprias referiram-nas, relacionando-as, principalmente, à ausência de dor durante a punção e à minimização de desconfortos durante a administração dos medicamentos, diferente de quando os recebiam por punção periférica. Elas também relacionaram a melhora de seu quadro à



realização de procedimentos e à utilização de medicamentos, demonstrando compreender a relevância do exame físico e dos testes laboratoriais para o acompanhamento do tratamento e evolução do câncer.

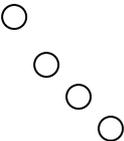
CONCLUSÃO

Com a viabilização deste estudo, notou-se que apesar de ser incipiente estudos com a abordagem benéficos do cateter de longa permanência- *Port a Cath*-, este tem sido um dos principais cateteres utilizado para o tratamento de pacientes oncológicos. Verificou-se também que devido a elevada quantidade de procedimentos nas veias periféricas, seja para a administração medicamentosa, assim como, realização de exames, os pacientes oncológicos ficam mais susceptíveis a agravos a saúde, como as infecções decorrentes dos contínuo procedimentos venosos. Entretanto, como uso do *Port a Cath*, além de poder reduzir esses agravos, o tratamento é realizado com menor desconforto para o paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia; Cateteres de demora; Tratamento; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer - INCA. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. [Internet] 2011. Rio de Janeiro. [citado em 2013 març 25].
2. Bonassa EMA. Enfermagem em terapêutica oncológica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
3. Simon A, Bode U, Beutel K. Diagnosis and treatment of catheter-related infections in pediatric oncology: na update. Clin Microbiol Infect [Internet]. 2006 [citado em 2013 abr 20]: 12(7): 606-20.
4. Nishinari, K et al. Cateteres venosos totalmente implantáveis para quimioterapia: experiência em 415 pacientes. Acta oncol Bras [Internet]. 2003 [citado em 2013 abr 29]: 23(2).
5. Ribeiro CA, Coutinho RM, Araújo TF, Souza VS. Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com Port-a-Cath. Acta Paul Enferm [Internet]. 2009 [citado em 2013 abr 20]: 22.



EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA NUMA UNIDADE DE SAÚDE DE ILHÉUS-BA

Aline Balla¹, Anselmo Messias Ribeiro da Silva Júnior¹, Lennon Meirelles Nascimento¹, Paulo Vinícius Cavalcanti¹, Maria Ferreira Bittencourt¹

¹Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC
E-mail: aline-balla@hotmail.com

Ilhéus - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

Os cânceres do colo do útero e de mama apresentam elevada incidência entre as mulheres de todo o mundo. Dados da Organização Mundial de Saúde em 2008 revelam 1.384.155 casos novos de câncer de mama, fazendo dele a neoplasia mais frequente em mulheres. Ainda em 2008 foram registrados 530 mil casos novos de câncer do colo do útero. No Brasil, o INCA estimou para 2012, 52.680 novos casos de câncer de mama e 17.540 de câncer do colo do útero. Além da alta incidência, torna-se problema ainda maior a mortalidade elevada causada por essas neoplasias. O câncer de mama é a principal causa de morte das mulheres brasileiras, mesmo apesar de toda a evolução em termos de diagnóstico e tratamento. Diante disso, é papel dos gestores e profissionais da saúde realizar ações e políticas públicas de saúde que visem a prevenção e o controle desses agravos. Os profissionais de saúde tem a responsabilidade de promover a integralidade do cuidado. Dessa forma, devem desenvolver ações educativas em todos os contatos da usuária com o serviço, além de aumentar a frequência e adesão aos exames e reforçar sinais de alerta que devem ser observados pelas usuárias. Dentro desse contexto, o estudante da área da saúde, como futuro profissional, precisar desenvolver essa mentalidade em sua formação acadêmica. Assim, o objetivo desse estudo foi realizar um relato de experiência sobre uma atividade de Educação em Saúde desenvolvida em uma Unidade de Saúde de Família do município de Ilhéus-BA.

MATERIAL E MÉTODOS

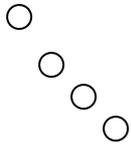
Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de uma atividade de Educação em Saúde abordando a prevenção do câncer do colo do útero e mama, realizada em março de 2013 na “Semana da Mulher”. A atividade aconteceu em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Ilhéus-BA. O público alvo foram os usuários que aguardavam atendimento na sala de espera da Unidade. O momento educativo ocorreu em dois espaços distintos: a sala de espera da USF e o “quiosque” localizado na praça do bairro. A atividade na sala de espera foi realizada no início da manhã, enquanto a população aguardava por atendimento. O assunto foi abordado através da linguagem falada, ilustrado por meio de banners e, por fim, distribuído folders sobre a temática. No final da manhã, a atividade teve continuidade no Quiosque do bairro, momento em que os acadêmicos interagiram com outro grupo de estudantes que coordena as atividades relacionadas a Hipertensão e Diabetes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dinâmica da atividade foi dividida em dois momentos. Inicialmente falamos sobre Câncer de Mama e Câncer do Colo do Útero, abordando definições, localização, fatores de risco, evolução da doença, diagnóstico e medidas preventivas. Durante a palestra, os participantes interagiam fazendo perguntas e relatando experiências pessoais ou de familiares sobre o assunto. Ao final, distribuímos folders do Instituto Nacional do Câncer (INCA) com as dúvidas mais frequentes com relação ao câncer de mama e do colo do útero. No segundo momento, acompanhamos o grupo de acadêmicos de medicina até o quiosque do bairro, onde esses alunos já estão desenvolvendo uma atividade com Hipertensos e Diabéticos há quatro anos. Lá, aproveitamos a oportunidade para dar continuidade à educação em saúde, orientando mulheres sobre a importância da prevenção desses tipos de câncer.

CONCLUSÃO

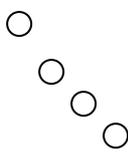
A atividade teve relevância tanto para a formação dos acadêmicos envolvidos quanto para a população que participou de um momento de educação em saúde voltado para a prevenção e diagnóstico precoce do câncer. As pessoas interagiram bastante durante a palestra, demonstrando interesse e preocupação acerca dos temas abordados. Nossa expectativa é atingida quando percebemos que foi possível ampliar a visão dessas pessoas para a educação em saúde, tornando-as também multiplicadoras de conhecimento.



PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde; Câncer do colo do útero; Câncer de mama.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013.
2. Kim DD, Araujo ALL, Tsai AIA, Kojima FH, Takashima JSI, Otsuka Junior LF, et al. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 1):1377-1381. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/047.pdf>>.



PERFIL DA MORTALIDADE HOSPITALAR POR NEOPLASIAS MALIGNAS EM IDOSOS NA BAHIA

Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Marcela Andrade Rios¹, Doane Martins da Silva¹, Paula Peixoto Messias¹, Marta dos Reis Alves¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: vanessacrus@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

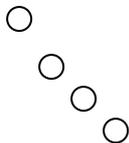
O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos anualmente, média de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer (neoplasia maligna) sejam encontradas em países desenvolvidos, dos 10 milhões de casos novos anuais, 5,5 milhões são diagnosticados nos países em desenvolvimento.¹ As alterações do perfil demográfico brasileiro propagam um rápido processo de envelhecimento. Associado a esse fenômeno, nota-se a elevação do quantitativo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre elas, o câncer, que ocorre em consequência do aumento dos riscos de incidência de várias doenças, seja pelo próprio processo biológico e/ou pelos longos períodos de exposição a agentes patogênicos.² É a partir dessa contextualização que se verifica a elevação da incidência de câncer em idosos. Diante a perspectiva, este estudo torna-se relevante visto a necessidade de realização de pesquisas sobre a temática, as quais são fundamentais para o desenvolvimento/implementação de políticas públicas de saúde que visem à prevenção e controle do câncer, bem como, atenda as demandas da população idosa acometidas por essa doença. Neste sentido, o estudo objetivou descrever o perfil da mortalidade por neoplasias malignas em idosos na Bahia a partir da hospitalização no Sistema Único de Saúde no período de 2008 a 2012.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e transversal realizado entre os meses de julho e agosto de 2013. Os dados foram coletados na base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), disponibilizados eletronicamente por meio do Departamento de Informações do Ministério da saúde (Datusus). Os dados coletados foram referentes aos casos de óbitos dentre as hospitalizações por neoplasias em indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e cuja internação ocorreu no estado da Bahia, entre os anos de 2008 a 2012. As variáveis estudadas foram: sexo, cor/raça, caráter do atendimento, tipo de neoplasia e faixa etária. O período escolhido foi de 2008 a 2012, por corresponder aos anos de abrangência do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) associado ao último ano disponível de informações referente ao censo demográfico utilizado no estudo. Para analisar os dados, foi necessário criar planilhas no programa Microsoft Office Excel, para calcular o coeficiente de mortalidade e a frequência segundo cada variável estudada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Bahia, a média do número de pessoas idosas foi de 1.425.87 entre os anos de 2008 a 2012, neste período, 51.524 idosos foram hospitalizados pelo SUS devido algum tipo de neoplasia maligna, sendo essa responsável por 5.549 óbitos ocorridos no hospital. Nesse período, o coeficiente de mortalidade aumentou progressivamente de 60,95 (2008) para 96,86 (2012), assim como a frequência de óbitos por ano, que era de 14,92 (2008) para 25,55 (2012). No que se refere o tipo de internação, o maior número foi de idosos hospitalizados em caráter de urgência (5.005 óbitos), com frequência de 15,50 (2008) a 24,88 (2012). Quanto ao sexo, maior quantitativo foi em homens (2.988 óbitos), com aumento processual da frequência de 15,03 (2008) a 25,87 (2012). Quanto a cor/raça, a não branca (preta e parda) apresentou maior quantitativo (3.014 óbitos). Os tipos de neoplasias do grupo malignas de localizações especificadas foram as mais significativas no período analisado (5.612 óbitos), sendo o subgrupo das neoplasias malignas da próstata mais comuns (556 óbitos), seguidas das de estômago (477 óbitos), traquéia brônquios e pulmão (427 óbitos) e de mama (334 óbitos). A frequência com maior elevação referente à neoplasia maligna foi a da traquéia, brônquios e pulmão, 11,48 (2008) a 28,34 (2012). Os órgãos mais comumente atingidos pelo câncer, por ordem de frequência, são: no homem - pele, próstata, pulmão, estômago e intestino; na mulher - mama, pele, colo do útero, intestino, estômago e pulmão.⁴ Vários tipos de cânceres, na maioria dos casos, acontecem em idades avançadas. Essa maior incidência no idoso se deve ao fato de que em torno de



80% de todos os cânceres estão relacionados, direta ou indiretamente, ao tempo de exposição a agentes cancerígenos, sendo, na contemporaneidade, a segunda causa de morte no Brasil, logo após as doenças cardiovasculares.⁵ Esse fato vem sendo comprovado pela elevação das taxas de incidência e mortalidade por CA em idosos nas estatísticas nacionais.⁶

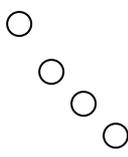
CONCLUSÃO

Com os resultados desse estudo, verificou-se a partir das internações do Sistema Único de Saúde do Brasil aumentou o número de óbitos hospitalar em idosos com neoplasias malignas na Bahia, paralelamente, elevou-se também o coeficiente de mortalidade e frequência entre os anos pesquisados. Em detrimento desses resultados, torna-se essencial que as políticas públicas de saúde relacionadas ao envelhecimento possam, por meio de ações, atuarem na promoção à saúde, prevenção e controle do câncer, assim como oferecer tratamento e suporte de acordo as demandas dos idosos acometidos por câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias malignas; Idoso; Hospitalização; Mortalidade; Sistemas de Informação.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (OMS). Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. Rev Panam Salud Publica. 12(5):366-70. 2002.
2. Lenardt MH, Michaltuch DO, Kuznier TP, Santos VL. O cuidado de si do idoso como instrumento de trabalho no processo de cuidar. Cogitareenferm. 10(1):16-25. 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasis). Informações de Saúde. Mortalidade geral – Bahia. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>>. Acessado em: 14 ago 2013.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
5. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2003.
6. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2006 [citado em 2013 jul 17]; 40(4):540-7. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/287.pdf>.



O CUIDADO DO ENFERMEIRO AO IDOSO COM CÂNCER GÁSTRICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Winnie Brito da Hora Souza¹, Gleide Magali Lemos Pinheiro¹, Jamilly Freitas Ribeiros¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: winniebrito@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

Os tumores do estômago, também denominados câncer gástrico, se apresentam, predominantemente, sob três 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. O pico de incidência ocorre, geralmente, em homens por volta dos 70 anos, sendo que aproximadamente 65% dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago têm mais de 50 anos. No Brasil, esses tumores ocupam o terceiro lugar na incidência entre homens e o quinto entre mulheres.¹ Os cuidados de enfermagem ao paciente com câncer devem ser individualizados sobretudo quanto à idade, pois cada fase da vida apresenta alterações fisiológicas e psíquicas próprias, influenciando na forma como a morte é encarada. O paciente idoso, por vezes, encontra-se fragilizado devido ao processo de envelhecimento, apresentando, portanto, uma perspectiva de sobrevivência diminuída, de modo que diante de um diagnóstico de neoplasia maligna, suas chances de sobrevivência tornam-se ainda mais reduzidas, implicando em um grau de sofrimento orgânico considerável. Nestas situações o enfermeiro deve promover uma maior aproximação com os pacientes, a fim de identificar necessidades e proporcionar melhor qualidade de vida.² Diante do exposto, o estudo objetivou descrever como o cuidado do enfermeiro ao idoso com câncer gástrico é evidenciado nas pesquisas disponíveis nas bases de dados oficiais.

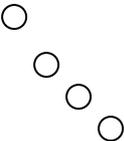
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão, no qual se optou pela metodologia de revisão integrativa com abordagem qualitativa. A revisão foi realizada a partir da busca de artigos científicos produzidos no período de 2005 a 2012, perfazendo um recorte temporal de 07 anos, na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando como descritores: Enfermagem, Idoso e Neoplasias Gastrointestinais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos materiais emergiram temas centrados no cuidado, originando quatro categorias: *Cuidado de Enfermagem Centrado na Qualidade de Vida*: a categoria revela que as orientações de enfermagem no intuito de esclarecer as dúvidas serão eficazes quando houver conhecimento e preparo para abordar o paciente durante todo o processo de mudança que o mesmo enfrentará em decorrência do desenvolvimento do câncer. Neste sentido, o paciente e sua família necessitam de suporte para aceitação da doença, decisão sobre as formas de tratamento e informações que favoreçam a recuperação. Desse modo, o suporte profissional poderá contribuir para a melhoria de fatores associados à qualidade de vida desses pacientes.⁴ *O Cuidado de Enfermagem Centrado no Alívio da Dor*: Salienta-se a importância da capacidade do enfermeiro na identificação da dor do paciente, avaliando sistematicamente, considerando sua frequência e seu impacto para a pessoa com câncer.⁵⁻⁶ O profissional deve estimular o paciente a falar da dor nas suas diversas formas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. *Cuidado de Enfermagem Humanizado*: Esse tópico apresenta a relevância da humanização do cuidado ao paciente com câncer. Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-paciente, é acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito, sendo sensível à situação do outro, criando um vínculo fundamentado no diálogo, para perceber o querer ser atendido com respeito e realizar o compartilhamento das necessidades.⁸ *O Cuidado de Enfermagem voltado para a Família*: Na participação do cuidado, os familiares destacam a possibilidade de contribuir para o conforto emocional e psicológico do seu ente querido durante o período da hospitalização, bem como desenvolver ações do cuidado propriamente dito, o que é encarado como forma de ajudar seu familiar, demais pessoas hospitalizadas e a equipe de enfermagem, na dinâmica cotidiana das enfermarias.⁹

CONCLUSÃO

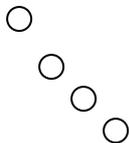


Diante disto podemos perceber que o objetivo proposto apesar da limitação por conterem na literatura poucos trabalhos na área conseguimos realiza-lo. É necessário focar no cuidado voltado para o idoso com câncer gástrico, este sendo o que mais acomete os pacientes desta faixa etária. Portanto vemos a necessidade de pesquisas na área.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Idoso; Neoplasias Gastrointestinais.

REFERÊNCIAS

1. Cancer (INCA/MS) Pró-onco. O que é o câncer?, Disponível: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acessado em 15 de março de 2013.
2. Peterson AA, Carvalho EC. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 jul-ago; 64(4): 692-7.
3. Mendes KDals, Silveira RCCP, Galvao CM. Revisão integrativa: método de investigação para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, dic. 2008.
4. Mello BS, Lucena AF, Echer IC, Luzia MF. Pacientes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):803-11.
5. Silva LMH, Zago MMF. The care to cancer patients with chronic pain in the view of nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001;9:(4) 44-9.
6. Ansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à quimioterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov.-dez. 2012;20(6):[09 telas].
7. Silva TON, Silva VR, Martinez MR, Gradim CVC. Avaliação da dor em pacientes oncológicos. Rev. enferm. UERJ. 2011 jul/set; 19(3):359-63.
8. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola, 2004.
9. Silva MM, Moreira MC, Leite JL, Erdmann AL. Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. Texto Contexto Enferm. 2012 Jul-Set; 21(3): 658-66..



FATORES DE RISCO GENÉTICO NA NEOPLASIA DE MAMA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ilvna Vidal Freire¹, Bruno Del Sarto Azevedo¹, Daniele Osório Brito¹, Ícaro José Santos Ribeiro², Rafael Pereira de Paula¹, Ana Angélica Leal Barbosa¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié - Bahia - Brasil

² Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz/FIOCRUZ

Salvador – Bahia – Brasil

E-mail: brunodelsarto@outlook.com

INTRODUÇÃO

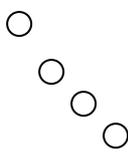
O atual perfil epidemiológico mundial configura-se pelo elevado número de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Entre estas doenças, as neoplasias representam um número vultoso e, por vezes, até mesmo subestimado. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, em 2030, acontecerão 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer¹. No Brasil, as estimativas apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 novos casos de câncer em 2012, sendo 52.680 casos novos de câncer da mama (CM), com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres². Desta forma, buscar novas formas de diagnóstico precoce ou mesmo prevenção destes eventos, por meio do uso de ferramentas genéticas, pode contribuir sobremaneira para a área da saúde. Atualmente, essa investigação deixou de ser meramente ambiental, e características genéticas são consideradas para compreensão da patogênese, tratamento e identificação de risco. O câncer surge por alterações cumulativas no material genético (DNA) de células normais que tornam-se neoplásicas. Essas modificações são chamadas de mutações e envolvem inúmeros genes no processo de carcinogênese: proto-oncogenes, supressores tumorais e genes de reparo do DNA³. Assim, este estudo objetiva identificar por meio da revisão da literatura as publicações que apresentam os fatores de risco genético para o desenvolvimento de neoplasias da mama.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa do tipo exploratório descritiva de revisão de literatura. Para obtenção dos dados, utilizou-se o levantamento realizado nos domínios da base de dados da SciELO. Na busca referente ao CM, foram utilizados os descritores “*Genetics*” e “*Breast Cancer*”, ligados pelo operador booleano “AND”. A escolha do CM para realização deste estudo deveu-se a estimativas realizadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), que apontavam que, no ano de 2012, este seria responsável por 2.110 novos casos diagnosticados no estado da Bahia². As publicações encontradas foram referentes aos anos de 2004, 2009, 2010, 2011 e 2012. Foram obtidos 14 artigos relacionados à genética da neoplasia de mama. Após leitura dos mesmos, evidenciou-se que 3 não eram relacionados à temática e um artigo apresentava-se em duplicata. Desta forma, 10 artigos serão aqui apresentados e discutidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um dos estudos determinou a prevalência dos fenótipos do CM hereditário. Das 9.218 mulheres, 1.286 (13,9%) relataram história familiar de CM. A prevalência global de um fenótipo hereditário foi de 6,2% (IC 95%: 5,67-6,65)⁴. Nesta perspectiva, uma técnica relativamente simples pode ser utilizada para investigar a instabilidade genômica no câncer, a Alu-PCR. Esta permite a identificação de perda, ganho ou amplificação de sequências de genes, juntamente com as análises obtidas a partir de amostras de tumores, margens cirúrgicas e sangue⁵. Outros estudos sugerem que o CM é provavelmente causado por genes de baixa penetrância, incluindo aqueles envolvidos em mecanismos de reparação do DNA. Assim, estimaram as frequências de polimorfismos do gene XRCC1 em mulheres saudáveis e também com risco de CM devido ao histórico familiar^{6,7}. Talvez os mais conhecidos genes ligados ao CM sejam o BRCA1 e BRCA2, e artigos acerca destes também foram encontrados na nossa busca⁸. As mulheres com mutações nestes genes têm um risco aumentado de desenvolvimento do CM e outros tipos de câncer BRCA-associados⁹. Mutações de BRCA1 são responsáveis pela maioria das neoplasias da mama hereditária, todavia um dos artigos selecionados apontou que seis pacientes apresentavam mutações, cinco destas no BRCA2¹⁰⁻¹³. A inclusão de fatores genéticos melhorou o desempenho dos modelos de risco para o CM. Todavia, o risco de CM entre as mulheres com 13 ou mais variantes de alelos de risco (máximo de 20) foi três



vezes maior que entre as mulheres que carregam 6 ou menos variantes^{14,15}. Quanto à hereditariedade, mulheres jovens sem histórico familiar de CM ou de doença de mama benigna materna, quando comparadas a outras com mãe ou tias com câncer de mama, antes do 50 anos, estão em maior risco da forma benigna (OR, 2,88; P = 0,01)¹⁶. Dessa forma, histórico familiar de primeiro grau foi significativamente associado com um risco aumentado para todos os subtipos de neoplasias de mama¹⁷.

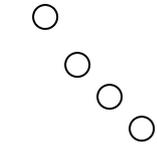
CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que as publicações nacionais a respeito da influência de fatores genéticos no aumento do risco para o desenvolvimento de neoplasia de mama ainda são incipientes. Os trabalhos evidenciados por esta revisão, embora sejam em número restrito, possuem resultados relevantes, pois indicam que a característica genética torna-se mais um fator importante para o entendimento global da doença ou até mesmo como forma de prevenção em caso positivo de histórico familiar.

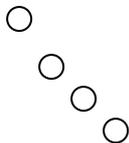
PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da Mama; Genética; Fatores de Risco.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *The lancet oncology*. 2012;13(8):790–801.
2. INCA IN do C. Estimativa 2012 : incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 2011. p. 118.
3. Dantas ÉLR, Sá FH de L, Carvalho SM de F de, Arruda AP, Ribeiro EM, Ribeiro EM. Genética do Câncer Hereditário. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2009;55(3):263–9.
4. Palmero EI, Caleffi M, Schüler-Faccini L, Roth FL, Kalakun L, Netto CBO, et al. Population prevalence of hereditary breast cancer phenotypes and implementation of a genetic cancer risk assessment program in southern Brazil. *Genetics and molecular biology*. Sociedade Brasileira de Genética; 2009;32(3):447–55.
5. Fazza AC, Sabino FC, de Setta N, Bordin NA, da Silva EHT, Carareto CMA. Estimating genomic instability mediated by Alu retroelements in breast cancer. *Genetics and molecular biology*. Sociedade Brasileira de Genética; 2009;32(1):25–31.
6. Falagan-Lotsch P, Rodrigues MS, Esteves V, Vieira R, Amendola LC, Pagnoncelli D, et al. XRCC1 gene polymorphisms in a population sample and in women with a family history of breast cancer from Rio de Janeiro (Brazil). *Genetics and molecular biology*. Sociedade Brasileira de Genética; 2009;32(2):255–9.
7. Santos RA, Teixeira AC, Mayorano MB, Carrara HHA, Andrade JM, Takahashi CS. DNA repair genes XRCC1 and XRCC3 polymorphisms and their relationship with the level of micronuclei in breast cancer patients. *Genetics and molecular biology*. Sociedade Brasileira de Genética; 2010;33(4):637–40.
8. Ziv E. Genetics of breast cancer: Applications to the Mexican population. *Salud Pública de México*. Instituto Nacional de Salud Pública; 2011;53(5):415–9.
9. González V M, Larraín de la C D, Figueroa M M. Se justifica la ooforectomía, como medida profiláctica en la disminución del riesgo de cáncer de ovario y de mama, en las pacientes portadoras de mutaciones en los genes BRCA1 o BRCA2? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología; 2004;69(2):100–6.
10. Ewald IP, Ribeiro PLI, Palmero EI, Cossio SL, Giugliani R, Ashton-Prolla P. Genomic rearrangements in BRCA1 and BRCA2: A literature review. *Genetics and molecular biology*. Sociedade Brasileira de Genética; 2009;32(3):437–46.
11. Lourenço JJ, Vargas FR, Bines J, Santos EM, Lasmar CAP, Costa CH, et al. BRCA1 mutations in Brazilian patients. *Genetics and Molecular Biology*. Sociedade Brasileira de Genética; 2004;27(4):500–4.
12. Dillenburg CV, Bandeira IC, Tubino TV, Rossato LG, Dias ES, Bittelbrunn AC, et al. Prevalence of 185delAG and 5382insC mutations in BRCA1, and 6174delT in BRCA2 in women of Ashkenazi Jewish origin in southern Brazil. *Genetics and molecular biology*. Sociedade Brasileira de Genética; 2012;35(3):599–602.



13. García-Jiménez L, Gutiérrez-Espeleta G, Narod SA. Epidemiología descriptiva y genética molecular del cáncer de mama hereditario en Costa Rica. *Revista de Biología Tropical. Universidad de Costa Rica*; 2012;60(4):1663–8.
14. Wacholder S, Hartge P, Prentice R, Garcia-Closas M, Feigelson HS, Diver WR, et al. Performance of common genetic variants in breast-cancer risk models. *The New England journal of medicine*. 2010;362(11):986–93.
15. Proia TA, Keller PJ, Gupta PB, Klebba I, Jones AD, Sedic M, et al. Genetic predisposition directs breast cancer phenotype by dictating progenitor cell fate. *Cell stem cell*. 2011;8(2):149–63.
16. Berkey CS, Tamimi RM, Rosner B, Frazier AL, Colditz GA. Young women with family history of breast cancer and their risk factors for benign breast disease. *Cancer*. 2012;118(11):2796–803.
17. Phipps AI, Buist DSM, Malone KE, Barlow WE, Porter PL, Kerlikowske K, et al. Family history of breast cancer in first-degree relatives and triple-negative breast cancer risk. *Breast cancer research and treatment*. 2011;126(3):671–8



MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DO ESTÔMAGO NO BRASIL

Déborah Silva Sande¹, Adriana Alves Nery¹, Karine Sande Barreto², Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferraz dos Anjos¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié - Bahia - Brasil

² Vigilância Epidemiologia da Secretaria Municipal de Aratuípe

Aratuípe - Bahia - Brasil

E-mail: debbysandy@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer, é uma neoplasia maligna conhecida há muitos séculos, foi abrangentemente considerado como uma doença dos países desenvolvidos. Entretanto, há aproximadamente quatro décadas, essa situação vem sendo alterada, e a maior parte do ônus global do câncer pode ser observada nos países em desenvolvimento¹. Dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica, o câncer é um dos problemas de Saúde Pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta atualmente². Em países de baixo e médio recursos, um dos cânceres predominantes encontra-se o de estômago¹. No Brasil, esses tumores aparecem em 4º lugar na incidência entre homens e em 6º entre as mulheres². O câncer de estômago foi responsável por 22.035 mortes no ano de 2010, distribuído em 8.633 homens e 13.402 mulheres³. Diante a magnitude do câncer de estômago no Brasil, torna-se relevante a realização desse estudo, vez que a partir dos dados epidemiológicos a serem descritos, será possível a construção e implementação de políticas públicas de saúde que visem a promoção à saúde e prevenção de fatores modificáveis para esse tipo de câncer. Sendo assim, este estudo tem como objetivo descrever a mortalidade por neoplasias maligna do estômago no Brasil no período de 1996 a 2011.

MATERIAL E MÉTODOS

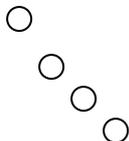
Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal. A coleta de dados ocorreu com base em dados secundários de domínio público, disponibilizados eletronicamente, a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), do Ministério da Saúde.⁴ Os dados utilizados corresponde a mortalidade por residência no Brasil por neoplasias maligna do estômago. As variáveis estudadas foram: sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil, local de ocorrência, região e faixa etária. O período do estudo foi de 1996 a 2011, por corresponder aos anos de abrangência da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) até o momento. Para a análise dos dados, fez-se necessário criar planilhas no programa Microsoft Office Excel, para calcular o coeficiente de mortalidade e a frequência segundo cada variável estudada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, a média do número da população geral no período de 1996 a 2011 foi de 177.485,323; sendo a neoplasia maligna do estômago responsável por 190.346 óbitos. Verificou-se que o coeficiente de mortalidade variou de 6,69 (1996) a 6,93 (2011), com pico de 7,03 (2010) e maior frequência de 7,04 (2010). Em relação ao sexo, maior quantitativo foi em homens (124.458 óbitos), com frequência variando de 5,56 (1996) a 6,92 (2011) com pico de 6,94 (2010). Os idosos (60 anos e mais) foram os mais acometidos (133.110 óbitos) com frequência variando de 5,45 (1996) a 7,03 (2011) com pico de 7,06 (2010). Quanto ao estado civil, houve um maior número de óbitos nos casados (102.015 óbitos). A região Sudeste sobressaiu com 99.831 óbitos, seguida da região Sul (35.894 óbitos). Tratando-se da raça/cor, na cor branca ocorreram 99.918 óbitos. Referindo-se a escolaridade, o maior número de óbitos ocorreu entre 1 a 3 anos de estudo (34.547) seguida de nenhuma escolaridade (30.146). Ao observar a variável local de ocorrência, no hospital houve maior número (142.105 óbitos), seguido do domicílio (42.406 óbitos). Ao analisar as taxas de mortalidade evidenciou-se, à semelhança quanto à literatura, onde houve predomínio dos óbitos no sexo masculino e nas faixas etárias mais avançadas. O câncer gástrico é cerca de duas vezes mais comum nos homens em relação às mulheres. Sua incidência é baixa em torno dos 40 anos, aumentando com o avançar da idade⁵.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados desse estudo, constatou-se que o câncer de estômago, é responsável pela mortalidade de várias pessoas, quantitativo que se elevou no decorrer dos anos estudados, acometendo em maior frequência indivíduos do sexo masculino e com pouca escolaridade. Verifica-

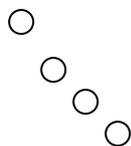


se a necessidade de ações eficazes na promoção à saúde e prevenção do câncer dada a magnitude epidemiológica, social e econômica afim de reduzir o número de óbitos por este agravo.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer do Estômago. Mortalidade; Neoplasias do Estômago; Sistemas de Informação.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. [Internet] 2011 [citado em 2013 ago 20]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. [Internet] 2012 [citado em 2013 ago 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf.
3. Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. Tipos de Câncer: Estômago [acesso em 2013 ago 20]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/estomago/definicao>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasis). Informações de Saúde. Mortalidade por neoplasia maligna de estômago. [Internet]. 2013 [citado em 2013 ago 19]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>.
5. Teixeira JMR. Câncer de Gástrico. In: Vieira SC et al. Oncologia Básica. [Internet]. Piauí: Fundação Quixote; 2012. p.102-127. [acesso em: 2013 ago 20]. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Publicacoes/Oncologia-basica.pdf>.



MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DA TRAQUEIA, BRÔNQUIOS E PULMÕES NO PERÍODO DE 2007 A 2011 NO BRASIL

Déborah Silva Sande¹, Adriana Alves Nery¹, Karine Sande Barreto²

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié - Bahia - Brasil

² Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Aratuípe

Aratuípe - Bahia - Brasil

E-mail: debbysandy@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No início do século XX, o câncer do pulmão era considerado uma doença rara. A partir de então, sua ocorrência aumentou rapidamente, sendo considerada a mais frequente e importante causa de morte por câncer no mundo.¹ No Brasil, o câncer de pulmão foi responsável por 21.867 mortes no ano de 2010, distribuído em 13.677 homens e 8.190 mulheres.² Estimativas apontam a incidência de 27 mil novos casos de câncer do pulmão para o ano de 2013.¹ Considerado como um problema de Saúde Pública, a neoplasia pulmonar se tornou uma das principais causas de morte evitáveis, pois sua ocorrência, na maioria das vezes, está relacionada ao tabagismo.³ Objetivo: analisar a mortalidade por neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões no período de 2007 a 2011 no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa, descritiva, utilizando dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).⁴ Os dados são de domínio público, acesso livre e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Realizou-se um estudo de corte transversal retrospectivo, referente ao período de 2007 a 2011 dos casos de mortalidade por residência de neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões no Brasil. As variáveis utilizadas para realização do estudo referem-se às características sócio-demográficas: sexo, faixa etária, escolaridade e raça/cor. Após a coleta das variáveis selecionadas, os dados foram organizados e analisados com auxílio do Programa Microsoft Office Excel versão 2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, durante o período de 2007 a 2011 ocorreram 105.840 óbitos por neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões. Cerca de 48% desses óbitos ocorreram na região Sudeste; 25%, no Sul, seguida do Nordeste (17%), Centro Oeste (6%) e Norte (4%). Percebe-se que houve um aumento da mortalidade por esse tipo de câncer, ao longo dos anos, nas regiões do Brasil, exceto na região Norte, que houve uma diminuição no período de 2008 a 2010. Verifica-se que 62,94% dos casos ocorreram no sexo masculino e, 37,05% no sexo feminino. Assim, como o estudo de Boing, Vargas e Boing (2007),⁵ a taxa de mortalidade foi maior no sexo masculino e nas regiões Sul e Sudeste. Justifica-se o risco de aparecimento do câncer de pulmão ser mais baixo nas mulheres, pelo fato dos diferentes hábitos tabágicos observados entre os dois sexos, uma vez que as mulheres começaram a fumar mais tardiamente, menos cigarros por dia e não tragar profundamente.³ Quanto a variável raça/cor, constata-se que a maioria era considerada da raça branca, com 65,4%. Nota-se que a faixa etária mais acometida foi 60 anos e mais com 72,4%. Em relação à escolaridade, 42% possuíam de 1 a 7 anos de estudo; 28%, ignorado; 19%, 8 anos e mais e, 11% nenhuma escolaridade. A escolaridade influencia na idade de começar a fumar, e conseqüentemente de desenvolver o câncer de pulmão. O tabagismo concentra-se nos grupos populacionais com baixos níveis de educação. Entre as pessoas com pouca ou nenhuma educação, constata-se a prevalência do tabagismo de 1,5 a 2 vezes maior em comparação com os que possuem mais anos de escolaridade.⁶ Como a mortalidade pelo câncer do pulmão possui relação inversa com a idade de início do tabagismo, os que começam a fumar na adolescência possui maior risco de desenvolver o câncer do pulmão no futuro.⁷

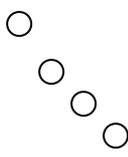
CONCLUSÃO

Observa-se a necessidade de implantação e implementação de ações de prevenção do controle do tabagismo, a exemplo da detecção precoce de casos de câncer como estratégia para redução no número de óbitos por este agravo.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer do pulmão; Neoplasias pulmonares; Mortalidade.



1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. [Internet] 2011 [citado em 2013 ago 15]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>.
2. Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. Tipos de Câncer: Pulmão. [acesso em 2013 ago 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>.
3. Ibiapina JO. Câncer de Pulmão. In: Vieira SC et al. Oncologia Básica. [Internet]. Piauí: Fundação Quixote; 2012. p. 23-40. [acesso em 2013 ago 16]. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Publicacoes/Oncologia-basica.pdf>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações de Saúde. Mortalidade por neoplasia maligna da traqueia, brônquios e pulmões - Brasil. [Internet]. 2013 [citado em 2013 ago 14]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>.
5. Boing AF, Vargas SAL, Boing AC. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. Rev Assoc Med Bras. [Internet]. 2007 [acesso em 2013 ago 16]; 53(4): 317-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302007000400016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
6. Iglesias R, JHA P, Pinto M, Silva VLdaCe, Godinho J. Documento de discussão-saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2008 [acesso em 2013 ago 16]; 17(4): 301-304. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000400007&lng=pt.
6. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. J Pneumol. [Internet]. 2002 [acesso em 2013 ago 15]; 28(1): 41-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jpneu/v28n1/a08v28n1.pdf>.



ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS À CRIANÇA COM CÂNCER

Jeniffer Souza Silva¹, Caiuze Aguiar Nunes¹, Larisse Ramos de Oliveira¹, Rafaella Brandão Dias¹, Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferraz dos Anjos¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: jeniffermusica@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

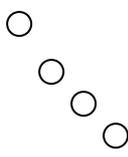
O câncer corresponde a um grupo de várias doenças que tem em comum a proliferação descontrolada de células anormais que podem ocorrer em qualquer lugar do organismo. Em países desenvolvidos, e no Brasil, o câncer já representa a primeira causa de morte entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, para todas as regiões¹. O diagnóstico de câncer em qualquer faixa etária pode provocar impacto tanto para o paciente, como para seus familiares, que de certa forma acabam por ser atingidos. Porém, quando o diagnóstico é na criança, as dificuldades para ela e sua família se acentuam, por se tratar de um segmento etário que requer cuidados mais contínuos, mudando dessa maneira a sua própria rotina e a da família que necessita adequar a nova realidade vivenciada a partir do contexto do câncer. Durante o tratamento oncológico, algumas crianças podem não responder à terapêutica², nesses casos a equipe de saúde, com ênfase na enfermagem, passa a empregar cuidados paliativos no acompanhamento do paciente. Essa terapêutica é voltada, sobretudo, para oferecer suporte ao paciente e a preservação da qualidade de vida, mesmo não havendo a possibilidade de cura. Os cuidados paliativos constituem a resposta adequada às preocupações sobre o conforto no final da vida do paciente acometido pelo câncer e para os familiares que o acompanha. Neste sentido, este estudo objetiva-se discorrer acerca da importância da atuação da equipe de enfermagem nos cuidados paliativos no contexto do câncer infantil.

Material e Métodos

O presente estudo trata-se de um artigo de revisão de literatura. A princípio, a busca foi realizada através dos seguintes descritores: enfermagem oncológica, enfermagem pediátrica e cuidados paliativos. Em seguida, realizou-se pesquisa de artigos para pré-leitura e levantamento bibliográfico por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados LILACS (Literatura em Ciências da Saúde), além de sites do Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde. O período de pesquisa foi entre os meses de maio a julho de 2013. A partir da base de dados, foram obtidos 32 artigos relacionados à temática, sendo que os critérios utilizados para inclusão foram: artigos nacionais completos publicados em português, com resumos disponíveis nas bases escolhidas, disponíveis gratuitamente, ano de publicação e terem relação com cuidados paliativos e o câncer infantil. A amostra foi constituída por artigos publicados no período de 2003 a 2012. Desses textos encontrados realizou-se a leitura flutuante de 20, que resultaram na leitura exaustiva e seleção de dez. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, fora da temática e idioma estrangeiro. Já os textos de órgãos e organizações governamentais resultaram na seleção e leitura flutuante de dois, os quais compõem este estudo.

Resultados e Discussão

Cuidados paliativos pediátricos, segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), são aqueles que buscam a melhoria da qualidade de vida da criança, com alívio da dor e outros sintomas físicos, bem como apoio às necessidades e expectativas espirituais e psicossociais da criança e sua família³. O termo cuidado paliativo foi instituído pela OMS na década de 90⁴ e atualizado em 2002. Em se tratando dos transtornos advindos do câncer, quando diagnosticado em indivíduos mais jovens, estes se tornam potencialmente evidenciados, em virtude da ruptura com o meio social, e o sofrimento emocional tanto da criança como da família que se vê desestruturada diante da nova realidade. Atualmente, a probabilidade de cura do câncer infanto-juvenil chega a 70%⁵, no entanto, ainda há casos em que o tratamento não surte o efeito esperado, permitindo o avanço da doença e impossibilitando a cura. A assistência em oncologia desenvolve-se pelo cuidado preventivo, curativo e paliativo⁶. Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença⁷. Essa investigação é feita por uma equipe multidisciplinar, na qual o enfermeiro (a) apresenta papel de destaque devido à proximidade diária com os envolvidos, além da



particular responsabilidade no provimento de informações, aconselhamento e educação dos pacientes e familiares⁸. Diante do adoecimento e provável término da vida da criança, a enfermagem passa a não só auxiliar no alívio dos sintomas físicos, como a dor, mas na aceitação e conforto para o doente e acompanhante. Para que o cuidado paliativo seja efetivo na enfermagem em oncologia pediátrica, o profissional necessita ser flexível, a fim de preservar a autonomia do paciente, exercitando sua capacidade de auto-cuidado, reforçando o valor e a importância de sua participação ativa e de seus familiares nas decisões e cuidados ao fim da vida⁹.

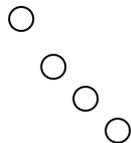
Conclusão

A partir dos artigos estudados, foi possível constatar a complexidade do acompanhamento, desde o diagnóstico até o tratamento do câncer infantil, por parte da equipe multidisciplinar, e de forma específica a equipe de enfermagem. O enfermeiro é o profissional que presta maior apoio às necessidades dos pais e pacientes, em função da maior proximidade e vínculos estabelecidos ao longo do tratamento, este assume desta forma papel fundamental ao cuidado paliativo, influenciando na aceitação e convívio com a doença em estágio avançado. A atuação da equipe de enfermagem deve ser pautada na busca do conforto da criança e dos seus familiares frente as dificuldade que os mesmos encontram em aceitar a impossibilidade de cura. Dessa forma os cuidados paliativos devem ser prestados visando proporcionar uma melhor qualidade de vida independente do quanto à doença possa estar avançada.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Oncológica; Enfermagem Pediátrica; Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Particularidades do cancer infantil [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [citado em 2013 maio 15]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343.
2. Monteiro ACM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA. O enfermeiro e o cuidar da criança com câncer sem possibilidade de cura. Esc Anna Nery (impr.)2012 out -dez ; 16 (4):741-746. [citado em 2013 maio 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/14.pdf>.
3. Pessini PA. Filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. Mundo Saúde (Impr.) (1995);27(1): 15-32, jan.-mar. 2003. [citado em 2013 jul 13]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah.iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch366409&indexSearch=ID&lang=p>.
4. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva; 1998. [citado 2013 jul 27]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241545127.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Particularidades do cancer infantil [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [citado em 2013 jul 20]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Cuidados paliativos [internet]. Rio de Janeiro; 2009 [citado em 2013 jul 27]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474.
7. Mutti CF, Padoin SMM, Paula CC. Espacialidade do Ser-Profissional-de-Enfermagem no mundo do cuidado à criança que têm câncer. Esc Anna Nery (impr.)2012 jul -set; 16 (3):493-499. [citado em 2013 jul 25]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300010.
8. Remedi PP, MelloDF, Menossi MJ, Lima RAG. Cuidados paliativos para adolescentes com câncer: uma revisão de literatura. Rev Bras Enferm, Brasília 2009 jan-fev; 62(1): 107-12. [citado em 2013 jul 27]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/16.pdf>.
9. Nunes, MGS. Assistência paliativa em oncologia na perspectiva: contribuições da enfermagem. [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010. 82p. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. [citado em 2013 jul 27]. Disponível em: http://www.bdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2591.



MORTALIDADE POR CÂNCER NO BRASIL: UM ESTUDO COM BASE EM DADOS NO DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS

Paula Peixoto Messias¹, Marcela Andrade Rios¹, Vanessa Cruz Santos¹, Doane Martins da Silva¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Marta dos Reis Alves¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: paulapeixotomessias@gmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

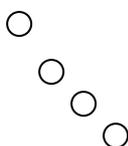
O câncer é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) que se constitui um problema de saúde pública, sendo responsável por dados significativos de mortalidade da população brasileira¹. Nesse sentido, dada magnitude do problema, os registros deste agravo constituem-se fontes imprescindíveis para o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas e clínicas, bem como para planejamento e avaliação das ações de controle². Assumir o crescimento ou decréscimo da mortalidade por câncer no país representa diretas implicações na avaliação de saúde do país, podendo influenciar as estratégias de prevenção e controle deste agravo, devendo a tomada de decisão pelos gestores da saúde embasar-se na melhor aproximação com os dados dos sistemas de informações referentes à problemática³. Sendo assim, aponta-se que estudos envolvendo dados referentes à mortalidade por neoplasias devem ser desenvolvidos no contexto dos sistemas de informação em saúde disponíveis no SUS. Nesse sentido, o presente estudo objetiva descrever a mortalidade por câncer no Brasil no período de 1996 a 2011.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, de caráter descritivo realizado a partir de dados secundários oriundos do Departamento de Informática do SUS (Datapus), do Ministério da Saúde⁴, cujo período de coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2013. Os dados secundários, do período de 1996 a 2011, dizem respeito à mortalidade por neoplasias, de acordo com a 10^a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID -10) e a partir das internações no Sistema Único de Saúde (SUS). As variáveis estudadas foram: tipo de neoplasia, sexo, cor/raça, faixa etária. Para a análise dos dados, foram utilizadas planilhas no programa Microsoft Office Excel 2010, a fim de calcular o coeficiente de mortalidade do período, bem como a frequência de acordo cada variável estudada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O coeficiente de mortalidade por câncer na população brasileira vem aumentando nos últimos anos. O valor que era de 65,835 no ano de 1996 passou para 83,415 em 2006 e chegou a 95,843 no ano de 2011. Verificou-se que no período de 1996 a 2011, um total de 2.256.168 brasileiros foi a óbito em decorrência de algum tipo de neoplasia. Dentre os tipos de neoplasias que mais levaram a óbito as pessoas acometidas, estão as neoplasias malignas. Estas apresentaram uma frequência de óbitos significativa (95%), frente às neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido, os tumores benignos e os tumores *in situ*. Os grupos de neoplasias malignas de maior frequência foram as neoplasias dos órgãos digestivos (37%), seguidas das neoplasias malignas do aparelho respiratório (17%), neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (8,6%) e masculinos (8,5%). Constatou-se também que a mortalidade por neoplasias é mais frequente entre os idosos. A frequência de óbitos por câncer na população com idade entre os 60 anos e mais é de 64%, ao passo que na população adulta com idade entre 20 a 59 anos esta frequência é de 33,6%, e em relação às crianças com idade entre 0 a 19 anos os números a frequência é de 2,15%. No Brasil, apesar de uma queda na frequência de mortes por neoplasias entre os homens, estes continuam a morrer mais por câncer do que as mulheres. A frequência de óbitos por câncer na população masculina decresceu discretamente, passando de 54,04 no ano de 1996 para 53,75 em 2006, chegando a uma frequência de 53,39 em 2011. Entre as mulheres, ao contrário, pode-se afirmar que houve um aumento discreto e constante nesses tipos de óbitos, em 1996 a frequência era de 45,85, já em 2011 tal frequência encontra-se em 46,60. No tocante a raça/cor, foi identificada que a cor branca (frequência de 59,45 em 2011), seguida da cor parda (frequência de 27,17 em 2011) apresentam uma maior frequência de óbitos por câncer quando comparadas à cor preta, amarela e indígena.



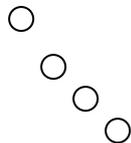
CONCLUSÃO

Os resultados desta investigação apontam que, de um modo geral, os casos de óbitos por neoplasias malignas aumentaram no país no período estudado. Os óbitos em decorrência desta DCNT que é o câncer vêm ocorrendo de forma mais frequente entre os homens e os idosos. Nesse contexto, reforça-se a necessidade de incremento nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas por meio da implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com o incentivo a um estilo de vida saudável. Ademais, faz-se necessária a ampliação do acesso da população a mecanismos de diagnóstico precoce para fins de tratamentos cada vez mais oportunos e antecipados, com fins de evitar este tipo de óbito.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia; Epidemiologia; Mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Declaração Brasileira para a Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Brasília. [Internet] 2011 [acessado em 2013 agost] Disponível em: 10 http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ratificacao_declaracao_2011.pdf
2. Instituto Nacional do Câncer. Situação do Câncer no Brasil. Vigilância. [Internet] 2013 [acessado em 2013 agost] Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_vigilancia.pdf
3. Silva GA, Gamarra GJ, Reis GV, Gonçalves VJ. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. Rev. Saúde Pública. 2011; 45 (6): 1009-1018.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Informações em saúde. Mortalidade geral – Brasil. [Internet] 2013 [acessado em 2013 agost]: Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>



A INFLUÊNCIA DO LÚDICO NO CUIDADO HUMANIZADO A PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

Maisa Alves Andrade¹, Glebson Moura Silva¹, Simone Yuri Kameo¹, Simone Otília Cabral Neves¹, Namie Okino Sawada², Heloysa Morganna de Lima Marinho¹

¹ Universidade Federal do Sergipe – UFS

Lagarto - Sergipe - Brasil

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) Ribeirão

Preto - São Paulo - Brasil

E-mail: maisinhaalves@hotmail.com

INTRODUÇÃO

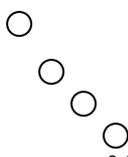
O diagnóstico do câncer é visto como uma doença incurável, que está ligada diretamente à morte, despertando assim sentimentos de medo, angústia e insegurança. Associada às dificuldades que a própria doença traz, as condições de hospitalização podem afetar a totalidade da criança de forma que o seu desenvolvimento físico, emocional e intelectual fiquem comprometidos. Segundo Rossit e Kovacs¹, a hospitalização de criança com câncer “é uma vivência traumática, onde parece esquecer que a criança é criança, que necessita de espaço físico, atividades e atenção apropriadas à sua faixa etária”. Dentro de um hospital, a criança precisa de tempo para se ambientar, entender o que está acontecendo e o que está por vir. Percebe-se que muitas dessas crianças misturam realidade e fantasia e é aí que se identifica a importância da humanização do profissional de saúde, tornando-se um educador e utilizando recursos lúdicos para esclarecimento dos procedimentos. Brincar é uma prova de vida já que a criança está doente ali naquele ambiente hospitalar, mas ela precisa de alegrias e momentos de diversão para fazer com que ela esqueça um pouco do lugar em que se encontra e lembre-se do seu convívio social através das brincadeiras e do contato com outras crianças². Nesta perspectiva, objetivou-se conhecer de que forma as atividades lúdicas contribuem para o cuidado humanizado às crianças hospitalizadas, através de revisão da literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico, no período de 1999 a 2012, em periódicos de circulação nacional e internacional. A opção pelos artigos deve-se ao fato de terem sido considerados os de maior circulação pelos autores do presente estudo. A busca manual foi realizada por meio da consulta a todos os volumes dos periódicos disponíveis no banco de dados indexados como “SciELO”, “Medline”, “PubMed” e “Lilacs”. Foram selecionados os artigos que, em seus títulos, mencionassem a palavra “lúdico”, “brinquedoteca” ou “brincar em oncologia” e, após a sua leitura, constatou-se que o material encontrado não seria suficiente para esclarecer qual seria a diferença existente entre os termos, e os objetivos ora propostos não seriam atingidos. Na nova busca, utilizaram-se as mesmas palavras-chave e os mesmos critérios anteriores, sendo rastreadas as dissertações, teses e livros disponíveis. Após o levantamento da literatura, da bibliografia disponível e feito contato direto, o passo seguinte foi organizar o material por meio de fichamento que se constituiu uma primeira aproximação do assunto. Na sequência, os artigos obtidos foram submetidos a releituras, com a finalidade de realizar uma análise interpretativa direcionada pelo objetivo estabelecido previamente e, assim, os conteúdos encontrados foram agrupados em seus aspectos históricos e conceituais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, por diversos estudiosos que têm analisado que a ludicidade é um assunto que tem conquistado seu espaço, principalmente na infância, por ser a brincadeira a essência dessa fase, um recurso pedagógico que favorece a produção do conhecimento, desenvolvimento infantil e diversão³⁻⁶. Os trabalhos sobre essa temática trazem também uma variedade de enfoques acerca da ludicidade no desenvolvimento infantil, tais como: desenvolvimento motor, social, intelectual, cognitivo³⁻⁶. Atualmente, discussões sobre as brincadeiras no tratamento de doenças infantis vêm ganhando notoriedade entre os pesquisadores, especialmente, quando se trata das questões que envolvem melhoria na qualidade de vida⁷. O lúdico está presente em todas as dimensões humanas e, muito especialmente, na vida das crianças, por essa razão, as crianças brincam porque esta é uma necessidade básica, assim como a nutrição, a saúde, a habitação e a educação⁸. Os estudos mostram que através de jogos e brincadeiras a criança vai desenvolvendo o senso de responsabilidade, hábito de participar, observar, fazer, criar, relatar, imaginar e ir à busca de algo, pois o brincar é uma das atividades fundamentais para o desenvolvimento da identidade e autonomia



da criança^{9,4}. Segundo Macarini e Vieira¹⁰, o lúdico oferece oportunidades para a criança desenvolver habilidades, construir conhecimentos e socialização. Para tanto, faz-se necessário criar um ambiente estimulante, com as mais variadas situações lúdicas, levando a criança a manifestar sentimentos, emoções e habilidades motoras e cognitivas. No hospital a brinquedoteca contribui para quebra das características deste ambiente, voltado para diagnosticar e intervir no combate à doença. Nela a criança não se percebe como o doente a ser tratado, mas sim inserida em um ambiente alegre e descontraído, onde ela pode e até deve “fazer de conta” que é, sente ou tem que gostaria de ser, sentir ou ter no momento¹¹.

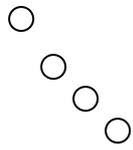
CONCLUSÃO

Observou-se que o impacto causado pela brinquedoteca nos serviços pediátricos são favoráveis, inclusive quanto ao tempo de permanência, fazendo-os reagir melhor ao tratamento instituído, ajudando a amenizar traumas que podem surgir com a internação e aliviam consideravelmente a saudade de casa e da escola. Para a criança hospitalizada, a brinquedoteca desenvolve o papel de terapia lúdica e permite aumentar as chances de sobrevida com qualidade. Favorece a recuperação da autoestima, confiança e conseqüentemente faz com os períodos de internação sejam menos dolorosos, tanto para a criança como para seus acompanhantes. A sala de recreação também permite aos profissionais de saúde a qualificação em humanização, quanto à forma de cuidar. Os resultados evidenciam o valor do lúdico enquanto estratégia redutora de danos com desenvolvimento das potencialidades e solidificação das relações sociais além de fomentar o cuidado humanizado dentro das instituições hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Humanização; Câncer.

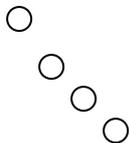
REFERÊNCIAS

1. Rossit RAS, Kovacs ACTB. Internação Essencial de Terapia em Enfermagem Pediátrica. In: Malagutti W. Oncologia Pediátrica: uma abordagem multidisciplinar, São Paulo, Martinari, 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino - serviço. 3.ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2008.
3. Santos MPdos. Et al. Brinquedos e Infância: um guia para pais e educadores em creches. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- Macarini SM, Vieira ML. O brincar de crianças escolares na brinquedoteca. Revista
4. Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano; 2006.
5. Munhoz AC. Brincar: prazer e aprendizado. São Paulo: Vozes, 2004.
6. Queiroz NLN de, Maciel DA, Branco AU. Brincadeira e desenvolvimento infantil: um olhar sociocultural construtivista. Paidéia (Ribeirão Preto) vol.16 n.34. 2006.
7. Cordazzo STD, Vieira ML. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. Estud. pesqui. Psicol; 2007. <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a25.pdf>.
8. Santos SMP dos. Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico. São Paulo: Vozes, 2000.
9. Oliveira VB de. O lúdico na realidade hospitalar. In: Viegas D. Brinquedoteca hospitalar. Isto é humanização. Rio de Janeiro: Wak editora, 2008.
10. Fortuna TR. Brincar, viver e aprender: Educação e Ludicidade no Hospital. In: Viegas D. Brinquedoteca hospitalar. Isto é humanização. Rio de Janeiro: Wak editora, 2008.
11. Matos ELM. Pedagogia Hospitalar: a humanização integrando educação e saúde. 2.ed, Petrópolis - RJ: Vozes, 2007.
12. Kishimoto T M. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2005.
13. Brasil, PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2006.
14. Santos L. Actividade lúdica: espaço, objetivos e que profissionais. In: Oliveira VB. (org). Brinquedoteca: uma visão internacional. Petrópolis (RJ): Vozes, 2011



15. Kishimoto TM. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. São Paulo: Cortez, 2002.
<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a04.pdf>.

16. Redin E. O espaço e o tempo da criança: se der tempo a gente brinca. Porto Alegre: Mediação, 2006.



A RESIGNIFICAÇÃO DO PROCESSO DE SAÚDE DOENÇA: USO DA MEDICINA ALTERNATIVA NA TERAPÊUTICA ONCOLÓGICA

Roberta dos Santos Ribeiro¹, Cleydinar Ferreira da Silva Santos¹, Débora Grasielle Campos Bahia¹, Maiara Pimentel Macedo¹, Mayra Aparecida Barbosa¹, Juliana da Silva Oliveira¹.

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: robertaribeiro31@gmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

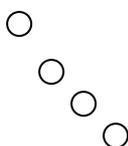
Câncer é o nome dado ao conjunto de mais de 100 doenças de etiologia multifatorial, caracterizadas pela divisão celular desenfreada. A ocorrência de casos da patologia cresceu exponencialmente nos últimos quarenta anos onde, estima-se que no ano de 2013 haja incidência de aproximadamente 518.510 novos casos¹. O impacto diagnóstico do câncer, o tratamento e suas implicações são vividos pelos pacientes e seus familiares com dor e sofrimento, apesar dos inúmeros avanços alcançados pela ciência nos últimos anos para garantir cura e qualidade de vida². Os efeitos colaterais destas técnicas e as mudanças psicossociais são contribuintes que podem promover o isolamento, desta forma o paciente necessita ser tratado integralmente. As Medicinas Complementares Alternativas (MAC) constituem um âmbito terapêutico inovador que pode auxiliar no tratamento, permitindo melhor um enfrentamento do câncer. Nas MAC são adotados desde procedimentos típicos das psicoterapias "convencionais", ou mesmo da biomedicina, até aqueles mais próximos de uma experiência ritual e religiosa, além da utilização de práticas e saberes populares³. Os profissionais que indicam ou atuam com alguma dessas terapias tratam não apenas das manifestações físicas, como também abordam aspectos sócio emocionais, espirituais⁴ e de inserção a criatividade individual. O objetivo deste trabalho é analisar como as MAC vem sendo utilizadas na terapêutica oncológica e na ressignificação do processo saúde doença.

Material e Métodos

Trata-se de uma revisão bibliográfica crítico-reflexiva. A informação bibliográfica foi encontrada por meio de busca na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando os descritores "medicina alternativa and oncologia", no mês de agosto de 2013. Foram incluídos somente artigos completos de publicações nacionais, considerando os estudos publicados no período de 2003 a 2013. Foram encontrados 11 artigos, porém foram selecionados 05 destes, por serem mais propícios ao alcance do objetivo.

Resultados e Discussão

Foram selecionados 05 artigos que contemplavam a temática proposta nos quais, 01 estudo utilizava a abordagem metodológica qualitativa, 01 quantitativa exploratória descritiva, 01 revisão sistemática literária, 01 revisão integrativa de literatura e 01 estudo que não esclarecia a abordagem metodológica utilizada. Dentre os sujeitos, 03 artigos trabalharam com o paciente oncológico, 01 com crianças portadoras do câncer e seus pais e 01 com pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. Quanto aos eixos temáticos, 03 estudos abordavam o uso geral das MAC nos pacientes oncológicos^{5,8,9} e 02 artigos selecionados tratavam do uso da religião como MAC^{6,7}. Todos os artigos analisaram a percepção dos pacientes acerca do uso das MAC. Verificou-se que ainda há poucos estudos nacionais a cerca do uso dessas terapias, sendo a maior parte dos trabalhos desenvolvidos no exterior, sobretudo na Europa e América do Norte^{5,7}. Dentre o perfil dos pacientes que utilizam as MAC notam-se que diversas faixas etárias aderem a essas terapêuticas⁵⁻⁸ onde, os níveis de escolaridade predominante foram o fundamental e o médio^{8,9}. Em relação às motivações para o uso das MAC identificou-se implicações de melhoria biológica, psicológica e técnicas⁵ além de influências étnico-culturais, dos círculos sociais de convivência, minimização dos efeitos colaterais das terapias tradicionais, busca do bem estar e atendimento holístico⁶⁻⁹. Quanto as MAC mais utilizadas, identificou-se o uso da fitoterapia por ser a mais acessível e culturalmente popularizada⁵⁻⁸, técnicas de relaxamento e musicoterapia⁵, terapias religiosas^{6,9}, *Reiki* e homeopáticas⁸. Os resultados a cerca da percepção se deram de maneira positiva onde, os estudos evidenciam as MAC como medidas úteis e não tóxicas, havendo um alívio dos efeitos colaterais do uso dos antineoplásicos, aumentando a capacidade imunológica além de influenciar, positivamente, na mudança do estilo e da qualidade de vida⁵⁻⁹.



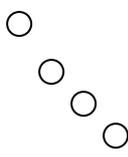
Conclusão

Foi possível identificar que ainda são poucos os estudos realizados sobre o uso das MAC em pacientes oncológicos. Contudo os poucos estudos encontrados revelam que uso dessas práticas tem um sentido sociocultural importante na construção da identidade de pacientes com câncer e essa evidência, não deve ser desconsiderada pelos serviços de saúde, afim de que sejam desenvolvidas estratégias que estimulem o diálogo entre profissionais e pacientes sobre as MAC, melhorando assim o atendimento e a qualidade dos serviços. Logo, os pacientes oncológicos podem ser beneficiados com tais práticas, mediante ao fato de que as MAC visam intervenções holísticas. Indubitavelmente, a medicina alternativa já tem demonstrado benefícios em diversos níveis ao paciente o que, possivelmente, pode atuar na resignificação do processo de saúde doença e nas desconstruções dos estigmas sociais e mitos, individuais e coletivos, na vida com o câncer.

PALAVRAS-CHAVE: Oncologia; Medicinas alternativas; Processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. INCA-Intituto Nacional de Câncer. [Internet]. Ministério da Saúde; 2013. [Citado 2013 Agosto. 18]. Disponível em <http://www2.inca.gov.br>
2. INCA INC. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. Ministério da Saúde Brasil [Internet]. 2009. [Citado 2013 Agosto. 20] 114. Disponível em http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/livro_ronald_internet.pdf
3. Maluf SW. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da "Nova Era". Rev. MANA [Internet]. 2005 [Citado 2013 Agosto. 20]; 11(2): 499-528. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132005000200007
4. Graner KM, Junior ALC, Rolim, GS. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. Temas em Psicologia [Internet]. 2010 [Citado 2013 Agosto. 19]; 18(2): 345 – 355. Disponível em: <http://www.sbp-online.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a08.pdf>
5. Spadacio C, Barros NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [Citado 2013 Agosto. 19]; 42(1): 158-64. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n1/6114.pdf>
6. Spadacio, C, Barros, NF. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. Interface -Comunic., Saude, Educ [Internet]. 2009 [Citado 2013 Agosto. 20]; 13 (30): 45-52, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a05.pdf>
7. Espinha DCM, Lima RAG. Dimensão espiritual de crianças e adolescentes com câncer:revisão integrativa . Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [Citado 2013 Agosto. 19]; 25 Spec (1): 161-5. Disponível em https://www.amrigs.org.br/revista/55-03/0000045956Revista_AMRIGS_3_artigo_de_revi.pdf
8. Jaconodino CB, Amestoy SC, Thofehn MB. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. Cogitare Enferm [Internet]. 2008 [Citado 2013 Agosto. 19]; 13(1): 61-6. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11953/8434>
9. Elias MC, Alves E, Tubino P. Uso de medicina não-convencional em crianças com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia [Internet]. 2006. [Citado 2013 Agosto. 19]; 52(3): 237-243. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v03/pdf/artigos_uso_de_medicina.pdf



A IMPORTÂNCIA DA BRINQUEDOTECA DENTRO DOS HOSPITAIS E OS BENEFÍCIOS PARA AS CRIANÇAS COM CÂNCER

Larisse Ramos de Oliveira¹, Caiuze Aguiar Nunes¹, Jeniffer Souza Silva¹, Priscila Oliveira de Jesus¹, Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferraz dos Anjos¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: laryoliveira00@gmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

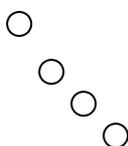
Brincar é uma atividade importante para a comunicação da criança no meio ao qual ela está inserida. E por meio desta ação, faz a criança reproduzir seu dia a dia, demonstra sua personalidade, criatividade, inteligência, habilidades e sua imaginação. O brincar é essencial ao bem-estar da criança, pois colabora efetivamente para o seu desenvolvimento físico/motor, emocional, mental e social, além de ajudá-la a lidar com a experiência e dominar a realidade¹. O brincar contribui para melhorar a qualidade de vida da criança no período de hospitalização, e atenuando os impactos negativos provenientes da ruptura do contexto sociofamiliar e dos procedimentos utilizados no tratamento². Isso levou a implantação de espaços como a brinquedoteca dentro das instituições hospitalares. Na Lei 11.104, de 21 de março de 2005 dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação³. Nesse contexto, a brinquedoteca é o espaço onde a criança em tratamento oncológico tem a oportunidade interagir com outras crianças no mesmo processo terapêutico. A partir dessa perspectiva, este estudo objetiva-se discorrer acerca da importância da brinquedoteca dentro dos hospitais e os benefícios que ela propicia para as crianças com câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um artigo de revisão de literatura. A princípio, a busca foi realizada por meio da combinação dos seguintes descritores: câncer and brinquedo. Em seguida, realizou-se pesquisa de artigos para pré-leitura e levantamento bibliográfico por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados LILACS (Literatura em Ciências da Saúde), além de site da Presidência da República Federativa do Brasil. O período de pesquisa foi entre os meses de maio a julho de 2013. A partir da base de dados, foram obtidos 19 artigos relacionados à temática e os descritores, sendo que os critérios utilizados para inclusão foram: artigos nacionais completos publicados em português, com resumos disponíveis nas bases escolhidas, disponíveis gratuitamente, ano de publicação e terem relação com o objetivo do estudo. A amostra foi constituída por artigos publicados no período 2004 à 2012. Desses textos encontrados realizou-se a leitura flutuante de 14, que resultaram na leitura exaustiva de nove. Foram excluídos estudos em outros países, teses, dissertações e monografias, além dos artigos duplicados. Já os textos de órgãos e organizações governamentais resultaram na seleção e leitura flutuante de um, os quais compõem este estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira brinquedoteca implantada em hospital foi nos Estados Unidos, em 1934 e chegou ao Brasil em 1973 no estado de São Paulo, um ambiente especialmente lúdico preparado para o conforto e o entretenimento das crianças hospitalizadas. Disponibiliza uma variedade de brinquedos como forma de lavar a criança ao mundo diferente no qual ela está inserida. Um espaço que expresse suas fantasias, desejos, sonhos, um ambiente alegre que proporciona a criança a se encontrar e fazer novas amizades, deixando de estarem solitárias. Desse modo, faz com que compartilhem seus medos e desconforto frente à doença e o tratamento oncológico⁴. Diante das mudanças provocadas pelo surgimento de uma doença, o ambiente hospital pode proporcionar espaços destinados para brincar, representando a valorização da vida e a ampliação da noção de saúde física e psíquica. A hospitalização diminui o comprometimento e o desenvolvimento psíquico, físico, motor e emocional das crianças com câncer, isso por que o desgaste provocado pelos tratamentos como exames diários, sessões de quimioterapia e ou radioterapia, gera desânimo, estresse, cansaço. Portanto, a criança dentro dos hospitais deixa de ser analisada de forma passiva e sim, passa a ser vista como alvo para melhor recuperação, tendo um olhar de perspectiva o que colabora para o seu tratamento². E dessa forma, a brinquedoteca ganha espaços nesses ambientes tendo como objetivo favorecer o equilíbrio emocional, estimular a criatividade, descontração, sentimento de alegria, motivar para situações novas, proporcionar novas amizades, levando a troca de informações ao compartilhar momentos bons e ruins, perdas e ganhos, desenvolvendo desse modo, o crescimento intelectual,



raciocínio e o amadurecimento na fase de desenvolvimento da criança. Além de ajudar na recuperação do tratamento oncológico.

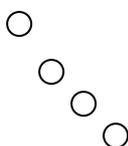
CONCLUSÃO

Com a viabilização desse estudo, foi possível perceber a importância da brinquedoteca em hospitais, enfatizando os que oferecem atendimento oncológico, pois devido o tratamento do câncer ser longo em determinadas situações, várias crianças e adolescentes tende a ficarem afastados de atividades como o brincar, algo fundamental para a melhoria do estado de saúde desses indivíduos quando possível. Torna-se essencial que, a brinquedoteca possa fazer parte do tratamento de crianças e adolescentes com câncer, visto que entre seus diversos benefícios, por meio dessa é possível diminuir as alterações de humor como o estresse pelo afastamento das relações sociais e o convívio diário com familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Criança com câncer, Jogos e brinquedo, Brinquedoteca.

REFERÊNCIAS

1. Fontes CMB, Mondini CCSD, Moraes MCAF, Bacheга MI, Maximino NP. Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. Rev. bras. educ. espec. [Internet] Jan-Apr 2010 [citado em 2013 jul 03]; 16(1): 96- 9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382010000100008
2. Azevêdo AVS. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. Estud. psicol. (Campinas) [Internet] Oct-Dec 2010. [citado em 2013 maio 03]; 28(4): 566. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2011000400015&script=sci_arttext
3. Brasil. Presidência da República . Lei 11. 104 de 23/03/2005. [Internet] 2005 [citado em 2013 maio 03]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm
4. Melo LL, Valle ERM. A Brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2010. [citado em 2013 maio 03]; 44(2):517-25. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/39.pdf>



AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO DASATINIB VERSUS IMATINIB NO TRATAMENTO DA LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA

Maicon Vinícius Araújo Santos Silva¹, David Santana Caires¹, Paulo Henrique Ribeiro Fernandes Almeida¹, Ingrid Novaes Leão¹, Lorena Argôlo Borges¹.

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: maiconvincius01@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

A leucemia mielóide crônica (LMC) é uma neoplasia da medula óssea que transforma a célula progenitora hematopoética normal em maligna.¹ Caracteriza-se como uma proliferação de células mielóides granulocíticas que mantém sua capacidade de diferenciação, e, sendo uma doença de origem clonal, surge em decorrência de anomalia da célula primordial ou indiferenciada da medula óssea.² É ocasionada por uma translocação entre os cromossomos 9 e 22 t(9:22) (q34;11) determinando assim a presença do cromossomo Filadélfia (Ph+), que é resultante da junção da região do gene BCR do cromossomo 22 com o gene ABL do cromossomo 9, gerando o gene híbrido BCR-ABL no cromossomo 22 q.^{3,4} O surgimento do imatinib, droga inibidora da tirosina quinase (TKI) Abl, fez com que ocorresse uma revolução na possibilidade do tratamento da LMC nos últimos anos.⁵ Recentemente, inibidores da tirosina quinase (TKI) de segunda geração foram desenvolvidos (dasatinib e nilotinib), representando alternativas viáveis além do imatinib. Estes produtos foram inicialmente lançados para utilização como terapias de segunda linha e foram aprovados para uso de primeira linha pela Food and Drug Administration (FDA) e Agência Europeia de Medicamentos em 2010, com base nos resultados de dois ensaios clínicos randomizados multinacionais em curso.^{5,6} Este estudo objetivou comparar a eficácia no tratamento entre um medicamento inibidor da tirosina quinase de primeira geração (imatinib) com um de segunda geração (dasatinib).

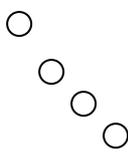
Material e Métodos

Este estudo se caracteriza como uma revisão de literatura de cunho avaliativo, analisando a eficácia do dasatinib em relação imatinib na leucemia mielóide crônica. Foram levantados artigos indexados no Brasil e exterior nos bancos de dados eletrônicos: Scielo, Medline e PubMed, através do Portal de Periódicos da Capes e Revisões Cochrane, bem como livros-textos entre os anos de 2001 e 2013. Foram utilizados os seguintes descritores: leucemia, mielóide, crônica, tratamento e medicamento. Aproximadamente 200 artigos foram encontrados, sendo feito uma triagem para evidenciar quais tratavam os descritores como tema central, bem como discutiam o que imatinib e dasatinib como padrão de tratamento para a patologia relacionada no estudo. Destes apenas 17 entraram na revisão, pois estavam dentro das condições e dos critérios propostas anteriormente.

Resultados e Discussão

O imatinib é um composto 2-fenilamino-pirimidina, sendo um inibidor seletivo da enzima tirosina quinase Abl, que induz remissão hematológica e citogenética na LMC.⁷ Este medicamento apresenta alto potencial inibitório do gene BCR-ABL atuando especificamente no bloqueio da energia para o domínio tirosina quinase de Abl.^{8,9} O medicamento dasatinib é um duplo inibidor Src/Abl, isto é, inibidor da família de quinases Src que também exibe propriedades inibitórias ao Abl.^{4,10} Ele é um forte inibidor da enzima tirosina quinase mostrando uma potência muito maior que o imatinib.^{10,11} Estudos randomizados sugerem ainda que o dasatinib possui resultados superiores, principalmente em pacientes com resistência ao tratamento pelo imatinib.^{3,10} O mesmo se liga ambas as conformações ativas e inativas de BCR-ABL, e tem atividade in vitro contra todas as mutações resistentes ao imatinib descritos atualmente exceto a T315I, apoiando a sua utilização como tratamento de segunda linha.¹²⁻¹⁴ Possui 325 vezes maior atividade in vitro contra o gene BCR-ABL em comparação com o imatinib,¹³ sugerindo que pode reduzir a resistência ao imatinib causada por aumento da expressão de BCR-ABL.¹³⁻¹⁶ Em todas as comparações de dasatinib para imatinib, os resultados derivados estão em linha com aqueles relatados nos estudos clínicos reais: dasatinib é clinicamente superior ao imatinib em termos de citogenética e resposta molecular maior. Aos 12 meses de tratamento, as chances de resposta, para dasatinib foi pelo menos duas vezes maior do que para o imatinib.¹⁷

Conclusão

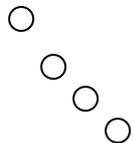


Com os resultados encontrados neste estudo de revisão de literatura foi possível avaliar a eficácia do dasatinib em inibir a proliferação, de forma mais efetiva, de células mutantes resistentes em relação ao imatinib, observa-se que estes compostos têm significativo potencial terapêutico na LMC. Mostrando a eficácia no tratamento da leucemia mieloide crônica, principalmente no que tange a sua eficácia clínica em diversos estudos com bons níveis de evidência. Nesse sentido o medicamento dasatinib mostrou ser mais efetivo na resposta citogenética, com maior atividade no gene BCR-ABL e ser a melhor escolha em pacientes que iniciaram o tratamento com o imatinib, porém mostraram resistência ao mesmo.

PALAVRAS-CHAVE: Tratamentos convencionais; Inovadores, paliativos e tecnológicos.

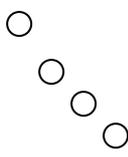
REFERÊNCIAS

1. Vedrame-Goloni CB, Carvalho-Salles AB, Ricci Junior O, Miguel CE, Fett-Conte AC. Análise do rearranjo BCR/ABL por bandamento GTG e FISH: comparação das frequências ao diagnóstico da LMC. *Arq Cienc Saude* 2006; 13(1):7-11.
2. Verrastro, T, Lorenzi, T; Wendel, NS. Hematologia hemoterapia: fundamentos de morfologia, fisiologia, patologia e clínica. São Paulo: Atheneu, 2005.
3. Druker BJ, Talpaz M, Resta DJ, Peng B, Buchdunger E, Ford JM, et al. Efficacy and safety of a specific inhibitor of the BCR-ABL tyrosine kinase in chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med*. 2001; 344(14):1031-7.
4. Souza CA, Pagnano K. Os desafios no tratamento da leucemia mieloide crônica na era do mesilato de imatinibe. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2004;26(4):282-84
5. Kantarjian H, Shah N, Hochhaus A, et al: Dasatinib versus imatinib in newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia. *N Engl J Med* 2010, 362(24):2260–2270.
6. Saglio G, Dong-Wook K, Issaragrisill S, et al: Nilotinib versus imatinib for newly diagnosed Chronic Myeloid Leukemia. *N Engl J Med* 2010, 362(24):2251–2259.
7. Puttini M, Coluccia AM, Boschelli F, Cleris L, Marchesi E, Donella-Deana A, et al. In vitro and in vivo activity of SKI-606, a novel Src-Abl inhibitor, against imatinib-resistant Bcr-Abl+ neoplastic cells. *Cancer Res*. 2006;66(23):11314-22.
8. Jabbour E, Cortes JE, Giles FJ, O'Brien S, Kantarjian HM. Current and emerging treatment options in chronic myeloid leukemia. *Cancer*. 2007;109(11):2171-81.
9. Tokarski JS, Newitt JA, Chang CY, Cheng JD, Wittekind M, Kiefer SE, et al. The structure of dasatinib (BMS-354825) bound to activated ABL kinase domain elucidates its inhibitory activity against imatinib-resistant ABL mutants. *Cancer Res*. 2006;66 (11):5790-7.
10. O'Hare T, Walters DK, Stoffregen EP, Jia T, Manley PW, Mestan J, et al. In vitro activity of Bcr-Abl inhibitors AMN107 and BMS-354825 against clinically relevant imatinib resistant Abl kinase domain mutants. *Cancer Res*. 2005;65(11):4500-5.
11. Copland M, Hamilton A, Elrick LJ, Baird JW, Allan EK, Jordanides N, et al. Dasatinib (BMS-354825) targets an earlier progenitor population than imatinib in primary CML but does not eliminate the quiescent fraction. *Blood*. 2006;107(11):4532-9.
12. Shah NP, Tran C, Lee FY, et al. Overriding imatinib resistance with a novel ABL kinase inhibitor. *Science*. 2004;305:399–401.
13. O'Hare T, Walters DK, Stoffregen EP, et al. In vitro activity of Bcr-Abl inhibitors AMN107 and BMS-354825 against clinically relevant imatinib-resistant Abl kinase domain mutants. *Cancer Res*. 2005; 65:4500–4505.
14. Tokarski JS, Newitt JA, Chang CY, et al. The structure of Dasatinib (BMS-354825) bound to activated ABL kinase domain elucidates its inhibitory activity against imatinib-resistant ABL mutants. *Cancer Res*. 2006;66:5790–5797.
15. Gorre ME, Mohammed M, Ellwood K, et al. Clinical resistance to STI-571 cancer therapy caused by BCRABL gene mutation or amplification. *Science*. 2001;293:876–880.



16. Hochhaus A, Kreil S, Corbin AS, et al. Molecular and chromosomal mechanisms of resistance to imatinib (STI571) therapy. *Leukemia*. 2002;16:2190–2196.

17. Mealing et al.: The relative efficacy of imatinib, dasatinib and nilotinib for newly diagnosed chronic myeloid leukemia: a systematic review and network meta-analysis. *Experimental Hematology & Oncology* 2013 2:5.



HÁBITOS RELACIONADOS À EXPOSIÇÃO SOLAR E O PRINCIPAL FATOR DE RISCO

**Mariana Silva Santos¹, Eliane Fonseca Linhares², Icaro Freitas de Araújo Santos¹,
Lajana Quelle Santos Batista², Arleide Meira Santos², Maria Isabel Ferreira Borges².**

¹ Faculdade de Tecnologia e Ciências – FTC

Jequié – Bahia – Brasil

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié - Bahia - Brasil

E-mail: marisantos01@hotmail.com

INTRODUÇÃO

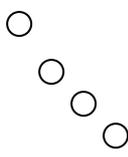
A pele, o maior órgão do corpo humano, é composta por duas camadas: a epiderme e a derme. Além de regular a temperatura do corpo, ela serve de proteção contra agentes externos, infecciosos e químicos. O câncer da pele é comumente dividido em não melanoma (CPNM), com incidência mais alta, porém menor gravidade. E melanoma cutâneo (MC), apesar de menos frequente, é mais grave por causa do risco de metástases aumentado^{1,2}. O (CPNM) apresenta-se sob a forma de carcinoma de células basais (CCB) e carcinoma de células escamosas (CCE) com 70% e 25 % dos casos, respectivamente, se diagnosticados precocemente, o índice de cura é elevado³⁻⁵. O (MC) é originado nos melanócitos, células produtoras de melanina, substância que confere pigmentação à pele e prevalece em adultos brancos, representando uma pequena porcentagem dos cânceres de pele, 4%^{5,6}. O prognóstico desse tipo pode ser considerado bom, se detectado nos estádios iniciais. Nos últimos anos, houve uma grande melhora na sobrevida dos indivíduos com melanoma, principalmente devido à detecção precoce do tumor¹. As regiões geográficas do Brasil, por sua heterogeneidade cultural, demográfica, socioeconômica e política, têm suas populações submetidas a fatores de risco diferentes⁷. O objetivo deste trabalho consiste em revisar a literatura e alertar sobre as consequências da exposição solar, importância de um diagnóstico precoce e enfatizar os fatores de risco.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada por meio de busca nas bases de dados do SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e do INCA, Instituto Nacional de Câncer, optando-se por ser um Órgão do Ministério de Saúde do Brasil voltado a ações nacionais integradas para o controle e prevenção da neoplasia. A partir dos sistemas destes, utilizamos como palavras-chave para a pesquisa: câncer melanoma; câncer não melanoma; Brasil; fatores de risco. Foram selecionados dez artigos, na língua portuguesa, publicados no período compreendido entre 01/01/2000 e 01/01/2012. Efetuou-se leitura cuidadosa de todos os materiais selecionados, incluindo, neste estudo, aqueles que utilizaram métodos epidemiológicos na abordagem do risco de câncer no país. Foram também incluídas publicações de órgãos oficiais sobre distribuição e frequência do câncer no âmbito nacional, assim como outros conhecimentos originais restritos ou não ao intervalo pré-estabelecido de seleção dos demais, em decorrência de seu valor como referência histórica e/ou sua relevância no contexto apresentado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer é uma doença de etiologia multifatorial, resultante, principalmente, de alterações genéticas, fatores ambientais e do estilo de vida⁸. O CCB é mais frequente, mas raramente invade outros órgãos; entretanto, pode destruir os tecidos a sua volta, atingindo cartilagens e ossos, incide, preferencialmente, em adultos acima de 30 anos de idade¹. O CCE possui maior facilidade para disseminar para os gânglios linfáticos e órgãos, levando ao surgimento de metástases, ocorre com mais frequência no sexo masculino e no adulto idoso. Embora as taxas de mortalidade por estes sejam baixas, podem causar consideráveis deformidades físicas se não tratados¹. O MC, apesar da menor ocorrência, é o mais agressivo, sendo responsável por, aproximadamente, 75% de todas as mortes causadas por cânceres de pele; esse tipo pode facilmente disseminar para os gânglios linfáticos e órgãos internos¹. Nos três casos, entre os principais fatores de risco encontra-se a exposição excessiva ao Sol, principalmente, à radiação ultravioleta (UV)^{8,9}. Alguns estudos têm advogado que os raios UV danificam o DNA e o material genético, produz radicais livres, causa inflamações e enfraquece a resposta imune da pele. Além disso, os comprimentos de onda UV contribuem, sobremaneira, para a formação dos efeitos prejudiciais à pele¹⁰. Nesse sentido, tem sido aceito que os profissionais que trabalham em atividades ao ar livre (outdoors) e, portanto, muito expostos ao Sol, como os pescadores, agricultores e salva-vidas, apresentam elevado risco de desenvolver essas lesões^{11,12}. Os cabeleireiros, farmacêuticos e químicos, também estão incluídos no grupo de riscos. Outros fatores são pessoas com menos pigmentação (melanina) na pele, histórico familiar da doença, ou uso de medicamentos que suprimem o funcionamento do sistema imunológico.



Para os que têm pintas ou manchas o risco é superior a 10%. De maneira que influenciam a doença, mas não causa diretamente.

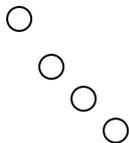
CONCLUSÃO

No Brasil, a maior parte desses casos ocorre nas regiões Sul e Sudeste, cuja população é predominantemente branca e, portanto, mais susceptível à influência dos altos níveis de R-UV registrados¹³. Na população negra, em muitos casos, as lesões iniciais passam despercebidas na pele escura, e o diagnóstico é feito em estádios mais avançados, sendo sua ocorrência maior na Região Nordeste¹³. A prevenção inclui orientação quanto à associação Sol e câncer da pele. Como aplicação de creme protetor solar, utilização de roupas apropriadas, ao uso de chapéus e óculos de sol, a permanecer na sombra, limitar o tempo de exposição ao Sol e evitar fontes artificiais de radiação ultravioleta (como bronzeamento artificial)¹. Sendo fundamentais rastreamento e diagnóstico precoce em combinação com o aconselhamento para que se ponham em prática as atitudes relacionadas na prevenção primária¹. Casos mais avançados são realizados pequenas cirurgias e tratamentos específicos.

PALAVRAS-CHAVE: Brasil; Câncer melanoma; Fator de risco; Carcinoma basocelular; Carcinoma de células escamosas.

REFERÊNCIAS

1. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Câncer de pele. [Online]. Rio de Janeiro, Brasil; 2010. [acesso 23 Ago. 2013]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
2. Varella D. Câncer de pele. [Online]. São Paulo, Brasil; 2013 [acesso 24 Ago. 2013]. Disponível em: <http://www.drauziovarella.com.br>.
3. Figueiredo LC, Cordeiro LN, Arruda AP, Carvalho MDF, Ribeiro EM, Coutinho HDM. Câncer de pele: estudo dos principais marcadores moleculares do melanoma cutâneo. *Rev Bras de Cancerologia* 2003, 49(3):179-183.
4. Neves RI, Moricz CZM, Brechtbuhl ER, Almeida OM. Lesões cancerizáveis da pele. In: Anelli A, Kowalski LP, Salvajoli JV, Lopes LF. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. 2ª ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2002. p. 351-352.
5. Rocha FP, Menezes AMB, Hiram Jr. LA, Tomasi E. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36:101-106.
6. Figueiredo LC, Cordeiro LN, Arruda AP, CarvalhoMDF, Ribeiro EM, Coutinho HDM. Câncer de pele: estudo dos principais marcadores moleculares do melanoma cutâneo. *Rev Bras de Cancerologia* 2003, 49(3):179-183.
7. Moehrle M. Outdoor sports and skin cancer. *Clin Dermatol*. 2008;26:12-5
8. Vishvakarman D, Wong JCF. Description of the use of a risk estimation model to asses the increased risk of non-melanoma skin cancer among outdoor workers in Central Queensland, Australia. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2003;19:81-8.
9. Vishvakarman D, Wong JCF. Description of the use of a risk estimation model to asses the increased risk of non-melanoma skin cancer among outdoor workers in Central Queensland, Australia. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2003;19:81-8.
10. Sasson CS. Influência dos veículos cosméticos na permeação cutânea da associação de filtros solares e acetato de tocoferol [Dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2006.
11. Radespiel-Tröger M, Meyer M, Pfahlberg A, Lausen B, Uter W, Gefeller O. Outdoor work and skin cancer incidence: a registry-based study in Bavaria. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82:357-363.
12. Wünsch Filho V. Câncer em sua relação com o trabalho. In: Mendes R, organizador. *Patologia do trabalho*. Atheneu: Rio de Janeiro; 1995. p. 457-85.
13. Corrêa MP, Dubuisson P, Plana-Fattori A. An overview of the ultraviolet index and the skin cancer cases in Brazil. *Photochem Photobiol*. 2003;78:49-54.



ESTUDO AVALIATIVO SOBRE A EFICÁCIA CLÍNICO-FARMACOLÓGICA NO TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA PELO TRASTUZUMABE E SUA INCORPORAÇÃO AO SUS

Paulo Henrique Ribeiro Fernandes Almeida¹, Alba Benemerita Alves Vilela¹, Cléia Lima Rocha¹, Ingrid Novaes Leão¹, David Santana Caíres¹, Maicon Vinícius Araújo Santos Silva¹.

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: henriqueribeiro.farm@gmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

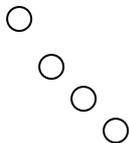
O câncer de mama constitui a neoplasia maligna mais frequente no sexo feminino no mundo. Dados Organização Mundial da Saúde (OMS), revelam que nas últimas décadas ocorreu um aumento significativo dez vezes superior nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional dos diversos continentes. No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) informou que 49.240 novos casos da doença no ano de 2009 foram confirmados, sendo que esse número sofreu aumento para 52.680 em 2012.^{1,2} Dentre as pacientes que são acometidas pelo câncer de mama, 25% apresentam super-expressão do receptor 2 para o fator de crescimento epidermal (HER-2/neu), estes casos estão associados a uma doença de comportamento agressivo, com alta probabilidade de recorrência após o tratamento inicial e, portanto, um prognóstico que deve ser tratado mais de perto pela equipe de saúde.³ No elenco de drogas para o tratamento, a pioneira foi a trastuzumabe. A mesma é relatada como primeiro caso de sucesso no câncer de mama, primeiramente no estágio metastático e, hoje nos estágios iniciais. Trata-se de um anticorpo monoclonal humanizado, com ação no sítio extracelular no receptor tipo 2 ou HER-2.³ Sendo incorporado no Sistema Único de Saúde (SUS) pelas Portarias 18 e 19 de 2012.^{4,5} Portanto esse estudo busca avaliar a eficácia clínica no tratamento de câncer de mama pelo medicamento trastuzumabe, evidenciando através de revisão literatura o seu custo benefício terapêutico no SUS.

Material e Métodos

O presente estudo é de caráter avaliativo, caracterizado como uma revisão de literatura, analisando as propriedades clínico-farmacológicas do medicamento trastuzumabe. O levantamento dos artigos foi feito dentro do banco de dados PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde-BVS, Scielo e do Portal do Ministério de Saúde, sendo avaliado periódicos indexados no Brasil e exterior com os desenhos de estudo do tipo: ensaio clínico controlado, estudo randomizado controlado, meta-análise, revisões sistemáticas e protocolos clínicos. Foram usados os descritores: câncer, mama, monoclonal, medicamento, tratamento. Sendo avaliados 120 artigos dos últimos 6 anos em primeira instância, após a leitura preliminar dos mesmos, foram eliminados aqueles que não tratavam os descritores como tema central. Visando elucidar a eficácia terapêutica nos dois principais tipos de estágio do câncer de mama pela droga.

Resultados e Discussão

Os receptores do fator de crescimento epidérmico humano HER-2 ou tipo 2 são receptores transmembrânicos que em condições normais, regulam o crescimento, a proliferação e a sobrevivência celular.³ O trastuzumabe (TZB), não permite que a porção extracelular dos receptores fique exposta, agindo no bloqueio entre a ligação desses fatores de crescimento, inibindo assim a proliferação celular e culminando em efeitos citostáticos e citotóxicos.⁶ Estudos clínicos de fase III têm demonstrado a eficácia da quimioterapia neoadjuvante da droga em associação com quimioterapia para HER-2. Uma recente meta-análise de cinco fases mostrou que na população total de 515 pacientes, na taxa de resposta patológica completa (TRPC) é de 38% no braço de TZB. Em outro estudo de revisão sistemática foi avaliado que a adição do trastuzumabe à quimioterapia permitiu a obtenção da TRPC significativamente mais elevadas em relação quimioterapia sozinha, sendo de 38% contra 21% respectivamente.⁷ Em um estudo do tipo randomizado de fase 3 o anticorpo mostrou uma melhora na sobrevivência de pacientes quando comparado com o tratamento com lapatinibe e a capecitabina, sendo mais eficaz no tratamento em estágios avançados. Nesse mesmo artigo os eventos adversos associados com a TZB foram em geral pequenos e os pacientes foram capazes de continuar o tratamento após a modificação do protocolo clínico, com um benefício de tratamento continuado. Além disso, o tempo para a progressão do sintoma foi significativamente retardado.⁸ Os resultados demonstram que a segmentação células tumorais circulantes (CTC) quimio-resistentes



com trastuzumabe reduziram significativamente o risco de recaída e prolongou sobrevida do pacientes. Além disso, a administração de trastuzumabe resultou em diminuição significativa no número de pacientes com CTC detectáveis por eliminar estas células.⁹ O uso de TZB e antraciclina mostrou sintomas de insuficiência cardíaca em 27% dos pacientes, mostrando mecanismos de cardiotoxicidade.¹⁰

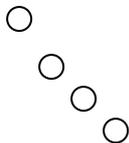
Conclusão

Diante dos resultados encontrados, foi possível avaliar em diversos desenhos de estudos que o trastuzumabe tem um papel importante no tratamento dessa patologia, principalmente na seletividade do medicamento para receptores de crescimento do tipo 2. Mostrando eficácia nas duas fases da doença, tanto inicial quanto no avançado. Vários estudos mostraram que o medicamento é eficiente em associação com outros grupos de medicamentos, bem como a melhora dos sintomas quando introduzido em protocolos clínicos de quimioterapias que não usavam o mesmo. Em relação aos efeitos adversos o medicamento mostrou-se seguro, porém pacientes cardiopatas devem usar com cautela, pois foi mostrado cardiotoxicidade. Principalmente quando associados com antraciclina. TZB continua sendo a primeira linha no tratamento de câncer de mama, comprovada pelos diversos artigos usados nesse trabalho. Sendo assim, a incorporação dessa tecnologia ao SUS foi de extrema importância, sendo eficaz nas duas fases da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Mama; Monoclonal; Medicamento; Tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. 98 p.: li. color. tab.; 21 cm. 1a Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. 118 p.: li. color. tab.; 21 cm.
2. Haddad CF. Trastuzumab in breast cancer. FEMINA, Fevereiro 2010, vol 38, nº 2.
3. Martins SJ, Yamamoto CA. Aspectos Clínico-Econômicos da Quimioterapia Adjuvante no Câncer de Mama Her-2 Positivo. Rev Assoc Med Bras 2008; 54(6): 494-9.
4. Brasil. Portaria nº 18, de 25 de Julho de 2012. Ministério da Saúde, 2012.
5. Brasil. Portaria nº 19, de 25 de Julho de 2012. Ministério da Saúde, 2012.
6. Valabrega G, Montemurro F, Aglietta M. Trastuzumab: mechanism of action, resistance and future perspectives in HER2-overexpressing breast cancer. Ann Oncol. 2007;18(6):977-84.
7. Natoli C, Vici P, Sperduti I, Grassadonia A, Bisagni G, Tinari N, et al. Effectiveness of Neoadjuvant Trastuzumab and Chemotherapy In HER2-Overexpressing Breast Cancer. J Cancer Res Clin Oncol (2013) 139:1229–1240.
8. Verma S, Miles D, Gianni L, Krop IE, Welslau M, Baselga J. Trastuzumab Emtansine for HER2-Positive Advanced Breast Cancer. n engl j med 367;19 nejm.org November 8, 2012.
9. Georgoulas V, Bozionelou V, Agelaki S, Perraki M, Apostolaki S, Kallergi G, et al. Trastuzumab decreases the incidence of clinical relapses in patients with early breast cancer presenting chemotherapy-resistant CK-19mRNA-positive circulating tumor cells: results of a randomized phase II study. Annals of Oncology 23: 1744–1750, 2012 doi:10.1093/annonc/mds020 Published online 29 February 2012.
10. Hysing J. Kardiotoksiske effekter av trastuzumab. Tidsskr Nor Legeforen nr. 22, 2011; 131: 2239 – 41.



ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE EM ONCOLOGIA: REVISÃO DE LITERATURA

**Tatiana Almeida Couto¹, Adilson Ribeiro dos Santos¹, Rose Manuela Marta Santos¹,
Vanessa Cruz Santos¹, Karla Ferraz dos Anjos¹, Sérgio Donha Yarid¹.**

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
E-mail: taty_couto@hotmail.com

Jequié - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

A relação entre a espiritualidade e a saúde tem se tornado um paradigma a ser estabelecido na prática assistencial. Pois a doença tem impacto para o indivíduo em características físicas, psicológicas, sociais, econômicas, de forma a ser valorizada tal interação¹. A importância da prática religiosa constitui para o paciente portador de neoplasia como uma estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante dos questionamentos referentes à condição de adoecimento. Assim o preenchimento do vazio promovido pelo modelo biomédico e o interesse por cuidado integral aproxima os indivíduos de práticas religiosas². Na valorização do cuidado holístico há relevância da religiosidade também para os profissionais da enfermagem como instrumento de conforto, fortalecimento e sustentação no cotidiano profissional com pacientes portadores de neoplasia³. Assim, a esperança, o conforto e o discernimento no enfrentamento do processo de adoecimento, para muitos sujeitos, está envolvido com a espiritualidade/religiosidade de forma a interagir com o tratamento terapêutico indicado para o caso, sendo assim, não haverá exclusão de estratégias para o tratamento em apoio espiritual e tratamento convencional. Este estudo tem como objetivo refletir sobre a existência de práticas espirituais e de práticas religiosas como ferramenta para o enfrentamento de adoecimento por neoplasia.

Material e Métodos

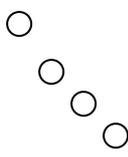
Trata-se de revisão de literatura, de cunho descritivo e abordagem qualitativa. Para a construção do estudo foi realizada busca na Biblioteca Virtual de Saúde-BVS e na base de dados SciVerseScopus, em agosto de 2013, com a seleção de resultados de acordo com os critérios de inclusão: descritores (neoplasias, espiritualidade, religião); idioma português; artigos. Sendo os critérios de exclusão: artigos não oferecidos na íntegra; artigos repetidos. Na seleção, considerando os critérios de inclusão e critérios de exclusão houve 6 artigos para leitura na íntegra.

Resultados e Discussão

A influência da espiritualidade/religiosidade tem demonstrado alteração sobre a saúde física como na eventual redução de óbitos ou em impactos de doenças como o câncer¹. A importância das práticas religiosas e da espiritualidade dar-se também como prática de cuidado independente da forma de tratamento escolhida ou necessária: seja tratamento convencional ou não convencional. Destacando que o diagnóstico de neoplasia pode influenciar a mudança de comportamento das pessoas acometidas criando, portanto, sociabilidades². Assim, a fé religiosa é eleita como instrumento principal para o enfrentamento da doença mesmo com acompanhamento médico e realização de procedimentos e tratamentos⁴. Além da percepção de que a fé religiosa pode garantir ao paciente uma aceitação mais serena do diagnóstico e tratamento, também é observada a religião como instrumento de suporte aos profissionais de saúde para a assistência a ser oferecida aos pacientes portadores de neoplasia. Sendo também uma fonte de energia para enfermeiras que na assistência referem transmitir esperança e amor aos pacientes³. Em relação à espiritualidade na perspectiva do paciente oncológico compreende-se que o paciente busca a espiritualidade como forma de enfrentamento (já que o paciente poderá atribuir diferentes significados ao processo saúde-doença) para minimizar a dor e como esperança no tratamento e cura, objetivando assim o bem-estar ideal. Portanto destaca-se a importância do reconhecimento da espiritualidade como estratégia no planejamento de assistência integral pelo profissional de enfermagem⁵. Pois, pela posição privilegiada da equipe de enfermagem por estar próxima ao paciente e sua família há reflexo no auxílio a ser oferecido por estes profissionais. Assim, ao tomar conhecimento das práticas religiosas e espirituais do paciente oncológico e da família fortalecem os mecanismos de enfrentamento da doença e a manutenção de práticas que promovam a saúde familiar⁶.

Conclusão

A percepção da espiritualidade e da prática religiosa revela-se como ferramenta de auxílio aos pacientes como mecanismo de enfrentamento à patologia a serem julgados individualmente e

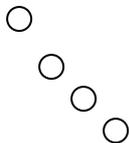


respeitando o posicionamento sobre o tratamento escolhido de acordo com as condições apresentadas, segundo também a avaliação de equipe de profissionais de saúde. De forma a ser valorizado e respeitado pela família e pelos profissionais de saúde o envolvimento/vínculo religioso e espiritual de cada indivíduo além de ser garantido o direito de autonomia e bem-estar espiritual. Além de necessária valorização também pelos profissionais de saúde sobre a religião e espiritualidade em suas formas distintas como instrumento para a humanização e integralidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias; Espiritualidade; Religião.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães HP, Avezum A. O impacto da espiritualidade na saúde física. Rev.Psiq.Clín.2007; 34(suplem. 1) :88-94.
2. Spadacio C, Barros NF. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. Interface-Comunic. Saude, Educ.2009;13(30):45-52.
3. Teixeira JJV, Lefevre F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. Revista Brasileira de Cancerologia. 2007; 53(2): 159-66.
4. Teixeira JJV, Lefevre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. Ciência& Saúde Coletiva. 2008; 13(4): 1247-56.
5. Guerrero GP, Zago MMF, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. RevBrasEnferm. 2011; 64(1): 53-9.
6. Nascimento LC, Oliveira FCS, Moreno MF, Silva FM. Cuidado espiritual: componente essencial da prática da enfermeira pediátrica na oncologia. Acta Paul Enferm. 2010; 23(3): 437-40.



INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PACIENTE PEDIÁTRICO COM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA: RELATO DE CASO

Catrine Soriano Lage¹, Henika Priscila Lima Silva²

¹ Instituto de Ensino e Pesquisa da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
Sorocaba - São Paulo - Brasil

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB Jequié - Bahia - Brasil
E-mail: catrinesl@hotmail.com

INTRODUÇÃO

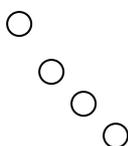
Existem diversos tipos de câncer, os quais se manifestam de acordo com seus padrões demográficos e sua própria frequência. Dentre os variados tipos, encontra-se a leucemia, que se divide em alguns subgrupos, sendo eles pelas suas formas; agudas e crônicas, e quanto ao tipo afetado de células; linfóide e mielóide. A Leucemia Mielóide Aguda é uma neoplasia maligna que acomete a medula óssea, na qual as células cancerosas multiplicam-se e acumulam-se, fazendo com que haja a supressão da atividade hematopoiética normal. Estudos recentes demonstram que a perspectiva para a sobrevivência e cura de crianças com LMA fica em torno de 50%. Assim, após o diagnóstico, os pacientes geralmente devem ser submetidos ao tratamento da quimioterapia com a função de indução, com fins de obter a remissão da doença. Para estes casos utiliza-se da ação multidisciplinar, que é fundamental, assim como a fisioterapia precoce. A fisioterapia oncológica além de promover resultados positivos para a recuperação cinético funcional do paciente, busca promover uma melhoria da qualidade de vida do mesmo. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é demonstrar, através do relato de um caso, como se dá a intervenção fisioterapêutica na Leucemia Mielóide Aguda antes do diagnóstico e durante a terapêutica adotada.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um Estudo de Caso História de Vida. Neste tipo de estudo qualitativo, o pesquisador estuda uma pessoa com características relevantes, tanto para a área médica quanto para a sociedade em geral, expondo aspectos específicos, com o propósito de relatar a história do indivíduo pesquisado. Através de uma linguagem acessível, a preocupação aqui foi com a transcrição direta, clara e bem articulada do caso e num estilo que se aproxime das experiências pessoais do leitor. O presente estudo foi desenvolvido no ano de 2012, no distrito de Arraial d'Ajuda, Porto Seguro-BA, através do relato de caso de uma criança ALTS, sexo feminino, quatro anos, com hipótese diagnóstica de Otite e diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda, submetida ao tratamento médico e fisioterapêutico. A coleta de dados foi feita através de busca ativa com os pais e profissionais, revisão de prontuários médicos, fisioterapêuticos e revista de exames comprobatórios. Totalizaram-se cinco encontros entre pais e profissionais, todos gravados através de aparelho MP4. O estudo foi desenvolvido respaldando-se na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde com posterior assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela responsável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ALTS desenvolveu-se normalmente, sem patologias relevantes até o quarto ano de vida, quando começou a concorrer com febre, fortes dores no ouvido e paralisia facial. Através de uma tomografia computadorizada das mastóides foi diagnosticado otomastoidite crônica bilateral. A paciente foi então encaminhada à fisioterapia para tratamento da paralisia facial, no qual foram realizadas 11 sessões através de exercícios de alongamento/relaxamento passivo dos músculos da hemiface comprometida, massagem com objetos de diferentes texturas para ganho de sensibilidade, exercícios ativo-assistidos e ativos para aumento de força muscular. Sem grandes avanços, procedeu-se com mais exames anatomopatológicos, sendo que, por meio de um mielograma constatou-se a leucemia não linfocítica aguda. A paciente foi então encaminhada à Santa Casa de Misericórdia de Itabuna-BA, onde passou pelo tratamento médico estabelecido pelo hospital associado ao tratamento fisioterapêutico. O tratamento fisioterapêutico não obedecia a um protocolo de atendimento e era constituído com base nos estudos e artigos científicos atuais. Os atendimentos seguiam de acordo com as condições clínicas da paciente e eram realizadas normalmente cinco sessões por semana com duração média de 30 minutos cada uma, focados na reabilitação motora e respiratória. As sessões só eram realizadas diariamente caso a paciente apresentasse valores acima de 10 mil/mm³ de plaquetas. Quando não era possível a realização do tratamento fisioterapêutico específico a



sessão era composta de orientações aos pais. A fisioterapia precisou ser interrompida por consequência do estado físico da criança. Após 14 meses de tratamento houve autorização dos pais para a interrupção da quimioterapia, sendo reestabelecida uma semana depois. ALTS foi a óbito duas semanas após o retorno ao tratamento.

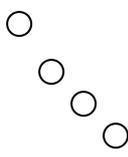
CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo comprovam a seriedade da prática fisioterapêutica, na qual não há divergências sobre as condutas realizadas entre os autores, baseado em fisioterapia motora e respiratória dentro das condições físicas da criança. Apesar do estudo de caso ser sempre bem delimitado e singular, apresenta limitações que se referem especialmente à dificuldade de generalização dos resultados obtidos. Portanto, este relato de caso serve substancialmente como base para o entendimento das manifestações clínicas da Leucemia Mielóide Aguda, bem como para a obtenção de conhecimento quanto aos métodos fisioterapêuticos empregados no seu tratamento. Não obstante, pretende-se com tais achados fornecer subsídios para a fomentação de novos estudos de cunho experimental que possam esclarecer novos rumos de tratamento e manifestações clínicas.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Leucemia mielóide aguda; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

1. BITTENCOURT R, FOGLIATO L, DAUDT L, BITTENCOURT HNS, FRIEDERICH JR, FERNANDES F et al. Leucemia Mielóide Aguda: perfil de duas décadas do Serviço de Hematologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS. Rev. bras. hematol. hemoter. 2003; 25(1):17-24.
2. HAMERSCHLAK N. Leucemia: fatores prognósticos e genética. J. Pediatr. (Rio J.) vol.84 no.4 suppl.0 Porto Alegre Aug. 2008.
3. BORGES CAM, SILVEIRA CF, LACERDA PCMT, NASCIMENTO MTA. Análise dos métodos de avaliação, dos recursos e do reconhecimento da fisioterapia oncológica nos hospitais públicos do Distrito Federal. Rev. Bras. de cancerol,2008; 54(4): 333-344.
4. SEIXAS RJ, KESSLER A, FRISON VB. Atividade Física e Qualidade de Vida em Pacientes Oncológicos durante o Período de Tratamento Quimioterápico. Rev. Bras. de cancerol,2010; 56(3): 321-330.



PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALÍVIO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Itana Carvalho Nunes Silva¹, Etilmara Manzi Moraes², Viviane Silva Rodrigues², Luane Santana Lopes³, Gabriela de Souza Paixão⁴, Ione Sales de Jesus⁵

¹ Universidade Estadual do Piauí – UESP

Teresina - Piauí - Brasil

² Universidade Federal da Bahia – UFBA

Salvador - Bahia - Brasil

³ Universidade Salvador – UNIFACS

Salvador - Bahia - Brasil

⁴ Universidade Metropolitana de Educação e Cultura – UNIME

Salvador - Bahia - Brasil

⁵ Universidade Católica do Salvador – UCSAL

Salvador - Bahia - Brasil

E-mail: itana.c.nunes@gmail.com

INTRODUÇÃO

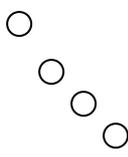
O câncer representa um grupo heterogêneo de doenças, ou seja, são um grupo de doenças distintas com diferentes etiologias, frequências, manifestações clínicas, tratamento e prognósticos. O processo patológico começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular, tal célula forma um clone e começa a proliferar-se adquirindo características invasivas, com consequentes alterações nos tecidos circunvizinhos¹. No Brasil, o câncer é um problema de saúde pública, em 2005 o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou 423 mil internações por neoplasias malignas além de 1,6 milhão de consultas ambulatoriais em oncologia; mensalmente foram tratados cerca de 128 mil pacientes em quimioterapia e 98 mil em radioterapia ambulatorial.² Nos pacientes que tem câncer, a dor é o sinal mais frequentes da doença podendo se manifesta de modo agudo ou crônico tornando-se uma frequente razão de incapacidade e sofrimento^{3,4}. Diante deste panorama, o tratamento da dor é considerado como uma parte tão importante do cuidado, e atualmente a dor é referida como o “quinto sinal vital” sua documentação é tão significativa quanto a documentação dos sinais vitais “tradicionais”. Desta maneira, este estudo objetiva identificar as ações do Enfermeiro no que se refere à assistência ao paciente com dor oncológica.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura, realizada a partir das produções indexadas nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Utilizou-se como descritor de assunto palavras pesquisadas no Descritores Ciências da Saúde (DeCS) como: “dor”, “cuidados de enfermagem” e “enfermagem oncológica”. Foram adotados como critérios de inclusão: publicações no período de 2000 a 2012, abordagem temática, à disponibilidade do conteúdo na íntegra, redigidos no idioma português e não estar em repetição em outras bases de dados. Na base de dados SCIELO utilizando o descritor de assunto “dor” e “cuidados de enfermagem” foram encontrados 43 referências foram selecionados 05 artigos, pois apenas estes abordaram o tema em estudo e adequaram-se aos critérios de inclusão. Na base de dados LILACS foram encontrados 113 artigos referente ao descritor “dor” e “cuidados de enfermagem” que, após uma busca refinada com o descritor “enfermagem oncológica” foram reduzidos a 10 artigos dos quais apenas 03 artigos foram selecionados após a utilização dos critérios de inclusão. Após a seleção de 08 artigos e leitura criteriosa dos mesmos agrupou-se os conteúdos em categorias e para melhor visualização dos resultados foram confeccionados gráficos e tabelas feitos através do programa da Microsoft Office Excel para melhor análise e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A dor é parte integrante do ciclo da vida: gestação, nascimento, doença, morte e exerce função protetora contribuindo para a perpetuação das espécies. Cada indivíduo aprende a utilizar esse termo a partir de experiências vividas anteriormente, mesmo os organismos mais primitivos têm capacidade de obter informações sobre o meio em que vivem de forma a adaptarem-se e a sobreviver a ele. Dessa capacidade de distinção, pode depender a sobrevivência de um indivíduo ou de toda a espécie. A dor, então abrange o objetivo básico de sinalização e sobrevivência, se manifestando de diferentes formas em diversas culturas³. Dessa maneira, as ações de enfermagem utilizadas na assistência ao paciente com dor oncológica, é o ponto fundamental para o planejamento do tratamento e do cuidado a equipe de enfermagem deve exercer seu papel no controle da dor, ter responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento⁵. Os autores apresentam opiniões semelhantes quanto ao alívio da dor em pacientes oncológicos e sinalizam que tal ação é possível pela combinação medicamentosa de analgésicos



opiáceos e não-opiáceos além da correta abordagem do paciente como: não deixá-lo sozinho, tratá-lo como ser humano, tentar amenizar o sofrimento através do uso de medicamentos, garantir o conforto físico e o apoio psicológico⁶. Além disso, a maioria dos trabalhos defendem a ideia de que o conhecimento técnico-científico do Enfermeiro continua sendo a base para a qualidade do atendimento, assim como, acreditar na queixa do paciente, independente de lesões físicas aparentes transmite segurança e alivia suas angústias⁷.

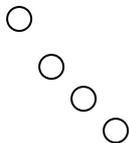
CONCLUSÃO

Os estudos revisados indicam que o Enfermeiro deve destacar-se como profissional atualizado e capacitado para promover o cuidado do paciente com doença oncológica e que tal avaliação deve ser realizada de maneira sistemática através da utilização de protocolos e escalas de maneira a não subestimar a frequência de ocorrência da dor e nem a ignorar o impacto devastador da dor no indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: Dor; Cuidados de enfermagem; Enfermagem oncológica.

REFERÊNCIAS

1. Alves VS, Santos TS, Trezza MCSF, Santos RM, Monteiro FS. Conhecimento de Profissionais da Enfermagem sobre Fatores que Agravam e Aliviam a Dor Oncológica. Rev bras cancero [internet]. 2011, vol.57, n.2, pp. 199-206. ISSN 2176-9745. Disponível em:http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v02/pdf/07_artigo_conhecimento_profissionais_enfermagem_fatores_agravam_aliviam_dor_oncol%C3%B3gica.pdf. Acesso em: maio de 2013
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2006.
3. Mohallem AGC, Rodrigues AB. Enfermagem Oncológica. Barueri: Manole; 2007.
4. Perry AG, Potter PA. Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
5. Silva LMH, Zago MMF. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2001, vol.9, n.4, pp. 44-9. ISSN 0104-1169. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000400008>. Acesso em: maio de 2013.
6. Sawada NO, Nicolusse AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. Rev esc enferm USP [internet]. 2009, vol.43, n.3, pp. 581-7. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300012>. Acesso em: maio de 2013.
7. Iksilara MC. Atuação da Enfermeira na Cordotomia Cervical Percutânea para Controle da Dor Oncológica. Rev bras enferm [internet]. 2003, vol.56, n. 2, pp. 198-200. ISSN 0034-7167. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672003000200018&script=sci_arttext. Acesso em: maio de 2013.



FADIGA RELACIONADA AO CÂNCER – UMA PERSPECTIVA FISIOTERAPÊUTICA

Catrine Soriano Lage¹, Ellen Cristina Bergamasco²

¹ Instituto de Ensino e Pesquisa da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein Sorocaba - São Paulo - Brasil.

² Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo - São Paulo - Brasil
E-mail: catrinesl@hotmail.com

INTRODUÇÃO

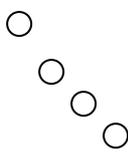
Os avanços científicos e tecnológicos têm proporcionado grandes benefícios aos pacientes portadores de câncer. No entanto, as diversas modalidades terapêuticas ocasionam, aos pacientes, uma série de intercorrências, entre elas, fadiga. A fadiga é uma sensação desagradável, que varia em duração e intensidade, e apresenta sintomas emocionais, físicos e psíquicos, sendo um sintoma frequente e tratável que atinge de 70 a 100% dos pacientes submetidos aos tratamentos oncológicos. Quando não identificada corretamente, ela pode debilitar o paciente oncológico, interferindo intensamente no tratamento e em muitos aspectos da qualidade de vida. Os exercícios físicos constituem o meio mais eficaz e importante para o controle da fadiga, proporcionando benefícios e conseqüentemente melhora da qualidade de vida. A fisioterapia oncológica tem como metas preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade cinético-funcional de sistemas e órgãos, bem como tratar os sintomas causados pelo tratamento oncológico, entre eles a fadiga. Para a terapia física o fisioterapeuta deve escolher e implementar técnicas que contribuam efetivamente para o tratamento dos sintomas, assim como para o retorno dos pacientes às atividades de vida diária. O objetivo deste trabalho é identificar o papel do fisioterapeuta no tratamento da fadiga relacionada ao câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, retrospectiva, realizada através de revisão de literatura, de publicações encontradas em periódicos. Este método permite a inclusão de literatura teórica e empírica, sendo uma das principais vantagens a possibilidade de combinar dados de variados desenhos de pesquisa. Foram realizadas pesquisas on-line de periódicos nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e MEDLINE (Medical Literature on Line) e incluídos artigos publicados no período de 2002 a 2013, nos idiomas português e inglês. Os descritores utilizados foram: Fadiga, Fisioterapia, Neoplasias (Fatigue, Physical Therapy Specialty, Neoplasms). A coleta de dados foi realizada durante os meses de junho a julho de 2013 após ser aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. Posteriormente à identificação dos artigos, foram analisados os artigos na íntegra para verificar se atendem ao objetivo do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados três cruzamentos: Fadiga e Fisioterapia, Fisioterapia e Neoplasias, e Fadiga, Fisioterapia e Neoplasias. Sendo encontrados os seguintes resultados respectivamente: 180, 628 e 12 publicações. Após aplicar os critérios de inclusão foram identificadas 44 publicações, onde se excluiu 33 por não abordarem o tema deste estudo e 5 por repetição. A amostra final desta revisão foi constituída por 6 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A maioria dos artigos foi encontrada na base de dados MEDLINE (67%) e publicada nos anos de 2010 e 2012 (33 % e 33%, respectivamente), no idioma inglês (67%). A Fadiga é considerada um dos sintomas mais frequentes em pacientes com câncer sob tratamento da doença. Os estudos selecionados mostram que a fisioterapia possui métodos de intervenção eficazes no tratamento de pacientes oncológicos, seja na sintomatologia da doença ou dos efeitos causados pelo próprio tratamento. As condutas fisioterapêuticas utilizadas nos indivíduos com fadiga relacionada ao câncer são os exercícios e técnicas de conservação de energia, para os diversos tipos de câncer, durante todo o percurso da doença e seu tratamento. Mas, para que tais benefícios sejam atingidos, os recursos fisioterapêuticos devem ser utilizados constantemente. Em alguns momentos, o repouso é necessário, mas não pode ser mantido, pois proporcionará a perpetuação da fadiga e agravará seus sintomas. Sendo importante estabelecer um balanço entre conservação de energia e atividade física. Portanto, há a concordância entre os estudos quanto à falta de encaminhamento destes pacientes a fisioterapia e sobre a importância desta intervenção precoce. Porém, a recomendação do exercício físico por fisioterapeutas para pacientes com câncer vem ganhando destaque e mostrando



o papel ativo destes profissionais no tratamento da fadiga, havendo evidências para uma melhor reestruturação imunológica e da qualidade de vida através da sua prática.

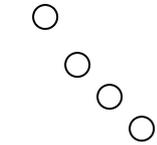
CONCLUSÃO

Diante da necessidade de assegurar uma prática assistencial embasada em evidências científicas, a fisioterapia tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no tratamento da fadiga relacionada ao câncer, pois utiliza dos exercícios físicos, que constitui o meio mais eficaz e importante para o controle da fadiga. Destacando o papel ativo dos fisioterapeutas na prescrição e utilização dos exercícios e técnicas de conservação de energia no tratamento da fadiga relacionada ao câncer. Contudo, não há consenso no que diz respeito à duração e frequência dos exercícios a serem utilizados, pois há uma escassez de publicações científicas com evidência clínica que demonstrem esses números. Sugere-se a realização e publicação de novos estudos de cunho experimental para maiores investigações, buscando ampliar a gama de conhecimentos que fundamentem a prática clínica, baseada em evidências de forma segura, adequada e efetiva.

PALAVRAS-CHAVE: Fadiga; Fisioterapia; Neoplasias.

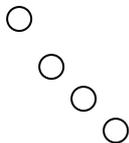
REFERÊNCIAS

1. Silveira CC, Gorini MIPC. Concepções do portador de leucemia mielóide aguda frente à fadiga. Rev Gaúcha Enferm. 2009; mar;30(1):40-5.
2. Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. Rev Esc Enferm USP [Online]. 2009; 43(Esp): 1080-7. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a12v43ns.pdf>. Acessado em 9 de abril de 2013.
3. Campos MPO, Hassan BJ, Riechelmann R, Giglio A. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. Rev Assoc Med Bras. 2011; jan; 57 (2): 211-219.
4. Silva PO, Gorini MIPC. Validação das características definidoras do diagnóstico de Enfermagem: fadiga no paciente oncológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; Maio-jun; 20 (3): [7 telas]. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/pt_a11v20n3.pdf. Acessado em: 9 de abril de 2013.
5. Almeida EMP, Andrade RG, Cecatto RB, Brito CMM, Camargo FP, Pinto CA, et al. Exercício em pacientes oncológicos: reabilitação. Acta Fisiatr. 2012; 19(2):82-9. Disponível em http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=169. Acessado em: 24 de abril de 2013.
6. Donnelly CM, Lowe-Strong A, Rankin JP, Campbell A, Allen JM, Gracey JH. Physiotherapy management of cancer-related fatigue: a survey of UK current practice. Support Care Cancer. 2010; Jul; 18 (7): 817-825.
7. Mota DDCF, Pimenta CAM. Fadiga em pacientes com câncer avançado. RevBras de Cancerologia. 2002; 48(4): 577-583.
8. Faria L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. 2010; jul; 17(supl.1): 69-87. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/05.pdf>. Acessado em: 24 de abril de 2013.
9. Marcucci FCI. Fisioterapia em cuidados paliativos. Rev Bras de Cancerologia. 2005; 51(1): 67-77.
10. Binkley JM, Harris SR, Levangie PK, Pearl M, Guglielmino J, Kraus V et al. Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. Cancer. 2012; Apr; 118 (8 Suppl): 2207-16.
11. Gilchrist LS, Galantino ML, Wampler M, Marchese VG, Morris GS, Ness KK. A framework for assessment in oncology rehabilitation. Phys Ther. 2009; Mar; 89 (3): 286-306.
12. Magro K, Cardoso M, França L, Godoy Neto R, Silva MEM, Rosa GJ et al. Terapia por exercício no decurso do tratamento oncológico pediátrico. Pediatr. Mod. 2012; Dez; 48(12) 509-513.
13. Saarik J, Hartley J. Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme. Int J Palliat Nurs. 2010; Jan; 16 (1): 6, 8-12.



14. Battaglini C, Bottaro M, Dennehy C, Barfoot D, Shields E, Kirk D et al. Efeitos do treinamento de resistência na força muscular e níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. Rev Bras Med Esporte. 2006; Mai/Jun; 12(3).

15. Dietrich SHC, Honer MR, Miranda CRR, Furtado ER, Corrêa Filho RAC. Efeitos de um programa de caminhada sobre os níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. R. Bras. Ci e Mov. 2005; 13(4): 33-40.



O CUIDAR AO FAMILAR DO PACIENTE COM CÂNCER

Ana Luiza Andrada de Melo¹, Camilla Côrtes Ferreira²

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública.

Feira de Santana, Bahia, Brasil.

² Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência

Feira de Santana, Bahia, Brasil.

E-mail: andrada-melo@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Durante anos, o adoecimento foi estudado com ênfase no doente e sua patologia, buscando a cura através de tratamentos dolorosos e mutilastes. O diagnóstico de uma doença como o câncer não afeta apenas o sujeito enfermo, mas estende-se a toda família. Cuidar de um ente querido com neoplasia maligna vem tornando-se uma realidade para muitas famílias e enfrentar tal patologia tornar-se difícil tanto para o paciente como para os familiares, pois trata-se de uma doença que envolve grande estigma, fazendo com que o doente seja alvo do pesar de todos os que o cercam e por despertar em seus familiares sentimentos e reações estressantes¹. Os familiares, em especial, o familiar cuidador, possui um importante papel nesse contexto, pois as suas reações contribuirão nas respostas do paciente. A atenção dispensada ao paciente é muito importante, mas é de igual importância que seja dirigida uma atenção especial também ao seu familiar cuidador². O interesse em realizar o estudo surgiu da convivência com familiares de pacientes oncológicos e da experiência vivenciada diante da doença de um familiar. Nesse contexto, o estudo tem como o objetivo principal analisar através da literatura como são prestados os cuidados aos familiares de paciente com câncer. Espera-se que a pesquisa contribua para a melhoria dos cuidados prestados aos familiares dos pacientes oncológicos e saliente a importância da assistência de qualidade da equipe de enfermagem para tal.

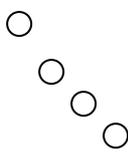
MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foi utilizada fontes com até 15 anos de publicação, no período de 2003 a 2012. Para a concretização do estudo foram pré-selecionados 20 artigos relacionados com o tema, destes foram utilizados 13, retirados dos sites de banco de dados como Scielo, Bireme e Lilacs que estavam com seus respectivos textos disponíveis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sendo o câncer uma condição crônica e debilitante, a família funciona como uma unidade primária de cuidado, um espaço social onde seus membros interagem, trocam informações, apoiam-se e envidam esforços na busca de soluções³. Dessa maneira o cuidador muitas vezes é um membro familiar afetado pelo sofrimento do paciente, pelo medo e ansiedade relacionados à responsabilidade em promover o seu bem-estar e pelas alterações que a doença lhe impõe no seu dia a dia e em seus planos de vida. Por isso o estresse emocional é uma das consequências mais marcantes para o cuidador⁴. A doença na família mobiliza sentimentos positivos e negativos que precisam ser compreendidos pelos profissionais⁵. É necessário compreender o impacto da doença, considerando as condições emocionais, socioeconômicas e culturais dos pacientes e de seus familiares; nesse contexto que emerge a doença, e é com essa estrutura sociofamiliar que vão responder à situação de doença⁶. Assim, o cuidador deve ser acolhido nos momentos de sofrimento, dialogar sobre suas dúvidas, sentimentos, frustrações e impotência diante do sofrimento e da dor⁷. Conforme o desejo do cuidador, é importante que a equipe de enfermagem o apoie, utilizando a escuta dinâmica e a empatia para prestar-lhe um "bom cuidado"⁸. O cuidado compreensivo preconiza esforços no controle dos custos do tratamento, relação entre preparação e sobrecarga emocional, programas e sistemas de apoio^{8,9}. Observa-se que muitas vezes os cuidadores não são reconhecidos como pessoas passando por processo doloroso e que precisam de ajuda, apoio e orientação¹⁰. Manifestando o desejo de manter a pessoa, o cuidador vivencia situações de aprendizado sobre a doença e o cuidado; culpa relacionada ao cuidado, porque este demanda muita paciência; necessidade de obter forças externas, como a religiosidade, e relações de convívio^{11,12}. A complexidade desta assistência requer abordagem multidisciplinar, pois o adoecimento atinge dimensões biopsicossociais e espirituais.

CONCLUSÃO

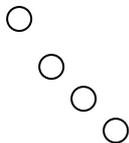


Em relação aos artigos analisados percebeu-se uma preocupação acerca dos profissionais de enfermagem quanto às necessidades biopsicossociais dos cuidadores para que estes não sejam sobrecarregados e possam manter uma vida de qualidade. No entanto, houve a identificação de deficiência nas publicações nacionais relativas ao tema e focada nas intervenções, programas e recursos tecnológicos que podem ser oferecidos às famílias. Espera-se que esta pesquisa seja o início de novos questionamentos e concepções para os demais profissionais da área da saúde, principalmente enfermeiros, fazendo com que os mesmos reflitam sobre a importância da família, levando em consideração que não só o doente, mas também a família necessitam de cuidados e assistência mediante suas necessidades emocionais e individuais.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Familiar; Apoio.

REFERÊNCIAS

1. Marques FRB, Matos PCB, Botelho MR, Marcon S SO câncer e as transformações no cotidiano do cuidador familiar. Anais Eletrônico, VII EPCC; CESUMAR, Editora CESUMAR, Maringá, Paraná, Brasil, 2011.
 2. Valduga EQ, Hoch VA. Um olhar sobre os familiares cuidadores de pacientes terminais. Unoesc e Ciencia-ACHS, Joaçaba, v. 3, n. p 15-32, jan./ jun. 2012.
 3. Bielemann VLM. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. Rev Bras Enferm, Brasília (DF). 2003; 56(2): 133-37.
 4. Wanderbroocke ACNS. (2002). Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer. Psico, 33(2), 401-412.
 5. Carvalho CSU. A necessária atenção a família do paciente oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.
 6. Carvalho CSU. A família e o paciente oncológico. Cad IPUB. 2007;(16):147-58.
 7. Takito DS, Lemonica L. Cuidados com o doente terminal: Considerações técnico-científico, ética e humanitária. Rev. Bras. Oncologia Clínica; 2004.
 8. Gil ME, Bertuzzi LD. Desafios para a psicologia no cuidado com o cuidador. Rev. Bioetica, 14 (1), 49-60; 2007.
 9. Scherbring M. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. Oncol Nurs Forum 2002; 29(6): 70-6.
 10. Beck ARM, Lopes MHBM. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade do cuidador. Rev Bras Enferm 2007; 60(6): 670-5.
 11. Barbieri AL, Machado AA, Figueiredo MAC. Estudo diferencial de crenças relativas aos cuidados domiciliares e à morte entre familiares de portadores de HIV/AIDS e Câncer. Psic. Saúde & Doenças 2005;6 (2):157-163.
 12. Silva CAM, Acker JIBV. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. Rev Bras Enferm 2007;60(2):150-4.
 13. International Association for Hospice & Palliative Care. The IAHPC Manual of Palliative Care. 2nd ed. Houston; 2008.
- Dietrich SHC, Honer MR, Miranda CRR, Furtado ER, Corrêa Filho RAC. Efeitos de um programa de caminhada sobre os níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. R. Bras. Ci e Mov. 2005; 13(4): 33-40.



A SAÚDE DA POPULAÇÃO EXPOSTA AO AMIANTO NA MINA DE SÃO FELIPE: PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE

Tamara Brito Viana¹, Obertal da Silva Almeida²

¹Unigrad

² Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

E-mail: tansande@gmail.com

Vitória da Conquista - Bahia - Brasil

Itapetinga - Bahia - Brasil

INTRODUÇÃO

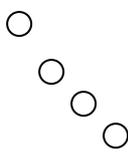
O Brasil apresenta enorme índice probabilístico de viabilizar a interação de potenciais contaminantes ambientais e a sociedade, pois é um país com crescente industrialização e que alberga riscos tecnológicos ambientais, vulnerabilidades sociais e técnicas, e agravantes relacionados à ocupação nas proximidades das lavras com potencial de adoecimento¹. Os problemas provocados pelo amianto estão primeiro em se fazer conhecer a sua nocividade carcinogênica, as fibras ao serem inaladas causam moléstias como a asbestose, placa pleural, mesotelioma sendo este um dos cânceres mais agressivos e fatais com períodos de latência que variam de quinze a quarenta anos². Diante dos fatos expostos surgiu o seguinte questionamento: quais os principais agravos à saúde da população exposta ao amianto da mina de São Félix em Bom Jesus da Serra? Com o objetivo geral de identificar os principais agravos à saúde da população exposta ao amianto. A exposição ao amianto exprime uma propensão ascendente e alarmante na aparição de doenças repercutidas no mundo inteiro. E devido ao seu grande período de latência, extração e beneficiamento em grande quantidade que o Brasil terá um pico de adoecimento entre o período de 2005 e 2015 onde os riscos se expandem para além das áreas restritas às minas e atingem as sociedades mais distantes causando efeitos danosos sobre a vida desses indivíduos³.

MATERIAL E MÉTODOS

O método abordado nessa pesquisa se classifica quanto aos procedimentos técnicos em estudo de caso, quanto aos objetivos em descritiva e exploratória e segundo a natureza se classifica como qualitativa. O estudo foi realizado com um morador do município de Poções e guia dos visitantes da Mina de São Félix em Bom Jesus da Serra/BA após uma visita técnica, ele é engajado na luta pelo banimento do amianto, participante de fóruns nacionais divulgando suas pesquisas por meio de palestras sempre que é convidado. A mina de São Félix possui uma área de 700 hectares pertencente ao município de Bom Jesus da Serra na região sudoeste da Bahia. A exploração da mina de São Félix ocorreu no período de 1937 a 1967 pela mineradora SAMA a qual foi embora sem prestar nenhuma assistência aos trabalhadores e a população adjacente à mina⁴. A identificação do sujeito da pesquisa será mantida em anonimato e denominaremos na pesquisa de "E". Os dados foram obtidos a partir de questões norteadoras que foram gravadas por aparelho de Mp3 as quais posteriormente vão ser analisados por meio da literatura, ressaltando que será mantido todo o sigilo e anonimato dos sujeitos da pesquisa por meio da autorização concedida pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido conforme estabelece e preconiza e resolução 466/12 do CNS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A OMS considera as fibras do amianto com alto poder cancerígeno em qualquer uma de suas formas nas quais são manipuladas. Algumas empresas fazem uso de compostos de fibrocimento no intuito de minimizar o potencial carcinogênico do amianto, no entanto é sabido que suas fibras mesmo em pequenas quantidades têm potencial patogênico comprovado e como é assim relatado pelo atual guia da Mina de São Félix, o senhor E: (...) "(...) a fibra uma vez alojada em nosso organismo, seja onde for, o câncer está garantido, é só uma questão de tempo". A Lei 9.055/95 regulamenta todo e qualquer tipo de extração, industrialização, comércio e traslado do asbesto independente da origem e veda qualquer tipo de extração e manuseio do amianto pertencente ao grupo dos anfibólios, pois estes são classificados como os mais agressivos⁵. E relata que: "(...) na mina de São Félix nunca teve anfibólio, porém a Mineradora SAMA diz que as doenças relacionadas ao amianto são doenças causadas pelos anfibólios, no entanto, nós temos muitos doentes aqui que nunca tiveram contato com os anfibólios". A ABREA ratifica dizendo que o amianto crisotila reflete em um grave problema de saúde pública para o Brasil e que morrem por ano em média 100 mil pessoas vitimadas pelo amianto e que as patologias mais apresentadas por pessoas expostas compreendem a asbestose e o mesotelioma que pode levar a morte em apenas nove meses após seu diagnóstico e que houve um



registro de 2,4 mil casos de mesotelioma nos últimos dez anos⁶; fato este corroborado por E: “(...) as doenças mais encontradas é a placa pleural, asbestose e alguns casos de mesotelioma”. No Brasil os mesoteliomas de pleura correspondem a 81% dos casos, de peritônio 15% além das neoplasias pericárdicas, de ovários e bolsa escrotal somando 4% além de outras manifestações relacionadas também da exposição que desencadearam cânceres de laringe, orofaringe, estômago, colo-retal e rins⁷.

CONCLUSÃO

Os dados que foram apresentados nessa pesquisa só comprova ainda mais os aspectos expostos pelos teóricos e pesquisadores, que as chamadas “doenças do amianto” estão com uma prevalência elevada e sempre seguida de novos casos entre os trabalhadores ocupacionalmente expostos e aos seus familiares e vizinhos. As empresas que extraem o minério relatam que existem meios seguros de utilização do amianto fazendo o uso controlado, no entanto esse é um marketing empregado pelas empresas apoiados por poderes constituídos para que os problemas causados pelo amianto se torne sempre invisível aos olhos de todos, sendo que os danos provocados se tornaram um problema de saúde pública que precisa de soluções urgentes.

PALAVRAS-CHAVE: Asbestos; Fibras Minerais; Asbestose.

REFERÊNCIAS

1. Moniz MA. Amianto, perigo e invisibilidade: percepção de riscos ambientais e à saúde de moradores do município de Bom Jesus da Serra/ Bahia. [Dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; 2010.
2. Lopes A CS, Saladini A. P. S. A saúde do trabalhador e a questão do amianto no Brasil. Revista Jurídica da UniFil 2011 1(1): 15:8.
3. Castro H, Giannasi F, Novelho C. A luta pelo banimento do amianto nas Américas: uma questão de saúde pública. Ciência e Saúde Coletiva 2003 8 (4): 248-9.
4. Lemes C. Vitória contra o amianto: Justiça decide a favor da vida e do meio ambiente. [Citado 2013 Maio 1] Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/voce-escreve/amianto-vitoria-em-defesa-da-vida-e-do-meio-ambiente.html>.
5. Brasil. Lei 9.055, de 01 de junho de 1995. Publicado no Diário Oficial da União em 02 de junho de 1995.
6. Abrea- Associação Brasileira de Expostos ao Amianto. O que é o amianto?Amianto no Brasil. Invisibilidade social das doenças. Documentos Resoluções e congressos. [Citado 2013 Ago 14] Disponível em: <http://www.abrea.com.br>.
7. Giannasi F. A construção de contrapoderes no Brasil na luta Contra o amianto: a globalização por baixo. Cadernos de Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente 2001 1(2):21-9.