

II Congresso Internacional Multidisciplinar em Oncologia – CIMO 2019

COORDENAÇÃO GERAL DO EVENTO

Alba Benemerita Alves Vilela

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO DE INFRAESTRUTURA

Cezar Augusto Casotti

Claudio Bispo de Almeida

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA

Adriana Alves Nery

Marcela Andrade Rios

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO DE SECRETÁRIA

Juliana da Silva Oliveira

Tatiane Oliveira de Souza Constâncio

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO DE DIVULGAÇÃO

Ícaro José Santos Ribeiro

Ivna Vidal Freire

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO FINANCEIRA

Alba Benemerita Alves Vilela

Clarice Alves dos Santos

Saulo Vasconcelos Rocha

COORDENAÇÃO DA COMISSÃO DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÃO

Claudia Ribeiro Santos Lopes

Jessica Cerqueira

Editorial

Entre el 16 y 19 de octubre se celebró el II Congreso internacional multidisciplinar de oncología y II simposio de bioética del sudoeste de Bahía, organizado por el Programa de Pos-graduación en Enfermería y salud, dependiente de la Universidad Estadual del sudoeste de Bahía.

El evento contó con destacados profesionales de todo el país y un invitado internacional, quien escribe.

Fue de sumo placer para mí observar cómo la universidad se integra junto a la comunidad en un tema tan importante como el tratamiento de los pacientes con cáncer. La organización de las conferencias permitió una visión muy clara de cómo el estado de Bahía en particular y la región en general afronta este flagelo interactuando y formando una red interconectada: gobierno-profesional y profesional-paciente.

El evento comenzó el día 16 con el II simposio de bioética de la región del sudeste de bahía donde se abordó la influencia y aplicación de las reglamentaciones de bioética en la práctica clínica y la investigación. Un capítulo muy importante de este simposio tuvo como protagonista la espiritualidad, su rol en el paciente oncológico y las evidencias científicas de su influencia.

El congreso Interdisciplinar de oncología abrió sus sesiones con una actualización de la epidemiología del cáncer en la región y, en relación a esto, la formación de redes de atención. Se resaltó la importancia fundamental del correcto armado y funcionamiento de estas redes para el diagnóstico y tratamiento rápido y certero del paciente oncológico. Se realizó también una actualización de las distintas metodologías de diagnóstico, desde las más básicas a las de última generación destacando la importancia de cada una de ellas. Quedó claramente probado que tanto el examen físico con tecnologías clásicas, como las reacciones genético-moleculares son fundamentales en el diagnóstico y pronóstico oncológico. En este contexto, la Secretaría de Salud del Estado de Bahía (SESAB) expuso las nuevas tecnologías disponibles regionalmente para la asistencia a pacientes oncológicos. Se dedicó también una serie de palestras para analizar las consecuencias de la detección precoz del cáncer. En especial cáncer de cuello uterino, mama, próstata y cáncer bucal.

Se destacó también un tema sumamente relevante, los cuidados paliativos y el paciente con cáncer avanzado. La conformación de los equipos necesarios, y la actuación de éstos en Brasil. También pudimos analizar la legislación presente en Argentina, cómo se creó, su implementación y el estado actual. Todo esto en un marco comparativo muy interesante donde pudimos contrastar diferentes aspectos de ambos países.

En general y a lo largo de todo el congreso, los asistentes aportaron sus experiencias e inquietudes, participando activamente al final de cada conferencia lo cual hizo aún más interesante las exposiciones.

Cabe destacar la importancia de este tipo de eventos, no solamente en la formación y perfeccionamiento de los profesionales que se nutren interaccionando con los expositores, sino también en la formación de los alumnos universitarios. Personalmente tuve la oportunidad de interactuar con integrantes de una ONG dedicada al cuidado de pacientes con cáncer, y fue sumamente enriquecedor el intercambio de opiniones.

El congreso se desarrolló con una gran armonía y muy buena camaradería entre los participantes, eventos de este tipo son de gran ayuda y suma importancia tanto regional, nacional e internacionalmente en la dura lucha contra el cáncer.

Prof. Dr. Osvaldo Alejandro Laudicina
Universidad Nacional de San Martín – Buenos Aires

CUIDADOS PALIATIVOS EM COMUNIDADE RURAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Tatiana Almeida Couto, Rose Manuela Marta Santos, Sérgio Donha Yarid, Rudval Souza da Silva, Alba Benemérita Alves Vilela, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: rosemanuelamarta@gmail.com

INTRODUÇÃO

O número de neoplasias tem crescido ao longo dos anos e já ocupa a segunda causa de morte nos Estados Unidos e a terceira no Brasil e constitui-se como um desafio para a saúde pública. Porém, com a oferta de novos métodos de diagnosticar o câncer e também as novas terapêuticas podem garantir um maior tempo de sobrevida aos pacientes¹.

No entanto, apesar da existência de Unidades de saúde em zona rural para ofertar assistência de forma preventiva e cuidados contínuos em sua área de abrangência, existe ainda algumas dificuldades na consolidação da atenção à saúde neste âmbito. Tais dificuldades direcionam-se a dinâmica do ambiente rural, o isolamento dos profissionais das equipes de saúde, falta de educação continuada e acesso limitado às comunidades².

Dessa forma, faz-se necessário uma abordagem integral e interdisciplinar para garantir a assistência eficiente e eficaz, além do planejamento de estratégias para solucionar os entraves existentes nos cuidados contínuos, principalmente na finitude da vida^{2,3}.

Assim, ressalta-se a importância desta pesquisa, visto que são escassos os as publicações que abordam a temática de cuidados paliativos em comunidade rural, principalmente pelas dificuldades encontradas no acesso a este cenário. E tem como objetivo analisar os cuidados paliativos em comunidade rural.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa consiste em uma revisão de literatura realizada por meio do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e da Scopus, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Cuidados Paliativos”, “Equipe de Assistência ao Paciente” e combinados com o operador booleano “AND”. A realização da pesquisa ocorreu no período de setembro a outubro de 2016.

Para a coleta de dados foram utilizados os critérios de inclusão: estudos originais, publicados entre 2012 e 2016, com texto completo disponível, que documentassem a perspectiva de cuidados paliativos no contexto do ambiente domiciliar, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos de reflexão, revisão sistemática, integrativa e bibliográfica e artigos em duplicidade.

A princípio foram encontrados 1.359 artigos, que após serem empregados os critérios de inclusão e exclusão, restaram 28 artigos. Assim, após uma leitura minuciosa dos títulos e resumos foram selecionados seis artigos para composição do *corpus* de análise. Neste estudo foi apresentado um recorte da pesquisa sobre os cuidados paliativos e a comunidade de zona rural.

Os dados foram analisados segundo a perspectiva da análise temática e perpassou pelas etapas de pré-análise, exploração, categorização, codificação do material e interpretação dos dados⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos estudos analisados foram destacados aspectos importantes a serem gerenciados na atenção à saúde na finitude da vida em área rural, tais como: os sintomas, o apoio psicossocial e espiritual, os cuidados avançados, o planejamento de ações, principalmente a logística de deslocamento, além da educação em saúde realizada com os familiares. Ademais, a utilização de protocolo firmado pela equipe no atendimento paliativo se mostra eficaz, pois além de verificar os aspectos de acompanhamento no processo de morte, também oferece aos familiares uma visita imediatamente após a morte e uma visita no primeiro e no terceiro mês após a morte⁵.

Evidenciou-se também características dos profissionais da equipe de saúde com os cuidados paliativos em comunidade de zona rural que favorecem ao cuidado, como o compromisso, a organização da composição da equipe, boa comunicação, cooperação

entre os membros, planejamento para as mudanças percebidas de forma a possibilitar a autonomia e respeito².

Entretanto, verificou-se que as dimensões continentais do Brasil e as desigualdades sociais existentes constituem-se como dificuldades para a organização dos modelos de atenção, principalmente no que se refere aos aspectos do acesso em âmbito rural. Assim, a atenção em domicílio que se apresenta atualmente como estratégia de redução de custo em ambiente hospitalar, tem o apoio das equipes de cuidado domiciliar e também da equipe de Saúde da Família⁶.

Neste contexto, destaca-se que o acesso aos cuidados paliativos no Brasil ainda se constitui como um entrave, pois muitos evoluem ao óbito antes de conseguirem acesso à assistência de especialista em âmbito urbano⁷ e, considerando a dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde na zona rural, faz-se necessária a implementação de linhas de cuidado, principalmente no que se refere aos cuidados paliativos⁸.

CONCLUSÃO

Algumas dificuldades são encontradas na atenção à saúde da comunidade de zona rural, principalmente em cuidados paliativos que necessitam de ações contínuas. Há entraves no acesso ao nível primário como também aos cuidados de maior complexidade. No entanto, verificou-se aspectos importantes a serem adotados pelos profissionais no processo de gerenciamento do cuidado em saúde na comunidade rural, que perpassa desde a logística de deslocamento e acesso, pelo perfil profissional e planejamento da equipe até o cuidado na finitude da vida, para que haja uma assistência integral e resolutive.

Faz-se necessário novas pesquisas sobre os cuidados paliativos em comunidade de zona rural, principalmente por essa ser uma população que tem acesso limitado aos serviços de saúde. Ademais, há necessidade de educação continuada, de forma a capacitar os profissionais para implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos.

DESCRITORES: Cuidados Paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente; Saúde da População Rural.

REFERÊNCIAS

1. Munhoz BA et al. De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. *Einstein* 2014;12(4):485-91.
2. Gaudet A, Kelley ML, Williams AM. Understanding the distinct experience of rural interprofessional collaboration in developing palliative care programs. *Rural and Remote Health* 2014; 14(2): 2711.
3. Souza JM, Alves ED. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. *Rev enferm UFPE on line* 2015; 9(2):669-76.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª reimpressão da 1ª Edição. São Paulo: Edições 70, 2011.
5. Pesut B, Hooper BP, Robinson CA, Bottorff JL, Sawatzky R, Dalhuisen M. Feasibility of a rural palliative supportive servisse. *Rural and Remote Health* 2015; 15(2):3116-32.
6. Ministério da Saúde (MS). Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Santos Junior AG, Santos FR, Pessalacia JR. Desafios para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. *Rev enferm UFPE on line* 2016; 10(7):2708-19.
8. Silva CP, Santos ATC dos, Silva RP da, Andrade JD de, Almeida LM de. Significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2016; 62(3):225-35.

SIGNIFICADO DOS CUIDADOS PALIATIVOS EM DOMICÍLIO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Tatiana Almeida Couto, Rose Manuela Marta Santos, Sérgio Donha Yarid, Rudval
Souza da Silva, Alba Benemérita Alves Vilela, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
tatiana_almeidacouto@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, nas últimas décadas, houve um crescimento considerável em biotecnologias que oferecem aos usuários diagnósticos sofisticados e terapêuticos mais precisos, que promovem o prolongamento da vida. Esta evolução impactou no processo de transição demográfica e epidemiológica, e conseqüentemente também no aumento de doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes¹.

Neste sentido, diante da estimativa de crescimento da população que necessitará de cuidados contínuos e de fim da vida, a atenção à saúde deve orientar-se quanto a oferecer uma assistência voltada para o cuidado em domicílio. Assim, nesse momento de vida de pacientes que se encontram com prognóstico patológico sem perspectivas de cura, uma nova terapêutica deverá ser aplicada e, neste caso, são priorizados os cuidados paliativos^{2,3}.

Desta forma, após anos de prática de cuidados ao final da vida sem um conceito definido aconteceram avanços nesta área, principalmente no que tange à formulação de um modelo específico de atenção que foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002 como Cuidados Paliativos⁴.

Assim, ao observar o contexto familiar, bem como as singularidades que cada ambiente de cuidado necessita, a qualidade da assistência reforça os laços dos cuidadores, inspira confiança e acolhida dos sentimentos que cercam os cuidados paliativos⁵.

Diante do exposto, este estudo objetiva descrever o significado dos cuidados paliativos em ambiente domiciliar.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura realizada em setembro e outubro de 2017, baseada na consulta nas bases de dados do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scopus. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: “Cuidados Paliativos”, “Equipe de Assistência ao Paciente” e combinados com o operador booleano “AND”.

Os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados, inicialmente, a partir da leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, a partir da leitura na íntegra, sendo utilizados como critérios de inclusão: estudos originais, publicados entre 2012 e 2016, com texto completo disponível, que documentassem a perspectiva de cuidados paliativos por equipe interdisciplinar, no contexto do ambiente domiciliar, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos de reflexão, revisão sistemática, integrativa e bibliográfica e artigos duplicados.

Foram encontrados 1359 artigos, destes foram selecionados 28 artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão, chegando-se a seis artigos após análise interpretativa, os quais possibilitaram evidenciar um *corpus*. Sendo apresentado neste estudo um recorte sobre as práticas de cuidados paliativos em ambiente domiciliar.

Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, contemplando três etapas: pré-análise; exploração do material com a categorização e codificação dos dados e tratamento e interpretação desses dados⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em estudo realizado com membros da equipe de cuidados paliativos foi verificado o significado dos cuidados paliativos para a qualidade da sobrevivência do paciente oncológico e percebeu-se que apesar dos conceitos enunciados sobre a sobrevivência ao câncer originarem do modelo biomédico, tais sentidos e significados demonstram uma expectativa que transcende os seus limites, e instaura-se uma busca que, ainda ao seu modo técnico, tenta resgatar a dignidade do paciente e a significação existencial da sua trajetória social e individual. E em relação ao significado da palição, há uma necessidade de adequação às atuais linhas de cuidado com um novo modelo de atenção em cuidados paliativos, para que tal prática não seja fragmentada e, assim,

possibilitar que sejam realizadas pelas equipes uma assistência em palição integrada e humanizada⁷.

O cuidado paliativo perpassa por diversos aspectos na vida do paciente e também na vida dos familiares e, para que a assistência da equipe interdisciplinar seja satisfatória, é necessário que os profissionais observem as particularidades existentes em cada ambiente de cuidado no domicílio. Para tanto, os profissionais envolvidos no cuidado devem ter olhar sensível às condições sociais, econômicas, às concepções e às crenças da família e estejam preparados para todas as nuances do cuidado paliativo em domicílio^{5, 8}.

Neste contexto, com o objetivo de interpretar os significados da morte por equipes de cuidados paliativos em âmbito domiciliar, estudo demonstra que o momento do cuidado paliativo propicia reflexões sobre as crenças e a interpretação da morte por todos os envolvidos no cuidado, pois possibilita momentos que os familiares, o paciente e até os profissionais expressem sentimentos. Ainda revela que tais cuidados favorecem a compreensão da morte pelos profissionais⁹.

CONCLUSÃO

O cuidado paliativo perpassa por crenças religiosas, valores e experiências prévias da morte, além de oportunizar a expressão de sentimentos de pacientes, familiares e profissionais. E nesse processo, faz-se necessário o conhecimento por esses indivíduos sobre os princípios dessa assistência e a composição da rede de apoio.

Nesta perspectiva, é importante que os profissionais estejam capacitados para a assistência em cuidados paliativos no domicílio, mas também, há necessidade da complementação da política nacional de cuidados paliativos, abrangendo as linhas de cuidado e de instrumentalização das equipes.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Integralidade em Saúde; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc saúde coletiva 2013; 18(9):2577-88.

2. Baliza MF, Bousso RS, Spineli VMCD, Silva L, Poles K. Cuidados paliativos no domicílio: percepção de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Acta Paul Enferm. 2012; 25(Número Especial 2):13-8.
3. Sousa JM, Alves ED. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. Rev Enferm UFPE on line 2015; 9(2):669-76.
4. Silva AAN, Arrais AR. O luto complicado diante da finitude de idoso hospitalizado: um alerta à equipe de saúde. Rev Kairós 2015; 18(2):247-64.
5. Soratto MT. As dificuldades de enfrentamento do familiar de paciente em cuidados paliativos. Saúde Rev. 2013; 13(34):7-17.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª reimpressão da 1ª Edição. São Paulo: Edições 70, 2011.
7. Silva CP, Santos ATC dos, Silva RP da, Andrade JD de, Almeida LM de. Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevida do Paciente Oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia 2016; 62(3):225-35.
8. Schmelting CM, Hoepfner Júnior H, Haubricht A, Nery SA, Reinert TS. Avaliação de risco à segurança do paciente no domicílio. In: Revista Brasileira de Atenção Domiciliar. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – NADI. Editora Setembro 2017; n.3.
9. Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. Cienc Cuid Saude 2012; 11(supl.):31-38.

CÂNCER DE MAMA E GENÉTICA: VARIANTES PORLIMORFICAS, PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Karla Karoline dos Santos Neri¹, Jamille Silva Oliveira²

¹Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde

²Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB. Email: oliveira.j.s@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A cada ano aproximadamente mais de 7 milhões de pessoas morrem devido ao câncer¹, em 2018 o câncer de mama (CaM) feminino correspondeu a 29,5% dos casos novos no Brasil². O CaM é uma doença multifatorial caracterizadas por envolver fatores genéticos e ambientais. Com base nisso sabe-se que o fator genético mais relevante é a alteração de genes supressores de tumor (*BRCA1*, *BRCA2* e *p53*)³. E entre os casos de CaM, cerca de 5% a 10% estão associados às mutações hereditárias nos *BRCA1* e *BRCA2*⁴.

A cada dia novos testes e tecnologias moleculares são desenvolvidos e aplicados no diagnóstico e triagem do câncer, que abrange não só a análise molecular individual como também o grupo familiar para identificar uma condição hereditária⁵. Atualmente as pesquisas focam em técnicas mais específicas e uma delas é a medicina personalizada, caracterizada por uma compreensão molecular da doença, o que gerou novas intervenções preventivas e terapêuticas mais eficazes⁶.

Considerando a relevância do tema e, principalmente, a quantidade de pessoas diagnosticadas anualmente com CaM é importante a análise de publicações atuais para identificar um parâmetro das bases genéticas recém-descobertas. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar as novas variantes genéticas que participam do desenvolvimento do câncer de mama e verificar a contribuição dos polimorfismos genéticos no diagnóstico e na medicina personalizada, através da análise de produção científica atual.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa que visa contribuir na compreensão do questionamento: há novas variantes genéticas que influenciam no desenvolvimento do câncer de mama e qual a contribuição da identificação genética no diagnóstico e na aplicação da medicina personalizada? Assim para selecionar os artigos que abordam sobre esse assunto realizou-se buscas nas bases: PubMed Central® (Medline®), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

As buscas foram realizadas utilizando os termos, com suas traduções de acordo com as exigências de cada base: Câncer de Mama; Genes; Teste genético; Medicina personalizada. A pesquisa utilizou a palavra “câncer de mama” cruzada com cada uma das outras palavras-chave, aplicando o operado booleano “AND” para acrescentar e associar o maior número de estudos a respeito do tema.

Os critérios de inclusão foram: publicações do período de 2014 a 2018 que respondesse à questão norteadora, disponíveis e originais. E após a leitura do título, palavras-chave e/ou resumo, como método de exclusão, foram eliminados os artigos incoerentes ou que não conciliavam com o objetivo do trabalho, além de revisões, teses, dissertações e monografias. Após a seleção, realizou-se a leitura na íntegra e análise dos dados de nove artigos que atenderam aos critérios estabelecidos nessa pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar da quantidade de trabalhos que relacionam o gene da *p53* com o câncer, algumas pesquisas não identificam essa associação entre o genótipo *p53* e o desenvolvimento do câncer de mama, como a realizada na população nordestina, fato que pode ser resultado de uma alta predominância de heterogeneidade⁷.

Além dos genes já conhecidos outros foram investigados em relação ao CaM. Dentre os observados o *CYP1A1* aumentou a predisposição de CaM em mulheres com a menarca mais precoce⁸. Enquanto, o gene *PIK3CA* apresentou maior taxa de mutação somática em tumores ER (receptor de estrogênio) positivos em idosos⁹. E o gene *TP53* exibiu mutação somática entre 20 a 30% em pacientes com idade de 30 a 59 anos⁹.

Os testes de mutação *BRCA1/2* são um bom método de rastreamento para o CaM, como os avaliados na população colombiana, os quais criaram o “Perfil Colômbia” a partir de 43 mutações deletérias¹⁰. Além disso, o teste *BRCA1/2* também tem um papel

importante para pacientes com o câncer de mama triplo negativo (TNBC) sem histórico familiar¹¹.

Contudo, quando mutações nos genes *BRCA1/2* não são identificadas o conhecimento sobre os riscos deve ser obtido através da aprovação em painel de testes envolvendo outros genes¹². A compreensão clínica de novos achados genéticos pode agilizar com a autorização do uso moderado dos dados dos testes em painel¹³. Assim, muitos genes são constantemente pesquisados como os genes *MRE11A*, *RAD50* e *NBN* que possuem predisposição ao CaM com risco intermediário, justificando sua inclusão em testes genéticos de suscetibilidade¹⁴.

Porém, é necessário que médicos e geneticistas analisem a atual falta de estimativas de penetrância para outros genes de suscetibilidade no painel de testes¹¹. Para atingir o poder preditivo ideal é preciso reconhecer os efeitos conjugados de todos os alelos associados ao câncer de mama. Assim, as informações oriundas do sequenciamento do genoma como as estratégias preventivas personalizadas do CaM podem gerar benefícios na prevenção¹⁵.

CONCLUSÃO

Diante da análise dos estudos observou-se a diversidade de polimorfismos analisados quanto a sua relação com o CaM. Essa variedade e quantidade pesquisada ainda não são suficientes para determinar a suscetibilidade ao câncer de mama, mas permitirão a exclusão ou confirmação de parte dos mecanismos genéticos e suas interações moleculares. Além do mais as informações geradas por essas pesquisas genéticas estão cada vez mais sendo aplicadas em diversos contextos e áreas da medicina (medicina personalizada), seja no diagnóstico, no tratamento, no prognóstico etc. Assim, evidencia-se a importância de mais trabalhos que investiguem a influência de variantes polimórficas no desenvolvimento do câncer de mama.

DESCRITORES: Câncer de mama; Polimorfismo Genético; Teste de Predisposição Genética; Medicina personalizada.

REFERÊNCIAS

1. de Souza NHA, Falcão LMN, Nour GFA, Brito JO, Castro MM, de Oliveira MS. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste Brasileiro. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*. 2017;16(2).

2. INCA. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
3. Moura-Gallo CVD, Simão TDA, Ribeiro FS, Andrada-Serpa MJ, Cardoso LEB, Mendonça GA. Mutações no gene TP53 em tumores malignos de mama: associação com fatores de risco e características clínico-patológicas, inclusive risco de óbito, em pacientes residentes no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2004;7:167-75.
4. de Matos MMF, Mori LJ, de Barros ACS. Planejamento familiar em mulheres de alto risco de câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2008;54(4):359-65.
5. Amendola LCB, Vieira R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(4):325-30.
6. Weitzel JN, Blazer KR, MacDonald DJ, Culver JO, Offit K. Genetics, genomics, and cancer risk assessment: state of the art and future directions in the era of personalized medicine. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2011;61(5):327-59.
7. Ramalho EA, Silva-Filho JL, Cartaxo MF, Cavalcanti CB, Rêgo MJ, Oliveira MB, et al. Assessment of changes in the brca2 and p53 genes in breast invasive ductal carcinoma in northeast Brazil. *Biological research*. 2014;47(1):3.
8. Oliveira CBMD, Cardoso-Filho C, Bossi LS, Lourenco GJ, Costa-Gurgel MS, Lima CSP. Association of CYP1A1 A4889G and T6235C polymorphisms with the risk of sporadic breast cancer in Brazilian women. *Clinics*. 2015;70(10):680-5.
9. Encinas G, Maistro S, Pasini FS, Katayama MLH, Brentani MM, Bock GHd, et al. Somatic mutations in breast and serous ovarian cancer young patients: a systematic review and meta-analysis. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2015;61(5):474-83.
10. Briceño-Balcázar I, Gómez-Gutiérrez A, Díaz-Dussán NA, Noguera-Santamaría MC, Díaz-Rincón D, Casas-Gómez MC. Mutational spectrum in breast cancer associated BRCA1 and BRCA2 genes in Colombia. *Colombia Médica*. 2017;48(2):58-63.
11. Couch FJ, Hart SN, Sharma P, Toland AE, Wang X, Miron P, et al. Inherited mutations in 17 breast cancer susceptibility genes among a large triple-negative breast cancer cohort unselected for family history of breast cancer. *Journal of clinical oncology*. 2015;33(4):304.
12. Vidal SR, Hawrysh A, Walia JS, Davey S, Feilotter H. Eligibility criteria and genetic testing results from a high-risk cohort for hereditary breast and ovarian cancer syndrome in Southeastern Ontario. *The Journal of Molecular Diagnostics*. 2016;18(3):362-9.
13. Thompson ER, Rowley SM, Li N, McInerney S, Devereux L, Wong-Brown MW, et al. Panel testing for familial breast cancer: calibrating the tension between research and clinical care. *Journal of clinical oncology*. 2016;34(13):1455-9.
14. Damiola F, Pertesi M, Oliver J, Le Calvez-Kelm F, Voegelé C, Young EL, et al. Rare key functional domain missense substitutions in MRE11A, RAD50, and NBN contribute to breast cancer susceptibility: results from a Breast Cancer Family Registry case-control mutation-screening study. *Breast Cancer Research*. 2014;16(3):R58.
15. Sieh W, Rothstein JH, McGuire V, Whittemore AS. The role of genome sequencing in personalized breast cancer prevention. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2014;23(11):2322-7.

MORBIDADE HOSPITALAR POR CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL NO ANO DE 2018

Munique Caroline Pereira Valasques, Taynnan Oliveira Damasceno, Beatriz Oliveira Xavier, Manuela de Jesus Silva, Talita Caroline Souza Santos, Thainan Alves Silva

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: munique_carolane@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR) é uma neoplasia que acomete o intestino grosso (cólon) e reto. Trata-se de uma patologia multifatorial influenciada por fatores ambientais, genéticos e estilo de vida, e atualmente é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em países, como o Brasil, os Estados Unidos e em alguns países da Europa^{1,2,3}.

A identificação precoce do CCR é uma estratégia para diagnosticar o tumor na fase inicial, e assim possibilitar maior chance de tratamento e cura. Os tumores de cólon e reto podem ser detectados precocemente através de dois exames principais, sendo a pesquisa de sangue oculto nas fezes e endoscopia (colonoscopia ou retossigmoidoscopias). A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que os países com condições de garantir a confirmação diagnóstica, referência e tratamento, realizem o rastreamento do câncer do cólon e reto em pessoas acima de 50 anos⁴.

Entretanto, apesar da importância de prevenção e do diagnóstico precoce do CCR, a população encontra dificuldade quanto à realização dos exames complementares de maior complexidade para o diagnóstico e tratamento, aumentando assim as internações hospitalares. Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a morbidade hospitalar por câncer colorretal no Brasil no ano de 2018.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de natureza quantitativa, análise descritiva, realizado com base em dados secundários oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no mês de setembro de 2019.

A partir dos SIH-SUS foram coletados os dados referentes às internações decorrentes de neoplasias malignas do cólon, junção retossigmóide, reto, ânus e canal anal no ano de 2018, cuja Classificação Internacional de Doenças (CID 10) compreende os códigos C-18, C-19, C-20 e C-21. O período de estudo foi definido por se tratar do ano completo com dados mais atuais disponibilizados pelo DATASUS.

Para realizar a coleta de dados, foi definido o local de internação como critério de seleção. Os dados utilizados aludem à morbidade por neoplasia maligna do cólon, junção retossigmóide, reto, ânus e canal anal no Brasil, faixa etária e sexo.

Os dados foram aproximados para a casa decimal mais próxima e os campos denominados “ignorados” pelo sistema de informação não foram utilizados na análise da variável faixa etária.

Para a realização desse estudo, não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que foram utilizados dados secundários, de domínio público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Muitos estudos epidemiológicos adotam o termo câncer colorretal (CCR) como aquele que acomete o cólon, a junção retossigmóide, o reto, o ânus e o canal anal⁵. Embora o SIH-SUS não adote essa nomenclatura para os tumores supracitados, será utilizado o termo CCR nesse estudo por esta ser uma nomenclatura disseminada no âmbito nacional e utilizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA).

No período estudado registrou-se 30.391 internações hospitalares por CCR no Brasil. A análise da morbidade por essa condição, segundo faixa etária, demonstrou que houve uma menor prevalência em indivíduos com idades entre 5 a 9 anos (0,016%) e uma maior prevalência em indivíduos com idades entre 60 a 69 anos (29,91%). Os dados referentes à variável sexo, indicam que os homens são mais acometidos por esse tipo de neoplasia quando comparado às mulheres, representando 51,82% das internações.

De acordo com a literatura, o CCR é mais expressivo em indivíduos com idade acima dos 50 anos, acometendo menos de 10% da população abaixo dessa faixa etária⁶. Essa informação corrobora com os achados do presente estudo, uma vez que os indivíduos mais acometidos tinham idade acima de 60 anos. Nesse sentido, pesquisas revelam que após a instalação da doença, o quadro clínico desses tipos de cânceres é mais bem caracterizado em pessoas com mais de 50 anos⁷.

O INCA avaliou a incidência do CCR segundo sexo e estimou para cada ano do biênio 2018-2019 no Brasil, 17.380 casos novos em homens e 18.980 em mulheres⁸. De modo geral, vários autores relatam discreto predomínio do sexo masculino quanto ao número de casos por CCR⁵, o que converge com os resultados encontrados no presente estudo.

Contudo, outros estudos avaliando morbimortalidade por CCR em ambos os sexos no Brasil, verificou que o sexo feminino foi o mais acometido nas regiões Norte (55,86%), Nordeste (55,44%) e Sudeste (51,16%), o que permite inferir que não existe um sexo universalmente mais acometido⁹.

CONCLUSÃO

A pesquisa apresentou as características sociodemográficas sobre a morbidade hospitalar por CCR no Brasil no ano de 2018, demonstrando que os homens em idades acima de 60 anos são os mais atingidos, ainda que não exista uma diferença muito acentuada quando comparado às mulheres.

Orientações sobre a importância do estilo de vida e a execução do rastreamento precoce são necessárias para evitar um diagnóstico tardio e, conseqüentemente, promover redução de complicações.

O estudo sobre o CCR tem grande importância epidemiológica devido ao aumento crescente nos índices de morbimortalidade. Assim, o monitoramento dessas taxas permite estabelecer um perfil desse tipo de câncer e a população que mais é acometida, tornando-se condição substancial para o enfrentamento dessa patologia, visto que favorece a elaboração de estratégias e implementação de programas direcionados.

DESCRITORES: Morbidade; Internação hospitalar; Neoplasia; Câncer colorretal.

REFERÊNCIAS

1. Chan AT, Giovannucci EL. Primary prevention of colorectal cancer. *Gastroenterology*. 2010; 138(6): 2029-2043.
2. Creuz D et al. Análise comparativa das indicações e achados colonoscópicos em pacientes menores e maiores de 50 anos. *Rev. Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2016.
3. Marley AR, Nan H. Epidemiology of colorectal cancer. *Int J Mol Epidemiol Genet*. 2016; 7(3): 105-114.
4. Ministério da Saúde (BR). INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. Câncer de intestino. [acesso em: 30 de set 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>
5. Facina TE. A incidência de câncer no Brasil. *Rev. bras. cancerologia*, 2011; 57(4), 557.
6. Gomes CIMR et al. Estudo sobre a acurácia da colonoscopia na detecção do câncer colorretal. *Rev. Med. Minas Gerais*, 2013; 23(3): 307-310.
7. Silva CPD et al. A importância da alimentação na prevenção do câncer colorretal. Recife. *Revista De Trabalhos Acadêmicos-Universo*. 2014; 1(1).
8. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Cancer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
9. Menezes CCS et al. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. *Rev. bras. em promoção da saúde*. 2016; 29(2).

INTERNAÇÕES HOSPITALARES E ÓBITOS POR NEOPLASIAS ORAIS NO BRASIL

Yvina Santos Silva, Matheus Soledade Carvalho Santos, Bruna Borges Nery, Jennifer Santos Pereira, Wagner Couto Assis, Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. E-mail: yvina95@gmail.com

INTRODUÇÃO

A patologia do Câncer (CA) é uma das principais causas de óbitos em escala mundial, constituindo-se como um problema de saúde pública, devido aos impactos sociais, econômicos e psicológicos¹. No Brasil, segundo dados do INCA – Instituto Nacional de Câncer, 600 mil novos casos estão previstos para o ano de 2018- 2019².

Dentre as neoplasias, destacam-se as neoplasias orais, que são consideradas como as doenças que acometem as regiões de lábio, cavidade oral e faringe, afetando em alto grau a qualidade de vida dos pacientes, levando ao óbito cerca de 50% dos acometidos³.

Segundo Perea (2018), a tendência de mortalidade devido a essa doença varia segundo a região⁴. Na Europa, as taxas de mortalidade de CA oral vêm diminuindo desde a década de 1970, enquanto em diversos países da América Latina, como o Brasil, essas taxas vêm aumentando desde a década de 1980⁵.

O tratamento e seus efeitos colaterais podem aumentar as internações hospitalares. Assim, se faz necessário verificar as taxas de internações por CA oral a fim de buscar novas ferramentas que permitam a redução de custos para o sistema de saúde⁶.

Os estudos epidemiológicos permitem gerar novas hipóteses para implementações políticas, além de elaborar planejamentos de ações preventivas e de controle da doença⁷. Sendo assim, o objetivo desse estudo é descrever as internações hospitalares e óbitos por neoplasias orais no Brasil, no período compreendido entre janeiro de 2008 a julho de 2019.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de série histórica, realizado com dados secundários obtidos a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

Selecionou-se o Brasil como cenário de estudo, composto por cinco regiões dispostas a seguir, com suas respectivas populações: Norte - 18.182.253, Nordeste - 56.760.780, Sudeste - 87.711.946, Sul - 29.754.036 e Centro-Oeste -16.085.885⁸. Segundo IBGE, o país possui 208.494.900 habitantes, distribuídos em uma extensão territorial de 8.515.759,090 km².⁹

A escolha do período janeiro de 2008 a julho de 2019 ocorreu pela disponibilidade desses dados no DATASUS no momento da coleta, em setembro de 2019.

Assim, foram determinados os casos de neoplasias malignas de lábio, cavidade oral e faringe (CID C00-C14), e correlacionados com as internações hospitalares, bem como óbitos de acordo com o local de internação, regiões brasileiras e sexo.

As informações foram analisadas por meio da estatística descritiva, de forma quantitativa, e dispostas em tabelas. Devido ao desenho do estudo, dispensou-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados encontrados, entre janeiro de 2008 e julho de 2019, houveram 304.344 internamentos hospitalares por neoplasias orais, em todo Brasil, e desses, 34.644 (11,3%) evoluíram ao óbito. A região Sudeste se destaca por ter o maior número de internamentos hospitalares, 137.874 (45,3%), seguida da região Nordeste, com 73.844 (24,2%).

No que se refere aos óbitos por neoplasias orais, a região Sudeste ainda se destaca, 17.248 (49,7%). Em segundo lugar, a região Nordeste contando com 7.296 (21,05%) óbitos. Dos 45,3% dos internamentos por neoplasias orais, na região Sudeste, cerca de 12,5% evoluíram para o óbito e na região Nordeste, entre os 24,2% dos internamentos, 9,8% progrediram à óbito.

Em relação ao sexo, pôde-se evidenciar que os homens ocupam a maior parte dos internamentos por câncer de lábio, cavidade oral e faringe, 217.173 (71,3%) seguido do maior número de óbitos 26.070 (75,2%).

Um estudo retrospectivo realizado entre 2000 e 2006, que buscou identificar os pacientes com câncer de boca e cabeça e pescoço, atendidos em um hospital universitário, obteve como resultado em relação ao gênero, que há maior incidência em homens,¹⁰ assim como a tendência do Brasil 2008-2019.

As altas taxa de óbitos deste tipo de câncer podem estar associadas ao diagnóstico tardio da lesão e demora no início do tratamento. Entretanto, as neoplasias orais são de fácil diagnóstico, dependendo da localização da lesão, realizado por inspeção visual da cavidade oral por profissional de saúde ou pelo próprio indivíduo¹¹.

O diagnóstico precoce e o acesso ao tratamento são essenciais para um bom prognóstico, pois lesões com menos de 2cm de extensão, ao diagnóstico, possuem taxa de sobrevivência de mais de 90%. Dessa forma, com o diagnóstico precoce, a taxa de internamento e óbitos pode diminuir¹².

CONCLUSÃO

Conforme os achados, no período pesquisado, houveram 304.344 internamentos hospitalares por neoplasias orais, em todo Brasil, desses, 34.644 (11,3%) evoluíram ao óbito. Os homens ocupam a maior parte dos internamentos e óbitos por câncer de lábio, cavidade oral e faringe, 217.173 (71,3%), 26.070 (75,2%), respectivamente.

Portanto, diante do exposto, com o diagnóstico precoce, o índice de internações e óbitos podem diminuir, evitando gastos onerosos com internações, bem como tratamentos e sequelas físicas e psicológicas, para o SUS.

DESCRITORES: Neoplasia Oral; Internação Hospitalar; Óbito.

REFERÊNCIAS

1. López-Cano LM, Valencia-Vargas A. Caracterización de los egresos hospitalarios con tumores malignos, según la información de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Rev Fac Nac Salud Pública. 2017 July; 35(3): 382-9.

2. De Oliveira Santos M. Estimativa 2018-2019: incidência de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018; 64(1):119-120.
3. Ribeiro ILA, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima-Neto EA. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2015; 18(3): 618-629.
4. Perea LME, PeresII MA, BoingIII AF, Antunes JFA. Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. *Rev. Saúde Pública*. 2018; 52:1-10.
5. Riera-S P, Martínez-R B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Med Chile*. 2005;133(5):555-63.
6. Hespanhol FL, Tinoco EMB, Teixeira HGDC, Falabella MEV, Assis NMDSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15: 1085-1094.
7. Paim JS. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8: 557-567.
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018. [internet] 2018. [cited 2019 set 20]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2018/estimativa_dou_2018_20181019.pdf
9. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Por cidade e estado [internet]. [cited 2019 set 20]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=Brasil>
10. de Melo Alvarenga L, Ruiz MT, Pavarino-Bertelli ÉC, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2008; 74(1):68-73.
11. da Fonseca EP, da Fonseca SGO, Milagres CS, Lopes AG. Mortalidade por câncer bucal e orofaringe no Brasil entre 2002 e 2011. *Revista Pensar Acadêmico* 2017; 11(2): 8-17.
12. Maciel SSSV, Maciel WV, Vasconcelos WKS, Filho ESDD, Santos DFS, Melo GM. Cânceres de boca e faringe em crianças e adolescentes brasileiros: um estudo descritivo. *Rev. Paul Pediatr*; 28(4): 359- 65, 2010.

ESTUDO TRANSVERSAL DO PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ASSISTIDOS EM DOMICÍLIO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Erlânia do Carmo Freitas¹, Adriana da Silva Miranda², Maria Patrícia Milagres¹

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

²Universidade Federal da Bahia- UFBA

INTRODUÇÃO

A evolução tecnológica e científica permitiu aos homens e mulheres, viverem mais, se tornando mais longevos¹. Tal característica da população trouxe para o panorama mundial e em nível de Brasil, mudanças no perfil de morbimortalidades² e doenças que ameaçam a continuidade a vida, necessitando de um trabalho profissional individualizado que atenda aos requisitos: pacientes em fase inicial de doença progressiva, estágio avançado e sem cura, se tornou um desafio nas épocas atuais³.

O aumento da prevalência de neoplasias, doenças crônicas e outros agravos, no qual a morte continua sendo uma certeza ao ameaçar o ideal de cura e preservação da vida^{4,5}, paliar um tratamento frente à doença sem expectativa de cura, ainda é uma questão geradora de conflitos e se apresenta como uma inovação na assistência na área da saúde^{1,2}.

Cuidados paliativos é o atendimento total ativo que promova a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida e não respondem ao tratamento curativo, através da prevenção e alívio do sofrimento⁶. Por se tratar de um processo em que os pacientes permanecem longos períodos de tempo doentes e possivelmente acamados, estes apresentam comprometimento do estado nutricional, pela diminuição da ingestão alimentar e desenvolvimento de complicações como as úlceras de pressão⁷. Diante dessa situação, objetivou-se apresentar o desfecho nutricional de pacientes em cuidados paliativos atendidos em domicílio.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, transversal, quantitativo com abordagem domiciliar, com população alvo, pessoas atendidas pela equipe multidisciplinar do programa de Internação Domiciliar de um Hospital Geral do interior da Bahia, no período de outubro/2017 a março/2018. Este programa possui 73 pacientes assistidos em domicílio. Utilizou-se para elaboração do desenho da presente pesquisa as estratégias dos itens que compõe o Strobe - *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*⁸, que engloba recomendações para melhorar a qualidade da descrição de estudos observacionais.

O estudo teve como critérios de inclusão, pacientes que receberam alta hospitalar com diagnóstico de cuidados paliativos, onde os atendimentos em domicílio foram aplicados para amenizar os sintomas mais agressivos da doença. Foram excluídos da pesquisa, os pacientes que não estavam na situação de cuidados paliativos que possuíam diagnóstico de cura. A amostra do estudo foi composta de 28 pacientes em cuidados paliativos, com idade média 66,14 anos, sendo 50% do gênero masculino.

Para o cálculo do IMC, a altura foi estimada por meio da fórmula⁹ que utiliza a altura do joelho e idade. Para aferição do peso foi utilizada a fórmula¹⁰ que utiliza a altura do joelho e circunferência do braço. Foi observada presença ou não de vias alternativas para alimentação. O presente trabalho foi aprovado pelo o comitê de ética e pesquisa número de CAAE: 77569417.9.0000.5578, conforme portaria 466/12¹¹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante das análises dos resultados da pesquisa, foram evidenciadas nos 28 pacientes investigados as patologias: Acidente Vascular Cerebral (69,2%), Câncer (19,2%), Alzheimer (7,7%) e Mielite Transversa Idiopática (3,8%), situações em níveis de tratamentos paliativos, uma vez que descontrói os conhecimentos comuns que, cuidados paliativos são denominados apenas a pacientes oncológicos^{4,5}.

Desses pacientes investigados foram observados que vias de acesso para administração da dieta 38,4% usavam via oral e 61,6% gastrostomia. Utilizar via oral é de extrema importância na assistência em cuidados paliativos, pois a introdução da terapia nutricional enteral é considerada invasiva, e somente deverá ser utilizada quando se conseguir atender às necessidades nutricionais do paciente¹². Mas permanecer com a alimentação por via oral em um paciente inapetente acarreta

situações como náuseas e dores abdominais poucos agradáveis¹³ uma vez que, a recomendação de alimentação por sonda é justificada se o planejamento do cuidado maximizar o conforto e a qualidade de vida durante a evolução da doença, respeitando os anseios do paciente e da família de forma consensual¹⁴.

Em geral o comprometimento do estado nutricional pode ser observado em pacientes com cuidados paliativos, onde a redução ponderal é vista como reflexo da progressão da doença¹², como pode ser observado no presente estudo que, no que se refere ao estado nutricional, à desnutrição foi prevalente, com IMC médio 20,08 kg/m².

Dentre os pacientes investigados todos não deambulavam e usavam fraldas para suas eliminações fisiológicas, e todos possuíam baixa capacidade funcional, o que favorecia a presença de lesão por pressão. A lesão por pressão foi observada em 96,1% dos pacientes investigados, classificadas pela equipe de enfermagem no estágio 3. Em outro estudo⁷ que avaliou 64 pacientes em cuidados paliativos, foi observado que 18,8% apresentaram lesão e que 47,4% das lesões estavam na classificação estágio 3.

CONCLUSÃO

Tratar os pacientes em domicílio em situação terminal é um obstáculo a ser vencido pelas equipes multidisciplinares em saúde, em especial aos profissionais de nutrição. Conviver com famílias que estão com entes queridos sem um diagnóstico de cura, sabendo que a morte se aproxima, é necessário controle e poder de acolhimento. O que apesar das dificuldades encontradas, foi observado que a equipe de saúde manteve a responsabilidade, integralidade, humanização e acolhimento aos pacientes em cuidados paliativos assistidos nos domicílios.

No perfil nutricional os investigados apresentaram-se em sua maioria na terceira idade, acamados, sem via oral para alimentação, desnutrição e portadores de úlcera de pressão. Observou-se a necessidade dos nutricionistas em orientar famílias e pacientes em situação de cuidado paliativo, que deve-se respeitar cada estágio da doença, sintomatologia e convencer aos familiares que insistem em ofertar alimentos sem a prescrição correta.

DESCRITORES: Desnutrição; Atendimento Domiciliar; Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 2016; 30(88):155-166.
2. Oliveira DSA, Cavalcante LSB, Carvalho RTD. Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2019; 39.
3. Caldas GHDO. Cuidados paliativos: uma proposta para o ensino da graduação em Medicina (Master's thesis, Brasil). 2017.
4. Malta DC, Andrade SSCDA, Oliveira TP, Moura LD, Prado RRD, Souza MDFMD. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e Regiões, projeções para 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2019; 22:e190030.
5. Theme Filha MM, Souza Junior PRBD, Damacena GN, Szwarcwald CL. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18: 83-96.
6. World Health Organization (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneve: OMS. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>>. Acesso: 30. Set. 2019.
7. Queiroz ACDCM, Mota DDCDF, Bachion MM, Ferreira ACM. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48(2): 264-271.
8. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini, MMF, Silva CMFPD. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*. 2010; 44(3): 559-565.
9. Chumlea WMC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility impaired or handicapped persons. *J Am Diet Assoc*. 1994; 94(12):1385-8.
10. Acosta PB, Yannicelli S. The Ross metabolic formula system nutrition support protocols. Ross Products Division, Division of Abbott Laboratories. 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso: 30.set.2019.
12. Morais SR, Bezerra AN, Carvalho NS, Viana ACC. Nutrition, quality of life and palliative care: integrative review. *Rev Dor*. 2016;17(2):136-40.
13. Cruz FCS, Borges FM, Silva EHE, Graças Pena G. O estado nutricional e a alimentação via sonda estão associados à qualidade de vida em pacientes oncológicos em cuidados paliativos? *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2019;14:38198.
14. Queiroz ACCM, Mota DDCF, Bachion MM, Ferreira ACM. Úlceras por pressão em pacientes em cuidados paliativos domiciliares: prevalência e características. *Rev. esc. enferm*. 2014; 48(2): 264-271.

CÂNCER DE MAMA EM HOMENS: UMA DESCRIÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE NO BRASIL

Gilberto Alves Dias¹, Benedito Fernandes da Silva Filho¹, Maria Auxiliadora Santos Soares¹, Mariana Queiroz Souza¹, Júlia Maria Nascimento Penha¹, Elqui Rodrigues de Brito²

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: gilbertoalvesdias2015@gmail.com

²Centro Universitário Maurício Nassau.

INTRODUÇÃO

Os homens possuem tecido mamário, embora não desenvolvam mamas como as mulheres e, dessa forma, têm a possibilidade de desenvolver câncer de mama. As glândulas mamárias masculinas podem sofrer alterações em sua formação, tendo como causa, por exemplo, o uso de alguns medicamentos ou taxas hormonais anormais¹.

Os dados epidemiológicos referentes aos casos de câncer de mama em homens no Brasil ainda são escassos. Trata-se de uma doença rara a qual corresponde apenas a 1% dos cânceres de mama. Nessa perspectiva, tomando como base essa proporção, calcula-se que a incidência dessa patologia para o ano de 2019 seja de 600 novos casos^{1,2}.

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama em homens, estão: mutações nos genes BRCA1 ou BRCA2, aumento do nível de estrogênio, síndrome *Klinefelter* e doença hepática¹. Estudos apontam que o câncer de mama em homens apresenta metástases distante do sítio primário, atingindo principalmente ossos e sistema nervoso central³.

Devido seus raros casos, o câncer de mama em homens é menos estudado quando comparado ao mesmo em mulheres. Dessa forma, os tratamentos utilizados são baseados naqueles preconizados às mulheres¹. Nesse sentido, este estudo objetivou descrever a taxa de mortalidade de homens por câncer de mama no Brasil por região geográfica e faixa etária nos últimos cinco anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, baseada em dados secundários de óbitos de homens por câncer de mama ocorridos entre os anos de 2013 e 2017. A unidade de análise deste estudo foram as regiões brasileiras.

Os dados coletados estão disponíveis eletronicamente através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), por meio do Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM); e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que fornece a estimativa populacional por faixa etária e por região. A coleta dos dados ocorreu no mês de setembro de 2019 e a busca se deu a partir do código C50, que se refere à neoplasia maligna da mama, da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Após a coleta, os dados foram tabulados no *software Excel* versão 2016.

O cálculo da taxa de mortalidade foi estabelecido por meio da divisão entre o número de óbitos de cada região por ano, pela população masculina estimada para o mesmo ano. Dessa forma, os valores obtidos foram multiplicados por cem mil para padronização das taxas. O mesmo se procedeu com as faixas etárias. Emergiu-se dos resultados o gráfico de correlação das taxas de mortalidade detalhando o ano e a região do óbito. Além disso, foi gerada uma tabela comparando as faixas etárias entre o ano de 2013 ao de 2017 em cada região brasileira.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Condições relacionadas ao trabalho como estresse, questões alimentares e exposições a fatores ambientais sejam eles químicos, físicos e biológicos favorecem ao aumento da prevalência e incidência dos casos de câncer. Tais fatores impactem diretamente nas taxas de mortalidade por câncer, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento^{1,4}.

Desta forma, observa-se que taxa de mortalidade de homens por câncer de mama nas regiões pesquisadas se distribuem de forma semelhante, apresentando momentos de redução e de aumento durante os anos avaliados. Comparando os anos de 2013 e 2017, observa-se que as regiões Nordeste, Sudeste e Centro Oeste apresentaram leve aumento nas taxas, enquanto as regiões Sul e Norte apresentam leve

redução. Nessa perspectiva, o estudo comprova que, de modo geral a região norte é a região com menor incidência de diferentes tipos de câncer no Brasil⁴.

No período analisado a menor taxa foi registrada na região Centro Oeste (0,05 óbitos/100.000 habitantes), enquanto a maior taxa (0,24 óbitos/100.000 habitantes), ocorreu na região Sudeste, ambas no ano de 2015.

Ainda, emergem dos resultados a relação da taxa de mortalidade de acordo a idade e a região do Brasil. As faixas etárias que apresentaram óbitos nos anos de 2013 e 2017 foram acima de 30 anos de idade em todas as regiões brasileiras.

Nota-se de maneira geral que a taxa de mortalidade de homens por câncer de mama tem é maior naqueles que apresentam idade mais avançada. Destaca-se a faixa etária de 70 a 79 anos com uma taxa média de mortalidade em todas as regiões do Brasil nos anos de 2013 e 2017 de 1,17 por 100.000 habitantes de mortalidade. De 80 anos e mais com uma taxa média de 2,79 por 100.000 habitantes de mortalidade nos anos de 2013 e 2017. Tal perspectiva pode ser observada em outros estudos os quais relacionam as alterações celulares ao decorrer do avançar da idade com a incidência e prevalência dos diferentes tipos de câncer^{4,5}.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho apontam o crescimento da taxa de mortalidade de homens por câncer de mama na maioria das regiões brasileiras. Ressalta-se a importância da conscientização da população masculina frente aos cuidados com alimentação, estado emocional, fatores ambientais e rastreamento de familiares de próximo parentesco que desenvolveram neoplasias de mama. Tais cuidados podem possibilitar a diminuição dos casos, uma vez que os mesmos são considerados fatores para o desenvolvimento do câncer de mama e outros.

Estudos com uma maior linha temporal e mais detalhados são necessários. As bases de dados como o departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil e o Sistema de Informação Sobre Mortalidade precisam ser melhor organizadas. Apesar dos sistemas oferecerem informações como escolaridade, estado civil e cor, dados relacionados à população estimada para cada ano de acordo com as regiões brasileiras são escassos, o que dificulta a realização dos cálculos.

DESCRITORES: Câncer de Mama; Saúde do Homem; Taxa de Mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação [livro online]. Rio de Janeiro: INCA; 2019. [acesso em 01 out 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-de-mama-no-brasil-sintese-de-dados-dos-sistemas-de-informacao>.
2. Sanguinetta A et al. Male breast cancer, clinical presentation, diagnosis and treatment: twenty years of experience in our Breast Unit. International journal of surgery. Case reports. 2016; 20(20):8-11.
3. Bonfim RJA et al. Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro. Rev Brasileira de Oncologia Clínica. 2014; 10(37):91-96.
4. Brasil. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer [livro online]. Rio de Janeiro: INCA; 2017. [acesso em 01 out 2019]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-abc-3ed-8a-prova.pdf>.
5. Meira KC, Santos J, Silva CMFP, Ferreira AA, Guimarães RM, Simões TC. Efeitos da idade-período e coorte na mortalidade por câncer do ovário no Brasil e suas grandes regiões Cad Saúde Pública. 2019; 35(3):2-15.

ÓBITOS POR NEOPLASIA DE PULMÃO NO BRASIL: UMA ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA

**Geovana Magestade da Silva Bitencourt, Rafaela Menezes dos Santos, Daiane Brito
Ribeiro, Naiane Santos de Almeida, Elane Mascarenhas Carmo, Márcio Pereira Lôbo**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email: geovanabitencourt-16@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As neoplasias constituem um problema de saúde pública que ocupa o segundo lugar em mortalidade no mundo. Dentre as neoplasias, o câncer de pulmão é o tipo de maior prevalência¹. As neoplasias são caracterizadas pelo crescimento desordenado das células, isso ocorre devido a mutações genéticas ocorridas em células normais que passam a executar suas atividades de forma desordenada, essa transformação pode acontecer por exposição prolongada a agentes cancerígenos².

O câncer de pulmão acomete desde a traqueia até a periferia do pulmão, este tipo de câncer é considerado uma das principais causas de mortes evitáveis, visto que 90% dos indivíduos que o desenvolvem, fumam ou fumaram no passado. Anualmente, cresce cerca de 2% os casos de câncer de pulmão no mundo³.

O tabagismo é fator de risco mais importante para o desenvolvimento do câncer de pulmão. Devido à redução na prevalência do cigarro, a taxa de mortalidade de 2011 para 2015 diminuiu 3,8% ao ano em homens e, 2,3% ao ano em mulheres⁴.

É extremamente importante desenvolver pesquisas e debates sobre a temática em questão, principalmente quando existe meios para a prevenção, com isso, o estudo objetivou analisar os casos de óbitos relacionados a neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões, no Brasil entre os anos de 2015 e 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo com característica epidemiológica, realizado através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Foram

coletados dados sobre “Óbitos por Residência segundo ano e causa - CID-BR-10”, entre os anos de 2015 e 2017 de acordo com as notificações registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As variáveis analisadas foram: óbitos por residência de acordo com o Sexo, Faixa Etária e Cor/Raça, segundo a causa de Neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões no Brasil durante o período de 2015 a 2017. A coleta e tabulação ocorreram no mês de outubro de 2019. Os dados foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel* (*Microsoft*® 2010) e analisados por meio da estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados obtidos no DATASUS, no Brasil, entre os anos de 2015 e 2017, houve um total de 100% (646.818) casos de óbitos por neoplasias malignas, sendo que 12,63% (81.699) são referentes a traqueia, brônquios e pulmões, constituindo assim o maior número dos casos. Evidenciaram ainda, que dentre os casos de óbitos por neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões, 58,28% dos casos ocorreram entre o sexo masculino, e 41,70% entre o sexo feminino. É válido considerar que de 2015 para 2016 houve um aumento de 0,95% e de 2016 para 2017 0,35% dos casos no sexo masculino e 0,93% e 1,45% respectivamente, dos casos no sexo feminino.

Segundo o INCA, a estimativa mundial de 2012 mostrou que a incidência era de 1,8 milhão de novos casos, destes, 1,24 milhão em homens e 583 mil em mulheres². Estudos, demonstram que o câncer de pulmão no Brasil conta com maiores taxas em homens que em mulheres, porém, essa incidência vem reduzindo em relação a mortalidade para o sexo masculino e ocorrendo um aumento das taxas para o sexo feminino, isso se justifica devido à recente adesão tabágica do sexo feminino¹.

A faixa etária predominante foi a de maiores que 60 anos, com um percentual de 76,69% dos casos, conseqüentemente a faixa etária de menores que 59 anos são a de menor percentual com 23,29% dos casos. Estudos apontam, que as taxas de mortalidade por câncer de traqueia, brônquios e pulmões aumentam o risco proporcionalmente com a idade. Isso foi observado para ambos os sexos entre 1996 e 2011¹.

Em relação a cor/raça analisada, prevalece à branca 61,16%, seguida da parda 28,47% e a preta com 6%. É válido ressaltar que ao analisar os dados raciais deve-se ter

cuidado devido às circunstâncias em que são coletados, uma vez que é comum a descrição refletindo a "aparência" em vez de origens hereditárias ou genéticas⁵.

CONCLUSÃO

A análise dos dados notificados, correlacionando com estudos já desenvolvidos sobre a temática, permitiu uma melhor percepção da pesquisa, partindo do pressuposto que os dados notificados no Brasil, entre os anos de 2015 à 2017, não se diferenciam das pesquisas realizadas anos atrás no país e no mundo.

Com o estudo pode-se observar que os casos de óbitos por neoplasias malignas mais incidentes são os de pulmão, traqueia e brônquios, sendo mais predominante entre o sexo masculino e em maiores de 60 anos. Os dados obtidos trouxeram um maior número para a cor/raça branca, porém há o viés da autodeclaração no momento da coleta dos dados.

Apesar dos poucos achados na literatura sobre as neoplasias malignas de pulmão, traqueia e brônquios, enfatiza-se a necessidade de mais estudos sobre a temática, assim como, maiores estratégias de prevenção à neoplasia e com isso obter menores taxas de óbitos no país.

DESCRITORES: Neoplasias pulmonares; Mortalidade; Epidemiologia.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC et al. Tendência das taxas de mortalidade de câncer de pulmão corrigidas no Brasil e regiões. Revista de Saúde Pública 2016; 50:33.
2. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Pulmão. Ministério da Saúde, 2019.
3. Brasil. Instituto Lado a Lado pela Vida. Câncer de Pulmão, 2017.
4. Brasil. Manual MSD. Carcinoma Pulmonar, 2019.
5. Muniz JO. Preto no branco? Mensuração, relevância e concordância classificatória no país da incerteza racial. vol.55 no.1 Rio de Janeiro 2012.
6. Datasus. Mortalidade Brasil – Sistema de informação Sobre Mortalidade [Citado: 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br.def>.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO À QUIMIOTERAPIA: RELATANDO EXPERIÊNCIA

**Stela Almeida Aragão, Bárbara Santos Ribeiro, Eliane dos Santos Bomfim, Ananda
Sodré Silva, Miriane Bispo de Andrade, Thainan Alves Silva**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: aragaostela@gmail.com

INTRODUÇÃO

As neoplasias representam uma das maiores causas de mortalidade no mundo¹. Seus impactos repercutem no desenvolvimento de estratégias terapêuticas que apontam para controle do câncer, à maior sobrevida dos pacientes, ou à cura da doença².

O câncer (CA) é uma doença crônico-degenerativa onde as repercussões de uma hipótese diagnóstica, bem como a confirmação da doença e de seu tratamento influenciam na Qualidade de Vida (QV) do paciente. E os profissionais da saúde são essenciais na minimização dos efeitos adversos e na avaliação das consequências do tratamento sobre os aspectos biopsicossociais do paciente³.

Para o tratamento do CA existem diversas modalidades, como a cirurgia, quimioterapia, radioterapia e bioterapia. A quimioterapia constitui uma modalidade de maior escolha para produzir cura, controle e palição. Com uso de substâncias citotóxicas, podendo interferir na qualidade de vida dos pacientes⁴. Estudiosos⁵ abordam que avaliar a QV tem sido utilizada para estimar os ensaios clínicos com quimioterápicos, com a finalidade de medir os efeitos colaterais induzidos pela quimioterapia.

Diante do exposto, investigar a QV de pacientes submetidos a quimioterapia é extremamente necessário, uma vez que subsidia o planejamento da assistência de enfermagem, proporcionando uma melhora no padrão de saúde desses indivíduos. O presente estudo tem como objetivo relatar avaliar a QV de paciente oncológico submetido à quimioterapia através do relato de experiência.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência construído a partir da vivência como enfermeira atuando na equipe de um *Home Care* durante as visitas domiciliares a uma idosa submetida a sessões de quimioterapia, após diagnóstico de câncer de mama.

As visitas ocorreram no período de novembro de 2018 a maio de 2019, sendo realizadas uma vez por semana, o que totalizou 24 visitas. As atividades de enfermagem realizadas centravam-se no cuidado integral a paciente: Anamnese, exame físico, controle de sinais vitais, verificação de peso, monitoração da saturação de oxigênio, mensuração da glicemia capilar, administração de medicamentos, dentre outros.

Além dessas ações, o enfermeiro também realizou ações de gerenciamento com a apresentação do técnico de enfermagem (TE) para o paciente e familiares, delegou funções à equipe de enfermagem, elaborou sistematização da assistência de enfermagem. Ademais, o processo de educação em saúde esteve presente em todo o processo, orientando tanto o binômio paciente e família acerca do processo de adoecimento e dúvidas do tratamento, assim como, fornecimento de orientação ao técnico de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência de enfermagem domiciliar constitui um novo campo de atuação para os profissionais da área, especialmente no Brasil. Esse ambiente configura-se como um ambiente mais seguro e altamente empreendedor, pela viabilidade na promoção do cuidado, valorizando as singularidades, vínculos familiares, de forma humanizada e autônoma⁶.

A idosa, D.B.A., 67 anos, negra, casada, aposentada, procedente de Itagi- BA, reside atualmente em Jequié- BA, evangélica, possui 4 filhos, sedentária, é portadora de Câncer de mama em estágio quimioterápico, hipertensa. Refere ter feito cirurgias de mastectomia unilateral esquerda e histerectomia. Quanto as atividades de lazer geralmente ouvem músicas da igreja e frequentam os cultos, além dos momentos de comunhão com a família. Trata-se de uma família intergeracional, composta por 5 integrantes, sendo um dos membros, seu esposo, genro e 2 netos.

O estudo permitiu evidenciar que a paciente quando na realização dos ciclos de Quimioterapia apresentou algumas alterações no paladar e os sintomas mais relatados

foram: boca seca, perda de apetite, náuseas e vômitos e foram associados com os agentes Cisplatina e Doxorubicina, que também influenciaram para uma diminuição na QV. Corroborando com nosso estudo, uma pesquisa demonstrou que 48% dos pacientes relataram constipação moderada e 17% constipação grave, a incidência deste sintoma está relacionada ao diagnóstico de metástase em sete (23,3%) pacientes e ao diagnóstico de câncer gastrointestinal em 16 (60%) pacientes desta amostra, aliado ao efeito colateral da quimioterapia⁷.

Efeitos colaterais que podem influenciar a frequência cardíaca, além de sintomas gastrointestinais, físicos e emocionais. E o cuidado domiciliar trata-se de um modo que permite operacionalizar medidas preventivas no cuidado de saúde, aprimorar o cumprimento das orientações terapêuticas e prescrição dos cuidados profissionais, bem como as adaptações necessárias no cotidiano individual e familiar⁷.

CONCLUSÃO

A experiência de cuidado a paciente permitiu verificar que o tratamento quimioterápico está entre os tipos com melhores resultados de cura para muitos tipos de cânceres e que mais aumenta a sobrevida dos portadores de CA. Os tratamentos oncológicos favorecem o aumento da sobrevida e também cura dos doentes, porém a depender da exposição, pode interferir na QV destes, favorecendo alterações na vida social e no bem-estar. Ademais, a família também adocece e sofre por ter que conviver com um de seus integrantes em processo de adoecimento.

A enfermagem atua na melhoria da assistência ao paciente oncológico. No contexto domiciliar, a enfermagem atua de maneira individualizada e especializada, considera os padrões de vida e a integralidade, o que minimiza os efeitos colaterais e colabora para melhorar a percepção sobre a qualidade de vida do paciente. Além disso, reforça a manutenção do vínculo, e do cuidado ao paciente oncológico é indispensável, a fim de tornar o processo menos doloroso.

DESCRITORES: Quimioterapia; Qualidade de vida; Cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cancer – Fact sheet, February 2017. [Internet]. Geneva (CH): 2017 [acesso 2017 Mai 09]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
2. DeSantis CA, Lin CC, Mariotto AB, Siegel RL, Stein KD, Kramer JL et al. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2014 [acesso 2018 Jan 18]; 64:252-71. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3322/caac.21235>.
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). José Carlos Gomes da Silva. Estimativa 2016, incidência de câncer no Brasil, dia nacional de combate ao câncer. [Internet] 2016 [acesso em 06 mar 2016]. Disponível: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>.
4. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Cardozo FMC, Zago MMF. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3):58-87.
5. Calefi KAC, Rocha V, Nabhan SK, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani MF. Qualidade de vida do paciente com neoplasia hematológica submetido à quimioterapia. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(1):41-7. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140004>
6. Mello AL, Bakes, DS, Dal ben, LW. A visibilidade do enfermeiro em uma home care: relato de experiência. II Jornada de Enfermagem Unifra.
7. Georges JJ, Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ. Symptoms treatment and "dying peacefully" in terminally ill cancer patients: a perspective study. *Support Care Cancer*. 2005;13(3):160-8.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM UMA PACIENTE COM OSTEOSSARCOMA: RELATO DE CASO

**Alana Neves do Amaral, Poliana Souza Lapa, Mônica Santos Domingos, Paloma
Andrade Pinheiro**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email:
alanaamaral10@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O osteossarcoma (OS), caracterizado pela produção de matriz osteóide pelas células neoplásicas, tem maior incidência em crianças e adolescentes nas duas primeiras décadas de vida, representando mais de 60% dos casos de câncer nessa faixa etária ^{1,2}. Na população geral, a incidência de OS é de 2-3 casos/milhão de pessoas por ano, entretanto, em adolescentes, esse valor atinge de 8-11 casos/milhões de jovens entre 15 e 19 anos³. Em relação ao sexo, ocorre predomínio do masculino, com uma proporção de 1,6 para 1 em relação ao sexo feminino ⁴.

Habitualmente, ocorre na porção metafisária dos ossos longos, sendo mais recorrente no fêmur distal e na tíbia proximal, seguidos do úmero proximal e do fêmur proximal ¹. Suas manifestações clínicas envolvem dor progressiva que se intensifica no período noturno e edema na região acometida, acompanhados de fadiga muscular e limitação de movimento ^{2,5}. À vista disso, a atuação fisioterapêutica faz-se necessária a fim de minimizar estas manifestações e proporcionar ao indivíduo cuidados que vão favorecer a sua qualidade de vida. Dessa forma, este estudo tem por objetivo relatar a abordagem fisioterapêutica em uma paciente com osteossarcoma.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de caso, oriundo das aulas práticas da disciplina Estágio Supervisionado em Fisioterapia I. As condutas foram realizadas com periodicidade de dois atendimentos semanais, por 40 minutos cada, entre os meses de agosto e setembro de 2019.

Descrição do caso: L.S.O, sexo feminino, 8 anos, diagnosticada com osteossarcoma em 2017. Realizou uma cirurgia para retirada do tumor no membro inferior esquerdo (MIE) em maio de 2018. A mesma possui uma prótese articular na região distal do fêmur em MIE, além de uma placa metálica e parafusos unindo fragmentos ósseos não consolidados. Em janeiro de 2019 sofreu uma queda e fraturou a porção distal do fêmur.

A paciente iniciou acompanhamento fisioterapêutico em uma clínica escola de fisioterapia de uma instituição estadual de ensino superior em Jequié – Bahia em agosto de 2019. Na avaliação observou-se grande restrição de amplitude de movimento (ADM) ativa e passiva do joelho esquerdo para extensão, no qual a paciente mantém o membro em flexão a 90°. A mesma faz transferência de sedestação para ortostase utilizando a perna D como apoio e para se locomover utiliza um andador de alumínio com descarga de peso unipodal. Diante do quadro da paciente foram propostos os seguintes objetivos: Ganhar ADM para extensão de joelho em MIE; Manter a força muscular de MMSS; Melhorar o equilíbrio e a postura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em conformidade com os objetivos, as seguintes condutas foram adotadas: Alongamento de membros superiores-MMSS (Bíceps braquial, braquiorradial, flexores de punho e dedos e tríceps); Alongamento de membro inferior direito-MID (isquiotibiais, tríceps sural e iliopsoas); Mobilização articular (grau III) de quadril e tornozelo em MIE; Isometria de quadríceps e tibial posterior de MIE; Fortalecimentos: quadríceps de MID com caneleira de 1kg; adutores e abdutores de quadril com caneleira de 1kg em MID; bíceps e tríceps com halter de ½ kg; rombóides e serrátil com faixa elástica e peitoral com faixa elástica, bem como treino de equilíbrio no solo.

Por conta de restrição articular do joelho esquerdo, as condutas foram realizadas focando nas articulações adjacentes, a fim de influenciar a articulação do joelho e manter a ADM de quadril e tornozelo esquerdos. Com a finalidade de prevenir a atrofia da musculatura de quadríceps do MIE, a isometria foi realizada com o intuito de ativar as fibras musculares e os mecanorreceptores do complexo do joelho esquerdo. A paciente respondeu bem às condutas, mostrando-se colaborativa e participativa em sua execução.

Na admissão, a paciente fazia uso do dispositivo auxiliar de marcha (andador) e no avançar dos atendimentos, no dia 19 de setembro, passou a utilizar um dispositivo mais instável (muletas), em vista disto, a musculatura dos MMSS foi fortalecida visando garantir à paciente maior controle do dispositivo durante a deambulação. Por estar insegura quanto ao seu equilíbrio com o uso do novo dispositivo, foram realizadas orientações acerca do uso, assim como à sua postura, objetivando maior destreza e equilíbrio tendo em vista a independência na locomoção da paciente.

CONCLUSÃO

Pode-se notar que a abordagem fisioterapêutica contribuiu positivamente com a postura, equilíbrio e mobilidade otimizando, dessa forma, ao quadro clínico da paciente.

DESCRITORES: Câncer infanto-juvenil; Fisioterapia; Osteossarcoma.

REFERÊNCIAS

1. Camargo OP, Baptista AM, Caeiro MT, Camargo AFF. Afecções tumorais: avaliação, epidemiologia e diagnóstico. In: Barros Filho TEP, Camargo OP, Camanho GL. Clínica ortopédica - Medicina USP. Barueri: Manole; 2012.
2. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria, 4ª edição, Barueri, SP: Manole, 2017.
3. Bielack S, Carrle D, Casali PG; ESMO Guidelines Working Group. Osteosarcoma: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2009;20 (Suppl 4):137-9
4. Cristina H, Karina CBR, Paula B. Osteossarcoma: experiência do Serviço de Oncologia Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rev. bras. ortop., São Paulo, apr. 2008;. 43 (4)108-115.
5. Cinthia TF, Antonio SP, Carla GD, Maria GRG. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. Revista Brasileira de Cancerologia. 2012; 58 (2): 197-208.

O USO DA INTERVENÇÃO MUSICAL COMO TERAPIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Allesson Neves Amaral, Fábio Silva Soares

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: allesson999@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença invasiva, ameaçadora e que gera altos níveis de estresse no paciente, desde o diagnóstico até o tratamento da doença. Nesse sentido, paralelamente ao tratamento médico-farmacológico, é crescente a utilização de intervenções terapêuticas que compõem o campo da "Oncologia Integrativa" ¹.

O uso de práticas alternativas e complementares de forma integrada com a medicina convencional é baseado em evidências científicas que relatam a efetividade dessa associação na redução dos sintomas adversos do tratamento, e na manutenção da qualidade de vida do paciente oncológico ².

Dentro das alternativas complementares, o uso terapêutico dos elementos musicais, tem se destacado como um recurso holístico e multidisciplinar no cuidado oncológico, exercendo influência positiva sobre os aspectos físicos, espirituais, psicológicos, emocionais e sociais dos pacientes ³.

Tendo em vista seu potencial no âmbito da saúde pública, a musicoterapia foi incluída em 2017 à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, o que contribuiu para ampliar o conhecimento acerca da utilização da música como um recurso de cuidado no tratamento de doenças, em conjunto com outras práticas ⁴.

Este estudo objetiva, através de uma revisão de literatura, relatar os benefícios que a implantação da musicoterapia traz para os pacientes oncológicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa. Optou-se pela revisão integrativa, que possibilita a síntese dos resultados de pesquisas

relevantes e facilita a incorporação de evidências, agilizando a transferência de novos conhecimentos para a prática em saúde ⁵.

As buscas foram realizadas em outubro de 2019, norteadas pela questão: Quais os efeitos das intervenções musicais no paciente oncológico? Para o levantamento dos artigos, utilizou-se os descritores “musicoterapia” e “câncer”. As pesquisas foram realizadas utilizando as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Utilizou-se como critérios de inclusão artigos que respondesse à questão de pesquisa, com resumo e texto completos disponíveis eletronicamente, escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol e publicados nos últimos 5 anos em periódicos científicos. Foram excluídos artigos comuns em mais de uma base de dados, relatos de caso, relatos de experiência, revisões de literatura, resumos publicados em anais de evento, dissertações, teses e monografias.

Optou-se também, por excluir artigos em que os pesquisadores utilizaram outras intervenções terapêuticas associadas à musicoterapia, como por exemplo, aromaterapia. A avaliação dos estudos foi realizada seguindo os seguintes passos: leitura dos artigos integralmente, extração das informações relevantes e separação de acordo com o foco da intervenção musical.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram utilizados 7 artigos para a revisão, sendo 2 artigos no idioma português e 5 no idioma inglês. A intervenção musical mostrou-se eficaz no controle da ansiedade gerada pelo tratamento oncológico. Um estudo clínico randomizado realizado em ambulatório para tratamento de pacientes com câncer de cabeça e pescoço revelou uma diminuição do nível de ansiedade em pacientes após a aplicação da intervenção musical, além de uma redução significativa dos sinais pressóricos e respiratórios. Em outros estudos randomizados, conclui-se que a musicoterapia pode ajudar no gerenciamento da ansiedade pré-operatória e redução de níveis significativos de sofrimento pacientes com câncer de mama e cabeça ^{6, 7, 8}.

Entre os principais sintomas do tratamento oncológico, estão a náusea e o vômito. Um estudo transversal realizado com pacientes submetidos à quimioterapia antineoplásica, relatou que a musicoterapia reduziu em 100% a presença de náuseas

após a primeira intervenção musical. Além da redução dos sintomas físicos, a música pode proporcionar melhorias no conforto físico, psicoespiritual e sociocultural do paciente, como foi relatado em estudo com pacientes quimioterápicos ^{9,10}.

O tratamento oncológico resulta em alterações fisiológicas, como a modificação dos níveis de oxigênio. Nesse sentido, um estudo randomizado avaliou os efeitos da música com saxofone em vários parâmetros fisiológicos, nível de dor e nível de humor em pacientes com câncer, sugerindo que a intervenção musical aumenta a saturação de oxigênio e melhora o estado de humor em pacientes com câncer ¹¹.

Tendo em vista os aspectos farmacológicos envolvidos no tratamento oncológico, um estudo piloto randomizado realizado com pacientes com quimioterapia de alta dose com transplante autólogo de células progenitoras hematopoiéticas relatou que a musicoterapia pode melhorar a percepção da dor e reduzir a toxicidade farmacológica, pelo uso de medicamentos antieméticos ¹².

CONCLUSÃO

A intervenção musical se mostrou uma ferramenta importante no tratamento oncológico, possuindo eficácia no controle da ansiedade pré-operatória, na redução dos sintomas físicos e psicossociais do tratamento, e de efeitos farmacológicos e na melhoria do conforto do paciente.

Ressalta-se a importância de novos estudos, mais amplos e aprofundados, a fim de estabelecer novos benefícios da musicoterapia para o paciente oncológico.

Tendo em vista essas constatações, é necessário que os profissionais de saúde estejam cientes da importância da intervenção musical no cuidado oncológico e sejam capacitados para a utilização dessa terapia na oncologia, visando proporcionar ao paciente um tratamento qualificado, multidisciplinar e integrativo.

DESCRITORES: Neoplasias; Musicoterapia; Oncologia Integrativa.

REFERÊNCIAS

1. Barton D, Bauer-Wu S. The emerging discipline of integrative oncology. *Oncology Williston Park* [Internet]. 2009 Oct [acesso em 2019 Oct 03]; 23(11): 46-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19856609>
2. Siegel P, Barros NF. Por que as pesquisas em oncologia integrativa são importantes? *Revista Brasileira de Cancerologia* [Internet]. 2013 [acesso em 2019 Out 03];

- 59(2):249-253. Disponível em:
https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_59/v02/pdf/12-por-que-as-pesquisas-em-oncologia-integrativa-sao-importantes.pdf
3. Bradt J, Dileo C, Magill L, Teague A. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 Aug 15 [acesso em 2019 out 03]; (8). Disponível em: 10.1002/14651858.CD006911.pub3.
 4. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 849, de 27 de março 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2017 Mar [acesso em 2019 out 03]; Sec. 1:68. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf
 5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* [internet]. 2008 Oct [acesso em 2019 Out 04]; 17(4): 758-764. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018
 6. Firmeza MA, Rodrigues AB, Melo GAA, Aguiar MIF, Cunha GH, Oliveira PP, et al. Uso da música no controle da ansiedade em ambulatório de cabeça e pescoço: ensaio clínico randomizado. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2017 Mar [acesso em 2019 Out 03]; 51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03201.pdf
 7. Palmer JB, Lane D, Mayo D, Schluchter M, Leeming R. Effects of Music Therapy on Anesthesia Requirements and Anxiety in Women Undergoing Ambulatory Breast Surgery for Cancer Diagnosis and Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical* [internet]. 2015 Ago [acesso em 03 Out 2019]; 33(28): 3162-3168. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26282640>
 8. The Impact of Music Therapy on Anxiety in Cancer Patients Undergoing Simulation for Radiation Therapy. *Radiation Oncology* [Internet]. 2017 Set [acesso em 2019 Out 03]; 99 (1): 103 – 110. Disponível em: [https://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(17\)30900-8/fulltext](https://www.redjournal.org/article/S0360-3016(17)30900-8/fulltext)
 9. Silva GJ, Fonseca MS, Rodrigues AB, Oliveira PP, Brasil DRM, Moreira MMC. Use of musical experiences as therapy for symptoms of nausea and vomiting in chemotherapy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 Out 03]; 67(4):630-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0630.pdf>
 10. Silva GJ, Fonseca MS, Rodrigues AB, Oliveira PP, Brasil DRM, Moreira MMC. Use of musical experiences as therapy for symptoms of nausea and vomiting in chemotherapy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2019 Out 03]; 67(4):630-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0630.pdf>
 11. Burrai V, Micheluzzi V, Bugani V. Effects of live sax music on various physiological parameters, pain level, and mood level in cancer patients. *Holistic Nursing Practice* [internet] 2014 Set [acesso em 2019 Out 03]; 28(5): 301-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25099983>

12. Tuinmann G, Preissler P, Böhmer H, Suling A, and Bokemeyer C. The effects of music therapy in patients with high-dose chemotherapy and stem cell support: a randomized pilot study. *Psycho-Oncology* [internet]. 2017 Mar [acesso em Out 04]; 26: 377–384. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27146798>

PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES

**Larissa Vasconcelos Santos¹, Gabriel Aguiar Nunes¹, Gabriele de Andrade Oliveira¹,
Raissa Brito Teixeira¹, Caiuze Aguiar Nunes², Polyana Leal da Silva¹**

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email:
larissavasconcellos026@gmail.com

²Universidade Cândido Mendes- UCAM/RJ.

INTRODUÇÃO

A próstata localiza-se na região abaixo da bexiga e na frente do reto, sendo um órgão pequeno com formato de maçã, que envolve a porção inicial da uretra¹. O câncer de próstata (CaP) é uma neoplasia de evolução lenta, devido a isso, a detecção e tratamento precoce reduziram os índices de mortalidade dessa patologia nos homens². Porém, fatores relacionados a questões de gênero, como a masculinidade não violada, tornam-se uma barreira na procura pelo exame do toque retal, tornando, esse um fator de risco para o diagnóstico precoce^{2,3}.

São diversos os fatores de risco para o desenvolvimento do CaP, sendo alguns deles: idade avançada, raça negra, histórico familiar de câncer, estilo e hábitos de vida, sedentarismo, obesidade e consumo de tabaco e álcool³. Esses fatores tornam-se sinais de alerta para investigação precoce de CaP. Associado a eles, têm-se a dificuldade da figura masculina ocupar o papel de paciente¹, pois este, sendo o provedor da família, acaba não tendo tempo para a saúde, inclusive por que os serviços funcionam em horários incompatíveis a rotina desses homens.

Desse modo, o estudo justifica-se pela necessidade de atenção a detecção precoce do câncer de próstata e maior visibilidade quanto às necessidades de saúde do homem e suas carências na procura de serviços especializados. Para tanto, o estudo tem por objetivo descrever o perfil das internações por neoplasia maligna da próstata no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal, baseado em dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, através da plataforma referente ao Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), referente a Mortalidade Hospitalar do SUS.

O cenário adotado referiu-se a República Federativa do Brasil, sendo realizada a coleta no mês de setembro de 2019 por meio virtual. As variáveis coletadas foram: ano de atendimento, região, caráter de atendimento, regime, faixa etária, raça, internações e notificações no período de 2014 a 2018; os dados foram discriminados pelo capítulo II da CID-10 referente a neoplasias, e pela lista de morbidades da CID-10 referente a neoplasia maligna da próstata.

Foi utilizada a estatística descritiva simples para análise dos dados. O período selecionado foi devido a disponibilidade do sistema dos últimos anos com dados completos. Os dados foram tabulados e analisados através do programa *Microsoft Office Excel* (Microsoft©) para realização dos cálculos das frequências absoluta e relativa, assim como sua posterior descrição.

Devido às características metodológicas pautarem-se em dados secundários e de domínio público, não houve a necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo assim a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registradas 3.877.109 internações por neoplasias no Brasil, no período de 2014 a 2018, sendo 3,88% por neoplasia maligna da próstata (n=150.473). O ano de maior ocorrência foi 2017, com 20,95%. Ressalta-se que, o acréscimo de novas internações ocorreu sem grandes variações nos anos analisados.

A região de maior domínio foi a sudeste, com 51,52% (n=77.526), registrando mais que o dobro da região nordeste, 23,68% (n=35.625), segunda maior. Tal fato possui relação com fatores de riscos voltados a ingestão excessiva de alimentos gordurosos, negligenciando a procura de assistência a saúde pelas rotinas aceleradas nos grandes estados^{1,3,4}.

Homens idosos, com 60 a 69 anos, foram mais acometidos por CaP, equivalendo 38,68% das internações (n=58.205). Esse predomínio se dá pela detecção tardia

relacionada ao adiamento na realização dos exames, por questões culturais e de gênero⁴, sendo também justificado pela crescente expectativa de vida da população⁵.

A raça branca obteve maior proporção, 38,05% (n=57.265), porém, a raça parda apresentou dados similares, não possuindo grande variação quando comparada a raça branca, tendo um percentual de 38,01% (n=57.204). Nota-se que os maiores valores são encontrados em pessoas que não se declaram negras, devendo ter uma maior atenção a essas no serviço de saúde, pois divergem das estatísticas mundiais, as quais possuem a maior predominância em pessoas negras³.

No regime de atendimento, o privado obteve 24,12% (n=36.301) das internações, porém, destaca-se que os registros nessa categoria eram entre público e privado apenas nos anos de 2014 e 2015, entretanto, nos posteriores, notificadas como ignorado, totalizando 65,58% (n=98.681). Esse dado diverge dos achados na literatura, os quais relatam o predomínio da rede pública^{3,4}.

No caráter de atendimento, as internações eletivas se mostraram em maior quantidade do que as de urgência, com 56,46% (n=84.951), tal fato se dá devido às internações para acompanhamento e tratamento do CaP³.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que o maior quantitativo de homens acometidos pela neoplasia maligna da próstata foi no ano de 2017, na região sudeste, no serviço privado, em caráter de atendimento eletivo, ressaltando esses atendimentos em homens brancos e idosos, na faixa etária de 60 a 69 anos. Percebem-se limitações referentes às notificações, acarretando incompletude nos registros.

Desse modo, o estudo apresenta como contribuição uma visualização do câncer de próstata como problema de saúde pública e a importância da detecção dos fatores de riscos e tratamento precoce dessa comorbidade, buscando assim uma maior prevenção e controle dos casos de neoplasia maligna da próstata no Brasil.

DESCRITORES: Neoplasia da Próstata; Saúde do Homem; Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Silva ABM, Costa CMA, Spíndola T, Ramos RCA, Martins, ERC, Francisco MTR. Conhecimentos e práticas sobre a prevenção do câncer de próstata: uma contribuição para a enfermagem. Rev. enferm. UERJ. 2013 dez; 21(esp.2):785-91.
2. Lima B, Martins ERC, Ramos RCA, Costa CMA, Clos AC, Ferreira JIC. Os meios alternativos de comunicação como ferramenta para a prevenção do câncer de próstata. Rev enferm UERJ. 2014 set/out; 22(5):656-62.
3. Fernandes MV, Martins JT, Cardelli AAM, Marcon SS, Ribeiro RP. Perfil epidemiológico do homem com câncer de próstata atendido em um hospital universitário. Cogitare Enferm. 2014 abr/jun; 19(2):333-40.
4. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2011 fev; 27(2):347-356.
5. Friestino JKO, Rezende R, Lorentz LH, Silva OMP. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas. Rev Baiana de Saúde Pública. 2013 jul/set; 37(3):688-701.

PERFIL DE INTERNAÇÕES POR NEOPLASIAS NAS REGIÕES BRASILEIRAS

Patrícia Honório Silva Santos¹, Rhaine Borges Santos Pedreira¹, Lucas dos Santos¹,
Elzo Pereira Pinto Junior², José Ailton Oliveira Carneiro¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email: patyhonorios@hotmail.com

²Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde- CIDACS/FIOCRUZ.

INTRODUÇÃO

No transcorrer dos anos, profundas mudanças no perfil epidemiológico da população vem ocorrendo, observando-se quedas graduais e progressivas das doenças infectoparasitárias e aumento das doenças crônicas-degenerativas¹. Nesse cenário, as neoplasias aparecem entre as principais causas de morbimortalidade no mundo, observando-se cerca de 14 milhões de novos casos de câncer no ano de 2012².

No Brasil, as internações hospitalares por neoplasias no Sistema Único de Saúde ultrapassam 500 mil por ano, existindo um gasto anual de aproximadamente meio bilhão de reais³. Estudo tem mostrado que, no período de 2002-2012, as internações por neoplasias apresentaram tendências estáveis para quase todas as regiões brasileiras, com exceção da região Norte que mostrou redução das internações por esta causa⁴.

Estudos regionais sobre morbidades são importantes, visto que oferecem indicadores locais, os quais podem ser utilizados para o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento e prevenção de doenças⁵. Nesse sentido, conhecer o perfil das internações hospitalares por neoplasias nas regiões brasileiras torna-se fundamental para direcionar o planejamento de programas e políticas públicas, ajustadas às diferentes realidades regionais. Diante do exposto, o presente trabalho tem por objetivo descrever o perfil de internações por neoplasias nas regiões brasileiras.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico ecológico, do tipo descritivo, utilizando dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), disponibilizados por via eletrônica, por meio do Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde. Foram coletados dados sobre as internações por neoplasias na população brasileira, segundo regiões, ocorridas no ano de 2018. As variáveis analisadas no presente estudo foram: Regiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste); tipos de neoplasias, de acordo com a lista de morbidades da Classificação Internacional de Doenças em sua 10ª revisão (CID-10) (códigos C00-D48); caráter de atendimento (eletivo e urgência); faixa etária (≤ 19 anos: crianças e adolescentes, 20-59 anos: adultos e ≥ 60 anos: idosos) e sexo (masculino e feminino).

Os dados foram organizados e analisados estratificados por regiões, por meio da estatística descritiva, utilizando o Programa Microsoft Office Excel, versão 2013. Foram calculadas as frequências (absolutas e relativas) e coeficientes de internação (por 10.000 habitantes) por grupo etário e sexo.

Para o cálculo dos coeficientes de internação foram utilizadas projeções da população para o ano de 2018, obtidas por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Os dados utilizados por este estudo são domínio público, sem qualquer identificação dos indivíduos, sendo dispensada a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2018 ocorreram 832.292 internações por neoplasias no Brasil. Dessas internações, a maioria (42,6%) foi observada na região Sudeste, seguida pela região Nordeste (24,7%) e Sul (21,9%). As regiões Centro-Oeste e Norte responderam respectivamente por 6,5% e 4,3% das internações. As hospitalizações por leiomioma do útero foram as principais causas de neoplasias no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Já no Sudeste e Sul, as neoplasias in situ/neoplasias benignas/neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido foram as causas mais frequentes.

As internações por neoplasias em caráter eletivo foram predominantes em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sul, cujas internações em caráter de urgência representaram 52,8%. O coeficiente de internação por faixa etária mostrou que em todas as regiões, as taxas de internação por neoplasias foram maiores na população idosa (oscilando de 63,6 (Norte) a 188,1/10.000 idosos (Sul)).

Em relação ao sexo, em todas as regiões, foram observadas maiores taxas de internações entre as mulheres (variando de 25,5 (Norte) a 65,3/10.000 mulheres (Sul)). As taxas de internações por neoplasias aumentam acompanhando a idade, notando-se crescimento contínuo entre as mulheres a partir dos 30 anos e entre os homens a partir dos 40⁴, evidenciando-se predomínio naqueles maiores de 60 anos, o que pode ser explicado pela maior incidência nos idosos, visto que 80% das neoplasias são relacionadas ao tempo de exposição a fatores cancerígenos⁶.

As maiores taxas de internação por neoplasias para o sexo feminino, também é relatada na literatura e pode ser relacionado à maior procura das mulheres pelos serviços de saúde, gerando, portanto, maior oportunidade de acesso a serviços diagnósticos e terapêuticos⁴. Acredita-se que a predominância de hospitalizações eletivas por neoplasias seja explicada porque muitas delas são motivadas para a realização de procedimentos cirúrgicos para tratamento dos pacientes já diagnosticados.

CONCLUSÃO

O perfil de internações por neoplasias nas regiões brasileiras é bastante semelhante, observando-se que em todas as regiões a taxa de internação foi maior para o sexo feminino e para as pessoas idosas. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as hospitalizações por leiomioma do útero foram as principais causas de neoplasia, já no Sudeste e Sul, as neoplasias in situ/neoplasias benignas/neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido foram as causas mais frequentes. Com exceção da região Sul, para as demais, as internações por neoplasias em caráter eletivo foram predominantes.

O conhecimento do perfil epidemiológico das internações por neoplasias nas regiões brasileiras representa uma importante estratégia para orientar gestores e profissionais da saúde, podendo ser utilizado para o planejamento das ações e serviços de saúde, ajustado às realidades regionais, com vistas a promoção da saúde, prevenção, detecção e tratamento precoces, melhorando a qualidade de vida da população.

DESCRITORES: Hospitalização; Neoplasias; Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1- Araujo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(4), 533-8.
- 2- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*. 2015; 136(5):E359-86.
- 3- Boing AF, Vargas SAL, Boing AC. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(4): 317-22.
- 4- Santos MAS, Oliveira MMD, Andrade SSCDA, Nunes ML, Malta DC, Moura LD. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(3):389-98.
- 5- Leal ML, Cunha AS, Garcia EM, Dias BAS. Caracterização das internações hospitalares por neoplasias no Sistema Único de Saúde no Espírito Santo, Brasil, 2011-2015. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2018; 20(4), 83-92.
- 6- Dazzi MC, Zatti CA, Baldissera R. Internações Hospitalares por Neoplasias no Estado do Rio Grande do Sul. *BJSCR*. 2014; 7(2):05-9.

MORTALIDADE POR NEOPLASIAS EM IDOSOS BRASILEIROS

Patrícia Honório Silva Santos¹, Rhaine Borges Santos Pedreira¹, Elzo Pereira Pinto Junior², Lucas dos Santos¹, José Ailton Oliveira Carneiro¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email: patyhonorios@hotmail.com

²Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde- CIDACS/FIOCRUZ.

INTRODUÇÃO

O aumento na expectativa de vida vem sendo associado a mudanças importantes nas causas de doenças e óbitos, observando-se que, independentemente do nível de desenvolvimento socioeconômico, as principais causas de morte na velhice passaram a ser as doenças não transmissíveis¹.

Dentre essas doenças, as neoplasias representam, hoje em dia, a segunda principal causa de mortes no mundo, sendo que, em muitos países pobres e em desenvolvimento, as projeções indicam que está será a maior causa de mortalidade nas próximas décadas².

No Brasil, atualmente as neoplasias também respondem pela segunda principal causa de óbitos, posição esta atingida a partir do ano de 2003, no qual o número de mortes por essas doenças foi de 134.691, com os idosos responsabilizando-se por 63,7% dessas mortes³.

Portanto, considerando as mudanças demográficas ocorridas, com repercussões no modo de adoecer e morrer da população, no qual as neoplasias tornaram-se uma das principais causas de óbitos, principalmente em idosos, torna-se importante investigar o perfil da mortalidade por essas causas nessa população, pois acredita-se que a partir deste conhecimento, o controle da doença será possível por meio do incremento de ações e programas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, aumentando a sobrevida e melhorando a qualidade de vida dos idosos. Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo descrever a mortalidade por neoplasias em idosos brasileiros.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico do tipo ecológico, descritivo, cuja unidade de análise foi o Brasil, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), disponibilizados eletronicamente, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram coletados dados sobre os óbitos por neoplasias na população idosa (≥ 60 anos) residente no Brasil, ocorridos em 2017.

Para caracterizar os óbitos foram analisadas as variáveis: sexo (masculino, feminino); cor/raça (branca, preta, parda, amarela, indígena e ignorada); escolaridade em anos de estudo (nenhum, 1-3, 4-7, 8-11, ≥ 12); local de ocorrência do óbito (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, via pública, outros) e causa básica de óbito, segundo principais grupos de neoplasias, conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10).

Além dos dados de mortalidade, foram coletadas as estimativas da população brasileira, segundo sexo, para o ano 2017, obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram calculadas a mortalidade proporcional e as taxas de mortalidade brutas (por 100.000 habitantes) para toda a população e para ambos os sexos.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva, usando o Programa Microsoft Office Excel. Os dados deste estudo são de domínio público, sem a identificação dos indivíduos, sendo dispensada a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2017 foram registrados 154.600 óbitos por neoplasias em idosos brasileiros. Do total de óbitos, 54,8% ocorreram em indivíduos do sexo masculino, 59,9% em pessoas brancas e 29,5% em pardas. Em relação a escolaridade, 26,6% das mortes foram em idosos com 1 a 3 anos de estudos. Os óbitos por neoplasias ocorreram, em sua maioria, nos hospitais (78,5%) e no domicílio do idoso (16,8%).

Dentre os idosos do sexo masculino, as principais causas de óbito foram por neoplasias malignas da próstata (17,3%), brônquios e pulmões (15,1%) e estômago (8,0%). As maiores taxas de mortalidade em indivíduos do sexo masculino também foram por neoplasia de próstata (127,4/100.000 hab), brônquios e pulmões (111,6/100.000 hab) e estômago (58,9/100.000 hab).

Já entre as idosas, as causas com a maior proporção de óbitos foram neoplasia da mama (12,9%), brônquios e pulmões (12,6%) e colón (6,6%). As maiores taxas de mortalidade nas idosas também foram por neoplasia da mama (62,2/100.000 hab), brônquios e pulmões (60,7/100.000 hab) e colón (31,7/100.000 hab). Quando se analisa a mortalidade por neoplasias em ambos os sexos, excluindo-se câncer de mama e de próstata, as maiores taxas são por neoplasias dos brônquios e pulmões (83,2/100.000 habitantes).

A mortalidade por neoplasia nos idosos brasileiros guardam relação com os tipos de neoplasias mais incidentes no mundo, sendo estes: o câncer de pulmão, próstata, intestino e estômago, no sexo masculino e câncer de mama, intestino, pulmão e colo do útero, no feminino⁴.

No Brasil, o câncer de pulmão é a principal causa de mortalidade por câncer⁵, o que ocorre devido à alta fatalidade dos casos, sendo responsável por quase uma morte, a cada cinco por câncer⁴. O câncer de pulmão pode ser prevenido através de mudanças de hábitos ao longo da vida como, por exemplo, abandono do tabagismo⁶ e por sua vez a mortalidade por câncer de próstata e mama podem ser reduzidas através da adesão às estratégias de rastreamento^{7,8}.

CONCLUSÃO

A mortalidade por neoplasias em idosos brasileiros ocorreram em sua maioria no sexo masculino, em pessoas brancas e naqueles com escolaridade de 1-3 anos de estudo. No sexo masculino as principais causas de óbitos foram as neoplasias malignas da próstata, brônquios e pulmões e estômago, as quais também apresentaram maiores taxas de mortalidade nesse sexo.

No sexo feminino, as principais causas de óbitos, com também maiores taxas de mortalidade, foram as neoplasias da mama, brônquios e pulmões e cólon. Em ambos os sexos, excluindo-se câncer de mama e de próstata, as maiores taxas de mortalidade nos idosos foram por neoplasias dos brônquios e pulmões.

Esta pesquisa permitiu conhecer a magnitude do problema na população idosa, chamando a atenção para a necessidade de intensificação de campanhas antitabagismo na população, bem como de adesão às ações de rastreamento, diagnóstico e

tratamentos precoces, visando reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

DESCRITORES: Neoplasias; Envelhecimento; Indicadores Básicos de Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Beard JR, Officer A, Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The Lancet*. 2016; 387(10033):2145-54.
- 2- 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.
- 3- Carvalho JB, Paes NA. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste Brasileiro. *Cien Saude Colet* [internet]. 2018 [citado em 26 set 2019]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/taxas-de-mortalidade-por-cancer-corrigidas-para-os-idosos-dos-estados-do-nordeste-brasileiro/16722?id=16722>.
- 4- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International journal of cancer*. 2015; 136(5):E359-86.
- 5- Araújo LH, Baldotto C, Castro Júnior G, Katz A, Ferreira CG, Mathias C, et al. Cancer de pulmão no Brasil. *J Bras Pneumol*. 2018; 44(1):55-64.
- 6- Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do Sus*. 2000; 9(1):43-50.
- 7- Tsodikov A, Gulati R, Heijnsdijk EAM, Pinsky PF, Moss SM, Qiu S, et al. Reconciling the Effects of Screening on Prostate Cancer Mortality in the ERSPC and PLCO Trials. *Ann Intern Med*. 2017; 167(7): 449-55.
- 8- Instituto Nacional do Câncer. Detecção precoce do câncer de mama [Internet]. 2018. [citado em 29 de Set de 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/en/node/1208>.

CÂNCER DE PELE: UMA DESCRIÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE DE ACORDO AS REGIÕES BRAILEIRAS

Gilberto Alves Dias¹, Benedito Fernandes da Silva Filho¹, Fabrine Majestade da Silva Santos¹, Artur Souza dos Santos¹, Júlia Maria Nascimento Penha¹, Elqui Rodrigues de Brito²

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. E-mail: gilbertoalvesdias2015@gmail.com

²Centro Universitário Maurício Nassau.

INTRODUÇÃO

Apesar de sua alta prevalência e incidência, correspondendo a cerca de 30% de todos os tumores malignos registrados no Brasil, o câncer de pele não melanoma apresenta altos percentuais de cura, principalmente quando detectado precocemente. Destaca-se como o mais frequente entre as neoplasias de pele, entretanto com menor mortalidade¹.

Pessoas de pele clara, com histórico familiar de câncer não melanoma ou doenças cutâneas, têm maiores chances de serem atingidas. Por sua vez, tal patologia apresenta tumores de diferentes tipos, estando entre os mais comuns o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular¹. Dessa forma, a utilização de filtro solar, a procura por formulações fotoprotetoras e tratamentos adequados devem ser constantemente estimulados e explorados pela população².

Entretanto, a falta de conhecimento frente aos fatores de risco ocasiona a exposição sem segurança de muitas pessoas incidindo em novos casos de câncer e demais danos. Nesse viés, a falta de entendimento desses fatores dificulta as intervenções efetivas para os diferentes grupos sociais^{3,4}. Segundo os últimos dados oferecidos pelo Instituto Nacional do Câncer, os quais se baseiam no ano de 2015, a taxa de mortalidade no Brasil corresponde a 1958 casos, sendo 1.137 homens e 821 mulheres¹.

Dessa forma, este estudo objetivou descrever a taxa de mortalidade por câncer de pele não melanoma no Brasil de acordo as regiões geográficas, sexo e faixa etária nos últimos cinco anos disponíveis no DATASUS.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa quantitativa, fundamentada em dados secundários de óbitos por câncer de pele não melanoma corridos entre 2013 a 2017. As regiões brasileiras foram definidas como unidades de análise deste estudo.

Coletaram-se os dados referentes ao número de óbitos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), o qual é fomentado pelo Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM). Ademais, os dados relacionados a população por faixa etária e região foram coletados no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de acordo população estimada para cada ano. Ressalta-se que todos os dados estão disponíveis de forma eletrônica.

Para a busca dos dados foi utilizado o código C44 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o qual é referente a outras neoplasias malignas de pele. Por sua vez, a coleta ocorreu em outubro de 2019. Os dados coletados foram tabulados no *software Excel* versão 2016. Por meio dos dados coletados no SIM, buscou-se descrever a taxa de mortalidade nas regiões brasileiras por câncer de pele não melanoma entre os anos de 2013 a 2017.

A taxa de mortalidade foi calculada por meio da divisão entre o número de óbitos de cada região por ano, pela população geral, masculina e feminina estimada para o mesmo ano. Dessa forma, os valores obtidos foram multiplicados por cem mil para padronização das taxas. O mesmo se procedeu com as faixas etárias de idade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A região sul se destacou no período estudado como a região de maior taxa de mortalidade. Dessa forma, apresentam-se os respectivamente os valores: 2013 (1,15); 2014 (1,19); 2015 (1,14); 2016 (1,27); 2017 (1,36) por 100.000 habitantes respectivamente. Nota-se que, além de ser a região com maior taxa, os valores mantiveram-se crescentes em quase todos os anos. Em relação a divisão por sexo, a taxa

de mortalidade de homens passou de 1,44 por 100.000 habitantes, em 2013 para 1,65 por 100.000 habitantes, em 2017. Já o sexo feminino de 0,86 por 100.000 habitantes em 2013 para 1,07 por 100.000 habitantes em 2017.

Enquanto isso, a região norte no mesmo período apresentou a menor taxa em todo país. Em 2013 (0,51); 2014 (0,53); 2015 (0,54); 2016 (0,72 e 2017 (0,81) por 100.000 habitantes sequencialmente. Na mesma região, em todos os anos, a maior taxa de mortalidade foi do sexo masculino sendo 0,68 por 100.000 habitantes em 2013 passando para 0,97 por 100.000 habitantes em 2017. Enquanto isso, a taxa de mortalidade para o sexo feminino passou de 0,32 por 100.000 habitantes em 2013 para 0,66 por 100.000 habitantes em 2017.

Já a região nordeste se destaca como a segunda região com o maior número de óbitos. Em todos os anos estudados a região nordeste teve sua taxa de mortalidade em constante crescimento passando de 1,00 em 2013 para 1,24 em 2017 ambas por 100.000 habitantes.

Tanto a região centro-oeste quanto a região sudeste tiveram aumento nos anos pesquisados. Em ambas regiões a população masculina foi a mais atingida, tendo uma taxa de 0,76 na região centro-oeste e 0,93 na região sudeste no ano de 2013 por 100.000 habitante nas taxas citadas.

Em relação as faixas etárias da população estudada no respectivo espaço de tempo, nota-se maiores taxas para as idades mais avançadas. Em todas as regiões a faixa etária de pessoas acima de 80 anos teve maior taxa de mortalidade, seguida da faixa etária de 70 a 79 anos.

CONCLUSÃO

A taxa de mortalidade por câncer de pele não melanoma se mostra crescente em todas as regiões brasileiras ao decorrer dos anos. Nota-se ainda, que a população masculina, acima de quarenta anos é a mais acometida em todas as regiões. Nesse viés, ressalta-se a importância de ações em saúde que visem modificar comportamentos que possam vislumbrar possibilidades de desenvolvimento do câncer de pele não melanoma.

Ademais, mais estudos com maiores linhas temporais e detalhes são necessários. Entretanto, ressalta-se que bases de dados como o DATASUS, o SIM e o IBGE precisam

ser melhores alimentadas uma vez que os dados presentes em ambos não corroboram com os cálculos epidemiológicos de variáveis como cor, escolaridade, profissão e outras. Dessa forma, tais bases necessitam rever as divisões frente às populações estimadas para cada região do Brasil de acordo as divisões oferecidas para as taxas de mortalidades do câncer de pele não melanoma como de outras patologias.

DESCRITORES: Câncer de Mama; Saúde do Homem; Taxa de Mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de pele não melanoma. Rio de Janeiro: INCA; 2019. [acesso em 05 out 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma>
2. Cortez DAG, Machado ES, Vermelho SCSD, Teixeira JJV, Cortez LER. O conhecimento e a utilização de filtro solar por profissionais da beleza. Ciênc Saúde Coletiva. 2016; 21(7):2267-2273.
3. Urasaki MBM, Murad MM, Silva MT, Maekawa TA, Zonta GMA. Práticas de exposição e proteção solar de jovens universitários. Rev Bras Enferm. 2016; 69(1):126-133.
4. Junior EFSO, Tapety FI, Moura MEB, Abreu BAL, Lago EC, Almeida CAPL. Educação em Saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele. Ver Nursing. 2019; 22(251):2898-2903.

TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE LÁBIO E OROFARINGE NO BRASIL NO PERÍODO 2008-2017

Jennifer Santos Pereira, Lorena Maria Ribeiro Antunes Oliveira, Yvina Santos Silva,
Matheus Soledade Carvalho Santos, Wagner Couto Assis, Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
jenniferspodonto@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer oral é uma neoplasia maligna que pode afetar várias estruturas na região da boca. O lábio e a orofaringe também são regiões que apresentam tendências estatisticamente significantes para a instalação da doença. Em se tratando do lábio, o inferior é o mais acometido pelo câncer e também com maior número de recidivas, seguindo uma predileção por homens, brancos, entre a 5ª década de vida^{1,2, 3}.

De todos os cânceres, é o 12º mais frequente, segundo a estimativa do INCA para 2018. Em contrapartida, a taxa de sobrevivência em pacientes com câncer de lábio, geralmente, é maior do que a de câncer de orofaringe^{1,4}.

Cânceres orais precoces e lesões pré-cancerosas são inicialmente assintomáticos, e não provocam alterações substanciais, principalmente na qualidade de vida dos indivíduos, entretanto, à medida que se desenvolve, o paciente pode notar (autopercepção) e buscar por atendimento, o que geralmente ocorre em estágios avançados¹².

O objetivo do presente estudo foi analisar a série temporal dos coeficientes de mortalidade por câncer de lábio e orofaringe no território brasileiro, durante o período de 2008 a 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de desenho ecológico, do tipo série temporal ou estudo de tendências, utilizando dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), segundo a Classificação Internacional CID-10,

disponibilizado por meio do portal do Sistema de Informática do Sistema Único de Saúde (Datapus). Para fazer o levantamento das mortalidades anuais foram selecionados os óbitos referentes ao código X32 do CID 10 que correspondem as Neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe, ocorridas no Brasil, período de 2007 a 2017.

Para o cálculo da taxa de mortalidade foi utilizado como referência à população brasileira conforme contagem populacional de 2008 a 2017, e para o ano de 2010 foi utilizado o Censo de 2010, sendo essas informações disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para todas as medidas epidemiológicas estimadas, dados relativos à incidência de óbitos foram plotados e por meio de gráficos de linhas obteve-se o coeficiente de determinação (R^2). Para a realização do processo de modelagem, as taxas padronizadas de mortalidade foram analisadas como variável dependente (y), e os anos do estudo como variável independente (x). Para a análise da tendência, optou-se pela regressão linear. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software Excel*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, no período de 2008 e 2017, ocorreram 1.940.623 óbitos decorrentes de neoplasias, entretanto, deste total, 71.854 óbitos foram por câncer de lábio e orofaringe, correspondendo a 3,7% das mortes por todas as neoplasias no período estudado.

No período analisado houve um crescimento constante do coeficiente de mortalidade por câncer de lábio e orofaringe, correspondendo a 3.32 óbitos para cada 100.000 habitantes no ano de 2008, aumentando a cada ano, chegando a 3.43 em 2009, 3.55 em 2010, 3.68 em 2011, 3.73 em 2012, 3.77 em 2013, 3.89 em 2014, 4.05 em 2015, 4.20 em 2016 e 4,29 em 2017. Na análise de tendência identificou-se crescimento constante do coeficiente de mortalidade ($R^2=0,984$). No período de 2002 a 2013 houve declínio da tendência de mortalidade com essa causa no Brasil⁷.

O aumento crescente do coeficiente de mortalidade pode estar associado ao processo de envelhecimento da população⁹, exposição de longa duração a fatores cancerígenos, redefinição dos padrões de vida (nutrição, consumo e condições de trabalho), além da falta de identificação precoce pelo profissional de saúde ou paciente de uma lesão ou sintoma suspeito enquanto estava no estágio inicial^{10, 11}.

O estágio de diagnóstico do câncer, a prevenção e detecção precoce têm potencial de diminuir a incidência de novos casos, melhora a sobrevivência daqueles que desenvolvem esta doença, além de poder reduzir o número de óbitos, gastos com internações, tratamento e sequelas físicas/ psicológicas^{11, 13}.

Mas para isto, a população necessita estar conscientizada sobre os fatores etiológicos, tais como: estilo de vida com maior ingestão de álcool; uso de tabaco, sendo que quanto maior o número de cigarros fumados, maior o risco de câncer; exposição à luz solar sem proteção, determinadas atividades laborais, alimentação inadequada^{14, 15, 16, 17}. A infecção oral por HPV podem aumentar o risco de câncer de lábio e orofaringe em indivíduos com ou sem os fatores de risco de uso de tabaco e álcool¹⁷.

CONCLUSÃO

O coeficiente de mortalidade por câncer de lábio e orofaringe mostra tendência crescente ao longo dos anos, mesmo se enquadrando no rol de óbitos evitáveis. O diagnóstico precoce pode ser realizado sem grandes conhecimentos técnicos/ laboratoriais por profissionais de saúde e através do autoexame feito pelos indivíduos.

Apesar das limitações do SIM, o mesmo é uma fonte de dados confiável para subsidiar estudos epidemiológicos, alertar, auxiliar na compreensão da magnitude da mortalidade por câncer de lábio e orofaringe. Além disso, conduz o planejamento de ações em saúde bucal que venham a fim de reduzir a mortalidade.

DESCRITORES: Neoplasias Labiais; Neoplasias Orofaríngeas; Coeficiente de Mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Moro JN, Marozene MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Câncer de boca e orofaringe: epidemiologia e análise da sobrevivência. Einstein. 2018; 16(2): 1-5
2. Fonseca EP, Fonseca SGO, Milagres CS, Lopes AG. Mortalidade por câncer bucal e orofaringe no Brasil entre 2002 e 2011. Revista da Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu. 2014; 11(2): 08-17
3. Abreu MAMM et al. Carcinoma espinocelular do lábio: avaliação de fatores prognósticos. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2004; 70(6): 765-70
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
5. Petito G, Carneiro MA, Santos SH, Silva AM, Alencar RC, Gontijo AP. Human papillomavirus in oral cavity and oropharynx carcinomas in the central region of

- Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2017; 83:38-44.
6. Castro TPPG, Filho IB. Prevalência do papiloma vírus humano (HPV) na cavidade oral e na orofaringe. *Rev. Bras. Otorrinolaringol* 2006; 72(2): 272-82
 7. Perea LME, Peres MA, Boing AF, Antunes JLF. Tendência de mortalidade por câncer de boca e faringe no Brasil no período 2002-2013. *Rev. Saúde Pública*. 2018; 52:10
 8. Pooter CE, Correa SL, Michel-Crosato E, Biaevic MAH. Tendências de mortalidade por câncer bucal no meio-oeste e oeste catarinense, 1979-2002 UFES *Rev. Odontol., Vitória*. 2005; 7(2): 36-40
 9. Antunes, JLF et al. Trends and spatial distribution of oral cancer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. *Oral Oncology*, 2001; 37: 345-350.
 10. Freitas RM, Rodrigues AMXR, Matos AFJR, Oliveira GAL. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. *RBAC* 48.1 (2016): 13-8.
 11. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin*. 2002;52(4):195-215.
 12. Cunha P, Catão MFM, Costa LJ. Fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no estado da Paraíba – Brasil: relato de pacientes portadores. *Braz Dent Sci*; 12(4): 18-24, 2009.
 13. Maciel SSSV, Maciel WV, Silva RB, Sobral LV, Souza IRS, Siqueira MJ. Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras. *Revista da AMRIGS*, 2012; 56(1): 38-45.
 14. Ernani V, Saba NF. Oral Cavity Cancer: Risk Factors, Pathology, and Management. *Oncology* 2015; 89:187-195. Doi: 10.1159/000398801
 15. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Tipos de câncer – Câncer de boca. Disponível em: www.inca.gov.br. Acessado em: 27/09/2019.
 16. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Tipos de câncer – Câncer de laringe. Disponível em: www.inca.gov.br. Acessado em: 30/09/2013.
 17. Li S, Ni XB, Xu C, Wang XH, Zhang C, Zeng XT. Oral sex and risk of oral cancer: a meta-analysis of observational studies. *J Evid Based Med*. 2015; 8(3): 126-33.

CARACTERÍSTICAS DAS INTERNAÇÕES POR NEOPLASIAS DE PRÓSTATA NO BRASIL

Rhaine Borges Santos Pedreira¹, Elzo Pereira Pinto Junior², Patrícia Honório Silva Santos¹, Lucas dos Santos¹, José Ailton Oliveira Carneiro¹

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

²Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde – CIDACS/FIOCRUZ

INTRODUÇÃO

O novo perfil de adoecimento da população mundial é marcado pelo aumento da prevalência de doenças crônicas, a exemplo das neoplasias¹. Dentre as principais causas de neoplasias em homens brasileiros, destaca-se o câncer de próstata que apresenta altas taxas de incidência e mortalidade, tornando-se importante alvo das políticas públicas de saúde^{2,3}. Dentre os determinantes do câncer de próstata, a idade tem sido apontada como um importante fator de risco⁴.

Além de doenças específicas, os aspectos biológicos inerentes ao envelhecimento podem resultar em maiores taxas de hospitalização, e períodos de internação mais longos^{1,5}. Além disso, ressalta-se que ainda é baixa a adesão masculina aos serviços de promoção da saúde e prevenção de agravos, sendo mais comum a busca aos serviços quando há agravamento da morbidade.

Tal condição está intimamente relacionada a um pior prognóstico do câncer de próstata e também a outros impactos negativos para o indivíduo e sua família, como sofrimento físico e emocional, e para o Sistema Único de Saúde (SUS) que precisa direcionar mais recursos aos tratamentos de maior complexidade que poderiam ser evitados caso os homens realizassem com regularidade as medidas de prevenção no âmbito dos serviços de atenção primária⁶. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo descrever as características das internações por neoplasias de próstata no Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico ecológico, do tipo descritivo, cuja fonte de dados foram as fichas de Autorizações de Internação Hospitalar do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponíveis para consulta no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Foram selecionadas as internações em indivíduos do sexo masculino, com idade igual ou superior a 40 anos, cujo diagnóstico principal da internação era neoplasia maligna de próstata, representada pelo código C61, da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID-10).

Para análise foram consideradas as seguintes variáveis: total de hospitalizações, valor total e valor médio das hospitalizações (em R\$), total e média de dias de permanência, total de óbitos hospitalares e letalidade hospitalar e taxa de internação. A letalidade hospitalar foi calculada a partir da razão entre o total de óbitos hospitalares e o total de internações por câncer de próstata. A taxa de internação por câncer de próstata considerou o total da população brasileira, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o ano de 2018.

Os dados foram exportados para análise em planilhas do Microsoft Excel, onde foram realizadas as análises descritivas, segundo grupos etários específicos. Por se tratar de um estudo com dados de domínio público e que não permitem a identificação dos sujeitos, esta pesquisa dispensa submissão e apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, em 2018, foram registradas 32.185 hospitalizações por neoplasia maligna da próstata em pessoas do sexo masculino com idade igual ou superior a 40 anos. Esse total de internações representou um gasto de R\$ 99.066.394,05, sendo que o valor médio de cada internação foi de R\$ 3.078,03. As 32.185 internações foram responsáveis por 160.542 dias de permanência (média de 5 dias de permanência por hospitalização). Desse total de hospitalizações, 3.052 tiveram o óbito como desfecho, o que representa uma letalidade hospitalar de 9,48%.

A taxa de internação por neoplasia maligna da próstata foi de 87,2/100.000 habitantes. Na análise segundo faixa etária específica, as internações entre os homens

de 60 a 69 anos contabilizaram 12.580 eventos, com um gasto total de R\$ 47.700.019,24 e um total de 59.462 dias de permanência. No entanto, o maior gasto médio por hospitalização foi observado na faixa etária 50-59 anos (R\$ 4.197,56). A maior média de permanência foi no grupo de idosos com 80 anos ou mais (5,9 dias), que também foi o que apresentou a maior letalidade hospitalar (21,86%). Na faixa etária de 70 a 79 foi observado o maior número total de óbitos (1.185) e a maior taxa de hospitalização (305,6/100.000 habitantes).

A maior quantidade de internações na faixa etária de 60 a 69 anos pode ser explicada pelo fato de que o diagnóstico dessa doença costuma ocorrer nessas idades e, portanto, em muitos casos, esse diagnóstico vem acompanhado de hospitalizações para realizar procedimentos cirúrgicos⁶. Por outro lado, em idosos com 80 anos ou mais foi observada maior letalidade hospitalar e maior média de permanência, que se justifica pela maior gravidade de quadros de neoplasias em idades mais avançadas.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam que as hospitalizações por neoplasias malignas de próstata representaram um importante problema de saúde pública, haja vista a grande quantidade de internações hospitalares no SUS e o grande volume de recursos gastos com essas hospitalizações. O câncer de próstata começa a despontar como uma importante causa de morbimortalidade em homens acima dos 40 anos, entretanto foi no grupo etário de 60 a 69 anos que foram registradas a maior quantidade de internações.

Por outro lado, foi nos idosos acima de 80 anos, cujo envelhecimento biológico traz mais vulnerabilidade e risco de óbito, que foram observadas a maior letalidade hospitalar e a maior média de permanência. Apesar dos procedimentos que envolvam atenção hospitalar serem comuns em homens com câncer de próstata, ações de detecção precoce dessas neoplasias podem reduzir a frequência e gravidade desses eventos, o que implica em menor gasto de recursos do SUS e melhor prognóstico no tratamento desses pacientes.

DESCRITORES: Neoplasias; Hospitalização; Saúde do Homem; Próstata.

REFERÊNCIAS

- 1- Barbosa TC, Moro JS, Rosa Junior JN, Yanes CY, Ribeiro ER. Causas de internações hospitalares em idosos por regiões do Brasil: série histórica de 10 anos. R. Saúde Públ. 2019; 2(Suppl1):70-81.
- 2- Asano EW, Kim HSJ, Aguila MC, Navarro S, Fernandes RA. J Bras Econ Saúde. 2018; 10(2): 157-164.
- 3- Braga SFM, Souza MC, Oliveira RR, Andrade EIG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. Rev Saúde Pública. 2017; 51:1-10.
- 4- Damião R, Figueiredo RT, Dornas MC, Lima DS, Koschorke MAB. Câncer de próstata. Rev HUPE. 2015; 14(Suppl1):80-86.
- 5- Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSCA, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde. 2015; 24(3):389-398.
- 6- Leal FS, Gonçalves SJC, Nascimento JC. Epidemiologia do câncer de próstata no município de Vassouras entre 2010 à 2014. Revista Pró-UniverSUS. 2016; 07(2):43-46.
- 7- Cordeiro P, Martins M. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. Revista de Saúde Pública. 2018; 52(69):1-13.

CONHECIMENTO DE ADULTOS COM SÍNDROME METABÓLICA SOBRE OBESIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA O CÂNCER

**Taynnan de Oliveira Damaceno¹, Sávio Luiz Ferreira Moreira¹, Munique Caroline
Pereira Valasques¹, Nayara Santos Silva², Jeverson Teixeira Santos¹, Isleide Santana
Cardoso Santos¹**

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

²Universidade do Norte do Paraná

INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos ocorreram inúmeras mudanças no Brasil e no mundo, de caráter demográfico, econômico e social¹. Essas mudanças propiciaram o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, que vem crescendo de maneira alarmante². Essa doença é caracterizada pela concentração exacerbada de gordura, trazendo assim sérios problemas para o organismo^{1,2}.

Em vista disso, a literatura aponta que a obesidade eleva risco para o câncer, além de aumentar a chance do retorno do câncer em pessoas que já foram acometidas pelo mesmo³. Observou-se que nos últimos 13 anos houve um aumento de 67,8% nos casos de obesidade no Brasil⁴. E para 2025 é esperado cerca de 29 mil casos de câncer relacionados à obesidade³.

Neste contexto, torna-se extremamente importante estudar sobre a relação da obesidade como fator de risco para o câncer, visto que, tanto a obesidade como o câncer são enfermidades que podem ser preveníveis e que devido sua natureza, extensão, severidade e significância correspondem a sérios problemas de saúde pública⁵. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar o conhecimento de adultos em situação de síndrome metabólica sobre obesidade como fator de risco para o câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, integrante do projeto de pesquisa intitulado: Enfermagem e educação em saúde na qualidade de vida de adultos em situação de síndrome metabólica. A pesquisa foi realizada no município de Jequié, interior da Bahia. A coleta de dados ocorreu no período de abril a junho de 2019, no qual participaram 108 pessoas.

Os critérios de inclusão foram: pessoas com o IMC ≥ 25 , com síndrome metabólica e que possuíam interesse e disponibilidade em participar do projeto. As informações foram coletadas através de entrevistas estruturadas e individuais. As entrevistas aconteceram no Centro de Saúde Júlia Magalhães. Após coleta, os dados foram tabulados em planilha do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0, que se trata um programa de computação, de caráter científico.

O estudo atendeu às normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, submetido ao Comitê de Ética, parecer nº CAAE 92352818.9.0000.0055. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e garantido o sigilo e o respeito ao anonimato.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os participantes da pesquisa foram adultos com idade entre 29 e 59 anos. Em relação ao sexo foram 93 participantes mulheres e 15 homens. Através da aplicação dos questionários e tabulação no SPSS chegou-se aos resultados que mostraram que dos 108 participantes, 26 deles estavam com sobrepeso e 72 com obesidade. Desses 72 com obesidade, 33 possuíam a obesidade grau I, 25 a obesidade grau II e 14 a obesidade grau III. Além da obesidade, 70 deles tinham diabetes, 25 deles já fumaram, sendo que desses 25, 9 que ainda fazem uso do tabaco, 51 já fizeram uso de bebidas alcólicas, sendo que desses 51, 30 participantes ainda fazem uso do álcool e 56 dos participantes não fazem exercícios físicos.

A obesidade lesa o DNA das células e, por se tratar de um constante estado inflamatório, facilita que ocorra o surgimento do câncer, causando diversos problemas de saúde a curto e longo prazo. O estudo mostrou que os participantes associavam a obesidade unicamente com o risco de problemas cardiovasculares, desconhecendo o fato de que ela desencadeia uma infinidade de problemas como hipertensão, diabetes, cálculos na vesícula, dificuldade para respirar, problemas nas articulações, além do risco

de desenvolvimento de algum dos diversos tipos de cânceres, principalmente o câncer no endométrio, rins, vesícula biliar e mama³.

A alimentação influencia diretamente na obesidade, além de ser um dos fatores modificáveis no risco do desenvolvimento de câncer.¹ Os participantes demonstraram o conhecimento de que a alimentação interfere diretamente na saúde, tanto de forma positiva, como negativamente, mas mesmo conhecendo essa interferência, continuam com a alimentação inadequada por diversos motivos como a falta de tempo para elaboração de um cardápio mais saudável, baixa condição financeira para a compra de alimentos que possuem alto valor nutricional, além da preferência por alimentos industrializados, pois os mesmos recebem condimentos e aromatizantes que os fazem ser mais atrativos.

CONCLUSÃO

Observou-se que os participantes não possuíam conhecimento acerca da relação entre a obesidade e o risco para câncer e de como a obesidade é um fator desencadeador de outros fatores de risco. Foi possível notar que a maior parte dos participantes possuía não só a obesidade, mas outros fatores que também influenciam para o desenvolvimento do câncer.

Dessa forma, percebe-se a extrema importância da realização de educação em saúde sobre a importância da prevenção do câncer, destacando a obesidade com um dos vilões para o surgimento do mesmo. Além da educação em saúde, essas informações precisam ser veiculadas através dos diversos meios de comunicação, para que a população saiba da enorme inferência da obesidade para o surgimento do câncer, resultando assim em mudanças no modo de pensar e nos hábitos de vida das pessoas.

DESCRITORES: Obesidade; Fatores de risco; Câncer.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de Câncer. Rio de Janeiro. [Citado em 9 de junho de 2014]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home>.
2. Obesidade e excesso de peso, da Organização Mundial de Saúde, <http://www.who.int/mediacentre/fichas/fs311/en/> (Junho de 2016).

3. Instituto oncologia. Obesidade eleva risco de câncer: entenda oito processos biológicos que explicam relação. Acesso em 01 de out 2019. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/obesidade-eleva-risco-de-cancer-entenda-oito-processos-biologicos-que-explicam-relacao/11797/7/>)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Brasileiros atingem maior índice de obesidade nos últimos treze anos. Acesso em 1 de out. 2019. Disponível em: <http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45612-brasileiros-atingem-maior-indice-de-obesidade-nos-ultimos-treze-anos>
5. Mantovani A, Allavena P, Sica A, Balkwill F. Cancro relacionada com a inflamação. Natureza. 2008; 454: 436-44. <https://doi.org/10.1038/nature07205>

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA DA PRÓSTATA NO BRASIL

**Thainan Alves Silva, Elisama Nascimento Rocha, Laís Silva dos Santos, Jelber Manzoli
dos Anjos, Ananda Sodré Silva**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: alves.thainan@outlook.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde 2000, os cânceres constituem a segunda causa de morte na população masculina, seguida das causas externas. Nesse ranking, evidencia-se que o câncer de próstata é o mais incidente, representando 33,7% do total de cânceres diagnosticados, sendo estimado para 2020 um aumento de 23.426 casos¹.

Diante desse cenário de constatação da tendência mundial de aumento da incidência, observa-se que o aumento do número de casos ao longo dos anos tem como possíveis explicações: o aumento da expectativa de vida, a melhoria da qualidade dos sistemas de informação, a maior disponibilidade de métodos diagnósticos e o rastreamento de câncer por meio de PSA e toque retal².

Nesse contexto, é importante ressaltar que a vigilância da morbimortalidade por câncer permite conhecer quantas pessoas desenvolverão a doença, quantas morrerão e quantas viverão com ela como sobreviventes. Para tanto, a compreensão das tendências temporais no Brasil e suas regiões, assim como os principais fatores determinantes, complementam esse monitoramento¹.

Sendo assim, comprova-se que no planejamento, avaliação e intervenções associadas à prevenção e monitoramento do câncer de próstata, a vigilância epidemiológica é parte fundamental. Portanto, o presente estudo delineou o seguinte objetivo: Descrever as características sociodemográficas da mortalidade por neoplasia maligna da próstata no Brasil no ano de 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, realizado a partir de dados coletados do Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM-SUS) disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no mês de setembro de 2019³.

A partir dos SIM-SUS foram coletados os dados referentes à mortalidade por neoplasia maligna da próstata no ano de 2017, cuja Classificação Internacional de Doenças (CID 10) compreende o código C61. O período de estudo foi definido por se tratar dos dados mais atuais disponibilizados pelo DATASUS.

Para realizar a coleta de dados, foi definido o local de residência como critério de seleção. Os dados utilizados se referem à mortalidade por neoplasia maligna da próstata no Brasil, faixa etária, escolaridade e raça.

Os dados foram aproximados para a casa decimal mais próxima e os campos denominados “ignorados” pelo sistema de informação não foram utilizados na análise das variáveis faixa etária, escolaridade e raça.

Por se tratar de estudo utilizando bases de dados públicas, não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado registrou-se 15.391 óbitos por neoplasia maligna da próstata no Brasil. A análise desses óbitos, segundo a faixa etária, demonstrou que houve menor prevalência em indivíduos com idades entre 10 a 14 anos (0,006%) e maior prevalência em indivíduos com idades entre 80 anos a mais (43,39%).

Considerando a variável cor/raça, observou-se que os indivíduos que apresentaram um maior índice de mortalidade foram os de cor/raça branca com 50,09%. Em seguida, os indivíduos de cor/raça parda (36,15%), preta (10,25%), amarela (0,7%) e indígena (0,14%).

Igualmente, na distribuição da mortalidade, segundo os anos de escolaridade, obteve-se que a parcela mais acometida foi aquela que tinha apenas de 1 a 3 anos de estudo (26,71%) e a menos atingida aquela com 12 anos ou mais de estudo (6%).

A idade se apresenta como fator de risco importante, visto que os diagnósticos mais frequentes são de homens com faixa etária acima de 65 anos⁴. Comungando com essa informação, estudos que avaliaram o perfil epidemiológico de pacientes com

câncer obtiveram como resultado a média de idade 74 anos. Portanto, o câncer de próstata é considerado uma patologia característica da terceira idade, o que corrobora com os dados encontrados no presente estudo⁵.

Somado ao fator de risco idade, tem-se a etnia como outro fator de risco para essa patologia. Assim, negros têm maiores chances de desenvolver esse tipo de câncer, seguido pelos brancos, latinos, asiáticos e indígenas^{6,7,8,5}. Essa informação está em desacordo com os achados desse estudo, já que a cor/raça mais acometida foi a branca (50,09%), seguida pela parda (36,15%).

Pesquisas revelaram que o nível de escolaridade tem relação direta com o conhecimento sobre essa condição e a busca por atendimento médico. Portanto, nível de escolaridade é uma importante variável conhecida por influenciar as condições de saúde^{9,10}. Nesse sentido, os baixos níveis de escolaridade podem ter influenciado o desfecho morte nesse estudo.

CONCLUSÃO

O estudo apresentou as características sociodemográficas das vítimas de neoplasia maligna da próstata no Brasil, no ano de 2017, demonstrando um total de 15.391 mortes vinculadas a essa patologia. As características dessas vítimas que se destacam no Brasil, são de homens em idades mais avançadas, com significativo aumento de ocorrência do óbito após os 70 anos, de cor/raça branca e parda e com baixa escolaridade.

Diante dos resultados apresentados e discutidos, ressalta-se a necessidade de implementação de ações de promoção e prevenção à saúde do homem, tornando os serviços de saúde mais acessíveis a esse público, uma vez que a neoplasia maligna da próstata representa ascendente problema de saúde pública.

As limitações do estudo centraram-se na atualização de dados do Sistema de Informação de Mortalidade e a incompletude de algumas variáveis, o que pode originar viés de informação.

DESCRITORES: Mortalidade; Neoplasia; Câncer de próstata.

REFERÊNCIAS

1. da Silva ACLG, Kretzer NONMR. Prevenção e cuidados às doenças prevalentes em homens. Florionópolis; 2018. [Acesso em 05 de out de 2019]. Disponível em:<https://unascpmoodle.ufsc.br/pluginfile.php/148617/modresource=content=4=DoencasPrevalentesPB:pdf>.
2. Delziovo CR, de Oliveira CS, d’Orsi E, Xavier AJ. Intercorrências na saúde sexual e reprodutiva do homem; 2018. [Acesso em 05 de out de 2019]. Disponível em: <https://unascpmoodle.ufsc.br/pluginfile.php/148746/modresource=content=7=IntercorrenciasCOR:pdf>.
3. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). [Acesso em 29 de set de 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205id=6937VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm>.
4. Ministério da Saúde. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. Instituto Nacional de Câncer “José Alencar Gomes da Silva” Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2015. [Acesso em 29 de set de 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-nacional-de-combate-ao-cancer/2015/estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil>.
5. Antunes YPPV, Bugano DDG, del Giglio A, Kaliks RA, Karnakis T, Pontes LB. Características clínicas e de sobrevida global em pacientes oncológicos idosos num centro oncológico terciário. Einstein. 2015 out/ dez;13(4):487 – 91. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S167945082015005011101script=sciarttexttling=pt>:
6. Abouassaly R, Thompson IM, Platz EA, Klein EA. In: Epidemiology, Etiology and Prevention of Prostate Cancer. 10ª ed. Elsevier: Filadélfia; 2012. p. 2704 – 2725.
7. Cooperberg MR, Jr JCP, Shinohara K, Carroll PR. Neoplasms of the Prostate Gland. In: McAninch, JW, Lue, TF, Smith, TGU. 18ª ed. Nova Iorque: McGraw Hill; 2013. p. 350 – 379.
8. Darves-Bornoz A, Park J, Kart A. Prostate Cancer In: Tewari AK, Whelan P, Graham JD. Epidemiology. Wiley Blackwell: Chichester; 2014. p. 1 – 15.
9. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L. Differences In Life Expectancy Due To Race And Educational Differences Are Widening, And Many May Not Catch Up. Health Affairs. 2012; 31(8): 1803 – 1813.
10. Gomes R, do Nascimento EF, de Sousa Rebello LEF, de Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. Ciência e Saúde Coletiva. 2008 nov/ dez;13(2):1975 – 1984.

DISTRIBUIÇÃO DE MAMÓGRAFOS DISPONÍVEIS NOS SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DA BAHIA, 2010 – 2018

Rhaine Borges Santos Pedreira¹, Elzo Pereira Pinto Junior², Patrícia Honório Silva Santos¹, Lucas dos Santos¹, José Ailton Oliveira Carneiro¹

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

²Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde – CIDACS/FIOCRUZ

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma das principais causas de morbimortalidade em mulheres no Brasil, sendo o tipo de câncer que mais mata e o segundo tipo de câncer com maior incidência nesse grupo populacional, ficando atrás apenas dos tumores de pele não melanoma¹. Nesse contexto, o diagnóstico precoce da doença é extremamente importante, estando associado à redução da mortalidade².

Atualmente, a mamografia é indicada como o exame com melhor custo-efetividade para rastreamento do câncer de mama, com capacidade de detectar a doença até dois anos antes de ser possível a sua identificação através do exame de palpação da mama^{3,4}. No Brasil, a Lei Federal nº. 11.664/2008 garante, dentre outros aspectos, a realização de mamografia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para mulheres com idade igual ou superior a 40 anos.

Apesar disso, o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama vem sendo afetado pela má distribuição de mamógrafos no território brasileiro, refletindo dificuldades para o alcance da equidade e da integralidade no acesso aos serviços de saúde^{3,5}. Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi analisar a distribuição dos mamógrafos disponíveis nos serviços do SUS no Estado da Bahia, no período de 2010 a 2018.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo ecológico, do tipo descritivo, cujas unidades de análise foram os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) da Bahia. Esta pesquisa utilizou como fonte de dados o

Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), com foco nas informações sobre os mamógrafos. O CNES está disponível para consulta pública no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Além das informações sobre os equipamentos, estimativas populacionais foram obtidas a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Nesta análise foi considerada a quantidade de mamógrafos existentes nos serviços do SUS, de 2010 a 2018, segundo NRS. Foram descritos os seguintes componentes da oferta desse equipamento: taxa de mamógrafos por 100.000 habitantes, distribuição de mamógrafos segundo os tipos de estabelecimentos. Os dados foram extraídos do DATASUS e exportados para análise em planilhas Excel, da *Microsoft*.

A análise descritiva contou com cálculo de frequências absolutas e relativas, nas análises temporais foram calculadas as variações percentuais no período (VPP), representado pela diferença do valor final (VF) e valor inicial (VI) do indicador, dividido pelo valor inicial, cujo resultado foi multiplicado por 100 para que fosse expresso em valores percentuais ($[VPP = (VF-VI)/VI] \times 100$). Por se tratar de uma pesquisa com dados públicos, de livre acesso, torna-se dispensável a submissão e apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A quantidade de mamógrafos existentes nos serviços do SUS na Bahia aumentou de 114 para 156, de 2010 a 2018, o que significou um acréscimo de 36,8% na disponibilidade desses equipamentos. Na análise da série histórica, foi possível notar um aumento de 30,9% na oferta de mamógrafos em clínicas especializadas e uma redução de 15,1% desses equipamentos em hospitais gerais.

Em 2018, 27,6% dos mamógrafos estavam em clínicas especializadas, 27,6% em hospitais gerais, 19,2% em policlínicas e 13,5% em serviços de apoio de diagnóstico e tratamento. Além da variação no tempo, a distribuição dos mamógrafos também é diferente entre os NRS. Em algumas regiões da Bahia, os mamógrafos estão distribuídos nos quatro tipos de serviços descritos acima, como os NRS-Salvador, NRS-Feira de Santana, NRS-Vitória da Conquista, enquanto em outras regiões esses equipamentos se concentram em apenas três tipos de estabelecimento (NRS-Juazeiro, NRS-Teixeira de

Freitas, NRS-Jacobina), o que pode refletir as características na oferta de serviços de densidades tecnológicas diferentes.

A taxa de mamógrafos também aumentou de 2010 a 2018, variando de 0,81 para 1,05 equipamentos/100.000 habitantes (VPP=29,5%). Os maiores aumentos percentuais na taxa de mamógrafos foram observados nos Núcleos Regionais de Saúde de Barreiras (VPP=299,4%), Vitória da Conquista (192,3%) e Teixeira de Freitas (157,0%). O aumento na oferta de tecnologia médica, o que inclui os mamógrafos e outros equipamentos médicos de diagnóstico por imagem, é um fenômeno mundial, que também se expressa nos serviços de saúde no Brasil⁶. Entretanto, assim como observado nesse estudo, ainda persistem inequidade regionais na oferta de mamógrafos, que são determinados por fatores socioeconômicos, como renda e indicadores municipais de desenvolvimento³.

CONCLUSÃO

A oferta de mamógrafos nos serviços do Sistema Único de Saúde na Bahia aumentou de 2010 a 2018, o que potencialmente ampliou o acesso da população a esses serviços. Apesar dessa ampliação, ela não ocorreu de forma homogênea e ainda persistem inequidades na oferta desse equipamento, e por consequência, desigualdades nas ações de rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no estado.

Destaca-se ainda que os mamógrafos estão distribuídos em uma variedade de serviços de saúde, dentre os quais se destacam os hospitais gerais e as clínicas especializadas. Os avanços na oferta desses equipamentos e a ampliação da sua presença em diferentes regiões do Estado da Bahia podem indicar melhoria das políticas públicas na atenção ao câncer de mama.

DESCRITORES: Neoplasias; Mamografia; Neoplasias da mama; Acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1- Instituto Nacional do Câncer. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação [Internet]. 2019. [citado em 29 de Set de 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-de-mama-no-brasil-sintese-de-dados-dos-sistemas-de-informacao>.

- 2- Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011, 16(9):3649-3664.
- 3- Abreu GRF, Silva SALS. Distribuição geográfica e acesso ao mamógrafo no Estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2015,39(1):88-104.
- 4- Santos CS, Souza EA, Martins MMF, Pinto Junior EP. Análise da produção ambulatorial de mamografias na Bahia. *SANARE*. 2016,15(02):23-29.
- 5- Brasil. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 30 de abril de 2008. [acessado em 29 de setembro de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm.
- 6- Loureiro S, Simões B, Aragão E, Mota F, Moura H, Damasceno L. Diffusion of medical technology and equity in health in Brazil: an exploratory analysis. *Eur J Dev Res*. 2007,19(1):66-80.

O USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES POR PACIENTES ONCOLÓGICOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Ivana Santos Ferraz, Layres Canuta Cardoso Climaco, Ismar Eduardo Martins Filho

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: ivanaferraz25@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em pleno século XXI, a humanidade ainda padece com infortúnios, invasores microscópicos e com o reaparecimento de doenças consideradas erradicadas. Apesar do patente desenvolvimento tecnológico e científico, doenças como o câncer ainda continuam sem a certeza de cura, adquirindo o estigma de terminalidade. A revisão de literatura deixa claro que a quimioterapia, a radioterapia, a hormônioterapia, a imunoterapia e a intervenção cirúrgica são as formas terapêuticas mais auspiciosas no tratamento do câncer. Porém tem-se conhecimento de outras técnicas de tratamento, as chamadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC), caracterizadas pela utilização de métodos não convencionais ou formais utilizadas na medicina alopata¹.

Com isso, tem-se a temática sobre as PIC ganhado êxito nos últimos anos, tornando-se uma opção atrativa tanto para os usuários, quanto para os profissionais de saúde^{1,2} que voltaram sua atenção a práticas pautadas na tríade corpo-mente-alma³. Nota-se tanto enquanto oferta de serviços terapêuticos, como também na combinação destes com os procedimentos terapêuticos tradicionais⁴. As PIC são definidas como abordagens de cuidados de saúde distintas da medicina convencional, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde^{1,5}.

Neste contexto, esta pesquisa tem por objetivo apresentar uma revisão integrativa acerca do uso das PIC em pacientes oncológicos e suas motivações.

MATERIAL E MÉTODOS

Diante da necessidade de discussão do tema, aliado à urgência de maiores estudos e de experiências que reflitam sobre o uso das PIC em pacientes oncológicos, adotou-se como recurso metodológico a revisão integrativa, por compreender que esta

metodologia de trabalho acadêmico nos possibilita, além de agregar a produção acadêmica, facultar também à expressão dos autores. Segundo autores⁶ a revisão integrativa da literatura teórica e empírica, além de inserir um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

A busca dos dados foi realizada no período de setembro de 2019 na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando as palavras chave: Práticas Integrativas e Complementares e Câncer. Como critérios de inclusão foram adotados artigos completos, na língua portuguesa, que estivessem publicados entre 2010 a 2019 referentes às PIC em pacientes oncológicos.

Foram excluídos os artigos em duplicidade e àqueles que não abordavam os processos ao tema. Assim, no primeiro momento da busca foram encontrados 136 artigos que, após a primeira avaliação, levou em conta o título e o resumo em relação com o tema, restaram 50 artigos, em um segundo processo de filtragem, mediante a leitura dos resumos, restaram 15 artigos, dos quais, após leitura minuciosa de cada texto, foram selecionados 5 trabalhos, que compuseram o corpo deste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura e análise temática dos artigos discutiremos questões referentes ao uso das PIC, sob a ótica do paciente oncológico. Foi possível observar nos estudos encontrados que os pacientes oncológicos optam pelo tratamento alternativo ou complementar mesmo sem a indicação ou a aprovação do médico ou outro profissional de saúde, pois acreditam que estes trazem benefícios à saúde; ou ainda porque as pessoas não acreditam que o tratamento alopático seja totalmente eficaz.

Dentre as PIC citadas dos estudos encontrado estão as práticas baseadas em plantas medicinais que são a homeopatia e a fitoterapia. Entretanto, muitos pacientes consideram este tipo de prática como uma alternativa no cardápio de serviços, capaz de diminuir custos. Também acreditam na eficácia deste tratamento, inclusive para doenças crônicas, mesmo reconhecendo que em patologias como o câncer, esta terapia, algumas vezes, não é indicada⁷.

Outros fatores que levaram ao uso da fitoterapia e homeopatia, revelados nos estudos é a acessibilidade desse tipo de tratamento; a redução dos custos, pois o tratamento farmacológico é bem mais caro; e a própria disseminação do uso repassado pelas pessoas do senso comum⁸.

As plantas medicinais representam fator de grande importância para a manutenção das condições de saúde das pessoas. Com o uso da terapia baseada em ervas, os pacientes oncológicos têm conseguido reduzir os efeitos colaterais dos tratamentos convencionais, em específico, da radioterapia e da quimioterapia. Segundo um estudo comprovou-se que pessoas enfermas que utilizavam tratamentos naturais eficazes apresentavam menos efeitos colaterais que qualquer outro tipo de medicamento⁸.

CONCLUSÃO

Observa-se que este estudo se encontra em consonância com o que a literatura vem apontando no que diz respeito aos benefícios e as incertezas que permeiam o uso das PIC. De modo geral, as PIC nominadas neste estudo propiciaram aos pacientes oncológicos maior bem-estar, acrescido do senso de autonomia quanto aos processos decisórios sobre seu plano de cuidados.

Esta pesquisa possibilitou perceber que o saber popular vem alicerçando o conhecimento científico e as iniciativas governamentais, permitindo a aliança de saberes. No que concerne a nosso compromisso enquanto academia/pesquisadores, acredita-se ser imprescindível fortalecer pesquisas relacionadas ao uso das PIC em pacientes oncológicos, pois é uma modalidade de cuidado que se apresenta em expansão. Somado a isso, é essencial direcionar um olhar mais atento para questões quanto ao cuidado integral à pessoa acometida por câncer.

DESCRITORES: Terapias Complementares; Oncologia; Plantas Medicinais.

REFERÊNCIAS

1. Telesi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud Av.* 2016 Jan/Apr; 30(86): 99-112. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S010340142016.00100007>.

2. Nascimento MC, Romano VF, Chazan ACS, Quaresma CH. Professional education in complementary and alternative medicine: challenges for the public universities. *Trab educ saúde*. 2018 May/Aug 16(2):751-72. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746sol00130>
3. Fischborn AF, Machado J, Fagundes NC, Pereira NM. SUS Integrative and complementary practices politics: report of implementation in an educational and health care service. *Cinergis*. 2016 Oct/Dec;17(4 Suppl 1):358-63. Doi: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.81>
4. Fuentes D. (Bio) Ética, Investigación y Medicina Complementaria: Una Prioridad en Salud Pública. *Rev peru med integr*. 2016;1(1):38-44.
5. Asher GN, Gerkin J, Gaynes BN. 2017. Complementary Therapies for Mental Health Disorders. *MedClin North Am*. 101, 5, pp. 847-864.
6. Whittemore R, Knalf K. The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52:546-53.
7. Felipette LJ, Ceolin S, Knob PB, Vestena ZJG, Manfrin MR, Schwartz E. Uso de terapias integrativas e complementares por pacientes em quimioterapia. *av.enferm*. [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Sep 25] ; 33(3): 372-380. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002015000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n3.53363>.
8. Pimentel M, Mônica C, Gomes M, Raoni, SB, Maria W, Gonçalves B, Dourado LS, Rosana AG, Leandra M. Falando sobre Câncer de Colo Uterino: Contribuições das Terapias Complementares. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2012;4(4):2909-2919. Recuperado de: <http://www.w3.org/1999/xhtml> href="http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750895033" target="_blank"><http://portal.amelica.org/ameli/jatsRapo/505750895033>

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: FERRAMENTAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE AOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

Amora Ferreira Menezes Rios

Universidade Estadual de Santa Cruz- UESC. E-mail: amoramenezes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs), implementadas no Brasil em 2006, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), constituem-se um apoio à terapêutica convencional¹.

As PICs apresentam benefícios relacionados à redução da dor, estresse e ansiedade, melhora da qualidade do sono, evolução positiva de quadros depressivos e estímulo ao autocuidado e à corresponsabilização no processo de saúde-doença em pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o câncer.

A cada ano, 15 milhões de pessoas são diagnosticadas com câncer e cerca de 9 milhões evoluem a óbito no mundo². No Brasil, em 2017, as neoplasias malignas foram responsáveis por 221.821 óbitos, sendo a segunda causa de mortalidade do país³. Em virtude desta grande incidência e mortalidade na população brasileira, ações que visem o controle e a redução do impacto do câncer sobre a população são de grande interesse da saúde pública.

Nessa conjectura, o objetivo desse trabalho é identificar as limitações e potencialidades das PICs na promoção à saúde e qualidade de vida aos pacientes oncológicos. As PICs, ferramentas terapêuticas de prevenção de agravos e doenças, da promoção, manutenção e recuperação da saúde e bem-estar, partindo dos pressupostos da dimensão global do ser humano e da atenção humanizada, podem ser consideradas eficazes para o enfrentamento dessa problemática.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma Revisão Sistemática de Literatura, no período de agosto-setembro/2019, constituída das seguintes etapas: 1) identificação do tema; 2)

estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 3) definição das informações a serem extraídas dos textos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos e 5) síntese de conhecimento.

Foi efetivada busca de um único descritor, “oncologia integrativa”, nas bases de dados MedLine, Scielo, Lilacs e PubMed, dispensando filtros. Foram incluídos apenas artigos com títulos que continham termos relacionados ao tema, entre eles: “práticas integrativas e complementares”; “terapia complementar”; “terapia alternativa”; “medicina complementar e integrativa” e “medicinas tradicionais chinesas”, e publicados entre os anos 2015-2019, independente de país de publicação e idioma. Foram excluídos artigos não disponíveis ao acesso público, completos ou online, teses, dissertações, livros e editoriais.

A definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados constituiu-se das seguintes variáveis: limitações e potencialidades das PICs em pacientes oncológicos. Para orientar as análises descritivas e críticas dos estudos selecionados, as informações procedentes dos artigos foram sintetizadas em uma planilha. As variáveis críticas para análise dos estudos foram: a diversidade das PICs, sua eficácia e implementação no Sistema Único de Saúde (SUS). A síntese do conhecimento foi realizada descritivamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas bases de dados localizou-se 332 textos relacionados ao tema. Foram excluídos 325 após a leitura do título e 01 após a leitura na íntegra, resultando em 06 artigos selecionados.

Na base de dados MedLine foram identificados 239 estudos, 04 foram incluídos. Dos 67 encontrados no Lilacs, selecionou-se 02 artigos. Na base Scielo e PubMed foram identificados 22 e 04 textos, respectivamente, no entanto nenhum foi incluindo para análise. Dos textos selecionados 02 foram publicados no Brasil, em língua portuguesa, 01 oriundo da Itália, em italiano e 03 em inglês, sendo 02 publicados nos Estados Unidos e 01 na Austrália.

Identificou-se ampla diversidade de PICs em pacientes oncológicos, entre elas as mais citadas foram: fitoterapia, medicina tradicional chinesa, acupuntura, massagem, quiropraxia, oestopatia, yoga, meditação, arteterapia, hipnose, tai chi chuan e qi gong.

Desvelou-se um aumento significativo de adesão às PICs por pacientes oncológicos⁴. No entanto, nenhum dos artigos faz referência à sua utilização no SUS. Nesse contexto, é evidente destacar que a adesão dessas práticas é maior por pacientes de classes econômicas elevadas e alto nível de escolaridade^{5,6}.

Os dados apontaram melhora clínica do estresse, ansiedade, depressão, fadiga e bem-estar geral após a utilização das PICs em pacientes oncológicos⁷. As suas potencialidades estão, mais comumente, associada ao equilíbrio dos distúrbios emocionais e do sono, saúde mental, melhora da dor e da qualidade de vida. Há evidências de melhora das náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia e de otimização do sistema imunológico⁸.

Como limitações, o estudo evidenciou a possibilidade de interação medicamentosa e toxicidade na fitoterapia⁹. A não divulgação das PICs pelos profissionais de saúde favorece a intervenção não científica que pode impactar negativamente no desfecho clínico.

CONCLUSÃO

A ampliação e fortalecimento da PNPIC favorece a redução dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida, promove saúde e conseqüentemente acarreta impacto na prevenção do câncer e melhora da qualidade de vida dos pacientes em tratamento convencional.

As PICs possibilitam estabelecer um diálogo construtivo entre a medicina tradicional e a moderna, e destacam-se como ferramentas potentes para o tratamento humanizado e integral aos pacientes com câncer, no entanto requer uma importante reflexão no campo científico. São necessários estudos controlados, randomizados, para estabelecer resultados mais consistentes quanto os benefícios das PICs em pacientes oncológicos e possibilitar uma maior padronização das terapias complementares.

É fundamental divulgar e capacitar os discentes, profissionais de saúde e a população sobre a ação terapêutica das PICs para que possam ser desenvolvidas efetivamente nos serviços do SUS.

DESCRITORES: Oncologia; Medicina Integrativa; Oncologia Integrativa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Diário Oficial da União. 22 Mar 2018.
2. World Health Organization. Guide to Cancer Early Diagnosis. Geneva: WHO; 2017. ISBN: 978-92-4-151194-0.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde [acessado em 26 agosto 2019]. Disponível em: » <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
4. Goldstein CF, Stefani NA, Zabka CF. Oncologia integrativa: das práticas complementares aos seus resultados. ACTA MEDICA; 2018. 39(2): 292-305.
5. Kessel KA, Lettner S, Kessel C, Bier H, Biedermann T, Friess H, et al. (2016) Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) as Part of the Oncological Treatment: Survey about Patients' Attitude towards CAM in a UniversityBased Oncology Center in Germany. PLoS ONE 11(11): e0165801.doi:10.1371/journal.pone.0165801.
6. Bozza C, Agostinetto E, Gerratana L, Puglisi F. Le terapie alternative e complementari in oncologia. Recenti Prog Med 2015; 106: 601-07.
7. Richard T Lee, Yang P, Greenlee H, Bauer S, Lynda G. Balneaves, Zick S. Personalized Integrative Oncology: Targeted Approaches for Optimal Outcomes. Integrative Cancer Therapies; 2015. 14(1): 98 –105.
8. Sullivan A, Gilbar P, Curtain C. Complementary and Alternative Medicine Use in Cancer Patients in Rural Australia. Integrative Cancer Therapies; 2015. 14(4): 350 –358.
9. Lira, Barros MFA, de Carvalho AGC, Araújo AGR, Lucena NMG. Análise de técnicas fisioterapêuticas utilizadas em pacientes submetidas à mastectomia: uma revisão integrativa. ConScientiae Saúde; 2016. 15(2): 304-311.

TRATAMENTOS UTILIZADOS EM GESTANTES COM NEOPLASIA MAMÁRIA

Sara de Jesus Santos, Átila Rodrigues Souza, Micaela Leão de Sousa, Eliane Fonseca Linhares

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: sr_sr2@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer é caracterizado por uma multiplicação celular, que se desenvolve de maneira desordenada e agressiva, sem sofrer apoptose, acometendo locais diversos do corpo, podendo ou não gerar metástase. Dentre os inúmeros tipos de câncer, o mais frequente entre o gênero feminino, é o câncer de mama. A detecção precoce ocorre por meio da realização do autoexame, rastreamento clínico e/ou mamografia anual, tendo três principais medidas de tratamento: a quimioterapia, radioterapia e cirurgia¹.

Mediante a busca frequente por uma gestação tardia e a incidência da neoplasia mamária mais evidente em mulheres acima dos 30 anos, tem crescido os relatos clínicos dessa patologia durante o período gestacional² e/ou mulheres que engravidam em tratamento. Sendo a gestação um período fisiológico delicado, deve-se ter muita cautela na escolha do tratamento, levando sempre em consideração o período do diagnóstico e as condições clínicas da mulher; mediante a necessidade das intervenções, é necessário evitar o prejuízo para o feto durante o seu desenvolvimento.

Pesquisas epidemiológicas estimaram que no ano de 2019, cerca de 60.000 mulheres estariam sendo acometidas pelo câncer de mama², apesar das incertezas que circundam esse problema de saúde pública no Brasil, que se mostra como uma questão de crescente importância. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar na literatura os aspectos tecnológicos e terapêuticos utilizados no tratamento de oncologias mamárias em gestantes.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, referente aos “Tratamentos oncológicos”, com ênfase às gestantes. Para elaboração, a busca dos estudos deu-se nas

bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) em setembro de 2019. Foram utilizados na pesquisa os Descritores: Gravidez; Neoplasia da mama, relacionados entre si por meio do operador booleano *AND*.

Obteve-se uma amostra inicial de 4.914 estudos na BVS e 1.234 na LILACS, adotou-se como critério de inclusão textos disponíveis, em idioma inglês, espanhol e português, publicados entre o ano de 2009 a 2019, tendo como assunto principal as Complicações Neoplásicas na Gravidez, por vez o quantitativo reduziu para 248 estudos na LILACS e 246 na BVS. Como critério de exclusão, eliminou-se: estudos repetidos; títulos que destoam da temática, que não abordavam acerca do tratamento do câncer de mama em gestantes, bem como, monografias e dissertações.

Dessa maneira, obteve-se uma amostra de 20 estudos na BVS e 15 na LILACS, que por vez passaram por uma análise crítica e mais detalhada de seus títulos, resumos e texto completo, sendo assim, foram eliminados 25 estudos que não atenderam aos critérios pré-desenvolvidos, além de não se enquadrarem no objeto proposto por essa revisão, deste modo, a amostra bibliográfica desse trabalho é composta por 10 estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após estabelecer o diagnóstico de câncer de mama no primeiro trimestre da gestação, é feito o plano de tratamento, que poderá ser através de quimioterapia e/ou radioterapia, além de cirurgia se necessário. Atualmente, as diretrizes da conduta terapêutica para as mulheres grávidas, tem seguido as mesmas das não gestantes^{3,4}, sendo que, há características peculiares do período gravídico que devem ser considerados para garantir segurança materna e evolução fetal.

A quimioterapia, em sua maioria, é feita por quimioterápicos de classe D, os quais são considerados de risco potencial para a saúde do feto^{4,5}, dentre os antineoplásicos, há um alerta quanto ao uso do Trastuzumabe devido aos riscos e efeitos ainda maiores, tanto para formação fetal quanto para a sua morte in útero^{4,5,6,8}. A radioterapia, é indicada por alguns médicos, mas devido a exposição à radiação tem seu uso limitado, e adiado até o pós-parto, sendo que a amamentação nesses casos não é realizada³.

Quanto a realização de cirurgias, segundo alguns estudiosos, poderá ser realizada em qualquer fase da gestação, sem riscos alarmantes para a saúde do binômio mãe-filho⁶. Independentemente do método escolhido, deve-se haver um equilíbrio entre tratar efetivamente a mãe e minimizar as toxicidades ao embrião e ao feto, apesar que ainda há incerteza por parte dos profissionais da saúde, acerca do tipo de tratamento e dosagens de medicamentos seguros para gestantes nessas situações⁹.

Entretanto, tanto a quimioterapia quanto a radioterapia, segundo os estudiosos devem ocorrer apenas no segundo e terceiro trimestre da gestação^{4,6,7}, uma vez que o parto só poderá ser realizado um mês após findar-se o ciclo quimioterápico⁸. Diante do exposto, considera-se fundamental um olhar crítico para mulheres que engravidam em tratamento dessa patologia, pois o primeiro trimestre de gestação é a base do desenvolvimento embrionário, que poderá ser interrompido, além de estar associado ao maior grau de ocorrência das más formações fetais⁵.

CONCLUSÃO

A utilização das diretrizes executadas no tratamento das gestantes, devem ser melhor analisadas frente a uma situação crítica e delicada que é o câncer de mama associado ao período gravido, além de tratar-se de uma fase de grandes transformações não apenas fisiológicas, mas psicológicas também, pois o diagnóstico em si já afeta o estado psicoemocional da mulher, ademais, deve ser levado em consideração o desenvolvimento embrionário e fetal e os aspectos do tumor.

Mesmo havendo a possibilidade de ocorrer respostas genotóxicas e mutações fetais, ainda há um número insignificante de pesquisas acerca dos efeitos teratogênicos e muitas divergências que circundam a escolha dos tratamentos. Destaca-se também, a necessidade da aplicação de um pré-natal que preze a prevenção e detecção precoce da neoplasia mamária, com orientações acerca do autoexame das mamas, para que assim, em caso de diagnóstico positivo seja estabelecido o tratamento mais viável.

DESCRITORES: Gravidez; Saúde da Mulher; Mama; Terapia Combinada; Neoplasia da Mama.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Coordenação de Ensino. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer, Brasília: Ministério da Saúde; 2019; 1-111. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-4-edicao.pdf>
2. A mulher e o câncer de mama no Brasil [Internet]. INCA - Instituto Nacional de Câncer. 2018; Disponível em: <https://www.inca.gov.br/exposicoes/mulher-e-o-cancer-de-mama-no-brasil>
3. Crispiano, P; Oliveira, C de. Gestação e câncer de mama: proposta de guia de orientações. *Fisioter. Bras*; 17(2): f: 148-157, mar.-abr. 2016. Disponível em: file:///C:/Users/sr_sr/Downloads/202-4006-1-PB.pdf
4. Monteiro DLM, Trajano AJB, Menezes DCS, Silveira NLM, Magalhães AC, Miranda FRD de, et al. Câncer de mama na gravidez e quimioterapia: revisão sistemática. *Revista da Associação Médica Brasileira*. abril de 2013;59(2):174–80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n2/v59n2a18.pdf>
5. Litton JK, Theriault RL. Breast Cancer and Pregnancy: Current Concepts in Diagnosis and Treatment. *The Oncologist*. 12 de janeiro de 2010;15(12):1238–47. Disponível em: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/15/12/1238.full>
6. Borges AM. Câncer de mama her 2 localmente avançado em gestante – relato de caso [tese]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/sr_sr/Downloads/Andrea-Moraes-Borges-TCC-2014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sr_sr/Downloads/Andrea-Moraes-Borges-TCC-2014%20(1).pdf)
7. Shachar SS, Gallagher K, McGuire K, Zagar TM, Faso A, Muss HB, et al. Multidisciplinary Management of Breast Cancer During Pregnancy. *Oncologist*. março de 2017;22(3):324–34. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344634/>
8. Garrido Sánchez MC, Martín Díaz CM, Bosch Gallardo M, Ageitosa AG, Herrero Antón MA, Sánchez Díaz E. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratamiento neoayuvante en el cáncer de mama gestacional. *Prog Obstet Ginecol*. 2017;60(6):594-596. Disponível em: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n6/14_Tratamiento%20neoayuvante.pdf
9. Gajjar K, Martin-Hirsch PL, Martin FL. Treatment of breast cancer during pregnancy. *The Lancet Oncology*. novembro de 2012;13(11):e460. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1470-2045%2812%2970417-5>.

USO DA MUSICOTERAPIA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO: REVISÃO INTEGRATIVA

**Layres Canuta Cardoso Climaco, Ivana Santos Ferraz, Raissa Brito Teixeira, Luísa
Kecyane Batista Cardoso, Marizete Argolo Teixeira**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email: laycanuta@gmail.com

INTRODUÇÃO

O tratamento do câncer infantil se constitui como uma condição de risco biopsicossocial tanto para a criança como para sua família¹. Essa doença, no entanto, devido a sua complexidade e por se tratar de um momento delicado, requer a utilização de métodos ou estratégias que visem minimizar os efeitos advindos desse tratamento.

A Oncologia Integrativa (OI) é um ramo da Medicina Integrativa (MI) que integra à medicina convencional as práticas complementares². Nesse contexto, a musicoterapia vem sendo utilizada como terapia complementar e, está baseada no uso de instrumentos musicais visando à prevenção e promoção à saúde, o desenvolvimento do sujeito ou até mesmo à restauração de funções potenciais do indivíduo³.

Ante a complexidade de todo o processo de cuidar de crianças com câncer, essa terapia complementar tem sido utilizada como uma estratégia de intervenção e cuidado⁴. Assim, esse estudo tem como objetivo analisar as pesquisas científicas sobre a relação do uso musicoterapia em crianças com câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa que partiu da seguinte questão norteadora: o que as pesquisas científicas abordam sobre o uso da musicoterapia no tratamento oncológico pediátrico? A fim de responder a essa pergunta, foi realizada uma busca das publicações disponíveis no meio eletrônico, nas seguintes bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PUBMED (*National Library of Medicine National Institutes of Health* dos EUA) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), em setembro 2019.

Para tanto, foram utilizados os descritores: "*Music Therapy*" and "*Oncology*" and "*children*".

Para a seleção dos estudos foram estabelecidos como critérios de inclusão: estar disponível on-line, ser gratuito; ter sido publicado no período de 2015 a 2019. Foram excluídos os estudos: que não abordassem a relação da musicoterapia em pacientes pediátricos oncológicos, as dissertações e teses.

Foram encontrados oito estudos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sendo cinco na BVS, dois Pubmed, um scielo. Desse total mencionado um dos estudos encontrava-se repetido nas três bases de dados, resultando em apenas seis estudos. Foi realizado leituras para o conhecimento e análise de seus conteúdos, logo após, iniciou-se a análise exploratória com o propósito de verificar se os artigos se enquadravam no objetivo proposto. Os artigos foram selecionados e, na sequência, procedeu-se a leitura analítica e interpretativa, utilizando a análise de conteúdo temática de Bardin⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos demonstrou que dos estudos selecionados, 60% foram publicados em 2019, 20% em 2017 e 20% em 2016. Em relação ao tipo de estudo, 60 % ensaio clínico e 40% revisão da literatura.

A musicoterapia é considerada como um método terapêutico não invasivo, e que pode ser utilizado clinicamente como uma estratégia de fácil acesso para controle da dor, ansiedade e fadiga no tratamento oncológico infantil^{4,6}. Além disso, um outro estudo traz o vínculo terapêutico como benefício do uso da musicoterapia, pois a música é vista como um recurso facilitador na comunicação entre o paciente e sua família, bem como com a equipe de saúde, propiciando o cuidado integral, individualizado e humanizado⁷.

Outro aspecto que vale ressaltar, um dos estudos que compõe essa revisão de literatura aborda que a terapia musical poderá ser utilizada em todas as idades, podendo ainda ser fornecido pelo musicoterapeuta, um CD ou aplicativo⁸. Nessa perspectiva, um estudo⁹ de análise retrospectiva sobre a utilização das práticas complementares em pacientes pediátricos entre 2008 e 2016 demonstrou que há a

preferência pela musicoterapia as crianças com idade média de oito anos, sendo necessário planejar e fornecer intervenções adequadas para essa idade.

Diante desses diversos aspectos, um dos estudos⁸ ainda traz a tona a importância de realizar pesquisas que demonstrem a eficácia e efetividade da musicoterapia e outros tipos de práticas, visto que tais informações permitem auxiliar na decisão dos pais sobre usar ou não esses tipos de intervenções em seus filhos com câncer⁸.

CONCLUSÃO

Tem se buscado alternativa que visem bem-estar físico, mental e espiritual das crianças com câncer, e os estudos demonstraram que a prática da musicoterapia tem efeitos positivos em pacientes oncológicos pediátricos. Desse modo, o presente estudo possibilitou um olhar crítico sobre oncologia integrativa, sobretudo o uso da musicoterapia para esse público, identificando os principais benefícios em prol de uma melhor qualidade de vida.

Assim, levando em conta que musicoterapia é um instrumento de baixo custo, como perspectiva futura espera-se que o estudo desperte o interesse de profissionais de saúde para serem multiplicadores do conhecimento e levem esse tipo de estratégia para outros pais e crianças.

DESCRITORES: Musicoterapia; Oncologia integrativa; Criança.

REFERÊNCIAS

1. Rech BCS, Silva IM, Lopes RCS. Repercussões do câncer infantil sobre a relação conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. [Internet] 2013 [cited 2019 Sep 27]; 29(3): 257-265. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722013000300003&script=sci_abstract&lng=pt
2. Siegel Pamela, Barros Nelson Filice de. O que é uma Oncologia Integrativa. *Saúde colet*. [Internet] Sep 2013 [cited 2019 Sep 27]; 21 (3): 348-354. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000300018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000300018>.
3. Treunicht NK, Kingsnorth S, Lamont A, McKeever P, Macarthur C. The effectiveness of music in pediatric healthcare a systematic review of randomized controlled trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. [Internet] 2011 [cited 2019 Sep 27]; 464-759. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/464759/>

4. Silva LAGP, Baran FDP, Mercês NNA. A música no cuidado às crianças e adolescentes com câncer: revisão integrativa. *Texto contexto - enferm.* 2016 [acesso em 27 Set 2019]; 25(4): E1720015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400308&lng=en. Epub Nov 16, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001720015>.
5. Lopes-Júnior RN, Bomfim RN, Nascimento RN, Nunes RN, Pereira-da-Silva BS, Lima RN. Non-pharmacological interventions to manage fatigue and psychological stress in children and adolescents with cancer: an integrative review. *European Journal of Cancer Care.* 2016 [cited 2019 Sep 27]; 25(6): 921-935. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ecc.12381>
6. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Edições 70, 2011.
7. Sousa ADRS, Silva LF, Paiva ED. Intervenções de enfermagem nos cuidados paliativos em Oncologia Pediátrica: revisão integrativa. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [acesso 27 Set 2019]; 72(2): 531-540. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200531&lng=pt. Epub 18-Abr-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0121>.
8. Jong MC, Boers I, Van Wietmarschen H, et al. Development of an evidence-based decision aid on complementary and alternative medicine (CAM) and pain for parents of children with cancer. *Support Care Cancer.* 2019 [cited 2019 Sep 27] 1–15; Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-019-05058-8>
9. Hyeongjun YS, Romero BR, Julia KN, Jaya R, Stephen SJ. Utilization of integrative medicine differs by age among pediatric oncology patients. *Pediatric Blood & Câncer.* 2019 [cited 2019 Sep 27]; 66(6): e27639. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pbc.27639>

CARCINOMA ESCAMOCELULAR EM LÍNGUA: RELATO DE CASO

Hebert Santos de Carvalho, Stella Cerqueira Nunes, Adna Barros Ismerim

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
hebert.santosdecarvalho52@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer bucal reflete uma problemática a saúde pública devido as elevadas taxas de morbimortalidade e tal significância se dá, principalmente, pelos diagnósticos tardios¹. Desta forma, a Odontologia permite como campo de atuação ao cirurgião dentista exercer um papel significante na prática de ações, uma vez que é de sua competência a detecção desta malignidade, assim como criação, articulação de políticas e práticas que visem a redução dos fatores de risco e conscientização da população quanto à importância da prevenção e do diagnóstico precoce²⁻⁴.

Na literatura, encontram-se variações quanto à nomenclatura do Carcinoma escamocelular - (CEC) que se referenciam também como carcinoma epidermóide ou espinocelular. Tal patologia origina-se no epitélio de revestimento da boca e estabelece formatos clínicos e padrões de crescimento diferenciados. Contudo, é comum manifestar-se através de um sinal clássico, sendo esta uma lesão assintomática, com duração maior que duas semanas, ulcerativa persistente, geralmente endurecida e com infiltração periférica, associada ou não à manchas avermelhadas ou esbranquiçadas e vegetações⁵⁻⁷. O objetivo do trabalho é relatar um caso clínico de CEC em língua, ressaltando seus fatores de risco, a importância do diagnóstico precoce e a conduta do tratamento como fatores potenciais ao sucesso.

MATERIAL E MÉTODOS

Paciente S.M.S.A, 61 anos, leucoderma, mulher, fumante há 35 anos e não etilista procurou o serviço de estomatologia do Centro de Especialidade de Odontologia em Camaçari/BA, Brasil, queixando-se de ferida na língua que não cicatrizava há um ano. Ao exame físico extraoral, não foi detectado comprometimento de linfonodos. Ao exame

intraoral, detectou-se lesão assintomática, exofítica ulcerada vegetativa, com bordas endurecidas no ventre da língua, no lado esquerdo, cujo tamanho foi 04x04x02 cm.

Foram solicitados exames laboratoriais pré-operatórios, os quais encontraram-se nos padrões de normalidade. Diante da suspeita de malignidade, foi realizada a biópsia incisional do tecido alterado e enviado ao laboratório para análise histopatológica, resultando em um diagnóstico de neoplasia maligna invasiva com células atípicas de núcleos pleomórficos com ceratinização e infiltração das margens (Carcinoma Escamocelular grau II) com margem profunda comprometida na língua.

A paciente foi encaminhada ao Serviço de Oncologia do Hospital Aristides Maltez em Salvador/BA, onde foi realizada a cirurgia e dissecação dos linfonodos cervicais por um cirurgião de cabeça e pescoço. O laudo histopatológico revelou Carcinoma Escamocelular bem diferenciado com margens cirúrgicas livres de neoplasia. A paciente segue em acompanhamento semestral, há 3 anos e encontra-se em ótimo estado de saúde. O caso tem Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) Nº 87968418.1.0000.0055.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos realizados em diferentes países concordam no que diz respeito à epidemiologia do câncer bucal, a doença é mais comum em homens, entre a quinta e sexta década de vida⁸⁻¹⁰. Contudo, evidências recentes relatam um aumento do número de casos em indivíduos do sexo feminino, provavelmente devido às mudanças nos padrões de comportamento, os quais possibilitam maior exposição aos fatores carcinogênicos^{11,12}.

Embora apresente etiologia multifatorial, estudos revelam que o álcool e o fumo são fatores etiológicos potenciais para o surgimento do câncer de boca, sendo o tabaco em 90% o fator iniciador, no qual apresenta uma probabilidade de 4 a 15 vezes maior ao desenvolvimento da doença do que aos indivíduos não tabagistas, esta condição se dá pelo fato de ser identificado no tabaco e na fumaça aproximadamente 4.700 substâncias tóxicas, sendo que sessenta apresentam ações carcinogênicas, destacando-se os hidrocarbonetos policíclicos e as nitrosaminas específicas do tabaco¹³⁻¹⁵.

Nesse sentido, todos os pacientes com lesões de mucosa de origem desconhecida, assintomática e duração maior que duas semanas sem cicatrização

espontânea, devem ter acompanhamento com especialista¹⁶. Dessa forma, o presente estudo corrobora com esta assertiva, uma vez que a paciente apresentou uma lesão assintomática, exofítica ulcerada vegetativa, com bordas endurecidas no ventre da língua, cuja evolução se deu no período de um ano. Quanto às regiões acometidas, 40% estão localizadas em bordo e ventre da língua¹⁷, logo, o caso coincide com a literatura, uma vez que a lesão se localizou no ventre da língua. A realização de uma adequada anamnese e exame clínico tendem a levar a condutas mais assertivas¹⁸. Deste modo, recomenda-se durante a inspeção oral uma observação atenta, cuidadosa e criteriosa de todas as localizações, contemplando também as menos comuns¹⁹.

CONCLUSÃO

De acordo com o presente relato, foi constatado que o tabaco pode estar relacionado ao desenvolvimento da lesão, uma vez que a paciente foi fumante por 35 anos, além disso, não houve casos no histórico familiar para a patologia, assim como qualquer outra condição suspeita.

O CEB é um problema de saúde pública, e o tabagismo é considerado o principal fator de risco. Torna-se necessário, a continuidade da prática de ações preventivas pelo cirurgião dentista, explanando os fatores de risco, sintomatologia, bem como instruções para o autoexame. Tais medidas contribuem consideravelmente para o diagnóstico precoce, elevando a taxa de cura e qualidade de vida dos pacientes acometidos.

REFERÊNCIAS

1. Pererira CCT, Dias AA, Melo NS, Lemos CA, Oliveira EMFO. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28: 30-39.
2. Saleh A, Kong YH, Vengu N, Badrudeen H, Zain RB, Cheong SC. Dentists' perception of the role they play in early detection of oral cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(1): 229-37.
3. Felippu AWD, Freire EC, Silva RA, Guimarães AV, Dedivitis RA. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. *Braz. J. Otorhinolaryngol*. 2016;82(2):140-3.
4. Vasconcelos EM. Comportamento dos cirurgiões-dentistas das unidades básicas de saúde do município de São Paulo quanto à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
5. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Epitelial. In: Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia Oral e Maxilofacial*. 4ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Editora Guanabara Koogan S.A; 2016. 355-89.

6. Martins HMA, Ferreira Filho JL. Estudo clínico e microscópico de lesões orais potencialmente malignas. Mostra Científica do Curso de Odontologia. Centro Universitário Católica de Quixadá, 2017.
7. Sassi LM, Oliveira BV, Pedruzzi PAG, Ramo GHA, Stramandinoli RT, Gugelmin G, et al. Carcinoma espinocelular de boca em paciente jovem: relato de caso e avaliação dos fatores de risco. Rev Sul-Bras Odontol.2010 (03); 7(1): 105-9.
8. Zavras AI, Douglas CW, Joshipura K, Wu T, Laskaris G, Petridou E, et al. Smoking and alcohol in the etiology of oral cancer: genderspecific risk profiles in the south of Greece. Oral Oncol. 2001 (Jan); 37(1): 28-35.
9. Cedraz JSB, Nascimento FN, Menezes FS, Takeshita WM, Santos NCN, Trento CL, et al. Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com câncer bucal em um período de treze anos. 2016; 53(3).
10. Melo LC, Silva MC, Bernardo JMP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2010 Julho/Setembro, Porto Alegre: 58(3); 351-355.
11. Marocchio LS, Lima J, Sperandio FF. Oral squamous cell carcinoma: an analysis of 1,564 cases showing advances in early detection. J Oral Sci. 2010 (Jun); 52(2): 267-73.
12. Marques LA, Eluf-Neto J, Figueiredo RAO, Gois-Filho JF, Kowalski LP, Carvalho LB et al. Oral health, hygiene practices and oral câncer. Rev Saude Publica. 2008 (Jun); 42(3): 471-9.
13. Harris SL, Kimple RJ, Hayes DN, Couch ME, Rosenman JG. Never-smokers, never-drinkers: unique clinical subgroup of young patients with head and neck squamous cell cancers. Head Neck. 2010; 32(4): 499-503.
14. Leite ACE, Guerra ENS, Melo NS. Fatores de risco relacionados com o desenvolvimento do câncer bucal. Rev Clín Pesq Odontol. 2005;1(3):31-6.
15. Freitas RM, Rodrigues AMX, Matos Junior AF, Oliveira GAL. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. RBAC. 2016; 48(1): 13-8.
16. Valle CN, Passos RMM, Gonçalves JTCL, Gomes C, Bastos AMTN, Guedes VR. Carcinoma espinocelular oral: um panorama atual. Rev Pat Tocantins 2016; 3(4) 82-102.
17. Monteiro JYM. Oncologia oral: Prevenção e Tratamento da Mucosite. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade Ciências da Saúde. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2017; 89 p.
18. Lemos Junior CA, Alves FA, Torres-Pereira CC, Biazevic MGH, Pinto Junior DSP, Nunes FD. Câncer de boca baseado em evidências científicas. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2013; 67(3): 178-186.
19. Visscher, JG. Treatment and prognosis of oral cancer. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2008; 115: 192-198.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A CRIANÇA ONCOLÓGICA EM CUIDADOS PALIATIVOS

**Micaela Leão de Sousa, Pâmella Bispo Botelho, Sara de Jesus Santos, Anadir de
Almeida Farias, Maicla Oliveira da Silva, Bárbara Santos Ribeiro**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
micalaleao_s@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), os cuidados paliativos são ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva, que ameaça a continuidade de sua vida. Além disso, buscar proporcionar uma melhor assistência e qualidade de vida ao paciente e sua família, por meio da prevenção, alívio do sofrimento e da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas¹.

Sabe-se que o câncer tem sintomas severos e na criança esse impacto se torna ainda maior. O cuidado à criança oncológica não se limita apenas ao tratamento farmacológico, os cuidados paliativos também se inserem nesse processo, pois é um tratamento humanizado, com o intuito de proporcionar conforto, alívio a dores aos pacientes².

O cuidado paliativo pode ocorrer através de brincadeiras lúdicas educativas, musicoterapia, artes, a fim de proporcionar a essas crianças sensação de bem estar e conforto. Na oncologia pediátrica, é importante ressaltar que o vínculo entre profissional e criança deve ser imprescindível, o que permitirá ao profissional interpretar a comunicação verbal e não verbal da criança, ofertando melhores condições de cuidado. Logo, quando o enfermeiro estabelece relações de afeto, carinho, empatia, a criança se sente amparada e amada pelo profissional. Sendo assim, este trabalho possui como objetivo: Compreender a assistência de enfermagem no cuidado a criança oncológica em cuidados paliativos².

MATERIAL E METÓDOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que buscou responder a seguinte questão norteadora: “Como se dá a assistência de enfermagem no cuidado a criança oncológica em cuidados paliativos?”. Foi realizada a busca dos artigos em todas as bases de dados disponibilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em setembro de 2019. Foram utilizados na busca os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Cuidados paliativos; Oncologia; Pediatria; Assistência de Enfermagem, com auxílio do operador booleano *AND*.

Adotou-se como critérios de inclusão artigos completos publicados em português, disponíveis nas bases escolhidas gratuitamente, que discutisse sobre a assistência de enfermagem no cuidado a criança oncológica em cuidados paliativos, publicados entre janeiro de 2014 a setembro de 2019. Como critérios de exclusão consideraram-se abordagens de cuidados paliativos em faixas etárias diferentes da infância, cuidados a crianças oncológicas que não estavam em cuidados paliativos, bem como, teses, dissertações e monografias.

A busca resultou no encontro de 21 artigos, destes, foram eliminados: estudos duplicados entre as diferentes bases de dados; aqueles que após a leitura de títulos e resumos não atendiam aos critérios de seleção pré-estabelecidos e não apresentavam abordagem que contemplassem o objetivo da revisão, sendo 18 estudos excluídos. Portanto, após aplicação dos critérios de seleção, a amostra do estudo compôs-se de 3 artigos, por contemplarem o objetivo do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É comum que o enfermeiro se sinta despreparado emocionalmente para lidar com os cuidados paliativos em crianças com câncer, porém, ainda assim, estes entendem que devem proporcionar uma maior qualidade de vida a essas crianças, através de conforto, controle da dor e momentos lúdicos de brincadeira, tentando sempre inserir a família nesse processo. Reconhecendo assim o protagonismo da família no cuidado a criança e tornando esse processo mais humanizado^{3,4}.

Algumas intervenções de enfermagem resultaram em excelentes efeitos, são eles a massagem, musicoterapia, exercícios físicos, brinquedos terapêuticos e consulta de enfermagem direcionada a um sintoma específico, buscando controlar a dor,

ansiedade e fadiga que resultam desse sintoma. Demonstrando que apesar do cuidado integral ser importante, se faz necessário intervenções que sejam resolutivas também para uma situação problema específica de cada vez, podendo aos poucos alcançar o cuidado paliativo integral⁴.

Na perspectiva do cuidado, é possível evidenciar a realização da escuta sensível pelos enfermeiros, com intuito de oferecer apoio emocional a criança e família através do consolo e acolhimento, mostram-se disponíveis para esclarecer dúvidas e buscam escutar a família, que se encontra em um momento de desespero diante o inevitável desfecho da situação⁵.

Existe total comprometimento dos enfermeiros no cuidado a crianças em situação de cuidados paliativos, estes se mostram sempre solícitos e buscam atuar da melhor forma possível para esses pacientes, oferecendo cuidado humanizado, independente da impossibilidade da obtenção da cura. Nessa fase da assistência, o carinho e a atenção são evidenciados nos cuidados oferecidos pelo enfermeiro objetivando o conforto e qualidade ao paciente no tempo de vida restante, buscando perceber suas principais necessidades e intervir de modo eficaz⁵.

CONCLUSÃO

A realização do estudo permitiu compreender como ocorre a assistência de enfermagem no cuidado a criança oncológica em cuidados paliativos. Nesse sentido, nota-se a importância da equipe de enfermagem em proporcionar uma melhor qualidade de vida às crianças, através dos cuidados paliativos, usando recursos lúdicos, como brincadeiras, musicoterapia, exercícios físicos, entre outros, com intuito de aliviar sofrimentos e dores do paciente. Além disso, estar oferecendo carinho, atenção e apoio emocional não só a criança como também aos familiares.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Enfermagem Pediátrica; Oncologia; Assistência de Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer: Cuidados Paliativos [internet]. 2018. [Acesso em: 30 set. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>

2. Silva CMM et al. (acho que entra todos os autores). Significado do cuidar e seus sentimentos para equipe de enfermagem diante da criança em tratamento oncológico [internet]. Revista de Enfermagem Atenção Saúde [Online]. Ago/Set 2018; 7 (2):83-94; 2018. [Acesso em: 20 set. 2019]. Disponível em: DOI: 10.18554/reas.v7i2.2355.
3. Semtchuck ALD, Genovesi FF, Santos Jld. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: revisão integrativa [internet]. Revista Uruguaya de Enfermería Montevideo. 2017; 12(1). Disponível em: biblio-849212.
4. Silva e Sousa ADR, Silva LF, Paiva ED. Nursing interventions in palliative care in Pediatric Oncology: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):531-40.
5. Monteiro ACM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA, Pimenta LS. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos: Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2014 nov/dez; 22 (6):778-83.

CONTRIBUIÇÕES DA FISIOTERAPIA NO CUIDADO PALIATIVO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

**Mariana Queiroz Souza, Fabrine Majestade da Silva Santos, Ravena Santos Costa,
Gilberto Alves Dias, Elayny Lopes Costa, Lucas dos Santos**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: mariqsouza9@gmail.com

INTRODUÇÃO

O panorama epidemiológico do câncer tem mostrado que a incidência e a morte por esta doença devem dobrar durante os próximos 40 anos. Assim, esta morbidade tem se apresentado como um problema de saúde pública, principalmente, em países emergentes. No Brasil, o câncer é a segunda principal causa de morte por doença, ficando atrás, apenas, das doenças circulatórias¹.

A sociedade entende o câncer como uma doença dolorosa e sem cura, que além de gerar reações biológicas, desencadeia sentimentos, a exemplo de desequilíbrios emocionais e conflitos internos, podendo comprometer não apenas a saúde física, mas também a mental do indivíduo².

Diante disto, intervenções paliativas são abordagens alusivas no cuidado que não acelere a chegada da morte e nem a prolongue, com medidas desproporcionais relacionadas à obstinação terapêutica. Destarte, esta tem como princípios: propiciar alívio da dor e de outros sintomas penosos; integrar os aspectos psicológicos e espirituais; oferecer um sistema de apoio à família para que ela possa enfrentar a doença e sobreviver ao luto³.

Portanto, a fisioterapia tem sido sugerida como uma possível intervenção paliativa, por dispor de métodos e recursos que podem ser úteis para reduzir os sintomas ocasionados pelos desfechos do câncer e, por conseguinte, melhorar a qualidade de vida desses pacientes⁴⁻⁶. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo verificar as contribuições da fisioterapia no cuidado paliativo de pacientes oncológicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, desenvolvida da seguinte forma: definição do tema e questão norteadora; escolha das bases de dados; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; definição dos descritores; pré-seleção dos artigos; avaliação dos estudos pré-selecionados e seleção dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

As buscas foram realizadas em setembro de 2019 dentro da base de dados Literatura Latina- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando a seguinte estratégia: *“palliative care” AND “neoplasms” AND “physical therapy modalities”*.

Foram realizadas buscas restringidas entre 2009 e 2019. Os critérios de inclusão foram: artigos originais, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, disponíveis na íntegra, que retratassem as contribuições da fisioterapia nos cuidados paliativos de pacientes oncológicos.

Todavia, foram excluídos projetos de pesquisa, dissertações, monografias, teses, publicações em anais de eventos, cartas ao editor, artigos não disponíveis em formato completo ou duplicados.

A seleção dos estudos foi feita por dois revisores de modo simultâneo e independente. A pesquisa foi realizada seguindo quatro etapas: análise das duplicatas; leitura dos títulos e resumos; leitura dos artigos na íntegra e extração das principais informações. Os dados coletados foram: autores, ano de publicação, tipo de estudo, participantes e resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após as buscas foram encontrados 127 artigos. Destes, cinco foram selecionados à revisão, atendendo ao objetivo e critérios propostos. O ano de publicação variou de 2010 a 2017. Os tipos de estudo observados foram: ensaio clínico controlado e randomizado (1), análise retrospectiva (2), estudo transversal (3), realizados com pacientes oncológicos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 75 anos.

Pyszora et al⁷ analisaram o impacto da fisioterapia na gravidade de fadiga de 29 pacientes oncológicos, e, em seus resultados, observaram que após 12 dias, o grupo intervenção apresentou pontuações significativamente menores na escala *Brief Fatigue*

Inventory em comparação ao controle. Além disso, o grupo de terapia relatou uma severidade estatisticamente reduzida de fadiga e sonolência, assim, como classificaram o bem-estar mais alto. As melhoras observadas foram: dor, fadiga, depressão, ansiedade, sonolência, bem-estar e apetite. Dos 29 pacientes submetidos a fisioterapia, 26 a classificaram como positiva e 3 como nem positiva e nem negativa.

Clemens et al⁸ realizaram Drenagem Linfática (DL) como tratamento paliativo em 90 pacientes com sintomas de linfedema. Entre estes, a DL foi suportada 92,2%. Observou-se ainda que a intensidade da dor foi reduzida em 94,0% dos paciente e que 73,9% dos que possuíam dispneia apresentaram alívio significativo.

Não obstante, observou-se melhoria a partir da realização de exercícios físicos nas posições sentada, juntamente com caminhadas sem ajuda ou com assistência de andador e muletas, além de relaxamentos, como massagens e procedimentos para edema linfático, posicionamento e respiração⁴.

Estudiosos mostram que os que exercícios contínuos, de intensidade moderada, são os mais recomendados e/ou utilizados como cuidados paliativos. Enquanto ao tempo do exercício, sessões de 10 min/três vezes ao dia ou 5 min/3 vezes ao dia, pareceram ser os mais eficazes⁹.

CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que a fisioterapia pode contribuir no quadro clínico de pacientes oncológicos, por minimizar os sintomas de dor e intervir nos sintomas psicofísicos, como estresse e depressão. Ademais, foi evidenciado que esta modalidade de intervenção aparenta otimizar a capacidade respiratória e funcional destes pacientes, oferecendo condições para realização de atividades de vida diária.

Por tanto, os resultados desta revisão apontam a importância da respectiva modalidade, enquanto um uma terapia paliativa para pacientes com câncer, que pode desencadear desfechos como debilidade física, psicológica, social, espiritual ao paciente, sendo, ainda, uma morbidade, a qual a ciência não possui recursos para cura.

DESCRITORES: Cuidados paliativo; Neoplasias; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro, 2016: incidência de câncer no Brasil.
2. Theobald MR, Santos MLM, Andrade SMO, De-carli AD. Percepções do paciente oncológico sobre o cuidado. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2016; 26(4): 1249-1269.
3. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(9): 2577-2588.
4. Jensen W, Bialy L, Ketels G, Baumann FT, Bokemeyer C, Oechsle K. Physical exercise and therapy in terminally ill cancer patients: a retrospective feasibility analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2014; 22(5): 1261–1268.
5. Melo TPT, Maia ÉJO, Magalhães CBA, Nogueira IC, Morano MTAP et al. A Percepção dos Pacientes Portadores de Neoplasia Pulmonar Avançada diante dos Cuidados Paliativos da Fisioterapia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2013; 59(34): 547-553.
6. Marcucci FCI. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2005; 51(1): 67-77.
7. Pyszora A, Budzyński J, Wójcik A, Prokop A, Krajnik M. Physiotherapy programme reduces fatigue in patients with advanced cancer receiving palliative care: randomized controlled trial. *Support Care Cancer*. 2017; 25(9): 2899-2908.
8. Clemens KE, Jaspers B, Klaschik E, Nieland P. Evaluation of the Clinical Effectiveness of Physiotherapeutic Management of Lymphoedema in Palliative Care Patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2010; 40(11): 1068–1072.
9. 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; 18:817–825.

MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS EM IDOSOS LONGEVOS

**Pabline dos Santos Santana, Ariana Oliveira Santos, José Ailton Oliveira Carneiro,
Cezar Augusto Casotti**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email:
fisiosantanapabline@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda maior causa de morte em todo mundo¹ e apresenta taxas de incidência cada vez mais elevadas². As projeções indicam que nos próximos anos, nos países pobres e em desenvolvimento, ele ocupará a primeira posição no *ranking* das causas de mortalidade. Nesse contexto, a população idosa é a mais atingida por óbitos decorrentes de neoplasias¹ e o processo de envelhecimento é considerado o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer².

Os indivíduos com idade maior ou igual a 80 anos, classificados com longevos, representam a faixa etária de maior crescimento entre os idosos e possuem diferentes aspectos morfofisiológicos, quando comparados aos demais³. Contudo, embora os novos casos de câncer caminhem junto com o envelhecimento populacional, apenas uma parcela dos idosos tem acesso a assistência à saúde, por meio de prevenção e investigação clínica da doença.

Ainda existe uma precariedade de pesquisas relacionada à população idosa, visto que o número de estudos encontrados na literatura não acompanha o elevado crescimento desse grupo populacional³. Diante do exposto, buscando contribuir com o planejamento de ações preventiva e de rastreamento clínico a partir da exploração do cenário brasileiro nos últimos anos, o presente estudo tem como objetivo descrever as neoplasias com maior prevalência de mortalidade em idosos longevos entre os anos de 2015 a 2019.

MATERIAL E METÓDOS

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (Sistema Único de Saúde) - SIH/SUS, referentes ao mês de julho dos anos de 2015 a 2019. Os dados utilizados foram gerados a partir da seleção da lista de morbidade CID-10 pela faixa etária (idade \geq 80 anos). Para descrição da prevalência dos diferentes tipos de neoplasia, a escolha do conteúdo foi “óbitos”.

Com o objetivo de comparar todos os anos, o mês de julho foi o período de escolha na busca dos dados, visto que esse é o último mês do ano de 2019 do qual se tem informações registradas do SIH/SUS. A categoria “neoplasias (tumores)” é a segunda na lista de morbidade, e os valores referentes aos óbitos são apresentados em subcategorias, com especificações de cada tipo de neoplasias.

Os valores apresentados no SIH/SUS são em frequências absolutas. A partir desses valores, foram calculadas as frequências relativas de cada subcategoria de neoplasia que foram responsáveis por óbitos em idosos longevos, nos últimos cinco anos. Todos os dados foram processados no *software Microsoft Excel 2016*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere as mortes causas por neoplasia em idosos longevos, a maior prevalência em 2015, foi da neoplasia maligna da próstata com 11,7% (n=67), seguido da neoplasia maligna do estômago com 9% (n=52). Em 2016, o câncer de próstata passa a ocupar o segundo lugar, com 10,4% (n=64), e o primeiro lugar é assumido pelo câncer de traqueia, brônquios e pulmões, 10,6% (n=65).

Em 2017, o câncer de próstata volta a ser o mais prevalente, sendo responsável por 12,7% dos óbitos (n= 87), acompanhada do câncer de cólon e o de traqueia, brônquios e pulmões, ambos com 8,5% dos óbitos (n=58). Em 2018, o cenário permanece semelhante, contudo, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões é o mais prevalente, com 11% dos óbitos (n=75), enquanto o de próstata, o segundo, com a predominância de 10% (n=68). No ano de 2019, 13,3% dos óbitos foram causados pelo câncer de próstata (n=94) e 11,2% (n=79) por câncer de traqueia, brônquios e pulmões.

Altas taxas de mortalidade pelo câncer de próstata em idosos também foram encontrados na Região Nordeste¹, onde os longevos apresentaram taxas maior que os idosos com faixa etária entre 60 a 64 anos. Além disso, foram encontraram altas taxas de prevalência do câncer de traqueia, brônquios e pulmões, bem como do câncer de estômago¹.

A nível internacional, estudo desenvolvido nos Estados Unidos⁴, a fim de estimar o número de pacientes com câncer até 2030, revelou que o aumento dos casos se dará em maior escala na população idosa. Sendo que a porcentagem de todos os cânceres diagnosticados em idosos aumentará de 61% para 70%⁴.

A vulnerabilidade desses indivíduos para o desenvolvimento de neoplasia pode ser justificada a partir de algumas alterações fisiológicas que ocorrem em seus organismos, como o comprometimento do sistema imune, que dificulta a defesa contra o câncer⁴. Somado a isso, há ainda a redução do repertório de células T nesses indivíduos, o que resulta na diminuição da capacidade do organismo em responder a infecções⁵.

CONCLUSÃO

No período de 2015 a 2019, as neoplasias de maior prevalência de mortalidade em idosos longevos foram o câncer de próstata, tranqueia, brônquios e pulmões, e o câncer de estômago e de cólon. Tais achados revelam a necessidade de uma intervenção preventiva nesse público, visto que as projeções estimam um crescimento das neoplasias na população idosa em todo o mundo, o que resultará em maiores taxas de mortalidade.

DESCRITORES: Morte; Neoplasias; Saúde do Idoso.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho JB, Paes NA. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para idosos dos estados do Nordeste Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Oct; 24 (10): 3857-66.
2. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22: 3061-75.

3. Ribeiro DK, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CR, de Oliveira ES. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015 Feb 1; 49 (1): 89-96.
4. Smith BD, Smith GL, Hurria A, Hortobagyi GN, Buchholz TA. Future of Cancer Incidence in the United States: Burdens Upon an Aging, Changing Nation. *Journal of clinical oncology*. 2009; 27 (17): 2758-65.
5. Braz IFL, Gomes RAD, Azevedo MS, Alves FCM, Seabra DS, Lima FP, et al. Análise da percepção do câncer por idosos. *Einstein (16794508)*. 2018 Apr 1; 16 (2).

TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR CÂNCER COLORRETAL NO BRASIL

**Pabline dos Santos Santana, Lilian Rita de Souza Meireles, Ariana Oliveira Santos,
Cezar Augusto Casotti**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email:
fisiosantanapabline@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal (CCR), de acordo com o Instituto Nacional de Câncer - INCA, compreende os tumores em região de cólon, reto e ânus¹. Essa é a neoplasia maligna mais frequente no trato gastrointestinal e representa um dos tipos de câncer com maior taxa de mortalidade no mundo², ganhando relevância epidemiológica no cenário atual³.

O surgimento do CCR é caracterizado por um estágio inicial, longo e silencioso, onde são desenvolvidas lesões pré-malignas precursoras do câncer ou o câncer precoce e assintomático⁴. A faixa etária de maior risco para a doença é acima dos 50 anos, período no qual se faz necessário o rastreamento que possibilite um diagnóstico precoce e um tratamento com maior possibilidade de cura⁴.

Contudo, a desigualdade no acesso ao serviço de saúde no Brasil é um fator limitante na identificação e intervenção precoce da doença, o que contribui com o elevado índice de mortalidade⁵. A nível internacional, as taxas de mortalidade causadas pelo câncer colorretal apresentam grandes variações e estão relacionadas com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)³.

A descrição da mortalidade por CCR, nesse contexto, é importante para avaliar o comportamento temporal da doença e identificar aspectos que possam contribuir com estudos futuros³. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar a tendência de mortalidade no Brasil por câncer colorretal no Brasil, no período de 2008 a 2017.

MATERIAL E METÓDOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, de desenho ecológico do tipo série temporal, utilizando dados secundários relacionados aos óbitos por neoplasia maligna do cólon, reto e ânus, referentes ao período de 2008 a 2017.

Foram selecionados os óbitos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), compreendendo as causas referentes ao código X35 (Neoplasia maligna do cólon, reto e ânus) da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Para fins do cálculo dos coeficientes de mortalidade, as informações populacionais foram obtidas no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os valores apresentados são referentes a 100.000 habitantes.

Para todas as medidas epidemiológicas estimadas, dados relativos à incidência de óbitos foram plotados e por meio de gráficos de linhas obteve-se o coeficiente de determinação (R^2). Para a realização do processo de modelagem, as taxas padronizadas de mortalidade foram analisadas como variável dependente (y), e os anos do estudo como variável independente (x). Para a análise da tendência, optou-se pela regressão linear. A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software Excel*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O coeficiente de mortalidade por câncer colorretal no Brasil foi de: 6,44 para cada 100 mil habitantes no ano de 2008; 6,58 em 2009; 7,04 em 2010; 7,39 em 2011; 7,71 em 2012; 8,13 em 2013; 8,61 em 2014; 8,81 em 2015; 9,33 em 2016; e 9,95 em 2017. Foi possível observar uma tendência de aumento no número de óbito ($R^2=0,99$).

A crescente taxa de mortalidade por neoplasia no Brasil é reflexo de uma transição epidemiológica, caracterizada pela redução do número de óbitos causados por doenças infecciosas e o aumento das mortes decorrentes de doenças crônicas-degenerativas⁶. Sendo a primeira situação resultado das medidas preventivas, e a segunda consequência do estilo de vida⁶.

Os valores encontrados no Brasil traçam um perfil semelhante à dos países da América do Sul, que apresentam uma tendência de aumento de mortalidade, diferentemente dos países da União Europeia, que tendem à redução desses valores⁵. Tal disparidade pode ser explicada, por exemplo, a partir da oferta do serviço de saúde, por meio de exames que garantam um diagnóstico precoce e um tratamento aperfeiçoado da doença⁵.

Estando a sobrevivência do câncer associado ao estágio em que ele se encontra, é esperado que a dificuldade do acesso à detecção e o tratamento, bem como a oferta de

serviço limitada serão fatores contribuintes para o aumento da mortalidade dos indivíduos acometidos pela doença³.

Além disso, outro fator relacionado às altas taxas de mortalidade por câncer colorretal no Brasil é a desigualdade presente em território brasileiro⁵. Embora o país tenha passado por mudanças socioeconômicas, a transição não ocorreu de forma homogênea, o que resulta em diferenças epidemiológicas e conseqüentemente aumento de taxas de mortalidade da população⁵.

CONCLUSÃO

As taxas de mortalidade por câncer colorretal no Brasil, entre os 2008 a 2017, apresentaram valores crescentes, revelando uma tendência de aumento de óbito causados pela doença. Tal fato representa um grande desafio no âmbito da saúde e revela a necessidade do planejamento e execução de ações que visem reduzir esses índices, a partir da prevenção ou do tratamento efetivo.

DESCRITORES: Mortalidade; Neoplasias; Neoplasias do Colo; Neoplasias Retais; Neoplasias do Ânus.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer. [Internet] Brasil: Câncer de intestino; c2019 [citado em 05 Out 2019]. Disponível: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-intestino>.
2. Campos FG, Figueiredo MN, Monteiro M, Nahas SC, Cecconello I. Incidência de câncer colorretal em pacientes jovens. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2017 Apr; 44 (2): 208-15.
3. Gasparini B, Valadão M, Miranda-Filho A, Silva CM. Análise do efeito idade-período-coorte na mortalidade por câncer colorretal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no período 1980 a 2014. Cadernos de Saúde Pública. 2018 Mar 12; 34: e00038017.
4. Martins SC, Cardoso S, Marques AR. Qual é o papel da aspirina na prevenção primária de carcinoma colorretal em risco médio?: Uma revisão baseada em evidências. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2019 Feb; 35 (1): 42-51.
5. Oliveira MM, Latorre MD, Tanaka LF, Rossi BM, Curado MP. Disparidades na mortalidade de câncer colorretal nos estados brasileiros. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2018 Aug 27;21: e180012.
6. Menezes CC, Ferreira DB, Faro FBA, Bomfim MS, Trindade LM. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2016;29(2):172-9.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO DO CÂNCER COLORRETAL

Ive Peixoto Gonçalves, Rafael da Silva Passos, Fernanda Barros Castro, Rívia da Silva Passos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E- mail: ivepeixoto5@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal apresenta o quarto maior valor de estimativa de casos novos de neoplasias no Brasil e no estado da Bahia, considerando dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA)¹. Alguns fatores são indicados como possíveis aumentadores do risco para o desenvolvimento do câncer colorretal, como alto consumo de álcool, carnes vermelhas e processadas, Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, diabetes e hábito tabácico.

A literatura aponta algumas características importantes no desenvolvimento desse câncer, sobretudo considerando que a mortalidade causada por essa patologia ainda é elevada. Dessa forma o presente estudo objetivou descrever a epidemiologia do câncer colorretal no Brasil e no estado da Bahia, além dos principais fatores de risco indicados na literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, quantitativo, descritivo e epidemiológico. Devido a limitação quanto ao número de notificações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram utilizados dados do INCA, sobretudo os dados correspondentes à estimativa de casos novos para o ano de 2018, enquanto os dados populacionais foram obtidos através do Censo promovido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)².

Para a identificação dos fatores de risco, foi realizada uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com os descritivos “câncer colorretal”, “fatores de risco” e “epidemiologia”, sendo filtrados os artigos publicados cujo assunto principal foi “neoplasias colorretais”, do país Brasil e o intervalo de ano de 2014 a 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados do INCA, foi previsto para 2018 um quantitativo de 36.360 casos novos no Brasil, sendo eles 17.380 em homens e 18.980 em mulheres. Foi apontada uma taxa ajustada de 20.03/100 mil habitantes para homens (48.91% da população brasileira) e 18.4/100 mil habitantes para mulheres (51.09% da população brasileira). Para o estado da Bahia, foram identificados 1.370 casos novos estimados de câncer colorretal, com 610 casos em homens e 760 em mulheres. Foi apontada uma taxa ajustada de 9.42/100 mil habitantes para homens (48,69% da população do estado) e 9.25/100 mil habitantes para as mulheres (51,31% da população do estado).

Na revisão da literatura sobre os fatores de risco, foram identificados 7 artigos que trataram sobre o tema, dentre os quais foram apontados como fatores de risco: inatividade física/sedentarismo, suscetibilidade genética; idade superior a 62 anos; uso de tabaco e álcool; sexo feminino; alta ingestão de carne e baixo consumo de vegetais.

Os resultados identificados no banco de dados do INCA, tanto para o Brasil quanto para o estado da Bahia, apresentam uma convergência com o apontado por Souza et al³, apresentando uma maior prevalência em mulheres. Observa-se que em outros países, especialmente os desenvolvidos, há um maior índice de câncer colorretal em homens, divergindo dos dados encontrados no presente estudo.

A partir disso, a literatura sugere que são os fatores alimentares que provocam tal diferença, sobretudo o consumo elevado de carne vermelha, alimentos com açúcares refinados e processados⁴. O alto consumo de alimentos com açúcares refinados promove uma necessidade de aumento na produção de insulina como mecanismo de compensação da maior taxa de glicose sanguínea, e existe uma associação entre os maiores níveis de insulina e a produção de IGF-1 (*insulin-like growth factor-1*), que é reconhecidamente um regulador de crescimento ligado à carcinogênese⁵.

CONCLUSÃO

Foram encontrados valores maiores de estimativa de casos novos em mulheres na população brasileira e baiana. Dentre os fatores de risco indicados na literatura,

podem ser consideradas como principais: a dieta, o sedentarismo, a predisposição genética e idade acima de 62 anos. Dos fatores indicados, é possível que sejam elaboradas medidas eficientes para estimular uma melhora nos padrões da dieta e na prática de atividade física, assim como tornar mais eficiente os processos de rastreamento na população.

DESCRITORES: Epidemiologia; Fatores de Risco; Neoplasias Colorretais.

REFERÊNCIAS

1. IBGE. Instituto Nacional de Geografia e Estatística. Número de municípios nos Censos Demográficos, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação-1960/2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=resultados>
2. INCA. Instituto Nacional do Câncer. Incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/>
3. Souza RHF, Maluf EMCP, Sartor MC, Carvalho DS. Colorectal Cancer: factors related to late diagnosis in users of the public health system treated at an University Hospital in Curitiba, Paraná State, Brazil. *Arq Gastroenterol.* 2016; 53(2): 68-75.
4. Teresa F, Frank BH, Charles F, Edward G, David JH, Meir JS et al. Major Dietary Patterns And The Risk Of Colorectal Cancer in Women. *Arch Intern Med.* 2003; 163: 309-314.
5. Yo-Xiao Y, Sean H, James DL. Insulin Therapy and Colorectal Cancer Risk Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients. *American Gastroenterological Association.* 2004; 127(4): 1044-1050.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MORTALIDADE POR NEOPLASIAS MALIGNAS EM ÓRGÃOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**Thainan Alves Silva, Stela Almeida Aragão, Ananda Sodr e Silva, Eliane dos Santos
Bomfim, Bárbara Santos Ribeiro**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: alves.thainan@outlook.com

INTRODUÇÃO

De acordo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o câncer é considerado o responsável causal direto, pela maior incidência de mortes do que todas as patologias cardíacas coronárias ou todas as ocorrências de Acidente Vascular Encefálico (AVE), com uma carga crescente de câncer esperada para os anos subsequentes¹.

As neoplasias que acometem o Sistema Nervoso Central (SNC) são consideradas um agrupamento de doenças neoplásicas com diversas particularidades histológicas que afetam locais, tecidos e faixas etárias distintas. Considera-se que em 75–85% dos casos encontram-se no sítio intracraniano. No que concerne às neoplasias medulares, dividem-se em intradurais e extra, que correspondem 2–4% do total amostral, para a sistematiza o dos casos há o CID-10, que dispõe e descreve na categoria C72: “neoplasias malignas da medula espinhal, suas raízes e do Sistema Nervoso Central e seus nervos cranianos”².

A taxa de incidência encontrada para neoplasias do SNC em homens e mulheres foram respectivamente de 5,9 e 4,4 casos por 100.000 habitantes nos países mais desenvolvidos. Nos países desenvolvidos referente à mortalidade a incidência foi de 4,0 e 2,7. Na Europa as taxas dos tumores no SNC foram de 28,1 casos por 100.000 habitantes de 0 a 14 anos ajustados com a popula o mundial¹.

Neste estudo o objetivo é identificar as características sociodemográficas da mortalidade por neoplasias malignas em órgãos do Sistema Nervoso Central.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de natureza quantitativa, realizado a partir de dados coletados do Sistema de Informação de Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM-SUS) fornecidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) no mês de outubro de 2019.

A partir dos SIM-SUS foram coletados os dados relacionados à mortalidade por neoplasias malignas de meninges, encéfalo e outras partes do SNC no ano de 2017, cuja Classificação Internacional de Doenças (CID 10) compreende os códigos C71 e C72. Para a coleta de dados, foi definido o local de residência como critério de seleção. Os dados utilizados se referem à mortalidade por neoplasias malignas de meninges, encéfalo e outras partes do sistema nervoso central no Brasil, faixa etária, sexo, raça e escolaridade.

Os dados foram aproximados para a casa decimal mais próxima e os campos denominados “ignorados” pelo sistema de informação não foram aproveitados na análise das variáveis sexo, faixa etária, escolaridade e raça.

Para proceder à análise, primeiramente, os dados foram digitados em planilhas de cálculos dos programas *Microsoft Office Excel* e *Microsoft Office Word*, em seguida analisados por meio da estatística descritiva, utilizando-se de cálculos de frequência absoluta e relativa, os quais são apresentados por meio de tabelas e gráficos.

Por se tratar de estudo utilizando bases de dados públicas, não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2017, o Brasil notificou 9.196 mortes por neoplasias malignas de meninges, encéfalo e outras partes do SNC. Nesse cenário, o estado de São Paulo apresentou maior número de óbitos por esse tipo de neoplasia, com 2.187 casos (23,78%) e o estado de Roraima foi o que apresentou o menor número de casos (0,15%).

Há registros na literatura que relacionam as neoplasias do SNC com áreas de maiores contaminação e emissão de contaminantes industriais. Em estudo desenvolvido por Aragón e colaboradores (2006) também observou-se maior ocorrência de neoplasias do SNC em grande pólo industrial, que foi a cidade do México, sugerindo que este tipo de câncer é mais comum em áreas que concentram indústrias³.

Os dados referentes à variável sexo indicam que os homens são mais acometidos por essa patologia quando comparado às mulheres, representando 52,14% dos óbitos. Quando analisados os dados, no que concerne à faixa etária, observou-se que houve uma menor prevalência em indivíduos com idades menor de 1 ano (0,31%) e uma maior prevalência em indivíduos com idades entre 60 a 69 anos (23,25%), seguido das faixas etárias 50 a 59 anos (20,16%).

A análise da variável a raça permitiu verificar que os indivíduos que apresentaram um maior índice de mortalidade foram os de raça branca, com 60,18%. Em seguida, os indivíduos de raça parda 31,17%, preta 4,81%, amarela 0,32% e indígena 0,17%.

Além disso, na distribuição da mortalidade, segundo a variável escolaridade, obteve-se que a parcela mais acometida foi aquela que tinha apenas de 1 a 3 anos de estudo (20,66%) e a menos atingida aqueles que não tinham nenhum grau de instrução (8,5%).

Não se conhece com exatidão a causa das neoplasias em órgãos do SNC, nem o mecanismo pelo qual se desenvolvem, porém, a literatura tem sugerido diversos fatores de risco, dentre eles estão as exposições ambientais, aspectos genéticos, dieta e condições ocupacionais^{4,5}.

CONCLUSÃO

No que se refere ao perfil sócio-demográfico da mortalidade por neoplasias malignas em órgãos do SNC, no Brasil, ano de 2017, foi possível identificar que acomete predominantemente indivíduos do estado de São Paulo, do sexo masculino, na faixa etária de 60-69 anos, de raça branca e com 1-3 anos de estudo.

Enfatiza-se que as neoplasias do SNC, apresentam incidência relativamente baixa quando comparado as outras patologias, porém, maior poder de ocasionar mortalidade. Portanto, torna-se necessário que gestores e formuladores de políticas da área da saúde identifiquem grupos de risco, a fim de desenvolver ações voltadas para a prevenção, diagnóstico precoce e controle dos casos.

DESCRITORES: Neoplasias; Tumores Cerebrais; Neoplasias Cerebelares; Sistema Nervoso Central.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J cancer* 2015; (136):E359–E386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>
2. Masini M, Leite ICR, Margoto RM. Estudo dos óbitos por neoplasias do sistema nervoso central, medula espinhal e suas raízes: uma análise epidemiológica de 37 anos no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery*, 2018; 37(S 01), A1247.
3. Aragón A, Campos A, Leyva R et al. Influencia de emisiones industriales en el polvo atmosférico de la ciudad de San Luis Potosí, México. *Revista Internacional de Contaminación Ambiental*, 2006; (22): 5-19.
4. Lacourt A, Cardis E, Pintos J, Richardson LN et al. INTEROCC case-control study: lack of association between glioma tumors and occupational exposure to selected combustion products, dusts and other chemical agents. *BMC Public Health*. 2013; (13): 340. doi:10.1186/1471-2458-13-340
5. Velásquez-Pérez L, Franco JG, López-Moreno S. El trabajo y los Tumores del Sistema Nervioso Central, en población de la ciudad de México. *Salud trab. (Maracay)*; 2014, Jul. - Dic., 22(2): 109-119. [acesso em 04 de out de 2019]. Disponível em: <http://ve.scielo.org/pdf/st/v22n2/art02.pdf>

PERFIL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES PEDIÁTRICAS POR LEUCEMIA NO ESTADO DA BAHIA

**Ananda Sodré Silva, Larisse Ramos de Oliveira, Laís Silva dos Santos, Lilian Rita de
Souza Meireles, Clarissa Ferreira Sampaio, Thainan Alves Silva**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: sodrenanda@outlook.com

INTRODUÇÃO

O câncer pediátrico representa um grupo de doenças que se assemelham pela proliferação descontrolada de células anormais em qualquer parte do organismo, afetando geralmente as células sanguíneas e os tecidos de sustentação¹.

Estima-se que, em 2030, no mundo serão 23,6 milhões de novos casos². Considerando que no Brasil o percentual de tumores infantojuvenis corresponde a 3% do total de cânceres, estimativas dão conta da ocorrência de 12.500 mil novos casos em crianças e adolescentes para cada ano do biênio 2018-2019³.

Os tumores pediátricos mais frequentes são as leucemias agudas, correspondendo de 25 a 35% de todas as neoplasias malignas pediátricas³. Sendo cânceres do sistema hematopoiético, as leucemias são caracterizadas pela proliferação clonal de células imaturas por diferenciação anormal e podem ser classificadas em agudas e crônicas e subdivididas em leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, leucemia linfocítica crônica, leucemia mieloide crônica e leucemia de células pilosas⁴.

É imperioso destacar que, a leucemia não diagnosticada precocemente resulta em uma rápida debilidade no estado de saúde do indivíduo, necessitando de acompanhamento médico durante todo período, gerando diversas implicações no crescimento e desenvolvimento dessas crianças e nas relações sociais e familiares⁵.

Diante disso, o objetivo do presente estudo é descrever o perfil das internações hospitalares pediátricas por leucemia no estado da Bahia entre os anos de 2008 a 2018.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo realizado a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Foram coletadas informações referentes às internações hospitalares de crianças de 0 a 9 anos de idade por leucemia no estado da Bahia no período de 2008 a 2018.

A partir do DATASUS, cujo endereço eletrônico é <http://datasus.saude.gov.br/>, selecionaram-se respectivamente os itens “acesso à informação”, “informações de saúde (TABNET)”, “epidemiológicas e morbidade”, “morbidade hospitalar do SUS”, “geral - por local de internação, a partir de 2008”. Após isso, selecionou-se o estado da Bahia como local, prosseguindo a busca com a utilização das variáveis de interesse. Foram estudadas as variáveis: sexo, cor/raça e faixa etária de pacientes de 0 a 9 anos de idade com diagnóstico de leucemia segundo o capítulo II da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) entre os anos de 2008 a 2018. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2019.

Por se tratar de estudo baseado em dados secundários de banco de dados de domínio público dispensou-se a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2008 a 2018 o SIH-SUS registrou no estado da Bahia 5.117 internações de crianças entre 0 a 9 anos de idade por leucemia. Em relação a idade, predominou a faixa etária de 5 a 9 anos (51,3%), seguida da faixa etária de 1 a 4 anos (45,3%) e 0 a 1 ano (3,4%). Tais dados condizem com outras pesquisas que indicaram (27,7%)⁶ e (39,12%)⁷ das crianças com câncer entre 5 a 9 anos de idade.

Em relação à variável sexo, predominou no presente estudo as internações de crianças do sexo masculino (61,7%), corroborando com outros estudos que apontam em pacientes pediátricos oncológicos a maior participação do sexo masculino (52,2%)⁵ e (64%)⁸. Destaca-se a predominância do sexo masculino nas internações hospitalares em todos os anos do estudo.

Quanto à variável cor/raça, os dados indicaram que 35% das crianças eram de cor/raça parda, porém, a maior parte delas (61,34%) não apresentava a declaração

dessa informação. Tais achados corroboram com dados do estudo sobre atendimento de crianças e adolescentes com câncer do estado de Minas Gerais, o qual apresentou maioria de indivíduos de cor/raça parda (43%), no entanto, demonstrou-se também a escassez do preenchimento desse campo, totalizando 12,01% dos registros com o dado “sem informação”⁹.

Os resultados dessa pesquisa se aproximam de estudos brasileiros, permitindo inferir que a maior parte dos casos de internação hospitalar pediátrica por leucemia no estado da Bahia acomete sobremaneira indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 5 a 9 anos e de cor/raça parda.

CONCLUSÃO

A partir dos dados do presente estudo evidenciou-se nas internações hospitalares pediátricas por leucemia no estado da Bahia entre os anos de 2008 a 2018 a predominância de indivíduos do sexo masculino (61,7%), faixa etária de 5 a 9 anos (51,3%) e cor/raça parda (35%).

Sabe-se que a terapêutica do câncer infantojuvenil se traduz pelo número expressivo de internações hospitalares, provocando desgastes de diversas ordens ao indivíduo, família, sociedade e sistema de saúde. Diante disso, se faz essencial pesquisar e discutir acerca dos grupos e populações de risco, com vistas a propor e implementar políticas públicas integrais, resolutivas e direcionadas conforme as necessidades.

DESCRITORES: Criança; Epidemiologia; Hospitalização; Neoplasias.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer infanto-juvenil [Internet]. 2019 [acesso em 03 out 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>.
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. Cancer research Uk. World Cancer Factsheet. Cancer Research UK, London; 2014 [acesso em 03 out 2019]. Disponível em: https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/cs_report_world.pdf.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [acesso em 03 out 2019]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>.

4. Rodrigues JVC, Sanches AM, De Oliveira ATD, Ribeiro LA, Paraíso RMR, França DS. Leucemia e gastos hospitalares: uma análise do impacto econômico para o sistema público de saúde de Montes Claros, MG. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul. [internet]. 2019 [acesso em 03 out 2019]; 17 (59): 33-38. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5753/pdf.
5. Bauer DFV, Ferrari RAP, Dos Reis TB, Tecla MTGM. Crianças com câncer: caracterização das internações em um hospital escola público. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2015 [acesso em 05 out 2019]; 36 (1): 9-16. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/16021/16936>
6. Santos Júnior CJ, Romão CM, Alves MJRG, Batinga AMCS, Gomes VMS, Araújo NS. Características clínico-epidemiológicas do câncer infantojuvenil no estado de Alagoas, Brasil. Rev Med (São Paulo). Set-Out 2018 [acesso em 05 out 2019]; 97 (5): 454-60. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/150006>
7. Santos MKA, Costa ES, Oliveira MA, Vieira RLOP, Barros AMMS. Internações por leucemia em crianças no estado de Sergipe no período de 2015 a 2018. In Congresso Internacional de Enfermagem. 2019 [acesso em 05 out 2019]; 1 (1). Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/11222/4351>
8. Mutti CF, Da Cruz VG, Santos LF, De Araújo D, Cogo SB, Neves ET. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes com câncer em um serviço de oncologia. Revista Brasileira de Cancerologia. 2018 [acesso em 05 out 2019]; 64 (3): 293-300. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/%25a/4>
9. Nascimento MC. Atendimentos a crianças e adolescentes com câncer em Minas Gerais: retrato de uma década. Revista Brasileira de Cancerologia. 2018 [acesso em 05 out 2019]; 64 (3): 365-372. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/42>

PERFIL DA MORTALIDADE POR NEOPLASIA INFANTOJUVENIL NA BAHIA

Ananda Sodré Silva¹, Denise Sodré Silva², Jelber Manzoli dos Anjos¹, Láisa Sodré Silva¹, Lilian Rita de Souza Meirele¹, Thainan Alves Silva¹

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

²Universidade Federal da Bahia- UFBA.

INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil compreende um grupo de doenças que acomete indivíduos na faixa etária de 0 a 19 anos e possuem em comum a multiplicação desordenada de células. Os principais tipos que ocorrem nessa população são as leucemias, os que afetam o sistema nervoso central e os linfomas¹. Consideradas raras quando comparadas ao universo adulto, as neoplasias em crianças e adolescentes representam cerca de 2 a 3% do total de neoplasias registradas no Brasil. Sendo assim, devem ser analisadas separadamente das neoplasias em adultos por apresentarem sítios primários, origens histológicas e cursos clínicos diferenciados².

A mortalidade por câncer infantojuvenil se apresenta de forma diferente nas diversas partes do globo. Considerando o Brasil, essa patologia ocupa o segundo lugar nas causas de morte³. Dados do INCA indicam que entre os anos de 2009 e 2013, o câncer foi a causa de 12% dos óbitos na faixa de 1 ano a 14 anos, e 8% de 1 ano a 19 anos⁴. Discussões acerca das neoplasias infantojuvenis devem ser fomentadas em todo setor saúde do país com vistas a fortalecer toda a assistência direcionada, permitindo avanços no acompanhamento em saúde e índices de sobrevivência dessa população⁵.

Tendo em vista o contexto epidemiológico, escassas são as pesquisas sobre as neoplasias infantojuvenis no Brasil⁶. Diante disso, constitui-se como objetivo do presente estudo descrever a mortalidade por neoplasia infantojuvenil na Bahia entre os anos de 2007 e 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, retrospectivo, de caráter quantitativo, baseado exclusivamente em dados secundários obtidos através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) - Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM-SUS).

Foram coletados dados acerca da mortalidade por câncer infantojuvenil na Bahia entre os anos de 2007 e 2017. O caminho seguido na base de dados foi respectivamente “acesso à informação”, “informações de saúde (TABNET)”, “estatísticas vitais”, “mortalidade – 1996 a 2017, pela CID 10”, “mortalidade geral”. Para abrangência geográfica selecionou-se “Bahia”, prosseguindo a busca com a utilização das variáveis de interesse, sendo estudadas as variáveis sexo, cor/raça, faixa etária e grupo CID-10 de pacientes de 0 a 19 anos de idade que foram a óbito por neoplasias. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2019.

Dispensou-se a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por se tratar de estudo baseado em dados secundários de domínio público, conforme previsto pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na série temporal analisada registrou-se 1.955 mortes por neoplasia infantojuvenil na Bahia. Considerando a variável sexo, predominou o sexo masculino (57,03%). Quanto à cor/raça, predominou a parda (62,66%), seguida da branca (15,81%), preta (12,48%), amarela (0,1%) e indígena (0,05%).

Considerando a faixa etária, os resultados demonstraram a predominância dos óbitos de adolescentes de 15 a 19 anos (32,69%), seguida da faixa etária de 10 a 14 anos (22,51%). Quanto aos óbitos infantis, as taxas das faixas etárias de 1 a 4 anos e 5 a 9 anos igualaram-se em 19,39% e, 6,04% dos óbitos estavam relacionados a menores de 1 ano de idade.

Em relação ao grupo CID-10, a maior parte consolidou-se como neoplasias malignas (97,39%), predominando as neoplasias malignas do tecido linfático, hematopoiético e correlatos (37,34%).

Estudo realizado no Brasil constatou que a média geral das taxas de incidência de câncer em adolescentes e adultos jovens, ajustada por idade, foi de 218,07 para

homens e 232,3 para mulheres, com faixa etária de menor incidência entre 15 a 19 anos⁷. Tais achados divergem do presente estudo, visto que os meninos com essa faixa etária foram os indivíduos mais acometidos.

Outras pesquisas revelaram que crianças de 1 a 4 anos de idade tiveram as maiores taxas de incidência, corroborando com o atual estudo⁸. Em contraposição, dados do INCA dão conta de que a faixa etária com maior número de óbitos foi a de 15 a 19 anos².

De maneira semelhante ao presente estudo, quanto à variável raça/cor, pesquisa revelou prevalência predominante de pardos (69,7%), seguido de brancos (13,1%)⁹.

Muitos trabalhos buscaram avaliar a frequência dos tipos de neoplasias responsável pelo maior número de óbitos nesse grupo e os resultados comungam com os achados desse estudo, com maior frequência das leucemias, seguida dos tumores do SNC^{2,9,10}. Situação semelhante acontece em outros países do mundo, como Chile, Canadá, Estados Unidos, Suíça e Japão^{11,12,13}.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo descrevem a mortalidade por neoplasias em indivíduos de 0 a 19 anos de idade no estado da Bahia, entre os anos de 2007 e 2017, com a predominância do sexo masculino (57,03%), faixa etária de 15 a 19 anos (32,69%), cor/raça parda (69,7%) e neoplasias malignas do tecido linfático, hematopoiético e correlatos (37,34%).

O conhecimento desses fatores se faz de extrema importância para o delineamento das ações e serviços de saúde direcionados a esses grupos nessa localidade, permitindo a implementação de políticas públicas efetivas, assistência integral, resolutive e guiada conforme as vulnerabilidades expressas.

Pretende-se ainda fomentar as discussões e pesquisas nesse campo, com vistas a propiciar avanços e permitir a diminuição dos índices de mortalidade e consequente aumento das taxas de sobrevivência desses indivíduos.

DESCRITORES: Adolescente; Criança; Mortalidade; Neoplasias.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 5 ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Inca; 2019 [acesso em 06 out 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-4-edicao.pdf>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade. Rio de Janeiro: Inca; 2016 [acesso em 06 out 2019]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/versao-completa.pdf>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018 [acesso em 05 out 2019]. Disponível em: <https://inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 05 out 2019]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/protocolo-de-diagnostico-precoce-do-cancer-pediatico.pdf>
5. Magalhães IQ, Gadelha MIP, Macedo CD, Cardoso TC. A Oncologia Pediátrica no Brasil: Por que há Poucos Avanços?. Revista Brasileira de Cancerologia. 2016 [acesso em 05 out 2019]; 62(4), 337-341. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_62/v04/pdf/06-artigo-opinioa-a-oncologia-pediatica-no-brasil-por-que-ha-poucos-avancos.pdf
6. Silva DS, Mattos IE, Teixeira LR. Rede Câncer – Publicação Trimestral do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 23 set 2013 [acesso em 05 out 2019]. Mortalidade por câncer infantojuvenil: entenda a queda. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media_root/rrc-23-versao-integral.pdf
7. Balmant NV, Reis RS, Oliveira JFP, Ferman S, Santos MO, Camargo B. Cancer Incidence Among Adolescents and Young Adults (15 to 29 Years) in Brazil. J Pediatr Hematol Oncol. 2016 [acesso em 05 out 2019]; 38(3): e88-e96. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/wk/jpho/2016/00000038/00000003/art00002>
8. Parkin DM, Stiller CA, Draper GJ, Bieber CA. The international incidence of childhood cancer. Int J Cancer. 1988 [acesso em 05 out 2019]; 42: 511-20. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijc.2910420408>
9. Santos Júnior CJ, Romão CM, Alves MJRG, Batinga AMCS, Gomes VMS, Araújo NS. Características clínico-epidemiológicas do câncer infantojuvenil no estado de Alagoas, Brasil. Rev Med (São Paulo). Set-Out 2018 [acesso em 05 out 2019]; 97 (5): 454-60. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/150006>
10. Rodrigues KE, Camargo B. Diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil: responsabilidade de todos. Rev Assoc Med Bras. 2003 [acesso em 05 out 2019]; 49 (1): 29-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302003000100030&script=sci_abstract&tlng=pt

11. Chatenoud L, Bertuccio P, Bosetti C, Levi F, Negri F, La Vecchia C. Childhood cancer mortality in America, Asia, and Oceania, 1970 through 2007. *Cancer*. 2010 [acesso em 05 out 2019]; 116 (21): 5063-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20629033>
12. Schindler M, Spycher BD, Ammann RA, Ansari M, Michel G, Kuehni CE. Cause-specific long-term mortality in survivors of childhood cancer in Switzerland: a population-based study. *Int J Cancer*. 2016 [acesso em 05 out 2019]; 139 (2): 322-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5071665/>
13. Yang L, Fujimoto J. Childhood cancer mortality in Japan, 1980-2013. *BMC Cancer*. 2015 [acesso em 05 out 2019]; 15 (446): 1-8. Disponível em: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-015-1472-x>

A REPERCUSSÃO NA SAÚDE PELA EXPOSIÇÃO AO ASBESTO: REVISÃO DE LITERATURA

Gabriel Santos Lopes, Maryvânsley Nunes de Sá Reis, Poliana Souza Lapa, Jarlan Santana de Souza, Roberta Barros Miranda

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: gabriel86-
lopes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O asbesto ou amianto é um minério utilizado há séculos pelos humanos devido às suas propriedades físicas, como durabilidade e resistência, sendo explorado de forma industrial desde a segunda metade do século XIX¹. Contudo, este material é classificado pela Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) como cancerígeno grupo I, não havendo nível aceitável de exposição às partículas do mesmo².

Dentre as doenças decorrentes da exposição ao asbesto, têm-se os cânceres de pulmão, de esôfago, de ovário, de túnica vaginal testicular, de rim, de bexiga, e o mesotelioma, câncer causado exclusivamente pelo asbesto; além da asbestose, patologia caracterizada por cicatrizes fibróticas no pulmão³. Perante o elevado potencial de gerar agravos, este estudo objetiva relatar a repercussão da exposição do amianto à saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com busca realizada nas bases de dados PubMed, BVS e SciELO, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): asbesto, exposição ambiental e câncer, interconectados mediante o operador booleano *AND*.

Os critérios de inclusão foram: artigos escritos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos cinco anos e que contemplassem a temática. Foram excluídos os artigos duplicados, seja na mesma base ou em outra, além de teses, dissertações e monografias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exposição ao amianto pode ocorrer por duas vias básicas, a ocupacional e a paraocupacional. A primeira é provinda do contato com o asbesto no ambiente de trabalho, principalmente em profissões relacionadas à mineração do amianto ou à indústria que o utiliza; enquanto a segunda decorre da exposição dada em um ambiente fora do âmbito laboral, como nos casos das residências, da vizinhança ou do meio ambiente⁴. A maioria das publicações dá ênfase à exposição ocupacional, contudo, é notável o aumento de estudos enfatizando a exposição paraocupacional.

O asbesto é um carcinógeno de alta potência, que afeta a saúde da população em diversos países do mundo, apesar de já ter sido banido em 55 nações⁵. Países africanos e, principalmente asiáticos ainda utilizam inúmeros produtos cuja matéria-prima era ou possuía traços de amianto.

Em um estudo realizado na Coreia, o qual avaliou todas as doenças relacionadas ao amianto (DRAs), incluindo câncer de laringe e de ovário, por exposição ocupacional, o câncer de pulmão foi a DRA com maior proporção de casos, o mais elevado número de mortes e maior ônus por doença ocupacional relacionado ao asbesto⁶. Contudo, além do amianto, o fumo é outro fator causal muito preponderante para o carcinoma de pulmão, sendo difícil mensurar o efeito de um ou outro agente⁵.

Na Coreia, o mesotelioma maligno foi menor quando comparado com os dados da OMS, podendo ser devido ao longo período de latência da patologia⁶. Porém, em boa parte do mundo, cânceres relacionados com o amianto não são diagnosticados, em consequência da grande multiplicidade de fatores causais e falhas na investigação dos casos⁵.

CONCLUSÃO

Nota-se que a exposição ao amianto, independente da via, acarreta problemas graves de saúde, como os diversos cânceres citados, sendo o câncer de pulmão o mais recorrente dentre as DRAs. E que, apesar dos problemas gerados, foi evidenciado na literatura que alguns países persistem em sua utilização, além disso, em boa parte do mundo, não se têm diagnósticos de cânceres relacionados ao amianto por diversos fatores que o indivíduo está exposto e, também, por falhas de investigação.

DESCRITORES: Asbesto; Exposição ambiental; Câncer.

REFERÊNCIAS

1. Westerholm P, Remaéus B, Svartengren M. The Tale of Asbestos in Sweden 1972-1986-The Pathway to a Near-Total Ban. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Nov 22;14(11):1433. doi: 10.3390/ijerph14111433. PMID: 29165392; PMCID: PMC5708072.
2. International Agency for Research on Cancer (IARC) IARC Monograph. Volume 100 International Agency for Research on Cancer; Lyon, France: 2009. Asbestos (chrysotile, amosite, crocidolite, tremolite, actinolite and anthophyllite).
3. Lin RT, Chang YY, Wang J Der, Lee LJH. Upcoming epidemic of asbestos-related malignant pleural mesothelioma in Taiwan: a prediction of incidence in the next 30 years. *Journal of the Formosan medical association*. Elsevier Ltd; 2018.
4. Liu B, van Gerwen M, Bonassi S, Taioli E. Epidemiology of Environmental Exposure and Malignant Mesothelioma. *J. Thorac. Oncol*. 2017;12:1031–1045. doi: 10.1016/j.jtho.2017.04.002.
5. Furuya S, Chimed-Ochir O, Takahashi K, David A, Takala J. Global Asbestos Disaster. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 May 16;15(5):1000. doi: 10.3390/ijerph15051000. PMID: 29772681; PMCID: PMC5982039.
6. Kang DM, Kim JE, Kim YK, Lee HH, Kim SY. Occupational Burden of Asbestos-Related Diseases in Korea, 1998-2013: Asbestosis, Mesothelioma, Lung Cancer, Laryngeal Cancer, and Ovarian Cancer. *J Korean Med Sci*. 2018 Jul 19;33(35):e226. doi: 10.3346/jkms.2018.33.e226. PMID: 30140191; PMCID: PMC6105774.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO NO BRASIL 2013 -2018

Loiana Gomes Silva¹, Lílian Rita de Souza Meireles¹, Miucha Muniz Pereira Antonio²

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.

²Hospital Geral Prado Valadares- HGPV. E-mail: miumuniz@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, podendo acometer o epitélio escamoso (mais incidente) ou glandular, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos próximos ou distantes. Inicia-se a partir de uma lesão precursora, curável na quase totalidade dos casos, conhecidas como neoplasias intraepiteliais cervicais de graus II e III (NIC II/III), além do adenocarcinoma *in situ* (AIS)¹.

Os principais fatores de risco para o câncer do colo do útero são o início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros, tabagismo e o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais. Além da infecção pelos subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papilomavírus Humano), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos casos².

O tratamento para cada caso deve ser avaliado e orientado por um médico. Entre os tratamentos para o câncer do colo do útero estão a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. O tipo de tratamento dependerá do estadiamento (estágio de evolução) da doença, tamanho do tumor e fatores pessoais, como idade da paciente e desejo de ter filhos². O presente estudo pretende demonstrar as características epidemiológicas e clínicas do câncer de colo de útero no Brasil no período de 2013 a 2018.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, que foi elaborado a partir de dados secundários, extraídos do DataSUS. A tabulação de dados

se deu por meio do *software Microsoft Office Excel 2010*. As frequências relativas e absolutas foram consolidados por meio de gráficos e tabelas.

Por ser um estudo baseado em dados secundários de banco de domínio público não foi necessária a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os casos de neoplasia maligna do colo do útero no Brasil seguiram curva ascendente entre os anos de 2013 a 2018. No ano de 2013 foram registrados 9.378 casos. Nos anos de 2014 a 2017 os casos variaram de 10.263 a 11.187 e, apresentaram um salto em 2018 com 14.146.

As analisar os casos diagnosticados nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro no mesmo período, percebemos que São Paulo lidera o número de diagnósticos em todos os anos e teve um total de 2.521 casos em 2018, ao passo que o Rio de Janeiro apresenta o menor número de casos tendo apenas 810 notificados em 2018.

Com relação à faixa etária do diagnóstico os extremos de idade apresentam a menor proporção de casos sendo que na faixa de 0 a 19 anos foi de 0,1 e na faixa de 80 anos e mais foi de 3,4. Entre 35 a 64 anos se concentra a maioria deles, com uma proporção acumulada de 66,4%. Ademais a faixa etária de 50 a 54 anos foi a que apresentou uma maior incidência (11,6%).

Em relação ao estadiamento, 82,2% (54.391) dos casos foram classificados do Estágio 2 ao 4, deste universo a maioria corresponde ao estágio 3 (74%). Situação semelhante foi encontrada em estudo realizado em Santa Catarina onde o estágio III (35,8%) e o II (33,30%) e faixas etárias dos 41-50 anos e 51-60 anos apresentaram os maiores achados³.

O intervalo de tempo, em dias, desde o diagnóstico até o início do tratamento é bem variável nos estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais e, entre esses e o Brasil. No entanto, o período até 30 dias foi predominante no Brasil e no Paraná, ao tempo em que São Paulo e Minas Gerais predominou o período entre 31 e 60 dias. Os dados revelam que o sistema de saúde conseguiu atender à demanda das usuárias, conforme a Lei nº 12.732/2012 que diz que o tratamento deve iniciar em até 60 dias

da data da confirmação do diagnóstico⁴. A modalidade de tratamento dos casos de neoplasia maligna do colo do útero no Brasil mais predominante é a Radioterapia (48%).

CONCLUSÃO

Observou-se que os casos de neoplasia maligna do colo do útero no Brasil cresceram nos anos de 2013 a 2018 tendo um pico no último ano. O estado de São Paulo foi o que apresentou o número maior de casos dentre os estados pesquisados. A faixa etária de 50 a 54 anos foi a mais acometida.

Com relação às características clínicas do câncer a maioria das pacientes foi diagnosticada no Estágio 3 da doença, e iniciaram o tratamento em até 30 dias contados a partir do diagnóstico, sendo que a modalidade de radioterapia foi mais predominante entre os tipos de tratamento.

DESCRITORES: Neoplasias do Colo do Útero; Epidemiologia; Terapêutica.

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. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
2. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero - versão para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero/profissional-de-saude>
3. Silva AAL, Rosa LM, Schoeller SD, Radünz V, Martins MM, Martins HIV, et al. Perfil sociodemográfico e clínico de mulheres com câncer no trato genital submetidas à radioterapia. *Cogitare enferm.* 2019; 24: e58467. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58467>
4. Carvalho PG, O'Dwer G, Rodrigues NCP. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde em debate.* 2018; 42 (118): 687-701. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300687&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM NEOPLASIAS MALIGNAS DA CABEÇA E PESCOÇO NO BRASIL

Matheus Soledade Carvalho Santos, Yvina Santos Silva, Bruna Borges Nery, Jennifer Santos Pereira, Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
matheus_soledade@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As neoplasias de cabeça e pescoço são consideradas um problema de saúde pública, devido à alta incidência, prevalência e mortalidade¹. Tais neoplasias malignas das vias aerodigestivas superiores são descritas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como: Cavidade Oral (C00, C02, C03, C04, C05 e C06) Nasofaringe (C11), Orofaringe (C01, C09 e C10), Hipofaringe (C12 e C13), e Glândulas salivares (C07 e C08) ².

Dentre as 6,4 milhões de neoplasias malignas diagnosticadas no mundo, aproximadamente 10% estão localizadas na boca, sendo esse o 6º tipo mais incidente³. Para o Brasil, estimam-se 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. Esses valores correspondem a um risco estimado de 14,14 casos novos a cada 100 mil pessoas⁴.

Estudos epidemiológicos possuem grande relevância para a saúde pública e para os profissionais da área da saúde, permitindo planejamento de medidas específicas e prevenção para as populações investigadas. Como o câncer de boca possui diversos fatores etiológicos, o conhecimento do perfil dos pacientes portadores dessa doença torna-se imprescindível sob o ponto de vista epidemiológico⁵.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é descrever a epidemiologia dos casos diagnosticados de neoplasias malignas da cabeça e pescoço, no Brasil, no período de janeiro de 2013 a julho de 2019.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, construído com base nos dados secundários do sistema de Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde do Brasil. Esse banco de dados é composto pelo Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP) e pelos Registros Hospitalares de Câncer (RHC).

No DATASUS, foram selecionados todos os diagnósticos de câncer de lábio e boca (C00-C06;) e outras regiões da cabeça e pescoço, que não acometem lábio e cavidade oral (C07-C13), de acordo com a classificação internacional das doenças (CID 10-2011), notificados no Brasil, durante os meses de janeiro de 2013 a julho de 2019.

Nestes dados, foram selecionados os pacientes que tiveram diagnóstico de câncer de boca, cabeça e pescoço e correlacionou-se com as seguintes variáveis: gênero, faixa etária e região do Brasil. Foram excluídas desta pesquisa as neoplasias benignas de glândulas salivares e os tumores odontogênicos em geral.

Os dados foram coletados em setembro de 2019 e a análise das informações se deu por meio da estatística descritiva. Devido ao caráter do estudo, com a utilização de dados de domínio público, dispensou-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 80.180 casos de câncer de cabeça e pescoço em todas as regiões do Brasil - Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul-, sendo 38.153 casos para câncer de lábio e cavidade oral e 42.027 casos para as demais regiões em cabeça e pescoço. Pôde-se constatar maior acometimento entre residentes da região Sudeste, cerca de 47% do total dos registros, tanto nos casos de CA de lábio e cavidade oral, quanto para as demais regiões em cabeça e pescoço.

Quanto ao CA de lábio e cavidade oral, verificou-se que os indivíduos do sexo masculino (77,6%) apresentaram maior número de casos e as médias de idade variavam de 58 (± 11), para o sexo masculino, e de 61 (± 14), para o feminino. Para o CA das demais regiões em cabeça e pescoço, os dados evidenciaram que a prevalência para o sexo masculino é equivalente à do sexo feminino e as médias de idade variavam de 58 (± 13), para homens, e 57 (± 15), para mulheres.

No período entre 2000 e 2011, foram identificados 70.011 casos de câncer em todo país, sendo que, comparando com este estudo houve um aumento de 10.169 casos em apenas 6 anos³. No que se refere à região, a que mais obteve notificação foi a Sudeste³, assim como nesta pesquisa.

Quanto a prevalência dos casos de CA identifica-se que, assim como, em outros estudos transversais de base populacional, os casos são mais incidentes em pacientes do sexo masculino^{1,5,6}. A média de idade para a ocorrência de CA em cabeça e pescoço tem sido entre 50 a 70 anos, fato que corrobora com os achados do presente estudo³.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados, a epidemiologia dos casos diagnosticados de CA da cavidade oral e demais regiões da cabeça e pescoço foi possível concluir que os tumores malignos de orofaringe compreenderam quase 1/4 dos casos relatados no estudo. O presente estudo também evidencia que indivíduos do sexo masculino com idade avançada eleva de sobremaneira a probabilidade do aparecimento da doença.

DESCRITORES: Epidemiologia; Neoplasias Bucais; Neoplasia faríngeas; Fatores de risco.

REFERÊNCIAS

1. Moro JDS, Maroneze MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 02]; 16(2): eAO4248. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000200205&lng=en.
2. Ministério da Saúde. DATASUS. CID 10. C00-C14 Neoplasias [tumores] malignas(os) do lábio, cavidade oral e faringe. Available from: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/c00_c14.htm.
3. Ribeiro ILA, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AMG, Lima-Neto EA. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. Rev. Bras. Epidemiol. 2015; 18(3), 618-629.
4. Ministério da Saúde - INCA Instituto Nacional Do Câncer. Estimativa 2016-2017. Available from: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-abc-3ed-8a-prova.pdf>.
5. Lima MA, Martins Filho PRS, Silva LCFD, Piva MR, Santos TDS. Perfil dos pacientes portadores de neoplasias malignas orais em uma população brasileira. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial. 2010; 10(4): 93-102.
6. Melo LDC, Silva MCD, Bernardo JM DP, Marques EB, Leite ICG. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. RGO. Revista Gaúcha de Odontologia. 2010; 58(3):351-355.

FATORES QUE INFLUENCIAM NA ONCOGÊNESE EM LESÕES ORAIS PRÉ-CANCEROSAS E FATORES DE RISCO

Bruna Borges Nery¹, Yvina Santos Silva¹, Matheus Soledade Carvalho Santos¹, Bruna Celli Neri Brito¹, Raquel Costa Caldas¹, Gianni Roger Parra Castanharo²

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

²Faculdade Tecnologia e Ciências- FTC.

INTRODUÇÃO

Os cânceres da cavidade oral representam um importante problema de saúde pública, sendo relacionados como uma das neoplasias malignas mais frequentes em todo o mundo^{1,2}. É sabido que, na maioria dos casos, o câncer bucal é precedido por um estado de pré-câncer, podendo ser facilmente visualizado, por um Cirurgião Dentista capacitado, através do exame oral clínico e diagnosticado com precisão por biópsia e exame histopatológico³.

Uma condição pré-cancerosa é definida como uma situação generalizada associada a um risco significativamente aumentado de neoplasia. Algumas dessas lesões exibem um alto potencial de desenvolver um carcinoma, muitas vezes, independentemente do grau de displasia epitelial⁴.

Entretanto, a etiologia das lesões pré-cancerosas da mucosa oral não é bem definida⁵. Alguns fatores de risco, como mascar e fumar tabaco, e o consumo de álcool, desempenham um papel importante no desenvolvimento de condições orais potencialmente malignas⁶.

Diante do exposto, identificar os mecanismos das lesões orais pré-câncer, bem como os fatores de risco para desenvolvimento das lesões, pode auxiliar na prevenção do câncer bucal, através de produção de conhecimento para a população^{5,7}. Assim, o objetivo desse estudo é descrever, baseado na literatura atual, o mecanismo da oncogênese em lesões orais potencialmente malignas e fatores de risco.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura, realizada por meio da base de dados online BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) durante dos meses de setembro e outubro de 2019. Para a busca, utilizou-se os descritores em saúde DeCS: “Câncer de boca”, “Lesões Pré-cancerosas” e “Fatores de risco”, entre as palavras foi acrescentado o operador booleano AND. A partir da combinação dos descritores, chegou-se à 77 estudos.

Como parâmetros de inclusão foram selecionados estudos em idioma inglês e português, publicados nos últimos 5 anos, que possuíam disponibilidade na íntegra. Foram excluídos do estudo os artigos em idioma espanhol e francês, teses, dissertações e artigos cuja disponibilidade era somente do resumo. Obteve-se 59 estudos após a aplicação dos critérios.

Posteriormente à busca, realizou-se uma triagem dos artigos a partir dos títulos e foram dispensados, também, os estudos que não versavam sobre o tema proposto, além dos que se repetiam. Com isso, atingiu-se a quantidade de 12 artigos. Estes foram lidos em sua totalidade e avaliados de forma qualitativa.

Este estudo dispensa a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), devido ao seu caráter metodológico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme os artigos analisados, o mecanismo das lesões pré-cancerosas da mucosa oral não é bem estabelecida⁶. Entretanto, os fatores de risco têm sido associados à etiologia dessas lesões. O risco pode ser advindo de fatores intrínsecos como a predisposição genética, deficiência de micronutrientes e imunológica, além de fatores extrínsecos como o tabagismo, álcool, radiação solar, e microorganismos^{3,4,5,6,7,8,9,10,11,12}.

Em relação aos microorganismos, o mais implicado como agente etiológico na carcinogênese dos carcinomas espinocelulares da região de cabeça e pescoço e da cavidade bucal, tem sido o HPV (papilomavírus humano)⁹. Porém, segundo Nikitakis³, a associação direta do HPV com o desenvolvimento desse tipo de câncer ainda é controverso¹⁰.

De acordo com os estudos, dentre as lesões orais pré-cancerosas, as citadas como mais comuns são a leucoplasia, a eritroplasia, a queilite actínica e o líquen plano

oral. A leucoplasia oral trata-se de uma lesão predominantemente branca, que pode apresentar-se lisa, rugosa ou verrucosa^{4,8}.

Já a eritroplasia oral, refere-se à lesão macular ou em placa, de coloração vermelha. Enquanto a queilite actínica afeta o lábio inferior em 95% dos casos e se manifesta por ressecamento, erosões e perda do limite do lábio, o líquen plano oral possui etiologia desconhecida, havendo uma resposta imune com agressão ao epitélio de revestimento^{4,8}.

Em um estudo retrospectivo, que buscou identificar os fatores de risco, analisando 340 pacientes com lesões pré-câncer, entre maio de 2012 a julho de 2013, definiram relação considerável dos pacientes com eritroplasia, leucoplasia e eritroleucoplasia com o consumo de nicotina⁴.

A leucoplasia possui alta propensão à transformação maligna quando comparada as outras lesões orais^{11,12}. Sua natureza pré-cancerosa tem sido estabelecida, não somente pela associação com displasia mas, devido aos resultados de investigações clínicas que monitoraram lesões leucoplásicas por longos períodos¹⁰.

CONCLUSÃO

Embora o mecanismo das lesões pré-cancerosas ainda seja desconhecido, os fatores de risco estão associados à patologia da doença. Os principais fatores de risco para essas lesões são: a predisposição genética, a deficiência de micronutrientes e imunológica, o tabagismo, álcool, radiação solar, e microorganismos como o HPV.

Desse modo, a detecção precoce, o manejo e o acompanhamento adequados dessas lesões pré-malignas fornecem subsídios para a prevenção do câncer de boca, e a prevenção ou interrupção de fatores causais e predisponentes pode contribuir para a prevenção primária eficaz, reduzindo a morbidade e mortalidade do câncer bucal.

DESCRITORES: Cancer de boca; Lesões Pré-cancerosas; Fatores de risco.

REFERÊNCIAS

1. Maia HCM, Pinto NAS, Pereira JS, Medeiros AMC, Silveira ÉJD, Miguel MCC. Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2016 Mar [cited 2019 Oct 06] ; 14(1): 35-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-

45082016000100035&lng=en.
45082016AO3578.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082016AO3578>.

2. Silva LGDD, Alves MDL, Severo MLB, Medeiros WKDD, Ferreira AM, Miguel MDCD, Silveira ÉJDD. Lesões Orais Malignas e Potencialmente Malignas: Percepção de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos de Odontologia. *Rev. bras. cancerol.* [Internet]. 2018 [citd 2019 oct 04]; 64(1): 35-43. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/04-lesoes-orais-malignas-e-potencialmente-malignas-percepcao-de-cirurgioes-dentistas-e-graduandos-de-odontologia.pdf.
3. Nikitakis NG. Special focus issue on potentially premalignant oral epithelial lesions: introduction and perspective. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology.* 2018; 125(6): 575-576.
4. Maia HC, Pinto NA, Pereira JS, Medeiros AM, Silveira EJ, Miguel MC. Lesões orais potencialmente malignas: correlações clínico-patológicas. *Einstein (Sao Paulo).* 2016; 14(1): 35-40.
5. Kanwar S, Lingaraju N, Mahesh MS, Basappa S, Rani P. Genetic changes in oral premalignant lesion, condition, and oral squamous cell carcinoma-A study based on inhibition of G2M phase by colchicines. *Indian Journal of Dental Research.* 2017; 28(1): 55.
6. Ramos RT, Paiva CR, de Oliveira Filgueiras AM, Silva-Junior GO, Cantisano MH, de Carvalho Ferreira D, Ribeiro M. Leucoplasia Oral: conceitos e repercussões clínicas. *Revista Brasileira de Odontologia.* 2017; 74(1):51.
7. Yardimci G, Kutlubay Z, Engin B, Tuzun Y. Precancerous lesions of oral mucosa. *World Journal of Clinical Cases: WJCC;* 2014;2(12):866.
8. Senghore T, Li YF, Sung FC, Tsai MH, Hua CH, Liu CS, Yeh CC. Biomarkers of oxidative stress associated with the risk of potentially malignant oral disorders. *Anticancer research.* 2018; 38(9): 5211-5216.
9. Warnakulasuriya S, Ariyawardana A. Malignant transformation of oral leukoplakia: a systematic review of observational studies. *Journal of Oral Pathology & Medicine.* 2016; 45(3): 155-166.
10. Speight PM, Khurram SA, Kujan O. Oral potentially malignant disorders: risk of progression to malignancy. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology.* 2018; 125(6): 612-627.
11. Cavalcante ABP, de Abrantes JGS, de Sousa JNL, Barroso KMA. Estudo De Prevalência De Lesões Orais Malignas Ou Com Potencial De Malignização, Como Estratégia De Prevenção Do Câncer Oral: Uma Revisão Da Literatura. *Revista Saúde & Ciência Online.* 2016; 5(2): 111-127.
12. Porter S, Gueiros LA, Leão JC, Fedele S. Risk factors and etiopathogenesis of potentially premalignant oral epithelial lesions. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology.* 2018; 125(6): 603-611.

MORTALIDADE POR NEOPLASIA MALIGNA NO BRASIL, 2008 - 2017

Sabrina da Silva Caires, Adriano Almeida Souza, Thaís Barros do Carmo, Lilian Rita de Souza Meireles, Lucas dos Santos, Cezar Augusto Casotti

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: sabrinacaires9@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As neoplasias constituem uma das principais causas de morte no mundo e, nesse contexto, o Brasil está entre os países de maior incidência, com estimativa de mais de 500 mil novos casos em 2014-2015¹. Dessa forma, o câncer é a segunda causa de mortalidade, sendo responsável por 16,4% dos óbitos no país².

Os cânceres apresentam características multifatoriais, como influências ambientais, socioeconômicos, culturais e o estilo de vida. Entretanto, fatores de risco individuais como o hábito de fumar, alimentação desequilibrada, sedentarismo, obesidade e o processo de envelhecimento estão associados ao desenvolvimento de neoplasias^{1,2}.

Considera-se ainda que as tendências de mortalidade por neoplasia são distintas e decorrentes do tipo de câncer, faixa etária e sexo. Assim, no sexo feminino as taxas de mortalidade por neoplasia da mama, pulmão e colorretal se elevaram e as de câncer do colo de útero e do estômago diminuíram. No sexo masculino, as taxas de mortalidade por câncer de próstata e colorretal aumentaram e as de pulmão e de estômago reduziram³.

Nesse sentido, torna-se importante investigar sobre a mortalidade por neoplasia, no intuito de entender melhor a ocorrência desse fenômeno em diferentes seguimentos da população, e, assim, obterem informações pertinentes para prevenção, promoção e recuperação da saúde. Dessa forma, o presente estudo objetivou identificar a mortalidade por neoplasia maligna entre os sexos na população brasileira.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, elaborado a partir de dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM, disponibilizados eletronicamente por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde. Foram coletadas informações referentes aos óbitos por neoplasias, no Brasil, entre os anos de 2008 e 2017.

Os dados foram analisados, por meio da estatística descritiva (frequências absolutas e relativas), utilizando o *software Microsoft Office Excel 2010*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontaram que, no Brasil, o número de óbitos por neoplasias aumentou entre os anos de 2008 (167.666) e 2017 (221.812). Na população feminina as principais neoplasias que levaram os pacientes a óbito foram: da mama (140.326), traqueia, brônquios e pulmão (95.437), cólon, reto e ânus (78.198), colo do útero (54.183) e de estômago (48.838). As maiores taxas de mortalidade ocorreram a partir da faixa etária de 50 a 59 anos.

Quanto ao sexo masculino, as neoplasias malignas que mais ocasionaram óbitos foram: traqueia, brônquios e pulmão (145.641), próstata (136.390), estômago (88.658), cólon, reto, ânus (73.454) e esôfago (61.267). O grupo etário com maior número de óbitos foi o de 60 a 69 anos.

A mortalidade por neoplasia da mama apresentou-se crescente. Couto e colaboradores⁴ relacionaram esse aumento com possíveis fatores externos, como o crescimento da longevidade e da renda e diminuição da taxa de fecundidade.

A mortalidade por neoplasia da próstata também se mostrou em crescimento no período analisado. A esse respeito, Medeiros e colaboradores⁵ afirmam que, idade avançada, etnia negra, hereditariedade, tabagismo, etilismo, vasectomia e fator de crescimento "*insulin-like*" são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de próstata.

A mortalidade por câncer da traqueia, brônquios e pulmões aumentou em ambos os sexos. Assim, estudiosos⁶ ressaltam que, apesar do tabagismo estar declinando no país, atribui-se a esse hábito a principal causa de neoplasia de pulmão. Todavia, o crescimento da mortalidade representa o resíduo da experiência com o tabagismo no passado.

Tanto no sexo feminino quanto no masculino a neoplasia maligna do estômago foi constante. Dessa forma, aponta-se, que pode ser atribuído a inserção da refrigeração elétrica e outras formas de conservação de alimentos, melhores condições de saneamento básico e introdução de hábitos alimentares saudáveis⁷.

CONCLUSÃO

O presente estudo verificou que a mortalidade por neoplasia maligna entre os sexos no Brasil no período de 2008 a 2017 foi crescente. Ademais, as neoplasias malignas de mama, traqueia, brônquios e pulmão, cólon, reto e ânus, colo do útero e de estômago foram evidenciadas como as principais no sexo feminino. Já nos homens, as neoplasias malignas que mais contribuíram com as taxas de mortalidade foram a da traqueia, brônquios e pulmão, próstata, estômago, cólon, reto, ânus e esôfago.

Destarte, torna-se importante conhecer os principais tipos de neoplasia maligna responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade por câncer no Brasil, a fim de traçar estratégias que possam reduzir os riscos para o desenvolvimento de neoplasias e conseqüentemente a redução da mortalidade. Não obstante, esses resultados servem de auxílio para fomentar políticas públicas de saúde, visando identificar de forma precoce os casos de câncer e assim retardar o progresso da doença e minimizar as sequelas.

DESCRITORES: Epidemiologia; Mortalidade; Neoplasia.

REFERÊNCIAS

1. Panis C, Kawasaki AC, Pascotto CR, Justina EY, Vicentini GE, Lucio LC, et al. Revisão crítica da mortalidade por câncer usando registros hospitalares e anos potenciais de vida perdidos. *Einstein* (São Paulo). 2018; 16(1).
2. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura L, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2015; 18 (Suppl 2).
3. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014; 23(4).
4. Couto MSA, Guerra MR, Firme VAC, Bustamante-Teixeira MT. Comportamento da mortalidade por câncer de mama nos municípios brasileiros e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica.* 2017; 41: e168.

5. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão, AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2): 385-8.
6. Wünsch Filho V, Mirra AP, López RVM, Antunes LF. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13(2): 175-87.
7. Nakashima JP, Koifman S, Koifman RJ. Tendência da mortalidade por neoplasias malignas selecionadas em Rio Branco, Acre, Brasil, 1980-2006. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(6): 1165-74.

PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**Valéria dos Santos Ribeiro, Juliana da Silva Oliveira, Ianderlei de Oliveira
Nascimento, Felipe Santos Abreu, Diana Silva Lopes, Marileide Oliveira dos Santos**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB. E-mail: leioliveira17@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo, ocasionando efeitos agressivos sobre os indivíduos¹. As neoplasias são importantes problemas de saúde pública no mundo, sendo estimada, globalmente, para o ano 2030, a ocorrência de 27 milhões de casos incidentes e 12,6 milhões de mortes pela doença².

No Brasil, em 2014-2015 a estimativa indicava que ocorreriam mais de 500 mil novos casos de câncer, o que o colocou entre os países com maior incidência de câncer no mundo na atualidade³. Apesar dos esforços crescentes voltados para o rastreamento e o diagnóstico precoce, fatores de risco associados ao desenvolvimento desta patologia estão fortemente presentes na população brasileira, destacando o tabagismo, a dieta, a obesidade e o sedentarismo³.

Além das perdas humanas causadas pelas mortes decorrentes das neoplasias, associa-se também perdas econômicas de difícil mensuração. O custo financeiro com a doença é alto e impõe um grande desafio, especialmente para os sistemas de saúde de acesso universal, como é o caso do Brasil. O cuidado ao paciente com câncer envolve diversos fatores, entre eles os socioeconômicos. Dessa forma, este estudo tem por objetivo descrever o perfil da morbimortalidade hospitalar de pacientes oncológicos admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico, transversal, realizado em UTI de um hospital regional do interior da Bahia. O referido hospital possui 29 leitos de UTI, sendo subdividida em 3

setores distintos compostos por 10 leitos na UTI-1 e UTI-3 e 9 leitos na UTI-2 sendo que um destes leitos se encontra atualmente rotativo para realização de hemodiálise dos pacientes internados no hospital.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes admitidos nas UTIs da instituição entre os meses de maio de 2018 a maio 2019. Os dados secundários foram coletados por meio do livro de registro de internação das referidas unidades, no período de abril a junho de 2019.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o parecer nº 3.092.575.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período analisado foram admitidos 1.211 pacientes nas UTIs, dos quais 34 (2,8%) possuíam diagnóstico de neoplasia, dentre as unidades, a UTI-1 foi onde ocorreu o maior número de admissões com 17 pacientes (50%). A média de idade destes indivíduos foi de 54 anos com um desvio padrão de 17,2 anos, a maior incidência de neoplasia na população estudada foi no sexo masculino com 23 (67,6%).

Por serem UTIs de um hospital geral, as unidades de origem dos pacientes eram diversas, entretanto os maiores números de admissões foram advindos do centro cirúrgico 13 (38,2%), seguido do pronto socorro - sala vermelha 11 (32,4%).

Em relação a mortalidade, 14 (41,2%) evoluíram para óbito, destes, 06 (42,9%) na UTI-1 seguido de 05 (35,7%) na UTI-3 e 03 (21,4%) na UTI-2. Do total de óbitos, 10 (71,4%) eram sexo masculino e 09 (64,3%) possuíam mais de 60 anos. Infere-se que os homens são mais descuidados com sua saúde, colocando-os em maior risco e consequentemente maiores complicações clínicas⁴, em contraponto encontramos um número elevado de mortalidade entre os idosos, o que demonstra um aumento da expectativa de vida que resulta uma incidência de doenças crônicas e neoplásicas nesta população⁵.

A respeito das unidades de origem os pacientes provenientes da sala vermelha foram os com maior mortalidade 7 (50%), seguido dos que foram submetidos a algum procedimento cirúrgico 3 (21,4%), e os da clínica médica 2 (14,3%). O tempo de

internação também foi um fator de destaque, 7 (50%) evoluíram para óbito entre 1 e 7 dias de internação, 2 (14,3%) em menos de 24 horas e 1 (7,1%) em mais de 30 dias. Estudo realizado no Maranhão identificou que existe associação com a mortalidade à localização tumoral, especialmente à relacionada ao sistema reprodutor masculino, a presença de metástase, o tratamento clínico, desnutrição e a internação prolongada⁶.

CONCLUSÃO

Os resultados do estudo evidenciam que a mortalidade dos pacientes com neoplasias é elevada, quando comparados ao período de tempo do estudo, entretanto por se tratar de uma UTI, tais pacientes já são admitidos com uma condição de saúde altamente fragilizada, e uma demanda de cuidados altamente especializados, o que pode vir a diminuir significativamente sua sobrevivência e seu prognóstico clínico.

Desta forma, o conhecimento sobre a mortalidade destes pacientes é extremamente relevante, visto que estes dados poderão subsidiar o planejamento de ações não apenas voltados à assistência de cuidados intensivos, como também na assistência de baixa e média complexidade.

DESCRITORES: Neoplasias; Mortalidade; Unidades de terapia intensiva; Epidemiologia descritiva.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro: editora INCA. 2017. 107p.
2. Knust RE et al. Estimativa dos custos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência. Rev. Saúde Pública. 2017; 51.
3. Panis C et al. Critical review of cancer mortality using hospital records and potential years of life lost. Einstein (São Paulo). 2018; 16(1).
4. Reyes JC, Alonso JV, Fonseca J, Santos ML, Jimenez MD, Braniff J. Characteristics and mortality of elderly patients admitted to the Intensive Care Unit of a district hospital. Indian J Crit Care Med. 2016;20(7):391-7.
5. El-fakhouri S et al. Epidemiological profile of ICU patients at Faculdade de Medicina de Marília. Rev. Assoc. Med. Bras. 2016, 62(3):248-254.
6. Santos AF et al. Avaliação Subjetiva Global produzida pelo paciente: tempo de internação e mortalidade em pacientes com câncer. Rev. Nutr. [online]. 2017, 30(5): 545-553.

TAXA DE MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA EM RELAÇÃO A FAIXA ETÁRIA NA BAHIA (2012-2017)

**Naiane Santos de Almeida¹, Wilkslam Alves de Araújo¹, Rafaela Menezes dos Santos¹,
Geovana Magestade da Silva Bitencourt¹, Cícero Santos Souza, Felipe Bonfim Nunes²**

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email:
nayanealmeidah@hotmail.com

²Universidade do Estado da Bahia- UNEB

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CaP) é a segunda neoplasia mais comum entre os homens no Brasil, em termo de óbitos, ocupa a segunda posição, seguido apenas pelo câncer de pulmão. Em 2018, no Brasil, haviam 68.220 homens diagnosticados com a doença, em 2017, foram registados 15.391 óbitos. A próstata é uma glândula do sistema genital masculino, localizada entre a bexiga e o reto. Com o avanço da idade, a próstata tende a aumentar, podendo ocasionar dificuldade na micção, além de, proporciona uma incidência para o surgimento de câncer ^{1,2}.

Existem alguns parâmetros para compreender o aumento da taxa de incidência do CaP no Brasil como: (1) progresso dos métodos diagnósticos; (2) implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; (3) e o aumento da expectativa de vida. A etiologia do câncer de próstata não é totalmente conhecida, entre os principais fatores de risco podemos citar a idade avançada, considerando que tanto a incidência quanto a mortalidade aumentam com a longevidade; fator hereditário; estilo de vida; e de origem étnica ^{1-3,4}.

Apesar dos avanços terapêuticos, cerca de 25% dos pacientes com CaP ainda morrem devido à doença. Diante disso, faz-se necessário adotar práticas saudáveis para minimizar o risco de várias doenças, inclusive o câncer, através da mudança do estilo de vida⁵. Neste contexto, teve-se como objetivo verificar a ocorrência de óbito por câncer de próstata entre a população do Estado da Bahia, no período de 2012 a 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico retrospectivo com corte transversal no período de 2012 a 2017, tendo o Estado da Bahia como unidades de análise observacional. Utilizando uma abordagem quantitativa, fez-se uso de informações de óbitos proveniente do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)⁶, estratificados por indivíduos do sexo masculino com faixa etária acima de 20 anos de idade.

Portanto, foram selecionados e incluídos todos os casos de óbitos por câncer de próstata (código C61) ocorrido no Estado da Bahia, de acordo com a categorização da variável “faixa etária” em anos (20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 e ≥ 80). Foi realizada análise estatística descritiva com cálculo das frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio padrão para descrever a média anual de registrados de casos de óbitos entre 2012-2017. As análises estatísticas foram realizadas através do programa SPSS versão 22.0.

Por se tratar de dados secundários disponíveis eletronicamente em bancos de dados com domínio público, justifica-se o não encaminhamento deste estudo para aprovação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se que a mortalidade proporcional por CaP aumenta de acordo com a faixa etária, entre os anos de 2012 a 2017 no estado da Bahia. Foram registrados 8.644 casos de óbitos, com uma média anual de 1.140 ± 106 . Pode-se verificar maior ocorrência em indivíduos ≥ 80 anos (44,7%), seguidos pelas faixas etárias 70-79 anos (32,6%) e 60-69 anos (17,5%). A mortalidade por CaP foi significativa em todas as faixas etárias analisadas, apresentando maior variação percentual anual em 80 anos ou mais. Este fato é preocupante, tendo em vista que detrimento do envelhecimento populacional os índices de câncer prostático em idosos tendem a aumentar⁷.

No Brasil, a região nordeste apresenta a maior taxa de mortalidade por câncer de próstata e a região sudeste a menor, entre o período de 1996 e 2011⁸. No estudo⁷, comparando o panorama da mortalidade por câncer de idosos do Nordeste, referente

ao ano de 2015, constatou-se que as neoplasias da próstata (23,5%) continuam sendo a principais causas de mortalidade em idosos.

Em outro estudo⁹, os dados sobre a mortalidade seguiram uma progressão proporcional à faixa etária, sendo que dos óbitos que aconteceram no estado do Tocantins de 2010 a 2014, 81,28 % foram em homens com idade superior a 70 anos.

Os homens estão sendo diagnosticados tardiamente e após o diagnóstico demora para iniciar o tratamento, como resultado, recebem mais cuidados paliativos que curativos¹⁰. Existe escassez na literatura sobre as causas de óbitos decorrentes do câncer de próstata, um estudo sugere que houve aumento no número de tumores de próstata diagnosticados, podendo ser decorrente tanto do aumento da incidência da doença quanto no aperfeiçoamento na precisão diagnóstica e na qualidade dos registros de óbitos ¹⁰.

Apensar dos fatores de risco, a resistência do homem em procurar o serviço, existe também uma precariedade na assistência prestada ao diagnóstico do câncer, explicando em parte, o índice de mortalidade na faixa etária elevada.

CONCLUSÃO

Os casos de óbitos por câncer de próstata aumentam de acordo o avançar da idade no estado da Bahia, segundo os dados de mortalidade analisados entre o período de 2012-2017. Este estudo permitiu consolidar um quadro específico da mortalidade por câncer de próstata em relação a faixa etária, de modo a auxiliar no adequado planejamento das ações de saúde pública, com ênfase nas estratégias de prevenção e o diagnóstico precoce.

DESCRITORES: Neoplasias da próstata; Mortalidade; Epidemiologia

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer [internet]. Tipos de Câncer. Câncer de próstata. [citado em 30 de set. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>
2. Berger M. Câncer de próstata: rastrear ou não rastrear? Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2011; 31(3):393-4.

3. Friestino JKO, Rezende R, Lorentz LH, Silva OMP. Mortalidade por Câncer de Próstata no Brasil: contexto histórico e perspectivas futuras. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014; 37(3): 688-701.
4. Oliveira JCAX, Corrêa ACP, Silva LA, Mozer IT, Medeiros RMK. Perfil epidemiológico masculino da mortalidade: contribuições para enfermagem. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2017; 22 (2): e 49724.
5. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de próstata: vamos falar sobre isso? – Rio de Janeiro; 2017.
6. Datasus. Instituto Nacional de Atlas On-line de Mortalidade. Ministério da Saúde, 1996-2014. [citado em 30 set. 2019]. Disponível em: <https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo03/consultar.xhtml/#panelResultado>
7. Carvalho JB, Paes NA. Taxas de mortalidade por câncer corrigidas para os idosos dos estados do Nordeste Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(10): 3857-866.
8. Abreu DMXD, Guimarães MDC, Franco GDC, Lana GDC, Ishitani LH, França EB. O impacto da correção dos dados na mortalidade prematura por câncer de próstata, Brasil, 1996-2011. *Rev. bras. Cancerol*. 2016; 147-54.
9. Grangeiro AM, Novato KM, Rosa JL, Nunes DLD, Sandoval GM. Incidência e mortalidade por câncer de próstata no Tocantins e Palmas, no período de 2010 a 2014. *Revista de Patologia do Tocantins*. 2019; v. 6, n. 1: p. 27-30.
10. Braga SFM, Souza MC, Oliveira RR, Andrade EIG, Assis AF, Cherchiglia ML. Sobrevida e risco de óbito de pacientes após tratamento de câncer de próstata no SUS. *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51: 1-10.

CUIDADOS PALIATIVOS POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM DOMICÍLIO

Tatiana Almeida Couto, Rose Manuela Marta Santos, Sérgio Donha Yarid, Rudval Souza da Silva, Alba Benemérita Alves Vilela, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: tatiana_almeidacouto@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Cuidados Paliativos refere-se a uma assistência por uma equipe multidisciplinar de maneira humanizada, com foco no cuidado da pessoa e não mais na cura de uma doença. Assim, é importante que a equipe a ser composta por enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, entre outros, esteja atenta ao plano terapêutico do paciente, de forma coesa¹⁻³. Ademais, além da diversidade de categorias profissionais para o oferecimento da assistência, seja oportunizado o plano de cuidado, o planejamento e a implementação da assistência com o diálogo da equipe e a complementação dos saberes para a integralidade e humanização da assistência⁴.

Neste contexto, no processo de desenvolvimento de um cuidado humanizado na finitude da vida, pode-se optar pelo oferecimento dos cuidados necessários de saúde aos pacientes terminais em seu ambiente familiar. Além disso, há uma atenção também ao familiar, que por sua vez acompanhará a evolução do paciente e necessitará de apoio de uma equipe, tanto nos aspectos de como cuidar do paciente, como também, no suporte emocional⁵.

Diante do exposto, este estudo objetiva descrever o cuidado produzido pelas equipes multidisciplinares de saúde em domicílio.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo refere-se a uma revisão de literatura realizada em setembro e outubro de 2017. Houve consulta nas bases de dados do Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scopus, com a utilização dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS):

“Cuidados Paliativos”, “Equipe de Assistência ao Paciente” e combinados com o operador booleano “AND”.

Os artigos foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: estudos originais, publicados entre 2012 e 2016, com texto completo disponível, nos idiomas português, inglês e espanhol. E como critérios de exclusão: artigos de reflexão, revisão sistemática, integrativa e bibliográfica e artigos duplicados. Assim, foram encontrados 1359 artigos, destes foram selecionados 28 artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão, e seis desses compuseram o *corpus* de análise. Sendo apresentado neste estudo um recorte sobre as práticas de cuidados paliativos por equipe multidisciplinar em ambiente domiciliar.

Ressalta-se que os dados foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em estudo que teve como objetivo compreender os significados da morte e do morrer para equipe de cuidados paliativos em domicílio, verificou-se que os profissionais da equipe compreendem que os cuidados paliativos domiciliares possibilitam o reconhecimento da morte, no qual pode ser oportunizada a expressão de sentimentos de pacientes, familiares e profissionais. Observou-se, também, que as concepções sobre a morte se diferem quanto às crenças religiosas, os valores e alguma experiência prévia do morrer⁷.

Neste contexto, com vistas a um cuidado paliativo multidisciplinar no domicílio, foi demonstrado em estudo que para uma adequada assistência é importante que os profissionais envolvidos realizem reuniões de equipe para estabelecer compartilhamento de ações unificadas, a compreensão das atribuições individuais, diálogo para minimizar os conflitos em equipe, de forma a potencializar o trabalho em coletivo⁸.

É compreendido por profissionais da equipe de saúde que na assistência em cuidados paliativos no ambiente domiciliar a comunicação deve ser valorizada e há a necessidade do estabelecimento de estratégias comunicacionais (como uma estratégia também de cuidado), para que sejam esclarecidas as dúvidas, a minimização de ansiedade e angústia e a promoção do conforto. Portanto, é essencial estabelecer

relacionamento interpessoal positivo para uma assistência humanizada, capaz de satisfazer as demandas singulares dos pacientes⁹.

Assim, o trabalho multidisciplinar no cuidado paliativo em domicílio constitui-se como um processo de permanente construção. Diante da singularidade que envolve o processo de finitude, os profissionais de saúde devem promover os cuidados essenciais ao paciente, o apoio aos familiares e principalmente, no planejamento e direcionamento das ações.

CONCLUSÃO

O trabalho da equipe direciona-se a propiciar ao usuário a assistência para atender as demandas de saúde, sendo valorizado o conhecimento de cada membro da equipe e o vínculo entre tais profissionais com o usuário e a família, o que pode possibilitar também momentos de diálogo, esclarecimentos de dúvidas, orientações educativas e respeito a realidade na qual o indivíduo está inserido.

Válido ressaltar a relevância de estudos com essa temática no que consiste em possibilitar a reflexão sobre a assistência de cuidados paliativos em ambiente domiciliar, assim como contribuir para que profissionais repensem suas práticas de cuidado, sobretudo, as de interação entre usuários e equipe de saúde e cooperar com a reflexão de discentes da área da saúde em formação técnica ou superior sobre o cuidado paliativo a ser prestado aos usuários.

DESCRITORES: Cuidados Paliativos; Equipe de Assistência ao Paciente; Pacientes Domiciliares.

REFERÊNCIAS

1. Silva AAN, Arrais AR. O luto complicado diante da finitude de idoso hospitalizado: um alerta à equipe de saúde. *RevKairós*2015; 18(2):247-64.
2. Ministério da Saúde (MS). Caderno de atenção domiciliar. Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Oliveira ERA de, Fiorin BH, Lopes LJ, Gomes MJ, Coelho SO, Morra JS. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde* 2011; 13(4):28-34.
4. Brasil. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 27 mai.

5. Sousa JM, Alves ED. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. RevEnferm UFPE online 2015; 9(2):669-76.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª reimpressão da 1ª Edição. São Paulo: Edições 70, 2011.
7. Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. CiencCuidSaude 2012; 11(supl.):31-38.
8. Ogelby M, Goldstein RD. Interdisciplinary Care: Using Your Team. PediatrClin N Am.2014; 61(4):823-34.
9. Andrade CG de, Costa SFG da, Costa ICP, Santos KFO dos, Brito FM. Cuidados paliativos e comunicação: estudo com profissionais de saúde do serviço de atenção domiciliar. RevFundCare Online 2017; 9(1):215-21.

QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DE NEOPLASIAS BUCAIS: REVISÃO DE LITERATURA

**Yvina Santos Silva, Jennifer Santos Pereira, Wagner Couto Assis, Cezar Augusto
Casotti**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: yvina95@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) de boca é o sexto mais comum em todo o mundo e está associado à mortalidade significativa, com um nível de sobrevida estimada em 50%. O CA de boca compreende doenças malignas da cavidade oral, incluindo estruturas como gengiva, mucosa bucal, palato duro, assoalho da boca, glândulas salivares e os dois terços anteriores da língua¹.

Sendo a boca fundamental para a capacidade de um indivíduo comer, falar e interagir com outras pessoas, o tratamento para o CA de boca é incapacitante e desfigurante, além disso, perturba os aspectos centrais da vida diária, e como tal, o tratamento das neoplasias bucais está associado a uma baixa qualidade de vida^{1,2}.

Logo, a associação entre função oral comprometida e qualidade de vida prejudicada é significativa a partir da descrição de pacientes que experimentaram o isolamento social, término de relacionamentos, problemas socioeconômicos, bem como depressão e suicídio³.

O conceito de Qualidade de vida (QV) é abstrato, subjetivo e multidimensional, envolvendo a autopercepção do paciente na sociedade⁴. Desse modo, sendo a saúde bucal parte integrante da saúde geral e essencial para a QV, identificar os aspectos que interferem na QV é fundamental para promover intervenção profissional a fim de reestabelecer o bem-estar ao paciente portador de CA bucal^{2,5}.

Sendo assim, o objetivo dessa pesquisa é identificar, de acordo com a literatura, os fatores que interferem na qualidade de vida de pacientes portadores de neoplasias bucais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo, realizada durante os meses de julho a setembro de 2019. Esta pesquisa foi gerada a partir dos artigos contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Para a busca na BVS utilizou-se os descritores em saúde, DeCS: “Qualidade de vida” e “Câncer de boca”; e na MEDLINE, foram empregados os descritores MeSH: “Quality of life” e “Mouth neoplasms”.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão artigos de revisões sistemáticas, completos e disponíveis na íntegra, publicados nos últimos 5 anos, com idioma inglês. Como parâmetros de exclusão definiu-se estudos com idiomas diferentes do inglês e que não abordavam o tema proposto.

Assim, após aplicação dos critérios, obteve-se 11 artigos na BVS e 17, na MEDLINE, sendo que 08 estavam duplicados e 07 não abordavam sobre o tema. Todos os artigos subsequentes foram lidos e selecionou-se 10 para fundamentarem este estudo. Por conseguinte, a análise dos artigos foi desenvolvida de forma qualitativa, a partir de uma tabela delineando o título, objetivo, resultados e conclusão.

Em função da natureza deste trabalho, não foi necessário submetê-lo ao Comitê de Ética e Pesquisa para cumprimento da resolução 466/2012 descrita pelo Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados abordam acerca de pacientes com CA de boca, permitindo evidenciar a importância de analisar essa temática e o quanto ela pode interferir na qualidade de vida desses indivíduos. Os 10 artigos avaliados, de forma unânime, trazem que a qualidade de vida é prejudicada em pacientes com neoplasias bucais^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10}.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definição de qualidade de vida refere-se à percepção de um indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais o paciente vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹¹.

O principal fator que interfere na QV abordado pelos estudos, diz respeito às consequências dos tratamentos quimioterápicos, radioterápicos e, principalmente

cirúrgicos^{1,3,4,5,6,8}. As manifestações clínicas do CA de boca e os efeitos do tratamento levam à implicações na fala, deglutição, alteração da aparência estética e comprometimento sensorial, além de dor crônica^{8,9}. Todos esses fatores contribuem para problemas de saúde mental^{4,5}.

À vista disso, os estudos mostram que todos os domínios são atingidos, entretanto, os domínios físico e psicossocial são os mais afetados na QV de pacientes com CA bucal,^{2,3,5,6,7} quando comparados com pacientes que apresentam outros tipos de neoplasias¹.

Depressão e ansiedade também foram relatadas como tendo influência na QV de pacientes, que quando deprimidos são menos propensos a completar as prescrições de tratamento, e têm maior probabilidade de terem internações mais longas e menor capacidade de autocuidado após o tratamento, influenciando a mortalidade e morbidade da doença^{1,5}.

Vale ressaltar ainda, que a QV pode melhorar após a instituição de reabilitações orais, de forma que as intervenções para recuperar a forma e a função, após o tratamento do câncer bucal, influenciam positivamente em sequelas psicossociais^{3,6}.

CONCLUSÃO

As considerações sobre QV são importantes na avaliação do paciente com câncer para compreender o impacto da doença e seu tratamento. De acordo com a literatura, vários aspectos da vida de um paciente, principalmente os psicossociais e físicos, são afetados pelo câncer bucal e tratamento, contribuindo para efeitos negativos na sua qualidade de vida.

Portanto, a equipe multiprofissional de saúde deve estar atenta, não apenas aos efeitos clínicos do tratamento, mas também aos problemas relacionados à qualidade de vida, buscando reabilitar o paciente da melhor forma possível, diminuindo os efeitos deletérios do tratamento sobre a sua QV.

DESCRITORES: Qualidade de vida; Neoplasias bucais; Odontologia.

REFERÊNCIAS

1. Moore KA, Ford PJ, Farah CS. Support needs and quality of life in oral cancer: a systematic review. *International journal of dental hygiene*. 2014; 12(1): 36-47.
2. Gondivkar SM, Gadbail AR, Gondivkar RS, Sarode SC, Sarode GS, Patil S. Impact of oral potentially malignant disorders on quality of life: a systematic review. *Future Oncology*. 2018; 14(10): 995-1010.
3. Petrosyan V, Ball D, Harrison R, Ameerally P. Among patients undergoing ablative treatment for oral cancer, does the provision of oral rehabilitation improve the quality of life? A review of the current literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2016; 74(5): 1096-e1.
4. Valdez JA, Brennan MT. Impact of Oral Cancer on Quality of Life. *Rev Dent Clin*. 2018; 62(1):143–154.
5. Bian X, Song T, Wu S. Outcomes of xerostomia-related quality of life for nasopharyngeal carcinoma treated by IMRT: based on the EORTC QLQ-C30 and H&N35 questionnaires. *Expert review of anticancer therapy* 2015;15(1):109-119.
6. Binenbaum Y, Amit M, Billan S, Cohen JT, Gil Z. Minimal clinically important differences in quality of life scores of oral cavity and oropharynx cancer patients. *Annals of surgical oncology*. 2014; 21(8): 2773-2781.
7. Michaelsen SH, Gronhoj C, Michaelsen JH, Friberg J, von Buchwald C. Quality of life in survivors of oropharyngeal cancer: a systematic review and meta-analysis of 1366 patients. *European Journal of Cancer*. 2017;78: 91-102.
8. De Sanctis V, Merlotti A, De Felice F, Trignani M, Dell’Oca I, Lastrucci, et al. Intensity modulated radiation therapy and oral mucosa sparing in Head and neck cancer patients: A systematic review on behalf of Italian Association of Radiation Oncology–Head and neck working group. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2019;139: 24-30.
9. Nabil WNN, Lim RJ, Chan SY, Lai NM, Liew ACI. A systematic review on Chinese herbal treatment for radiotherapy-induced xerostomia in head and neck cancer patients. *Complementary therapies in clinical practice*. 2019; 30: 6-13.
10. Bressan V, Stevanin S, Bianchi M, Aleo G, Bagnasco A, Sasso L. The effects of swallowing disorders, dysgeusia, oral mucositis and xerostomia on nutritional status, oral intake and weight loss in head and neck cancer patients: a systematic review. *Cancer treatment reviews*. 2016;45: 105-119.
11. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41:1403-9.

ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA À PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: COMUNICAÇÃO ADEQUADA

Benedito Fernandes da Silva Filho, Gilberto Alves Dias, Mariana Alves Soledade de Jesus, Sávio Luiz Ferreira Moreira, Júlia Maria Nascimento Penha, Laís Emily Souza Trindade

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: ditofilho13@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos (CP) são definidos como ações desenvolvidas por meio da multidisciplinaridade aos pacientes que não apresentam possibilidades terapêuticas de cura^{1,2}. O termo “paliativo” origina-se do latim *palliun* que significa proteção, ou seja, proteger os indivíduos em que as ciências curativas da saúde já não mais acolhem¹.

Desse modo, deve existir a complementariedade de condutas interdisciplinares no intuito de auxiliar o indivíduo a se adaptar às mudanças de vida decorrentes da doença e das repercussões psicossociais¹.

Trata-se de condutas que se viabilizam por meio de quatro pilares fundamentais: comunicação adequada; controle de sintomas; trabalho em equipe e apoio à família³. Levando em consideração os pilares fundamentais e a cientificidade, destaca-se que os CP devem fazer parte da linha de cuidados em todos os níveis de complexidade,⁴ inclusive a emergência.

A comunicação entre os profissionais de saúde com os pacientes deve ser transmitida com qualidade, influenciando assim no estado de saúde e na utilização dos serviços. Tal questão possibilita um maior conhecimento sobre os riscos e benefícios das condutas e o estímulo para mudanças comportamentais. A eficiência propicia a satisfação do cliente e a sua adesão aos cuidados prescritos pela equipe de saúde, apresentando resultados positivos^{2,3}.

Objetiva-se descrever a abordagem do atendimento da emergência aos pacientes em cuidados paliativos sob o aspecto da comunicação adequada.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura construída por meio da análise de cinco artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde. Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: “Cuidados de Enfermagem”; “Emergências e Cuidados paliativos”, intercalados com o operador *booleano* “AND”.

A pesquisa foi realizada em outubro de 2019. Para objetivar o trabalho, utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis completos para *download*, publicados nos últimos cinco anos (2014-2019), sem restrição de idiomas e com informações pertinentes para sustentar a temática escolhida e responder à questão de pesquisa: como ocorre o atendimento de enfermagem à pacientes sob cuidados paliativos em situações de emergência sob o aspecto da comunicação adequada?

Inicialmente foram encontrados 13 artigos. No entanto, após aplicação dos filtros e leitura flutuantes dos respectivos resumos, este número reduziu para 07, sendo eliminados os artigos repetidos e que não preencheram os critérios selecionados. Totalizaram-se 05 para absorção dos dados, todos estes indexados nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (LATINDEX) e no portal de periódicos Scientific Electronic Library Online. A Scientific Electronic Library Online (SciELO).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de comunicação dentro do ambiente do trabalho é relevante nas relações interpessoais e na melhoria da qualidade da assistência. O diálogo surge como elemento essencial da comunicação, sendo importante no papel da liderança do enfermeiro ante à condução da equipe de enfermagem na prestação dos cuidados paliativos na unidade de emergência^{4,5}.

A comunicação constitui um pilar essencial para que toda e qualquer relação interpessoal se construa e, se bem administrada, seja capaz de reduzir a ansiedade e o sofrimento de familiares e pacientes em CP, contribuindo para que sejam fortalecidos os laços de confiança na equipe de saúde e, conseqüentemente, reduzindo o risco de conflitos⁶.

Ao analisar o processo de comunicação dentro da atuação assistencial na emergência, percebe-se uma dimensão minimizada, repercutindo sobre o estado de saúde do paciente, tais como o diagnóstico, prognósticos e comunicação de más notícias aos familiares, sendo inconclusivas. Tal perspectiva permitiu avaliar que as habilidades de comunicação não são desenvolvidas pelos profissionais ao decorrer do tempo de atuação profissional, mas por meio da capacitação e treinamento em serviço⁷.

Diante disso, é necessário que o profissional se comunique de forma adequada e possua amplo conhecimento sobre os riscos e benefícios que permeiam as intervenções a serem realizadas com os pacientes, para que junto a eles e seus familiares, analisem como e qual a melhor forma de se utilizar os CP⁶.

Há alguns princípios de comunicação em CP, dos quais vale destacar a importância do profissional estar preparado para as diferentes situações, apropriando-se das principais informações relacionadas ao paciente. Optar por locais mais reservados e compreender que o paciente tem o livre arbítrio de participar ou não do processo de comunicação relacionado às notícias difíceis e/ou decisões terapêuticas, por exemplo, é um dos mais importantes princípios da comunicação^{6,7}.

CONCLUSÃO

O papel do enfermeiro como membro de liderança é o elemento de interligação do processo de comunicação dentro de uma equipe multiprofissional.

Nota-se que a comunicação adequada ou não pode influenciar dentro do processo assistencial, no modo do desenvolvimento do trabalho, na dinâmica e na organização do estabelecimento de saúde. Dessa forma, o tempo da comunicação dentro da equipe de enfermagem influencia diretamente nos cuidados emergenciais prestados aos pacientes em cuidados paliativos.

Ainda há a necessidade de ampliar o debate sobre a temática, fundamentado principalmente na pouca disponibilidade de estudos que abordam o tema. Não obstante, reafirmar o papel profissional para lidar com vidas humanas em cuidados paliativos em situações de emergência, fortalece e valoriza o princípio da integralidade assistencial defendida pelo Sistema Único de Saúde e cumpre o pacto preconizado pela Política Nacional de Humanização.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem; Emergências; Cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2013; 18(9):2577-88.
2. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta paul enferm*. 2008;21(3):504-8.
3. Neto I. Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In António Barbosa & Isabel Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina. 2006; 17-52.
4. Lourençato FM, Santos AFJ, Ficher AMFT, Santos JC, Zoppi D, Giardini MH, et al. Implantação de serviço de cuidados paliativos no setor de emergência de um hospital público universitário. *Rev Qual HC [internet]*. 2016;127-33. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/133/133.pdf>
5. Rodrigues WP, Carvalho FLO, Fraga FV, Santiago PSN, Nascimento MES. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepções da equipe de enfermagem no atendimento intra-hospitalar. *Braz J Hea Ver*. 2019;2(1):394-402. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/978/852>
6. Seow H, Barbera L, Pataky R, Lawson B, O'Leary E, Fassbender K et al. Does Increasing Home Care Nursing Reduce Emergency Department Visits at the End of Life? A Population-Based Cohort Study of Cancer Decedents. *J Pain Symptom Manage*. 2016;51(2):204-12.
7. Susanne MM, Vinita G. Palliative Care in the Emergency Department. *Perm J*. 2014; 18(2):77-85.

IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO CÂNCER INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Mariana Alves Soledade de Jesus, Daiane Brito Ribeiro, Raissa Brito Teixeira, Sávio Luiz Ferreira Moreira, Malu da Silva Damaceno, Benedito Fernandes da Silva Filho

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: marianasoledade09@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um conjunto de ações de saúde pautadas na promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, reabilitação e manutenção da saúde da população. Devido a isso, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), capaz de ofertar um cuidado ao portador de câncer contemplando desde os níveis da atenção básica até aos cuidados especializados¹.

No Brasil, as neoplasias são as principais causas de óbitos em crianças e adolescentes e se apresentam como um problema de saúde pública² e mundialmente, possui uma prevalência de 0,5% a 3% entre as crianças. A precocidade do diagnóstico de câncer na infância é de suma importância, pois, acredita-se que 70% alcançam a cura¹.

Essa enfermidade resulta impactos negativos sob a criança, afetando a qualidade de vida dela e da sua família. Muitos diagnósticos chegam aos centros de especialidades tardiamente, tornando o quadro ainda mais agravante. Dessa maneira, estima-se que em muitos casos as crianças perpassaram em unidades de saúde com queixas sugestivas ao diagnóstico de câncer³.

A APS fornece acompanhamentos contínuos às famílias, tornando-a um alicerce importante na identificação dos primeiros sinais e sintomas do câncer infantojuvenil, além de propiciar encaminhamentos às especializações quando necessário². Sendo assim, o objetivo desse estudo é analisar o atendimento da APS na identificação precoce do câncer infantil.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão integrativa de literatura, na qual foi realizada uma avaliação crítica de artigos contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir dos descritores: “Neoplasias”, “Atenção Primária à Saúde”, “Saúde da Criança” com auxílio do operador booleano “AND”.

A pesquisa foi realizada em outubro de 2019. Para objetivar o trabalho, utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: textos completos disponíveis, compreendidos entre os anos de 2015 a 2019, publicados em português e inglês e ter como assunto principal a importância da atenção primária na identificação precoce do câncer infantojuvenil.

Os critérios de exclusão foram artigos fora do período proposto, artigos não disponíveis integralmente para leitura ou que não tratassem da temática em questão. Inicialmente foram encontrados 33 artigos. No entanto, após aplicação dos filtros e leitura flutuantes dos respectivos resumos, este número reduziu para 07, sendo eliminados os artigos repetidos e que não preencheram os critérios selecionados. Totalizaram-se 05 para absorção dos dados, todos estes indexados na base de dados da SciELO e LILACS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A APS se pauta em organizações de sistemas de saúde voltados à população, dispondo serviços voltados às necessidades e resolvendo uma parte relevante dos problemas de saúde¹. Existem algumas conduções específicas em casos suspeitos como a escuta atenciosa e eficaz acompanhada de orientações, a disposição dos profissionais para reavaliação dos pacientes e em situações de suspeitas diagnósticas, a interação com os demais profissionais da unidade^{1, 3}.

Seguindo essa análise, em consultas de puericultura e visitas domiciliares acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), o profissional da saúde capacitado e com uma visão holística do quadro clínico infantil é capaz de identificar anormalidades existentes por uma visão clínica ou por meio de informações fornecidas pelos genitores. Dessa maneira, haverá uma contribuição mais efetiva que facilitará o encaminhamento e, portanto, o acesso mais rápido ao serviço médico da atenção primária³.

Os fatores de riscos que predisõem o câncer na infância são poucos conhecidos, o que dificulta ainda mais a identificação precoce e reforça a necessidade da aptidão profissional. Para que haja resolutividade dessas ações, os profissionais de saúde precisam estar atentos às manifestações iniciais do câncer infantil e isso se dará por meio de educação permanente que disponha atualizações dos conhecimentos necessários nos diversos níveis de atenção à saúde²⁻⁴.

Um estudo realizado no Reino Unido destacou que os mais frequentes sinais e sintomas encontrados em consultas na APS três meses antes do diagnóstico de câncer infantil são as cefaleias, linfadenopatias, hepatoesplenomegalia, petéquias e fadiga⁵. Por conta disso, os profissionais preparados melhor se desenvolverão na sua atuação embora, a literatura aponte que há a necessidade de compreender os motivos responsáveis pelo atraso do diagnóstico para que assim, as estratégias traçadas supram os problemas existentes⁴.

CONCLUSÃO

A Atenção Primária a Saúde é de suma importância para detecção precoce do câncer infantil, pois atua como alicerce na identificação dos primeiros sinais e sintomas manifestados pela criança. Os profissionais da saúde quando capacitados de maneira eficiente, são capazes de identificarem através de um olhar clínico as anormalidades infantis por menores que sejam os sinais e sintomas evidenciados.

Dessa maneira, os encaminhamentos para os médicos da APS e aos centros especializados são realizados com uma frequência maior, o que facilita o tratamento inicial dessas crianças. Ainda assim, para que isso ocorra, é necessário que haja comprometimento por parte dos profissionais da saúde para que estes mantenham uma atenção multiprofissional nas possíveis suspeitas. Além disso, devem estar dispostos a participarem de frequentes atualizações que contemplem conhecimentos aprofundados sobre as manifestações do câncer infantil.

DESCRITORES: Neoplasias; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança.

REFERÊNCIAS

1. Paixao TM da, Farias SNP de, Rosas AMMTF, Coropes VBAS. Early detection and child cancer approach for primary care detección precoce y enfoque del cáncer infantil en la atención primaria. Rev enferm UFPE on line, 2018.; 12(5):1437-43.
2. Friestino JKO, Corrêa CRS, Moreira Filho DC. Professionals Perceptions about the Early Diagnosis of Childhood Cancer in Primary Health Care. Revista Brasileira de Cancerologia, 2017; 63(4): 265-272.
3. Lima, IM de. Childhood câncer: nursing actions in Primar Health Care. Rev. APS, 2018; 21(2):197 - 205.
4. Nogueira IS, Previato GF, Baldissera VDA, *et al.* Nurse's Attention in Primary Health Care Towards the Cancer Topic: From Real to Ideal. Rev Fund Care Online, 2019; 11(3): 725-731. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.725-731>.
5. Lima BC de, Silva LF da, Góes FGB, Rieiro MTS, Alves LL. The therapeutic pathway of families of children with cancer: difficulties faced in this journey. Rev Gaúcha Enferm, 2018; 39: e20180004 1.

ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PESSOA IDOSA COM CÂNCER: REVISÃO INTEGRATIVA

**Poliana Souza Lapa, Maryvânsley Nunes de Sá Reis, Gabriel Santos Lopes, Jarlan
Santana de Souza, Roberta Barros de Miranda**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email: posolapa@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento promove diversas alterações na anatomofisiologia humana, o que acarreta à população idosa maior prevalência de comorbidades¹. Dentre as doenças que acometem a população idosa, o câncer é a principal causa de morte em homens e mulheres entre 60 e 79 anos. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2025 o Brasil será o quinto país do mundo em número de idosos, isto se deve à elevação da expectativa média de vida do idoso brasileiro².

O diagnóstico de neoplasias em idosos tem sido cada vez mais frequente³. À vista disso, essa população requer uma abordagem ampla e especializada para a atenção à sua saúde, levando-se em conta não apenas a sua idade biológica, mas principalmente a sua idade fisiológica. O que requer a atuação de profissionais diversos para assegurar cuidados adequados a estes indivíduos. Diante disso, o objetivo deste estudo é relatar a atuação multiprofissional à pessoa idosa com câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados PubMed, BVS e SciELO, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): idoso; câncer; equipe multiprofissional, associando-os com o operador booleano AND. O período para selecionar os artigos foi do intervalo dos anos de 2014 a 2018.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos nos idiomas português, inglês ou espanhol sendo estes estudos originais disponíveis gratuitamente.

Foram estipulados os seguintes critérios de exclusão: teses, dissertações, monografias; e estudos duplicados nas bases de dados elencadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na base de dados SciELO, bem como na PubMed, após ser realizada a utilização dos descritores supracitados, não foi encontrado nenhum artigo referente à temática. Na BVS, foram encontrados 20 artigos, todos em língua inglesa, porém três destes fugiram ao tema, restando dezessete (17) artigos. Boa parte dos artigos investigados focou na atuação multiprofissional envolvendo as especialidades médicas, principalmente no que tange ao processo cirúrgico e sua efetividade no tratamento dos idosos acometidos por câncer.

Os cânceres mais retratados na literatura foram o de pulmão, o de estômago, de faringe, de intestino e hepático, os quais são mais comuns em idosos, principalmente devido aos hábitos de vida. Um estudo apresenta os benefícios da tomada de decisão dos profissionais na sobrevida de pacientes idosos com câncer de cavidade oral, demonstrando a efetividade do gerenciamento da equipe multiprofissional na expectativa de vida desta população⁴.

Outro estudo, desta vez realizado com pacientes portadores de câncer de pulmão, atendidos com a mesma modalidade de gerenciamento de equipe multiprofissional, mostrou diminuição nas idas à emergência, além de receberem atendimento mais especializado para sua condição clínica⁵. A literatura afirma que pacientes oncológicos, principalmente os de idades maiores, se beneficiam mais do atendimento multiprofissional, com ênfase na maior sobrevida, haja vista o mesmo ser mais amplo em sua abordagem^{6, 7,8}.

Vale ressaltar que em um dos estudos, foi evidente a falta de comunicação para estabelecer metas em comum na prestação do cuidado para com um idoso com câncer colorretal⁹, à vista disso, para ser efetiva, a atuação multiprofissional deve ser bem coordenada, com o intuito de evitar prejuízos aos pacientes.

CONCLUSÃO

É notável o efeito positivo do atendimento multiprofissional em pacientes oncológicos idosos, especialmente no que se refere a menores intercorrências, além de aumento na sobrevida dos mesmos.

DESCRITORES: Idoso; Câncer; Equipe Multiprofissional

REFERÊNCIAS

1. Leandro-França C.; Murta SG. Fatores de risco e de proteção na adaptação à aposentadoria. *Psic. Argum.* 2014b; 32(76):33–43.
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; Suzana Gontijo [tradução]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
3. Molina Garrido MJ, Guillén Ponce C. Oncogeriatría: una forma de optimizar la atención global del paciente anciano con cáncer. *NutrHosp* 2016; 33(Supl. 1):31-39.
4. Tsai WC, et al. Beneficial impact of multidisciplinary team management on the survival in different ages of oral cavity cancer patients: results of a nation wide cohort study in Taiwan. *Oral Oncol.* 2015; 51(2): 105–11.
5. Wang SM, Kung P-T, Wang Y-H et al. Effects of multidisciplinary team care on utilization of emergency care for patients with lung cancer. *Am J Manag Care.* 2014; 20:E353–64.
6. Liao, Chun-Ming et al. “Effects of multidisciplinary team on emergency care for colorectal cancer patients: A nationwide-matched cohort study.” *Medicine.* 2017; 96, 23.
7. Wang Y-H, Kung P-T, Tsai W-C et al. Effects of multidisciplinary care on the survival of patients with oral cavity cancer in Taiwan. *Oral Oncol.* 2012; 48:803–10.
8. Pan, Chien-Chou et al. “Effects of multidisciplinary team care on the survival of patients with different age sof non-small celllung cancer: a national cohort study”. *Plosone.* 2015; doi:10.1371/journal.pone.0126547.
9. Magnuson, Allison et al. “Shared Goal Setting in Team-Based Geriatric Oncology.” *Journal Ofoncology practice.* 2016; 12(11): 1115-1122.

VIVÊNCIA DE EQUIPE ODONTOLÓGICA EM UNIDADE HOSPITALAR ONCOLÓGICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Victoria Sousa Carneiro Reis, Izabele da Silva Tavares, Ielma Alves Soares, Nilton
Cesar Nogueira dos Santos**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email: reisvictoria2@gmail.com

INTRODUÇÃO

Estima-se que, para cada ano do biênio 2018-2019 no Brasil, ocorrerão 420 mil casos novos de câncer infantojuvenil, sem considerar o câncer de pele não melanoma¹. O Câncer nas crianças costuma apresentar um período menor de latência, cresce mais rapidamente e é mais invasivo, contudo respondem melhor ao tratamento e possuem melhor prognóstico².

Antes do início do tratamento oncológico, é ideal que a família procure um profissional Cirurgião-Dentista (CD) para evitar complicações futuras de origem local ou sistêmica³. Durante o tratamento antineoplásico, o acompanhamento interdisciplinar da equipe médica com CD também se faz necessário, isso porque diversas são as alterações que podem ocorrer na cavidade oral, dentre elas estão: mucosite, xerostomia e cárie de radiação⁴.

É importante considerar também que o paciente oncológico pediátrico traz o medo da dor e a insegurança devido ao risco de morte, além de ter sua vida modificada como consequência da doença⁵.

Uma das formas de avaliar essas alterações socioemocionais em crianças é através do desenho. Os estudos com essa metodologia permitem ao pesquisador avaliar e investigar o desenvolvimento da inteligência, motricidade e cognição podendo dessa forma traçar um plano de tratamento individual a fim de melhorar a eficácia do tratamento⁶. Assim, é objetivo do presente estudo relatar a vivência em uma Unidade Hospitalar Oncológica com destaque para a importância da equipe de saúde bucal, onde foram aplicados os desenhos.

MATERIAL E MÉTODOS

O Hospital Estadual da Criança (HEC) é instituição pública, situado na cidade de Feira de Santana, interior da Bahia. Surgiu com o intuito de ser referência no atendimento pediátrico no país e presta assistência hospitalar pediátrica a municípios circunvizinhos. O HEC oferece serviços de Urgência e Emergência, Cirurgia, Atendimento Ambulatorial e Unidade de Apoio ao Diagnóstico e Terapia.

Na proposição de aproximar a teoria da prática clínica, duas graduandas em odontologia juntamente com um professor orientador começaram uma pesquisa acadêmica com a análise de desenhos específicos e com desenhos como atividade de Rapport. As crianças podiam usar os desenhos como uma forma de passatempo no leito ou na brinquedoteca, e a equipe realizava atividades como: escovação supervisionada e levantamento das condições de saúde bucal.

Anterior a estada no HEC foi realizado pela equipe hospitalar um treinamento prévio com a equipe pesquisadora a fim de entender se adequar à rotina do Hospital de forma que o trabalho em equipe fosse desempenhado sem alterar a rotina das crianças, da família e da própria equipe de atendimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atividade foi desenvolvida em dois momentos distintos, em janeiro e em abril, ambos no ano de 2019. No primeiro contato com o ambiente hospitalar, os pesquisadores passaram por um treinamento junto à equipe de coordenação e pesquisa do hospital, onde foram orientados a respeito da vivência clínica, funcionamento geral e regras básicas sobre o posicionamento no ambiente hospitalar.

Logo em seguida foi realizada a apresentação da equipe aos pacientes, por meio da psicóloga que participa ativamente da equipe multidisciplinar do HEC.

As práticas foram executadas da seguinte forma: pela manhã eram realizadas com os pacientes do ambulatório e pela tarde com os pacientes dos leitos. No ambulatório há uma rotatividade maior em número de pacientes que se apresentam no hospital para tratamento e nos leitos há uma capacidade máxima de treze pacientes que permanecem internados por um determinado período.

As graduandas junto ao professor orientador desenvolveram atividades que criaram vínculo com intuito de desenvolver uma aproximação com os pacientes e

familiares. Foram desenvolvidas ações de promoção de saúde bucal, exames clínicos, escovação supervisionada, a equipe iniciou uma pesquisa acadêmica com a análise de desenhos específicos e com desenhos como atividade de Rapport.

Por meio coletados dos exames clínicos realizados nos pacientes e nos relatos dos pais e responsáveis foi possível notar a necessidade de um cirurgião dentista inserido nessa equipe multidisciplinar. Foi identificado um grande número de pacientes necessitados de tratamento e acompanhamento odontológico.

É extremamente necessária a inserção de um profissional da odontologia no quadro multiprofissional do hospital, pois o acompanhamento desses pacientes acarretará em uma melhora significativa na condição bucal e conseqüentemente uma resposta positiva em sua qualidade de vida. Este atuará então, tanto no tratamento de problemas bucais recorrentes como com o intuito de prevenção e promoção de saúde bucal^{7,8}.

CONCLUSÃO

A experiência foi enriquecedora para as graduandas, pois lhes mostrou uma dinâmica de atuação diferente da qual estavam acostumadas, abrindo-lhes a visão sobre a diversidade do atendimento odontológico. Os desenhos puderam exprimir medos e sensibilidades da criança que não eram notados em seu comportamento, possibilitando aos responsáveis e profissionais uma melhor qualidade no atendimento individual. Concluiu-se que a falta de um CD na equipe hospitalar de forma integral provoca um déficit para a criança e seus familiares que tem o receio de buscar um profissional fora do ambiente hospitalar.

DESCRITORES: Assistência integral à saúde da criança; Oncologia; Odontopediatria

REFERÊNCIAS

1. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.
2. Peres P, Queiroz AMD, Moreira MR, Faquim JPDS, Ferrari MAMC. Odontopediatria aplicada ao câncer infantil: manifestações clínicas e protocolos de atendimento. *Journal of Management and Primary Health Care*, 4(3), 191-199, 2013.

3. Camargo JDF, Batistella FID, Ferreira SLM. Complicações bucais imediatas do tratamento oncológico infantil: identificação, prevenção e tratamento. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê. 2004; 7(36):177-84.
4. Câncer Infantil [Internet]. INCA: Ministério da Saúde; 2011- [citado em 2015 Mar 7]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>
Acessado em 16 de setembro de 2019.
5. Souza NA, Ribeiro BS, Soares CJ, Souza LD, Lima ZSA, Teixeira MA. (2013). O impacto do câncer infantil no contexto familiar. Revista Saúde. 2013; 9(3), 30-35.
6. Chwartzmann G. Capacitação de cirurgiões-dentistas e da equipe multidisciplinar na atenção odontológica de pacientes oncológicos pediátricos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017.
7. Sousa LVS, Pereira AFV, Silva NBS. A Atuação do Cirurgião-Dentista no Atendimento Hospitalar. Rev. Ciênc. Saúde, São Luís, 16(1), jan-jun, 2014.
8. Rocha AL, Ferreira EF. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. Arq. Odontol. 50 (4) Belo Horizonte Out./Dez. 2014.

PRÁTICA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DO CUIDADO AO PACIENTE COM CÂNCER

Kalila Silva Santos, Tuany Santos Souza, Tamiles Daiane Borges Santana

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: kalfarmacia7@gmail.com

INTRODUÇÃO

A prática da Atenção Farmacêutica (AF) foi inserida na profissão farmacêutica nos anos 90¹ e baseia-se na provisão responsável do tratamento farmacológico, com o propósito de alcançar resultados terapêuticos que melhorem a qualidade de vida do paciente². Nesta prática o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas com medicamentos mediante a detecção de Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) e prevenção e resolução dos Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM) de forma continuada, sistematizada e documentada^{3,4}.

No contexto do cuidado, o paciente com câncer exige uma maior atenção não somente pelos sintomas e complicações inerentes a doença, não obstante devido às comorbidades⁵ que determinam o uso contínuo de medicamentos, estando mais suscetíveis à ocorrência de interações medicamentosas, bem como à toxicidade do tratamento antineoplásico, reações adversas relacionadas ao tratamento de suporte e tratamentos alternativos nem sempre conhecidos pelo médico assistente⁶, o que requer o acompanhamento por outros profissionais, inclusive o farmacêutico. Assim, este trabalho tem como objetivo discutir, de acordo com os achados na literatura, a importância da Atenção Farmacêutica no cuidado ao paciente com câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, onde foi realizada uma revisão de literatura, através de buscas 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 “Atenção

Farmacêutica”, “farmacêuticos” e “oncologia” e as mesmas expressões traduzidas em inglês, com o auxílio dos operadores booleanos *and* e *or*. Foram incluídos artigos completos nacionais e internacionais disponíveis gratuitamente, publicados no período de 2009 a 2019 que abrangem a temática da Atenção Farmacêutica voltada para pacientes oncológicos, tanto no contexto do cuidado multiprofissional, como aqueles relacionados a habilidades por competência da formação. Foram excluídos os artigos de revisão, teses, dissertações, artigos não disponíveis em sua versão completa gratuitamente e os que apresentaram duplicidade nas bases pesquisadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados na literatura apontam a contribuição do farmacêutico no cuidado ao paciente oncológico para o alcance da máxima efetividade e segurança da farmacoterapia, com melhor da qualidade de vida do paciente^{7,8}.

O farmacêutico tem a capacidade de elaborar um plano de cuidado farmacêutico proporcionando a segurança do paciente exposto à quimioterapia, de modo a produzir resultados terapêuticos favoráveis⁹. Esse plano de cuidado tem caráter especializado e individualizado para cada paciente, executado de modo contínuo o que minimiza os RNMs^{10,11}. A AF tem sido associada não apenas à melhoria da saúde dos pacientes, como também reflete em resultados econômicos, como redução de custos, minimização dos efeitos adversos e redução da morbimortalidade¹²⁻¹⁴, fato demonstrado em estudos que comparam pacientes oncológicos com e sem o acompanhamento do farmacêutico¹³.

Os resultados desta prática podem ser verificados através da cura da doença, eliminação ou redução dos sintomas e controle do progresso do câncer¹⁴. Foi percebido que dentre os serviços prestados pelo farmacêutico na oncologia, o aconselhamento e supervisão do tratamento aparecem em vários estudos, sendo que o aconselhamento ao paciente deve abranger os efeitos dos antineoplásicos e da terapêutica utilizada, técnicas de administração, efeitos adversos e interação medicamentosa¹⁵⁻¹⁷, levando em consideração tanto as aplicações de quimioterapia, bem como a educação em saúde voltada para a utilização de antineoplásicos orais, geralmente utilizadas em domicílio, aumentando os riscos de erros e descontinuidade do tratamento¹⁶.

Isto sugere que os farmacêuticos desempenham um papel significativo no atendimento ao paciente oncológico hospitalizado e/ou em tratamento domiciliar, uma

vez que o desenvolvimento de um trabalho em parceria com outros profissionais de saúde tende a melhorar o tratamento de pacientes acometidos pelo câncer¹⁷.

CONCLUSÃO

Através deste estudo nota-se a relevância da prática da atenção farmacêutica no serviço de saúde, centrada no cuidado do paciente oncológico, com intuito de melhorar a adesão da farmacoterapia e prevenir os RNMs. Não obstante, este estudo traz a reflexão de que ações simples de serem implantadas, como a intervenção farmacêutica a partir da análise de prescrições e seguimento farmacoterapêutico do paciente podem identificar precocemente os PRMs, prevenir eventos adversos, reduzir custos e agregar imensurável valor na segurança do paciente.

Ademais, percebe-se a necessidade de integração das atividades clínicas do farmacêutico na equipe interdisciplinar de cuidados em oncologia, visto que todas as abordagens profissionais devem ter como premissa melhorar a assistência prestada, para assim melhorar a qualidade de vida do paciente oncológico.

DESCRITORES: Atenção Farmacêutica; Farmacêuticos; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Sturaro D. A importância do acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes onco-hematológico. Rev: Bras. Hematol. Hemoter, 2009.
2. Consenso CD, Arder FG. Problemas relacionados com Medicamentos (PRM) Y Resultados Negativos asociados alaMedicación (RNM). ArsPharm. 2007; 48(1):5-17.
3. Oliboni LS, Camargo AL. Validação da Prescrição Oncológica: O papel do farmacêutico na prevenção de erros de medicação. Rev HCPA 2009; 29 (2):147-152.
4. Akerman M, Freitas O. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines (PNAUM): evaluation of pharmaceutical services in the primary health care. RevSaude Publica. 2017; 51 Suppl 2:1
5. Albuquerque PMS, Dantas JG, Vasconcelos LA, Carneiro TFO, Santos VFO. Identificação de erros na dispensação de medicamentos em um hospital oncológico.Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. São Paulo. 2012; 3(1):15-18.
6. Cardinal LDSM, Fernandes CS. Intervenção farmacêutica no processo de validação da prescrição. Rev Bras Fazenda Hosp Serv Saude. 2019; 5(2): 14-19.
7. Souza ACR, Matos AP. Farmacovigilância em terapia oncológica: reações adversas no sistema cardiovascular. Revista Educação. 2013; 8(2).

8. Sousa RIC, Lopes CM. Cuidados Farmacêuticos no Doente Oncológico. *Cienc Cuid Saude*. 2010 Jan/Mar; 1(3): 240-246.
9. Santos HO, Batista GD, Mota GVF, Martins ML, Nunes SRO. *Atribuições do farmacêutico em unidade de assistência de alta complexidade em oncologia. Revista CFF*. 2013; 25(1).
10. 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*. 2009;344:1031-7.
11. Barbosa LG, Filho PCPT. Conhecimento de pacientes oncológicos sobre a quimioterapia. *Cienc Cuid Saude*. 2009Jul/Set; 7(3):370-375.
12. Aguiar KS, Santos JM, Cambrussi MC, Picolotto S, Carneiro MB. Segurança do paciente e o valor da intervenção farmacêutica em um hospital oncológico. *Einstein (São Paulo)*. 2018;16(1):1-7.
13. Oliveira e Souza JAS, Cordeiro BC. Atenção farmacêutica às pacientes oncológicas de um hospital de grande porte do Rio de Janeiro. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2012;3(2):6-9.
14. Viana SSC, Arantes T, Ribeiro SCS. Interventions of the clinical pharmacist in na Intermediate Care Unit for elderly patients. *Einstein*. 2017;15(3):283-8.
15. Ranchon F, Salles G, Späth HM, Schwiertz V, Vantard N, Parat S, et al. Chemotherapeutic errors in hospitalised cancer patients: attributable damage and extra costs. *BMC Cancer*. 2011;11:478-81.
16. Delpuech A, Leveque D, Gourieux B, Herbrecht R. Impact of clinical pharmacy services in a hematology/oncology inpatient setting. *Anticancer Res*. 2015; 35(1):457-60.
17. Khanal S, Poudel A, Sharan A, Palaian S. Oncology pharmacy practice in a teaching hospital in Nepal. *J Oncol Pharm Pract*. Junho 2010;16:75 – 79.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Raissa Brito Teixeira, Daiane Brito Ribeiro, Fernanda Luz Barros, Julia Maria Nascimento Penha, Mariana Alves Soledade de Jesus, Tâmilis Souza Oliveira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: rayssa-britto-2013@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer constitui-se como um crescimento desordenado de células que se multiplicam rapidamente, determinando a formação de tumores que podem invadir tecidos e órgãos. Há diversos tipos de câncer, dentre eles, destaca-se o câncer do colo do útero. O câncer cervical, também conhecido como câncer do colo do útero é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano – HPV, chamados de tipos oncogênicos¹⁻⁴.

O câncer do colo do útero pode ser prevenido através da adoção de algumas medidas, dentre elas destacamos o exame colpocitologia oncótica, popularmente conhecido como Papanicolauou Preventivo. Na fase pré-clínica, através do exame preventivo é possível detectar lesões precursoras que antecedem o aparecimento da doença².

Na Unidade Básica de Saúde o enfermeiro exerce um papel importante nas ações de promoção da saúde³ e prevenção do câncer do colo do útero, pois é esse profissional que realiza o preparo, a coleta do material para o exame e o acompanhamento dessas mulheres no seu território. Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar o que se tem publicado acerca da atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura que partiu da seguinte questão norteadora: o que versa a literatura sobre a atuação do enfermeiro na prevenção do câncer do colo

do útero? A fim de responder a essa pergunta, foi realizada uma busca das publicações disponíveis no meio eletrônico, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) utilizando os seguintes descritores: “Enfermagem Oncológica”, “Neoplasias do colo do útero” e “Prevenção” com auxílio do Operador Booleano “AND”.

Para a seleção dos estudos foram estabelecidos como critérios de inclusão: estar disponível on-line; ser redigido em português, inglês e espanhol; ter sido publicado no período de 2015 a 2019. Foram excluídos os estudos: sem resumo disponível, as dissertações e as teses.

Encontramos 5 estudos, e destes selecionamos 3 artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Fizemos leituras para o conhecimento e análise de seus conteúdos, logo após, iniciamos a leitura exploratória com o objetivo de verificar se os artigos se enquadravam no objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos demonstrou que dos estudos selecionados, 33,33% foram publicados em 2016, 33,33% em 2017, 33,33 % em 2018. Em relação ao tipo de estudo, 33,33 % são do tipo revisão de Literatura e 66,66% do tipo pesquisa de campo.

Os estudos apresentam em comum que o câncer do colo do útero se configura como um importante problema de saúde pública, destacando que é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Além disso, enfatizam a importância do rastreamento do câncer realizada pelo enfermeiro na consulta ginecológica na atenção primária, por meio do exame preventivo, detectando o câncer precocemente⁴.

Um dos estudos apontam que o exame Papanicolau é eficaz, porém ocorrem muitas falhas no momento da coleta do exame. Sendo esse fato devido há não capacitação dos enfermeiros para atuação na atenção à mulher na prevenção do câncer colo de útero⁵.

Por esse motivo, a qualidade do cuidado em saúde ofertado as mulheres, deve estar pautado na educação permanente desses profissionais, proporcionando uma

atuação pautada na oferta da atenção integral e contínua, qualificando assim o cuidado prestado a essa população⁵.

CONCLUSÃO

O enfermeiro da atenção primária está em uma posição fundamental na promoção da saúde e prevenção do câncer do colo do útero, pois atua diretamente com as mulheres realizando a consulta ginecológica. Conclui-se que é uma das principais medidas para garantir sucesso no rastreamento do câncer é a realização do exame Papanicolau.

Portanto, para obter um resultado eficaz na coleta do exame faz-se necessário a capacitação do profissional através de uma educação permanente. Este estudo evidenciou que existe uma escassez de estudos sobre a atuação do enfermeiro na prevenção do colo do útero. Desta forma, essa pesquisa visa abrir possibilidades para uma reflexão acerca do tema.

DESCRITORES: Enfermagem Oncológica; Neoplasias do colo do útero e Prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
2. Farias, ACB; Barbieri AR. Seguimento do câncer de colo de útero: Estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. Escola Anna Nery. Mato Grosso do Sul. 2016; 20(4).
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica Brasília. Brasília. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); 2017.
4. Mendes Graner, Karen, Costa Junior, Aderson Luiz, Sattolo Rolim, Gustavo, Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. Temas em Psicologia. 2010;18(2):345-355.
5. Farias ACB, Barbieri AR. Seguimento do câncer de colo de útero. Escola Anna Nery 20(4) Out-Dez 2016

O VÍNCULO ENTRE ENFERMEIRO E FAMÍLIA COMO FONTE DE APOIO AO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Raissa Brito Teixeira, Franciele Soares Balbionote, Gabriel Aguiar Nunes, Larissa Vasconcelos Santos, Layres Canuta Cardoso Clímaco, Ranna Gabriele Sampaio da Conceição

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: rayssa-britto-2013@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer representa um enorme desafio para os cuidados de saúde, pois o mesmo traz mudanças importantes no modo de viver dos indivíduos acometidos e na sociedade em geral, por impor desde gastos financeiros significativos até a sobrecarga emocional do paciente e familiares¹.

Sabe-se que a família é a principal fonte de apoio do paciente oncológico, pois é ela que cuida e proporciona segurança no momento do diagnóstico e durante o tratamento e hospitalização, além de transmitir tranquilidade, confiança e proteção². Além disso, a família enfrenta grandes dificuldades para lidar com essa doença, principalmente em seu grau avançado. É comum que tanto familiares quanto doentes vivenciem os mesmos sentimentos, principalmente o medo da quimioterapia e seus efeitos colaterais, além da sensação de impotência diante da situação³.

Nesse contexto, o enfermeiro tem papel interventivo com familiares de pacientes oncológicos, no sentido de ajudá-los a adaptarem-se às mudanças, facilitar a comunicação, aumentar a tomada de decisão nas situações vivenciadas com a hospitalização e reduzir a tensão do papel de cuidador¹. Sendo assim, este estudo tem como objetivo analisar o que se tem publicado sobre o vínculo do enfermeiro e família como fonte de apoio ao paciente oncológico.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura que partiu da seguinte questão norteadora: o que versa a literatura sobre o vínculo entre enfermeiro e família como fonte de apoio ao paciente oncológico?

A fim de responder a essa pergunta, foi realizada uma busca das publicações disponíveis no meio eletrônico, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) utilizando os seguintes descritores: “Família”, “Neoplasia” e “Apoio Social” com auxílio do Operador Booleano “AND”.

Para a seleção dos estudos foram estabelecidos como critérios de inclusão: estar disponível on-line; ser redigido em português, inglês e espanhol; ter sido publicado no período de 2015 a 2019.

Foram excluídos os estudos: sem resumo disponível, as dissertações e as teses. Foram encontrados 19 estudos, e destes selecionamos 6 artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Fizemos leituras para o conhecimento e análise de seus conteúdos, logo após, iniciamos a leitura exploratória com o objetivo de verificar se os artigos se enquadravam no objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos demonstrou que dos estudos selecionados, 33,33% em 2015, 16,66% foram publicados em 2016, 50 % em 2017.

O câncer e sua cronicidade levam a uma série de manifestações antes não vivenciadas pelos membros da família, tais como: ansiedade, medo, angústia. Quando o paciente recebe a confirmação do diagnóstico de câncer ocorre uma interrupção na sua história de vida, há uma necessidade de apoio, principalmente da familiar⁴. Um dos estudos demonstra que no cenário dos cuidados paliativos do paciente oncológico é evidenciado que o apoio da família é primordial para o enfrentamento da doença e superação dos percalços⁵.

As ações de cuidado como a ajuda, o apoio, a companhia, além de sentimentos como o afeto, apreço e amor, tanto de familiares, quanto de amigos, vizinhos e pessoas de sua convivência, resultam em relações de confiança e fidelidade, fazendo com que os pacientes se sintam mais seguros e protegidos⁵.

Uma vertente abordada em um dos estudos é que a relação e o vínculo que se estabelecem entre o enfermeiro e a família possibilita que esta consiga exprimir as suas inquietações, aflições, angústias e sentimentos. Ressalta ainda que o profissional, através desse vínculo, em conjunto com a família, reconheça as limitações e possa delinear um plano assistencial de intervenções que dê resposta às necessidades do paciente oncológico e de todo o grupo familiar¹⁻⁶.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que a atenção recebida pela família possibilita que o paciente enfrente a sua jornada com menos sofrimento. Neste sentido, destaca-se a importância da presença familiar no acompanhamento e cuidado ao paciente com câncer, visto que a família pode ser uma aliada na manutenção de sentimentos positivos e na melhoria da qualidade da assistência.

Além disso, enfermeiros que vivem essa realidade atuam sobre o binômio paciente-família, de forma a apoiá-los e ajudá-los a enfrentar as situações estressoras, a fim de minimizar o sofrimento e contribuir positivamente, sendo também uma rede de apoio.

DESCRITORES: Família; Neoplasias; Redes de Apoio.

REFERÊNCIAS

1. Fetsch CFM, Portella MP, Kirchner RM, Gomes JS, Benetti ERR, Stumm EM. Estratégias de Coping entre Familiares de Pacientes Oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2016; 62(1): 17-25
2. Figueiredo T, Silva AP, Silva RMR, Silva JJ, Silva CSO, Alcântara DDF, Souza LPS, Souza AAM. Como posso ajudar? Sentimentos e experiências do familiar cuidador de pacientes oncológicos. *ABCS Health Sci.* 2017; 42(1):34-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i1.947>
3. Sales CA, Piolli KC, Reticensa KO, Wakiuchi J, Marcon SS. Presença familiar no olhar existencial da pessoa com câncer: compreendendo o fenômeno à luz heideggeriana.

Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2015 jan/mar.;17(1):30-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.27639>.

4. Honório IM, Ferreira EB, Cruz FOAM, Jesus CAC, Vasques CI, Souza JR et al. Ser cuidador de familiar com câncer de cabeça e pescoço. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 28(3): 337-343, jul./set., 2015
5. Furtado MEMF, Leite DMC. Palliative care seen from the point of view of the lung cancer patients' families. Interface (Botucatu). 2017; 21(63):969-80.
6. Matos MR, Muniz RM, Barboza MCN, Viegas AC, Rockembach JÁ, Lindemann LG. Representações sociais do processo de adoecimento dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos no domicílio. Ver Enferm UFSM 2017 Jul/Set.;7(3): 398-410

DESAFIOS ENCONTRADOS PELO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE FERIDAS ONCOLÓGICAS

Natan Oliveira Pires¹, Indiane Pereira Cambuí², Edilson da Silva Pereira Filho², Livia Dourado Leite², Nádja Shirley Andrade Cavalcante², Thainara Araujo Franklin¹

¹ Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: natan.pires93@gmail.com

² Enfermeiro. Irecê, Bahia.

INTRODUÇÃO

As feridas malignas, conhecidas ainda como neoplásicas, fungoides, oncológicas ou tumorais, são lesões que acometem entre 5% a 10% dos portadores de câncer, podendo se desenvolver em estágios iniciais, como no câncer de pele, ou na fase final da doença, através de metástases¹.

Tendo em vista que o cuidado de feridas se constitui em um elemento importante da prática diária do enfermeiro, o mesmo deve estar munido de conhecimento e competência técnica para identificar, avaliar e tratar essas lesões tumorais, proporcionando uma assistência individualizada e integral ao portador e sua família¹.

Perante esse contexto, a atuação do enfermeiro no tratamento de feridas oncológicas, contribui de forma significativa, uma vez que, este profissional vai está diretamente ligado no cuidado do paciente, na identificação, classificação e intervenções prestadas ao mesmo.

Os benefícios deste estudo pra a sociedade se dão através de um processo de transformação requerida por suas próprias necessidades humanas, que na enfermagem são especificamente necessidades de saúde. A preocupação com as condições, bem-estar e conforto dos pacientes oncológicos vem ganhando força ao longo dos anos.

Deste modo o presente estudo objetivou analisar os desafios encontrados pelo enfermeiro no tratamento de feridas oncológicas, despertando-o para um conhecimento científico mais amplo na abordagem destas lesões e na realização dos cuidados de enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativa do tipo revisão bibliográfica. As produções científicas foram selecionadas através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em bases de dados como, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e materiais divulgados em bases de dados nacionais, onde a coleta foi feita no período de fevereiro a junho de 2019, utilizando os descritores: Enfermagem oncológica, Ferimentos e Lesões, Educação Continuada.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados de 2010 a 2019, do tipo revisão de literatura, relatos de experiência, reflexão teórica e artigos originais apresentando coerência e coesão em relação ao tema, que abordassem questões que contemplassem os fatores pesquisados para fundamentação desse estudo e produção dos resultados. Como critérios de exclusão: trabalhos duplicados, editoriais, cartas, resumos em anais de eventos ou periódicos, e materiais publicados em outros idiomas que não o português.

O recorte temporal dos estudos foi de 2010 a 2019, na pesquisa identificaram-se 38 artigos após aplicação de critérios de inclusão e exclusão e após leitura minuciosa do título e resumo foram selecionados 12 artigos para produção dos resultados.

Foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo sugerida por Bardin² para análise dos dados originando três categorias temáticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os pacientes portadores de feridas oncológicas podem evoluir com possíveis complicações como: infecções superficiais e sistêmicas, sendo o aparecimento destas lesões na pele, o motivo de desconforto em dimensões psíquicas, espirituais e sociais do paciente, e desta forma podendo levar prejuízos na relação com as equipes multiprofissionais bem como, com seus familiares³.

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro exercer seu papel assistencial de forma a garantir segurança ao paciente no que tange a prevenção de agravos e recuperação das feridas por ele tratada. Com isso, é necessário que esse profissional desenvolva

habilidades e competências inerentes a esse cuidado específico, sendo o principal foco aumentar a qualidade de vida do paciente garantindo seu bem estar.

De acordo com o aparecimento destas feridas oncológicas, há o surgimento dos sinais e sintomas como: sangramento, odor, dor e exsudação, causando assim total desconforto para o paciente³.

Para que haja um atendimento de qualidade, é de fundamental importância que o enfermeiro esteja munido de conhecimento e atualizações a respeito dos possíveis tratamentos, visto que os processos etiológicos das lesões oncológicas apresentam de inúmeras formas, e a todo o tempo surgem materiais e produtos para tratá-las⁴.

Nessa perspectiva, é notório que ao assistir o paciente com ferida oncológica, o enfermeiro precisa compreender seu contexto tanto a nível hospitalar quanto familiar, a fim de desenvolver estratégias para o melhoramento do quadro.

É competência do profissional de enfermagem a realização dos curativos, visto que, não se trata apenas um procedimento técnico, mas sim, de uma avaliação integral do paciente⁴.

CONCLUSÃO

A contínua qualificação é um desafio para os profissionais de saúde, deste modo, esta é necessária para viabilizar uma assistência de qualidade e individualizada ao paciente portador destas lesões.

Dessa maneira, a qualificação profissional foi um dos pontos mais abordados e discutidos entre os autores pesquisados, o que possibilitou reconhecer a necessidade de aperfeiçoamento constante em oncologia, dando a esses profissionais melhores condições assistenciais.

Neste contexto, foi possível reconhecer que cabe ao enfermeiro elencar quais maiores dificuldades neste processo, planejar e programar a sua assistência, buscando se qualificar, visto que, o paciente portador de lesões oncológicas depende de uma avaliação completa e tratamento individualizado, para que desta forma melhore a sua qualidade de vida.

DESCRITORES: Enfermagem oncológica; Ferimentos e Lesões; Educação Continuada.

REFERÊNCIAS

1. Angra G, et al. Conhecimento e prática de enfermeiros no cuidado a pacientes com feridas tumorais malignas. *Revista Cuidarte*. 2017;8(3): 1849-62.
2. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
3. Azevedo IC, et al. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliações e Tratamento de Feridas Oncológicas. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2014; 60(2): 119-127.
4. Moraes GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008; 17(1): 98-105.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE NO CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lorena dos Santos Duarte, Albert da Paixão Silva, Carolina Rego Chaves Dias, Kéllen dos Santos Gonçalves, Luara Costa Fagundes, Paloma Andrade Pinheiro

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: loriesduarte02@gmail.com

INTRODUÇÃO

Criada em maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)¹ objetiva a promoção de uma nova cultura do cuidado e o fortalecimento do vínculo paciente-terapeuta, dando ao indivíduo o seu protagonismo no processo da cura. Surgiu como alternativa para a saúde pública, considerando os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, contribuindo para o fortalecimento dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), através da atenção humanizada e a integralidade do indivíduo².

As Práticas Integrativas Complementares de Saúde (PICs) não substituem os tratamentos convencionais estabelecidos para as patologias. No entanto, complementam-os e possibilitam um olhar integrativo na saúde, promovendo uma perspectiva de racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras que contribuem socialmente com o desenvolvimento da comunidade¹.

Na oncologia, observa-se que o uso bem indicado de tais recursos é bastante positivo para o alívio dos sintomas das mais diversas fases do tratamento oncológico. Visto que podem amparar o indivíduo minimizando os desconfortos ocasionados pelo tratamento cirúrgico e os efeitos colaterais da terapia medicamentosa e as sequelas da radioterapia³.

Diante disso, o objetivo desta revisão foi apresentar evidências sobre as modalidades das Práticas Integrativas Complementares de Saúde no cuidado do paciente oncológico.

MATERIAL E MÉTODOS

Para guiar a revisão integrativa, utilizou-se a seguinte questão norteadora: quais as evidências da utilização das práticas integrativas e complementares de saúde no cuidado ao paciente oncológico? Para a seleção dos artigos, foi utilizada como principal base de dados a Biblioteca Virtual em Saúde - BVS.

Os critérios de inclusão dos artigos definidos, inicialmente, para a presente revisão foram: artigos publicados em português e inglês e com os resumos disponíveis na base de dados selecionada, no período compreendido entre 2010 a 2019. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram “medicina integrativa”, “neoplasia, oncologia” e “terapias complementares”.

A busca foi realizada pelo acesso on-line e, utilizando os critérios de inclusão, foram encontrados um total de 21 artigos, sendo que a amostra final desta revisão integrativa foi constituída de 9 artigos, após remoção daqueles que não se enquadravam no tema proposto. Estes foram analisados inicialmente pelo título, seguido do resumo e, por fim, realizada a leitura minuciosa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao investigar o uso de Medicina Complementar e Alternativa (CAM) entre o grupo de usuários de Medicina Antroposófica (AM) e o grupo de uso de outros tratamentos de CAM na oncologia pediátrica na Alemanha, observou-se 25 modalidades. Em relação aos demais tratamentos com CAM abordados no estudo, a satisfação dos pacientes com AM mostrou-se muito alta⁴.

Em análise realizada na Suécia⁵, onde o contexto do acesso e dos conselhos sobre CAM são incomuns dentro do cuidado convencional, observou-se que as terapias mais utilizadas foram vitaminas e minerais, produtos naturais, relaxamento, massagem, yoga, meditação e acupuntura. Comparado a outro estudo⁶, as terapias mais usadas pelos pacientes foram práticas espirituais, medicina tradicional chinesa, fisioterapia, mente ou corpo, dietas, vitaminas ou ervas e psicoterapia.

Estudos realizados na Alemanha^{7,8} demonstraram que as práticas mais observadas foram os tratamentos com vitaminas e minerais, suplementos alimentares, fisioterapia, medicina manual e homeopatia. Em uma análise realizada no hospital do Mississippi/EUA⁹ foi observada a prevalência e as modalidades da CAM em crianças com

câncer. A oração por pais e familiares foi a modalidade mais consumida, seguida por vitaminas/minerais e massagem.

Em outro estudo¹⁰, as principais modalidades encontradas foram: dietas especiais, suplementação alimentar, fitoterapia, fungos medicinais, vitaminas e minerais, homeopatia, kinesioterapia e yoga, e a prevalência foi alta sobre a utilização da CAM na população pediátrica, variando de 32,7%, no Reino Unido, a 84% nos EUA. O estudo de Judson et al.¹¹ foi o único que comparou o uso de CAM entre pacientes com e sem diagnóstico de câncer, constatando modalidades como: vitaminas/minerais, ervas, terapias de energias, práticas espirituais, exercícios de respiração, yoga, massagem, quiropraxia, acupuntura, homeopatia, naturopatia e medicina popular, sendo demonstrado que o uso da CAM foi altamente prevalente em ambos os grupos.

CONCLUSÃO

Esta revisão objetivou apresentar evidências sobre as modalidades das PICs de saúde no cuidado ao paciente oncológico. Compreende-se que, diante dos resultados, observa-se alta prevalência de utilização e grande satisfação - sobretudo oriunda dos pacientes - a respeito do uso da CAM. Entretanto, alguns estudos evidenciam que ainda é incipiente o uso de metodologias das práticas integrativas e complementares, por ainda existir pouco conhecimento acerca da Medicina Complementar e Alternativa. Desse modo, a implementação dessas práticas nos centros oncológicos possibilitará um novo cenário terapêutico, principalmente nos avanços na área da saúde e na perspectiva de novas formas de cuidados ao paciente. Por isso, esta revisão torna-se de grande importância para o conhecimento e o fortalecimento de pesquisas relacionadas ao uso de práticas integrativas e complementares, ampliando a acessibilidade e a criação de políticas que possam subsidiar e regulamentar projetos com o uso da CAM.

DESCRITORES: Medicina Integrativa; Neoplasia; Oncologia; Terapias Complementares.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015: 8.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006: 6 e 9.
3. Hostalácio LB. Práticas Integrativas em Oncologia. Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Oncologia, 2019.
4. Längler A, Spix C, Edelhäuser F, Martin DD, Kameda G, Kaatsch P, et al. Anthroposophic Medicine in Paediatric Oncology in Germany: Results of a Population-Based Retrospective Parental Survey. *Pediatr Blood Cancer*. 2010; 55:1111–7.
5. Wode K, Henriksson R, Sharp L, Stoltenberg A, Nordberg JH. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross-sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2019; 19(1): 62.
6. Wong LC, Chan E, Tay S, Lee KM, Back M. Complementary and alternative medicine practices among Asian radiotherapy patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2010; 6: 357–363.
7. Lettner S, Kessel KA, Combs SE. Complementary and alternative medicine in radiation oncology. *Strahlenther Onkol*. 2017; 193(5): 419-25.
8. Kessel KA, Lettner S, Kessel C, Bier H, Biedermann T, Friess H, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) as Part of the Oncological Treatment: Survey about Patients' Attitude towards CAM in a University-Based Oncology Center in Germany. *PLoS One*. 2016; 11 (11): e0165801.
9. Sanchez HC, Karlson CW, Hsu JH, Ostrenga A, Gordon C. Complementary and Alternative Medicine Use in Pediatric Hematology/Oncology Patients at the University of Mississippi Medical Center. *The journal of alternative and complementary medicine*. 2015; 21(11): 660-6.
10. Kust D, Ivan Šamija I, Marić-Brozić J, Svetec B, Miletić M, Mamić G, et al. Use of alternative and complementary medicine in patients with malignant diseases in high-volume cancer center and future aspects. *Acta Clin Croat*. 2016; 55:585-592.
11. Judson PL, Abdallah R, Xiong Y, Ebbert J, Lancaster JM, et al. Complementary and alternative medicine use in individuals presenting for care at a comprehensive cancer center. *Integr Cancer Ther*. 2017; 16(1): 96-103.

USO DA MUSICOTERAPIA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM TRATAMENTO DO CÂNCER

**Anadir de Almeida Farias, Edméia Campos Meira, Eliane Fonseca Linhares, Larissa de
Oliveira Vieira, Marcela Rossi Ribeiro, Micaela Leão de Sousa**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: tec.aninha18@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são recursos em saúde cada vez mais presentes no cenário terapêutico, a exemplo da oncologia. Entre as PICs utilizadas no processo de cuidado a pessoas que têm câncer está a musicoterapia, que se constitui no emprego da música, seja em grupo ou individual, com intuito de promover a estas pessoas, conforto das necessidades físicas, mentais, emocionais e cognitivas¹.

O câncer é uma doença que traz diversos efeitos nas pessoas, incluindo os fisiológicos, como deformidades, mutilações e dor, além de um grande impacto psicológico, gerando sentimentos como medo, ansiedade, angústia, dúvidas e raiva². Estudos apontam que os efeitos fisiológicos da música envolvem reações sensoriais, hormonais e fisiomotoras, como alterações no metabolismo, liberação de adrenalina, regulação de frequência respiratória, variações na pressão arterial sanguínea, diminuição da fadiga e do tônus muscular, além da melhora na atenção e a concentração³.

Neste sentido, a música pode ser uma ferramenta em saúde utilizada pelos profissionais de enfermagem com objetivo de aliviar a dor entre outros sintomas dos pacientes oncológicos, possibilitando uma hospitalização mais humanizada e uma melhor interação entre equipe e as pessoas que vivenciam o processo de adoecimento⁴. Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências científicas acerca do uso da musicoterapia na assistência de enfermagem a pessoas em processo terapêutico do câncer.

MATERIAL E METÓDOS

Trata-se de um estudo de revisão de literatura descritivo de abordagem qualitativa. A coleta dos artigos se deu por meio de busca na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com auxílio do Operador Booleano AND, nos meses de agosto e setembro de 2019. Na primeira busca de artigos na BVS, foram inseridos os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS: “Musicoterapia”, “Neoplasias” e “Enfermagem” e obteve-se 42 artigos.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos artigos foram: artigos científicos que abordassem as evidências científicas acerca do uso da musicoterapia na assistência de enfermagem ao paciente em processo terapêutico do câncer, disponíveis em texto completo, eletronicamente, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, entre o período de 2014 a 2019. Após utilizar o critério de inclusão, foram selecionados 10 artigos, sendo que após a leitura dos títulos e resumos foram excluídos os estudos repetidos e sem adequação à temática, totalizando assim com a seleção de 4 artigos de acordo com o objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A musicoterapia se constitui como uma aliada no processo terapêutico a pessoas que vivenciam o processo de adoecimento do câncer. Sobre a eficácia da musicoterapia no cuidado a pessoas com câncer, um estudo realizado no ambulatório de quimioterapia na Turquia, observou que a utilização da música proporcionou mudanças significativas nas dimensões física, psicológica, espiritual e sociocultural, além de alívio nos aspectos da dor, exaustão, náusea, ansiedade, letargia, falta de dor, apetite, sensação de mal-estar⁵.

No mesmo contexto de ambulatório de quimioterapia, um estudo realizado em São Paulo comprovou que a utilização das músicas levou à atenuação de náuseas e vômitos dos pacientes, indicando que a sua utilização enquanto abordagem terapêutica não farmacológica funciona como aliada no tratamento do câncer, pois ao contribuir para a redução de náusea e vômito promove melhoria na qualidade de vida das pessoas⁶. Ainda referente à eficácia da utilização da música, um estudo realizado com

pacientes em tratamento paliativo do câncer, verificou que a musicoterapia atuou na melhora da dor, ansiedade, depressão, falta de ar, humor, expressão facial e vocalização⁷.

Nesse contexto, vislumbrando a qualidade de vida e a humanização da assistência de enfermagem, a música pode ser concebida como uma estratégia de cuidado⁸ que deve ser incluída nos planos de tratamento das pessoas que vivenciam o adoecimento por algum tipo de câncer incorporada como um recurso em saúde essencial da enfermagem holística⁵. Destarte, o enfermeiro pode ser um facilitador do processo do uso da musicoterapia, expandindo sua atuação através da implantação da intervenção musical nos serviços de saúde, participando não só como executor do projeto, mas também da avaliação de sua eficácia. É importante que o profissional esteja capacitado para a execução desta PIC e norteado de acordo os princípios éticos e de valorização das singularidades das pessoas que vivenciam a doença⁶.

CONCLUSÃO

Este estudo analisou a eficácia da musicoterapia no contexto da assistência da enfermagem a pessoas em processo de adoecimento do câncer. Esta PIC configura-se com uma ferramenta adjuvante ao processo terapêutico dos pacientes oncológicos, contribuindo para o alívio da dor, exaustão, ansiedade, sensação de mal-estar, entre outros sintomas, o que promove a qualidade de vida deles.

Enfatiza-se, ainda, o papel do enfermeiro na utilização desta PIC, pois este tem grande papel para a implantação da musicoterapia nos serviços de saúde. Destaca-se também a importância da sensibilização das equipes de saúde pela utilização de recursos que contemplem a integralidade dos indivíduos, para isto é necessária a inserção de programas de educação permanente nos serviços de saúde, a exemplo dos setores de oncologia, com a capacitação dos profissionais para o uso de terapias complementares. Por fim, ressalta-se que o estudo encontrou como limitação o reduzido número de pesquisas sobre a temática.

DESCRITORES: Musicoterapia; Neoplasias; Enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
2. Salci M, Marcon S. As mudanças no cotidiano familiar e na vida da mulher após o início do tratamento para o câncer. *Rev. Min. Enferm.* 2010; 14(1): 43-51.
3. Lee K, Oh H, Suh Y, Seo W. Patterns and clinical correlates of pain among brain injury patients in critical care pain observation tool. *Pain Manag Nurs.* 2013 Dez; 14 (4): 259-267.
4. Leão ER, Bassoti EA, Aquino CR, Canesia AC, Brito RF. Uma canção no cuidar: a experiência de intervir com música no hospital. *Nursing.* 2005; 8(82):129-34.
5. Bilgic Ş; Acaroğlu R. Effects of Listening to Music on the Comfort of Chemotherapy Patients. *Western Journal of Nursing Research. West J Nurs Res.* 2017 Jun; 39(6): 745-762.
6. Silva GJ, Fonseca MS, Rodrigues AB, Oliveira PP, Brasil DRM, Moreira MMC et al. Utilização de experiências musicais como terapia para sintomas de náusea e vômito em quimioterapia. *Rev Bras Enferm.* 2014 jul-ago;67(4):630-6.
7. Gallagher LM, Lagman R, Rybicki L. Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018; 35 (2): 250-257.
8. Silva VA, Marconi SS, Sales CA. Percepções de familiares de pessoas portadoras de câncer sobre encontros musicais durante o tratamento antineoplásico. *Rev Bras Enferm.* 2014 mai-jun;67(3):408-14.

MODALIDADES TERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO AO PACIENTE IDOSO

**Ariana Oliveira Santos, Pabline dos Santos Santana, Cezar Augusto Casotti, Elayny
Lopes Costa, Robson dos Anjos Matos, José Ailton Oliveira Carneiro.**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail:
harianafisio@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em decorrência das abruptas reduções da taxa de natalidade e mortalidade, observa-se um aumento da população idosa nos últimos anos¹. Junto a isso, surge o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais está o câncer, sendo que 59% dos casos registrados no Brasil em 2016 acometeram pessoas idosas de ambos os sexos².

A prevalência de câncer tem crescido mundialmente, sendo a segunda causa de mortalidade em diversos países. De caráter multifatorial, envolve fatores como o estilo de vida, questões ambientais, culturais e socioeconômicas. Tais aspectos englobam os hábitos alimentares, ser fumante, predisposição genética e o processo de envelhecimento, os quais constituem fatores de risco ao surgimento da doença³.

Os métodos de tratamento para essa patologia incluem uma ou mais técnicas de terapia, dentre as quais estão a radioterapia, quimioterapia e o processo cirúrgico de retirada do tumor. A radioterapia constitui da utilização de radiações, visando a destruição ou limitação do crescimento tumoral, enquanto que a quimioterapia faz uso da introdução medicamentosa para a destruição das células cancerígenas⁴.

Visto que cada modalidade de tratamento traz diferentes riscos e benefícios, o presente estudo objetivou descrever as modalidades terapêuticas mais utilizadas no tratamento oncológico de pacientes idosos jovens e longevos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal, de abordagem quantitativa, realizado no mês de setembro de 2019, com dados secundários do Painel – Oncologia, disponível no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde.

Os dados coletados para o presente estudo são referentes ao ano de 2019, encontrados a partir da busca da modalidade terapêutica de acordo a faixa etária, sendo selecionados os intervalos de “60 a 64 anos”, “65 a 69 anos”, “70 a 74 anos”, “75 a 79 anos” e “80 anos e mais”.

Posteriormente, os resultados foram agrupados em duas categorias “modalidade terapêutica em idosos jovens” com idade entre 60 à 79 anos; e “modalidade terapêutica em idosos longevos” com idade maior ou igual a 80 anos.

O quantitativo das modalidades terapêuticas apresentada pelo Painel – Oncologia foram encontrados em frequência absoluta, a partir desses dados foram calculadas as frequências relativas de cada tipo de tratamento. Tal processo se deu no software Microsoft Excel 2016.

O presente estudo utilizou dados secundários e de domínio público, sendo, portanto, dispensada a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na modalidade terapêutica para o tratamento oncológico ao idoso jovem (60 a 79 anos), a cirurgia e quimioterapia foram as mais realizadas, com 27,5% e 18,4%, respectivamente. As cirurgias oncológicas são feitas quando se descobre o tumor na fase inicial da doença. Já o tratamento quimioterápico acontece quando o câncer está em estado avançado⁵. Logo, infere-se que os idosos jovens do presente estudo, em sua maioria, apresentaram diagnóstico precoce, enquanto que os demais necessitaram de tratamento sistêmico por apresentarem diagnóstico tardio.

A radioterapia esteve presente em 4,5% dos tratamentos em idosos jovens, e o uso das três modalidades de tratamento foram encontradas em 0,3% dos casos. Após a cirurgia, a radioterapia é o tratamento de predileção quando a descoberta do câncer é precoce⁵. A quantidade de pacientes idosos com câncer, e sem informação da

modalidade terapêutica de tratamento, foi de 49,3% dos casos notificados. Tal resultado aponta para os quadros de subnotificação nos sistemas de informação em saúde.

Dos idosos longevos (80 anos ou mais), não houve a informação de tratamento em mais da metade dos casos notificados (53,0%). Destaca-se a grande proporção de casos com a informação ignorada, que reflete na limitação para melhorias na saúde pública devido as subnotificações.

A cirurgia correspondeu 28% da terapêutica aplicada aos longevos, seguida da quimioterapia (14,1%) e radioterapia (4,8%). Estes apresentaram discreto aumento no tratamento oncológico com cirurgias e radioterapia quando comparado aos idosos jovens, enquanto que a quimioterapia é utilizada em menor escala. Associar a quimioterapia ao envelhecimento gera maior nível de toxicidade aos tecidos, por redução da excreção renal, dos agentes hidrossolúveis e da absorção intestinal, resultando em menor eficácia do tratamento⁶.O uso combinado das três modalidades terapêuticas (cirurgia, quimioterapia e radioterapia)foi registrado em apenas em 0,1% dos casos em idosos longevos.

CONCLUSÃO

O estudo identificou que tanto para os idosos jovens quanto para os idosos longevos, a cirurgia e a quimioterapia foram as modalidades terapêuticas mais aplicadas. Apesar disso, observou-se que os idosos longevos realizaram o tratamento quimioterápico em menor proporção quando comparados aos idosos jovens.

Os desafios quanto a escolha da modalidade terapêutica de idosos em tratamento oncológico são reais, visto que o processo da senescência acarreta na necessidade de maiores cuidados a esse público de risco, já que quanto mais envelhecida as células, maior a dificuldade na receptividade do recurso terapêutico.

DESCRITORES: Neoplasias; Idoso; Tratamento; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:3061-75.
2. Leite AK, Ribeiro KB. Idosos com câncer no município de São Paulo: quais fatores determinam o local do óbito?. *Rev. Saúde Pública*. 2018 Jul; 17-52.

3. Oliveira MM, Malta DC, Guauche H, Moura LD, Silva GA. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2015;18:146-57.
4. Ministério da Saúde [Internet]. Brasil: Câncer: sintomas, causas, tipos e tratamentos; c2019 [citado em 03 de out 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer>.
5. Faller JW, Brusnicki PH, Zilly A, Brofman MC, Cavallieri L. Perfil de idosos acometidos por câncer em cuidados paliativos em domicílio. *Revista Kairós: Gerontologia*. 2016 Jan 30;19:29-43.
6. Santos EG, Souza JC, Santos AL, Santos MI, Oliveira TN. Perfil clínico-epidemiológico de idosos submetidos à quimioterapia antineoplásica atendidos em um hospital de referência oncológica do estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 2017 Jun;8(2):45-54.

IMPACTOS DO IOGA COMO COADJUVANTE NO TRATAMENTO AO PACIENTE ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Santos Lima, Dalaine Nogueira Silva, Thais dos Santos Santana, Pabline dos Santos Santana, Ariana Oliveira Santos.

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
brunalimas12345@gmail.com

INTRODUÇÃO

Torna-se cada vez mais crescente o número de pessoas acometidas por câncer, sendo uma das principais causas de morte em diversos países. A estimativa é de que ocorra um aumento em 20% das incidências até o ano de 2030. Apesar das amplas possibilidades de tratamento e cura, o câncer carrega uma forte carga emocional, que afeta os pacientes diagnosticados e propiciam surgimento de problemas psicológicos¹.

A prevalência de transtornos de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos é maior que em indivíduos não acometidos pela doença, ocasionando em redução da qualidade de vida, da adesão ao tratamento e da taxa de sobrevivência. Diante disso, a medicina complementar alternativa surge com o objetivo de conter ou amenizar os efeitos adversos, físicos e mentais, decorrentes do processo patológico do câncer².

Dentre as práticas da medicina complementar alternativa está o ioga, uma prática indiana que integra meditação, controle da respiração e controle muscular. Está relacionado ao bem-estar físico e mental dos praticantes, promovendo maior liberação endógena de dopamina e ácido gama-aminobutírico (GABA), o que diminui o nível de estresse³.

Tendo em vista a contribuição das práticas integrativas no bem-estar físico e psíquico do paciente oncológico, o presente estudo visou identificar os impactos do ioga como coadjuvante no tratamento oncológico, através de uma revisão da literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura, a qual seguiu as seguintes etapas: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) revisão da literatura; 4) coleta e análise dos artigos; 5) discussão dos resultados.

O estudo foi direcionado pela seguinte pergunta: “Quais os impactos do ioga no tratamento ao paciente oncológico?”. A pesquisa foi realizada na base de dados informatizada do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de setembro de 2019.

Os critérios de inclusão adotados foram artigos que abordassem a temática, publicados na língua portuguesa e inglesa, entre os anos de 2015 a 2019, com texto completo disponível.

Foram considerados como critérios de exclusão as revisões sistemáticas, pesquisas relacionadas somente ao câncer e que não possuíam relação com o ioga, artigos que incluíam outras práticas integrativas, documentos que não estivessem classificados como artigo, e estudos duplicados.

Os descritores utilizados foram “*yoga*”, “*oncology*” e “*treatment*”, sendo interpostos pelo operador booleano AND. Após os critérios de inclusão aplicados, foram encontrados 33 artigos, sendo selecionados 7 após leitura de título e resumo, todos na língua inglesa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os resultados encontrados, a ioga se fez eficaz para a redução da dor de ombro e braço, com técnicas de respiração, flexibilidade e relaxamento, que sucederam na melhoria da qualidade de vida de pacientes com câncer de mama⁴.

Ainda, foi observada a aplicação do ioga em pacientes com problemas cognitivos decorrentes do neoplasma mamário, no qual a prática da ioga resultou em melhora na qualidade de sono, redução da fadiga e menor sofrimento psicológico. Em pacientes com artralgia provocada por medicamentos inibidores de aromatase, a ioga reduziu o algia e rigidez das articulações^{5,6}.

Os demais estudos apontaram para a eficácia da terapêutica no combate a problemas de ansiedade, depressão e fadiga, bem como na redução de sintomas, tanto físicos como emocionais, em indivíduos com diagnóstico de câncer^{1,2,7,8}.

Dentre outros benefícios, a loga promove a otimização da força muscular periférica e redução das náuseas decorrentes do câncer, sendo altamente recomendado como coadjuvante durante o transplante de células tronco. Mascaro et al (2019) afirmam que a intervenção do ioga na saúde física e social e emocional, durante o tratamento de câncer hematológico, traz impactos positivos no prognóstico do paciente, promovendo bem-estar e aumento da sobrevida⁸.

O conjunto do uso de intervenções psicológicas associada aos exercícios de ioga podem ser considerados como superiores ao tratamento farmacológico, diminuindo os efeitos colaterais da terapia medicamentosa além de possibilitar qualidade de vida ao paciente oncológico⁸.

CONCLUSÃO

A prática do ioga traz vários benefícios ao paciente oncológico e está relacionado tanto com melhoria dos sintomas físicos como dos emocionais. Contribuindo, assim, com a diminuição de quadros algícos e de náuseas, melhora da qualidade do sono, redução de fadiga, ansiedade e depressão, bem como aumento da força muscular.

Nesse contexto faz-se necessário a divulgação dos benefícios propiciados pelo ioga ao público em tratamento oncológico, bem como a ampliação do acesso a esse serviço, a fim de contribuir com uma melhor qualidade de vida desses indivíduos.

DESCRITORES: Oncologia; ioga; Tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Hardoerfer K, Jentschke E. Effect of Yoga Therapy on Symptoms of Anxiety in Cancer Patients. *Oncology Research Treatment*. 2018; 41 (9): 526-32.
2. Lundt A, Jentschke E. Long-term changes of symptoms of anxiety, depression, and fatigue in cancer patients 6 months after the end of yoga therapy. *Sage Journals*, 2019 Jan; 18: 1534735418822096.
3. Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos GJ. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017 (1).
4. Eyigor S, Uslu R, Apaydin S, Caramat I, Yesil H. Can yoga have any effect on shoulder and arm pain and quality of life in patients with breast cancer? A randomized, controlled, single-blind trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 1 de agosto de 2018; 32: 40-5.

5. Derry HM, Jaremka LM, Bennett JM, Peng J, Andridge R, Shapiro C, et al. Yoga and self-reported cognitive problems in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. Psychooncology. Ago 2015; 24 (8): 958-66.
6. Jacobsen PB, Muchnick S, Marcus S, Amheiser P, Reiersen P, Gonzalez B, et al. Pilot study of Iyengar yoga for management of aromatase inhibitor-associated arthralgia in women with breast cancer. Psycho-Oncology. 2015 Nov; 24 (11): 1578.
7. Diorio C, Celis Ekstrand A, Hesser T, O'Sullivan C, Lee M, Schechter T, et al. Development of an Individualized Yoga Intervention to Address Fatigue in Hospitalized Children Undergoing Intensive Chemotherapy. Integr Cancer Ther. Sep. 2016; 15 (3): 279-84.
8. Mascaro JS, Waller AV, Wright L, Leonard T, Haack C, Waller EK. Individualized, Single Session Yoga Therapy to Reduce Physical and Emotional Symptoms in Hospitalized Hematological Cancer Patients. Integrative Cancer Therapies. 2019 Jul; 18: 1534735419861692.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM PORTADORES DE NEOPLASIA PROSTÁTICA SUBMETIDOS A PROSTATECTOMIA

**Jarlan Santana de Souza, Roberta Barros Miranda, Gabriel Santos Lopes, Poliana
Souza Lapa Maryvânsley Nunes de Sá Reis**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email:
jarlansantanadsza@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é definida pela International Continence Society como o vazamento involuntário de urina, uma complicação frequente da neoplasia prostática¹. A prostatectomia radical (PR) é o tratamento mais usual para esse tipo de câncer, garantindo boa expectativa de sobrevivência aos portadores, contudo, está associada a IU a qual repercute negativamente na qualidade de vida dos pacientes².

A IU pós PR tem etiologia relacionada a deficiência ou lesão do esfíncter uretral e a disfunção da bexiga, como hiperatividade do detrusor, sensação prejudicada de enchimento da bexiga e baixa adesão da bexiga, por consequência, os músculos do assoalho pélvico (MAP) passam a ser os principais responsáveis pela continência urinária, pois suportam o esfíncter uretral externo³.

Dessa forma, a fisioterapia associada a equipe multidisciplinar por meio de tratamentos conservadores, métodos não invasivos, de baixo custo e sem efeitos colaterais atuará auxiliando a resolução da incontinência⁴. Assim, este estudo objetiva identificar e discutir a importância das intervenções fisioterapêuticas no tratamento da IU em indivíduos portadores de neoplasia prostática, submetidos a prostatectomia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System online (Medline), Scientific Electronic Library

Online (SciELO) e Google Acadêmico, na qual utilizou-se os seguintes descritores para busca: “Fisioterapia”, “Neoplasias Prostáticas”, “Incontinência Urinária” e “Prostatectomia”. Os descritores foram pesquisados utilizando o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram textos de artigos completos em português, espanhol ou inglês, publicados no período de 2014 a 2019. Como critérios de exclusão estabeleceram-se textos incompletos, indisponíveis nas bases de dados ou que não abordassem o assunto aqui tratado e textos duplicados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi encontrado no SciElo um artigo; Pubmed/Medline, 35 artigos; e Google Acadêmico, 23 artigos. Destes, após leitura minuciosa e de acordo com os critérios de inclusão, selecionou-se 1, 6 e 5 artigos, respectivamente. APR constitui uma das causas mais importantes da IU, devido a retirada do esfíncter uretral proximal e distal, do estágio do tumor e da habilidade do cirurgião⁵. A incidência da IU pós-cirúrgico é 87%, favorecendo o surgimento de ansiedade, depressão, constrangimento e baixa autoestima⁶.

A fisioterapia reduz tais afecções, proporcionando maior continência e aumento da qualidade de vida. Dentre as técnicas mais utilizadas, destaca-se o treinamento dos MAP, biofeedback, eletroestimulação e/ou a combinação desses métodos⁸. Logo após a retirada da sonda vesical, pode-se utilizar a cinesioterapia através do treinamento dos MAP, incluindo os exercícios de Kegel, possibilitando a conscientização da função do assoalho pélvico (AP), ganho de força e motricidade voluntária esfíncteriana⁷.

Os achados do estudo realizado por Laurienzo et al. revelam que há forte associação entre o fortalecimento dos MAP e recuperação da IU, além da eletroestimulação no nervo podendo potencializar o sucesso da cinesioterapia nos prostatectomizados, melhorando a função dos MAP e despertando a consciência perineal². Demonstrou-se através de comparação entre grupos de pacientes que fizeram uso da eletroestimulação associada ao treinamento dos MAP, a melhora precoce da IU em relação ao grupo que apenas executou treinamento muscular⁸.

Outro método efetivo é o biofeedback, técnica que utiliza equipamentos eletrônicos para demonstrar ao paciente informações sobre a contração e o relaxamento dos MAP em forma de sinais visuais e/ou auditivos, permitindo a conquista

de autocontrole⁶. Também o estado físico e psicológico do paciente auxilia no tratamento, sendo potencializado através do trabalho em grupos, possibilitando o compartilhamento dos resultados e experiências entre pacientes¹.

CONCLUSÃO

O pós-cirúrgico da retirada da próstata expõe o paciente à riscos funcionais, alterando o curso do controle miccional e expondo o indivíduo à alterações psíquicas, dentre elas, ansiedade e baixa autoestima. Para amenizar tais efeitos, a fisioterapia auxilia os indivíduos na recuperação da mobilidade voluntária esfinteriana, aumento de força da musculatura do assoalho pélvico e consciência da região do períneo, além de promover melhora da qualidade de vida e expectativas de um bom prognóstico funcional.

Assim, as condutas fisioterapêuticas são realizadas utilizando a cinesioterapia e eletroterapia, de forma isolada ou combinadas, para melhor recuperação das disfunções miccionais. Além disso, a educação em saúde se faz presente nas condutas fisioterapêuticas para conscientização dos portadores de neoplasia prostática, contribuindo para a troca de informações sobre autocuidados e exercícios domiciliares no pós-cirúrgico de prostatectomia.

DESCRITORES: Neoplasias Prostáticas; Prostatectomia; Incontinência Urinária; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Andersson KE, Birder L, et al. Quarta consulta internacional sobre recomendações de incontinência do comitê científico internacional: avaliação e tratamento da incontinência urinária, prolapso de órgão pélvico e incontinência fecal. *Neurourologia e Urodinâmica*. 2010; 29 (1): 213-240.
2. Laurienzo, CE et al. "Treinamento muscular do assoalho pélvico e estimulação elétrica como reabilitação após prostatectomia radical: um estudo controlado randomizado." *Journal of fisioterapia Science*. 2018; 30(6): 825-831.
3. Santa Mina, D et al. "Um estudo piloto randomizado de exercícios convencionais versus avançados do assoalho pélvico para tratar a incontinência urinária após prostatectomia radical: um protocolo de estudo." *BMC urology*. 2015; 15 (94).
4. Aydın S, Aylin e Ayfer Ö. "O efeito do treinamento muscular do assoalho pélvico em problemas de incontinência após prostatectomia radical." *American journal of men health*. 2018; 12(4): 1007-1015.

5. Sarris A B, Candido F J L F, Filho C R P, Staichak R L, Torrani A C K, Sobreiro B P. Prostate câncer: a brief updated revision. *Visão acadêmica*, Curitiba. 2018; 19(1).
6. Lima F K G. Abordagem fisioterapêutica na incontinência urinária masculina pós-prostatectomia radical. *Fisioterapia Brasil*, [S.l.]. 2016. 15(2): 141 – 146.
7. Marina V P. Abordaje Fisioterápico de la Incontinencia Post-prostatectomia: a Propósito de um Caso Clínico. Universidad de Valladolid. Escuela Universitaria de Fisioterapia. 2015. Disponível em: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14272>.
8. Bernardo-Filho, M et al. “A relevância dos procedimentos relacionados à fisioterapia nas intervenções em pacientes com câncer de próstata: breve revisão com abordagem prática.” *Revista internacional de ciências biomédicas: IJBS*. 2014; 10(2): 73-84.

DESAFIOS DA ENFERMAGEM DIANTE DA PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Maicla Oliveira da Silva, Anadir de Almeida Farias, Charles Souza Santos, Marcela Rossi Ribeiro, Micaela Leão de Sousa, Rebecca Calheira Barreto

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: maicla64@gmail.com

INTRODUÇÃO

Existem muitas doenças relacionadas à saúde da mulher, uma delas é o câncer do colo do útero, que é considerado prevenível. Porém, devido a fatores que dificultam a detecção precoce, ainda é um transtorno enfrentado na saúde pública no Brasil. Cerca de 26 milhões de novos casos de câncer serão diagnosticados no mundo até 2030¹.

Com tal expressividade, o câncer já corresponde à segunda causa de morte mais frequente no Brasil. Isto reforça a necessidade da identificação precoce, que dão quase 100% de chance de cura se houver o tratamento adequado³. O rastreamento é feito pelo exame Preventivo, a fim de avaliar o colo do útero para detecção das lesões precursoras⁴. É necessário que haja desempenho e aplicação eficaz das atividades de promoção da saúde, pois há diversos estigmas a serem rompidos.

O Enfermeiro é um dos principais profissionais para a prática de promoção da saúde da mulher, possuindo uma formação humanística, oferecendo estratégias que visem a interação da mulher no processo saúde-sociedade-doença⁵. O enfermeiro possui importante papel frente à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino. Garante a toda mulher, acesso a exames preventivos, de diagnóstico e suporte durante o tratamento nos serviços especializados, trabalhando na promoção da saúde da mulher, permeada principalmente pelas atividades de educação em saúde⁶. O objetivo desse trabalho é compreender os desafios da enfermagem diante da prevenção do câncer do colo do útero.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo revisão de literatura, descritivo e de abordagem qualitativa, em que a coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2019. A base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a ferramenta de pesquisa Google acadêmico. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram empregados de maneira definida, sendo eles: “Cuidados de Enfermagem”, “Neoplasia do colo do útero” e “Saúde da Mulher”, utilizando-se o operador booleano “AND”.

Na primeira busca, foram encontrados 51 estudos. Em seguida, foram aplicados os critérios de inclusão: textos completos disponíveis, idioma português, artigos publicados nos últimos sete anos, ou seja, de 2012 a 2019. E como critérios de exclusão foram excluídos os trabalhos não convencionais, e monografias a respeito da temática, reduzindo para 8 o número de artigos.

Após a leitura de todos os materiais foram excluídos os estudos repetidos e sem adequação ao tema, totalizando 4 artigos de acordo com o objetivo proposto. A seleção por pesquisas publicadas em anos pertencentes à última década refere-se à necessidade de conhecer o desafio da enfermagem diante da prevenção do câncer do colo do útero.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial contou um total de 51 artigos, provenientes da base de dados BVS. Para essa revisão integrativa foram selecionados 4 artigos, os quais atendiam os critérios de inclusão, sendo assim, compondo o presente estudo. Ao avaliar as falas dos profissionais que contribuíram para os estudos abordados, foram de fácil identificação que existe sim as “barreiras” a serem enfrentadas pelos profissionais da Enfermagem, onde os mesmos relatavam como era a realidade do sistema de saúde com relação à prevenção e promoção da saúde da mulher.

O acesso às ações e serviços tem sido considerado um dos componentes principais para a qualidade da atenção à saúde pública. Quanto às dificuldades, evidenciou-se nas falas dos enfermeiros que, a falta de infra-estruturar e materiais para a realização do exame, acabam influenciando negativamente para implementação dessas ações.

Toda proposta de promoção e prevenção à saúde encontra dificuldades na execução, já que a organização dos serviços e a própria assistência estão atreladas às condições de vida da população⁵. A cultura surgiu como um grande obstáculo a ser

enfrentado, onde as mulheres atribuíram como barreiras a educação que tiveram dos pais e a visão da sociedade, não abordando livremente certos assuntos, principalmente os relacionados à sexualidade, o que acreditam interferir na procura pelo enfermeiro para realização do exame preventivo. As mulheres consideram a importância do exame e, também reconhecem aspectos dificultadores⁷.

A vergonha de expor o corpo e de falar sobre a própria sexualidade foram dificuldades bastante abordadas pelas mulheres⁸. Contudo são estigmas que os profissionais se deparam no seu dia a dia e, que devem ser rompidos. Ressalta-se a relevância do papel do enfermeiro na Promoção da Saúde, devendo realizar estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida da população e que superem a fragmentação das ações de saúde⁹.

CONCLUSÃO

O presente estudo consistiu em verificar o desafio do enfermeiro diante da prevenção do câncer do colo do útero. O mesmo possui um relevante papel no cuidado com a saúde da mulher, na prevenção e promoção, no entanto são encontrados desafios que contribuem com a não efetividade desses objetivos citados acima, algumas das dificuldades são: a escassez de uma boa infra-estrutura, a falta de materiais para realização dos exames e, os estigmas, que devem ser rompidos de forma respeitosa, priorizando o esclarecimento dos benefícios do preventivo.

A temática torna-se significativa, uma vez que proporciona um amplo conhecimento sobre as reais necessidades do enfermeiro em relação ao cuidado com a saúde da Mulher. Mesmo sendo um assunto bastante discutido, recomenda-se a promoção de mais estudos que visem o entendimento, sustentado pela bioética, aos profissionais de saúde. Dessa forma, é possível a prestação de um atendimento digno aos usuários do serviço de saúde.

DESCRITORES: Cuidados de Enfermagem; Neoplasia do colo do útero; Saúde da Mulher.

REFERÊNCIAS

1. Telarolli Junior R, Loffredo LCM. Epidemiological characterization of patients with tuberculosis hospital in the state of São Paulo, Brazil. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2015; 36(1):149-52.

2. Galavote HS, Cola JP, Lima RCD, Prado TN, Brotto LDA, Sales CMM, et al. Avaliação da linha do cuidado no atendimento a pacientes sintomáticos respiratórios em um programa de referência ao controle da tuberculose no município de Vitória - Espírito Santo. Rev APS. 2015; 18(3):281-92.
3. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
4. Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Lesões precursoras do câncer cervicouterino: evolução histórica e subsídios para consulta de enfermagem ginecológica. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010;14(3):617-24.
5. Tavares, MB, Alves SAA, Ramos JLS, Martins AAA, Gomes JB, Anatóo JYFL et al. Promoção da saúde da mulher e câncer de colo de útero: o fazer do enfermeiro. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2017; 1(3): 638-654.
6. Acioli S, Kebian LVA, Faria MGDA, Ferraciacoli P, Correa VDAF. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. Revenferm UERJ [Internet]. 2014;22(5):637-42.
7. Melo MCSC, Vilela F, Salimena AMO, Souza IEO. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. Revista Brasileira de Cancerologia. 2012; 389-398.
8. Michelin SR, Marchi JG, Hyeda IS, Heidemann ITSB, NitschkeRG. Percepção das mulheres sobre promoção da saúde durante a consulta de enfermagem. Ciência Cuido e, Saúde. 2015 (14);901-909.
9. Nogueira IS, Previato GF, Baldissera VDA, Paiano M, Salci AM. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde na Temática do Câncer: Do Real ao Ideal. Revista Online de Pesquisa. 2019; (12); 725-731.

AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO AO CÂNCER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Emille Santos Souza, Sávio Luiz Ferreira Moreira, Gabriel Aguiar Nunes, Larissa Vasconcelos Santos, Thainá de Santana Almeida dos Santos, Benedito Fernandes da Silva Filho

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: emillesantos78@gmail.com

INTRODUÇÃO

Conceituada como uma doença caracterizada pelo crescimento descontrolado de células transformadas, o câncer é uma das enfermidades que mais causam temor na sociedade, por ter se tornado um estigma de mortalidade e sofrimento¹. O câncer constitui um grave problema mundial de saúde pública no Brasil e no mundo, e conforme dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), espera-se mais de 20 milhões de casos novos em 2025, especialmente entre os países em desenvolvimento².

Logo, a prevenção é a melhor estratégia contra o câncer. A vista disso, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce um importante papel na prevenção do câncer, uma vez que, a APS é preferencialmente o primeiro nível de contato com o sistema único de saúde (SUS), oferecendo atendimento abrangente, acessível e organizado de acordo com as demandas da comunidade, chegando a atender de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida^{3,4}.

Frente a essas considerações faz-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a importância da Atenção Primária à Saúde nas ações promotoras da saúde e de prevenção ao câncer? Logo, buscando responder este questionamento o objetivo deste estudo é analisar as ações de promoção da saúde e de prevenção ao câncer desenvolvido na Atenção Primária à Saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura realizada no mês de setembro de 2019, através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde. A revisão

integrativa é a mais ampla abordagem metodológica entre os métodos de revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Também, permite combinar dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos com a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular⁵.

Para buscas dos artigos a serem analisados foram selecionados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Atenção Primária à Saúde”, “Promoção da Saúde”, e “Câncer”. Os descritores foram relacionados através do operador booleano “AND”. Inicialmente foram encontrados 237 estudos, porém, após aplicação dos filtros esse número se reduziu a 92. A partir disso, foi realizada uma avaliação crítica dos títulos, selecionando então 08 artigos.

Os artigos selecionados encontravam-se indexados nas bases de dados da LILACS, BDEF e CVSP-Brasil. Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados entre 2014 e 2019, idioma português, disponíveis e completos. Foram excluídos estudos fora dos critérios definidos e do objetivo proposto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evidencia-se, que a incidência de câncer no Brasil e no mundo vem crescendo nas últimas décadas e tenderá a aumentar principalmente com o envelhecimento populacional. Estima-se que apenas durante o ano de 2019 ocorra cerca de 600 mil casos de Câncer somente no Brasil⁶.

Os estudos demonstram que a prevenção primária dos principais tipos de câncer envolve a redução da exposição a agentes cancerígenos relacionados a fatores ambientais e comportamentais^{6, 7}.

Os fatores de risco mais conhecidos e passíveis de prevenção, são o tabagismo, álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade, radiação solar e agentes cancerígenos ambientais e ocupacionais. Logo, o risco de desenvolvimento do câncer numa determinada população está relacionado à interação de fatores que aumentam as chances de desenvolvimento da doença e aspectos que diminuem esta possibilidade⁷.

Portanto, destaca-se que a APS se mostra extremamente importante nas ações de promoção da saúde e prevenção ao câncer, devido ações direta nos fatores de risco relacionados ao câncer, que vemse fortalecendo como surgimento de políticas voltadas ao tabagismo, alcoolismo e outras. Salienta-se ainda a necessidade de implementação de forma efetiva a nível de atenção Primária à saúde 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)⁸.

Logo, para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados, é vital que os profissionais de saúde e gestores conheçam bem o seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações. A participação dos diversos atores e o engajamento efetivo na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial é condição básica para que possamos começar a mudar a história do controle dos diversos tipos câncer no Brasil⁹.

CONCLUSÃO

A Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental na prevenção dos diversos tipos de câncer, dentre os múltiplos desafios, destaca-se a permanente necessidade de qualificação e responsabilização dos diversos profissionais de saúde que atuam na APS, para que se possam garantir a reflexão sobre as práticas de saúde e a identificação de falhas e limites a serem aprimorados na promoção da saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário para a atenção primária à Saúde garantir o acesso humanizado e integral às ações e serviços de prevenção de câncer, bem como facilitar o acesso ao diagnóstico precoce para conseqüentemente tornar viável o tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno.

Dessa forma, é imprescindível a efetivação na prática de políticas públicas já existentes, pois são meios importantes para reduzir as desigualdades sociais e econômicas, de modo a garantir o acesso equitativo a bens e serviços, inclusive a atenção à saúde.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde; Promoção da saúde; Câncer.

REFERÊNCIAS

1. Saslow, D., Solomon, D., Lawson, H. W., Killackey, M., Kulasingam, S. L., ... Cain, J. (2012). American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 62(3), 147–172.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA]. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 122p. Disponível em: <http://santacasadermatoazulay.com.br/wpcontent/uploads/2017/06/estimativa-2016-v11.pdf>.
3. International Agency for Research on Cancer. World cancer report [internet]. 2019. 29 Set. 2019. Disponível em: www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/wcrorder.php.
4. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Documentos que norteiam a Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, Canadá, novembro de 1986. [Citado em 2019 set. 08]. Disponível em: <http://www.opas.org.br>.
5. Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102-106. 2010.
6. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco. 2002.
7. Parada, R., de Assis, M., da Silva, R. C. F., Abreu, M. F., da Silva, M. A. F., Dias, M. B. K., & Tomazelli, J. G. (2008). A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Revista de APS*, 11(2), 199-199.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). *Diário Oficial da União* 2013; 17 mai.
9. Cypriano A. S. Ações promotoras de saúde frente ao câncer da mama masculina: subsídios ao gerenciamento do cuidado de enfermagem na atenção básica [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências e Saúde, Escola da Enfermagem Anna Nery; 2017.

IMPACTOS DO TRATAMENTO DE CÂNCER UTERINO NA QUALIDADE DE VIDA E IMPORTÂNCIA DA SUA PREVENÇÃO

Thainá de Santana Almeida dos Santos, Larissa Chede Lopes Brito, Samara Santos Souza, Sávio Luiz Ferreira Moreira, Yanka dos Santos do Nascimento, Larisse Ramos de Oliveira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email: thainaalmeida.enf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer cervical ou câncer de colo do útero é o segundo tipo de câncer que mais acomete as mulheres nos países em desenvolvimento, sendo considerado um problema de saúde pública, visto que apresenta elevadas taxas de morbimortalidade e alta prevalência^{1,7}.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do tumor são aspectos como a infecção pelo papiloma vírus humano (HPV); tabagismo; multiplicidade de parceiros sexuais; uso de contraceptivos orais; multiparidade; baixa ingestão de vitaminas; iniciação sexual precoce; coinfeção por agentes como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o Chlamydia trachomatis¹.

O tratamento do câncer cervical é melhor sucedido quando a patologia é diagnosticada em fase inicial, previamente ao aparecimento dos sintomas clínicos, justificando então a relevância de estratégias para a detecção precoce do câncer e suas lesões precursoras. Ressalta-se, dentre os métodos de diagnóstico, o exame citopatológico cérvico-vaginal (Papanicolau), promovido na educação em saúde tanto como orientação quanto ação preventiva^{1,2}.

Ademais, o tratamento para esse tipo de câncer traz repercussões de cunho físico-emocional³. Mediante esse panorama, sobrelevou o questionamento: quais os impactos do tratamento de câncer uterino na qualidade de vida e como preveni-lo? Tencionando responder, o presente estudo teve como objetivo relatar a importância da prevenção frente aos impactos do tratamento de câncer uterino na qualidade de vida dessas mulheres.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura, realizado no mês de setembro de 2019, através do portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados no processo inicial de busca foram “Oncologia”, “Neoplasias uterinas”, “Terapêutica”; “Prevenção”, todos indexados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Os referidos descritores foram relacionados através do operador boleano “AND”. Inicialmente, foram encontrados 122 estudos, que após aplicação dos filtros, reduziram-se a 63 artigos. Assim sendo, foi realizada uma análise criteriosa dos títulos e objetivos, selecionando então 7 estudos. Os achados literários, que subsidiaram a seguinte pesquisa, constavam na base de dados MEDLINE. Os filtros utilizados foram: idioma (português e inglês); tipo de documento (artigo original); sendo considerados aqueles publicados entre 2012 e 2019; texto completo; destacando como assunto principal câncer uterino, tratamento e prevenção.

Como critério de exclusão considerou-se artigos que não atendiam o objetivo proposto e que relacionavam câncer uterino com outros fatores, culminando no descarte desses. Foi anulada a possibilidade de submissão para análise do material, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por se tratar de dados oriundos de outras literaturas pertinentes à pesquisa científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados, no processo metodológico, predomínio de artigos internacionais no idioma inglês. Em relação ao ano de publicação, houve prevalência daqueles que datavam do ano de 2014, sendo 3 dos estudos analisados. No que concerne ao delineamento metodológico, todos os 9 artigos são estudos originais.

Evidenciaram-se nos estudos alterações físicas, como lidar com a dor, o sofrimento e limitações físicas; e alterações emocionais como superar a ansiedade, o medo, a angústia, a depressão e o enfrentamento das implicações emocionais. Também foram declaradas mudanças substanciais no dia-a-dia das mulheres com o câncer de colo de útero, afetando desse modo, o trabalho, afazeres domésticos, a relação sexual e até o desenvolvimento de depressão⁴.

Um dos estudos aponta a perda da dinamicidade na forma de conduzir a própria vida e um contexto de apreensão, medo e angústia, diante da possibilidade do retorno da doença, como expôs uma das entrevistadas^{4,5}. Dessa forma, percebe-se que, para essas pacientes, a vida social foi findada.

Um exemplo de situações imbricadas nessa questão, é que a maioria delas expressa a incapacidade física para exercer atividades habituais e essas mudanças não estão ligadas ao fato do corpo perder o vigor, mas relacionadas ao aspecto psicológico. Posto isso, muitas estão sendo acompanhadas após o tratamento e ainda tem medo da doença retornar. Assim, essas mulheres coíbem a si próprias de realizar qualquer atividade que julgam ser de risco, a exemplo, o fato de trabalhar e terem sua vida sexual ativa⁶.

Nota-se que a falha no diagnóstico precoce está relacionada no conhecimento ineficaz sobre a doença e a dimensão do exame e tratamento precoce, sendo assim a educação em saúde simboliza uma tática de grande valor na formação de comportamentos que proporcionem ou conservem uma boa saúde. Essa prática social colabora para a composição de uma consciência crítica a respeito de seus problemas de saúde, incentivando a busca por soluções¹.

CONCLUSÃO

Diante dessa perspectiva, infere-se que é necessário um olhar amplo, multifacetado e cauteloso à qualidade de vida das mulheres com câncer cervical, perpassando o fator biológico, psicológico e social, visando trabalhar integralmente com elas, sobretudo no retorno de suas atividades.

Além disso, devem ser estabelecidas proposições, voltadas para a promoção do máximo possível de autonomia a esse grupo, repercutindo na forma que se sentem percebidas pela sociedade, especialmente como pessoas proativas, úteis, apesar das mudanças ocasionadas pela doença.

Observou-se também, a importância da realização de educação em saúde, com abordagem preventiva para a detecção precoce de novos casos, aumentando as chances de cura do câncer uterino. Em vista disso, instruí-las é uma das principais formas de prevenção, colocando-as em um contexto de responsabilização da sua própria saúde e bem-estar, evidenciando a priorização do exame ginecológico.

DESCRITORES: Oncologia; Neoplasias uterinas; Terapêutica; Prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues BC, Carneiro ACMO, Silva TL, Solá ACN, Manzi NM, Schechtman NP, et al. Educação em saúde para a prevenção do câncer cérvico-uterino. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012, v. 36, p.149-154.
2. Silva SED, Araújo JS, Oliveira CM, Vasconcelos EV, Cunha NMF, Santos RC. Representações sociais sobre a doença de mulheres acometidas do câncer cérvico-uterino. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam. Online*. 2016; 8(1):3667-3678.
3. Toriy AM, Pires AS, Zomkowski K, Luz CM, Krawulski E, Sperandio FF. Processo de recuperação físico-emocional no pós-câncer ginecológico. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2015, v. 23, n. 4, p. 747-756.
4. 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 cérvico-uterino. *Rev. esc. enferm. USP*. 2010;44(3):554-60.
5. Carvalho MCMP, Queiroz ABA, Moura MAV. Imagens sociais de mulheres com lesões precursoras do câncer cérvico-uterino: estudo de representações sociais. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(3):383-8.
6. Capelozza MLSS, Peçanha DL, Mattar R, Sun SY. A dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas. *Bol. Acad. Paulista de Psicologia*. 2014, v. 34, n. 86, p. 151-170.
7. Soares MC, Meincke SMK, Mishima SM, Simino GPR. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. *Esc. Anna Nery*. 2010;14(1):90-6.
8. Salimena AMO, Oliveira MTL, Paiva ACPC, Melo MCSC. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. *Rev Enferm Cent-Oest Min*. 2014; 4(1):909-20.
9. Pimentel AV, Panobianco MS, Almeida AMA, Oliveira ISB. A Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado de câncer do colo do útero. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(2):255-62.

CONHECIMENTO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA POR ACADÊMICOS DE ODONTOLOGIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Albert da Paixão Silva, Carlos Henrique Silva, Antônio do Carmo Moreira Neto, Fábio Ornellas Prado

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: albert_paixao@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer de boca é uma doença multifatorial de alta incidência mundial e considerada um problema de saúde pública, em que a prevenção e o diagnóstico precoce são as melhores formas de reverter essa situação¹. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma de células escamosas (CCE), que corresponde à faixa de 90 a 95% de todas as malignidades orais. Esse tumor predomina no sexo masculino, sendo que a grande maioria dos casos ocorre entre 50 e 70 anos de idade, havendo uma prevalência maior em indivíduos leucodermas e localização mais frequente sendo a língua^{6,2}.

Em sua forma avançada, pode manifestar-se sintomático, com uma base extensa e presença de massa consistente e nodular. As áreas anatômicas acometidas são as regiões dos lábios, mucosa jugal, gengivas, palato duro e mole, língua e assoalho, paredes posteriores e laterais da orofaringe, trígonorretromolar e região tonsilar.

Preliminarmente, os cursos de graduação devem preparar os estudantes e habilitá-los para atuar no diagnóstico de quaisquer agravos do sistema estomatognático. Assim, a avaliação do conhecimento acadêmico, em diferentes estágios da formação, seja antes e pós-ministração das disciplinas semiológicas, é meio plausível de mensurar a capacitação desses futuros profissionais, diante das diferentes alterações orais, especialmente do câncer bucal³. Diante disso, a presente revisão objetiva investigar na literatura o conhecimento e as atitudes preventivas acerca do câncer de boca por graduandos em odontologia.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi conduzida uma busca de artigos publicados do ano de 2015 ao ano de 2018,

na base de dados eletrônica Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês setembro de 2019. Foram utilizados os seguintes descritores: Neoplasias bucais, estudantes de odontologia e conhecimento, seguidos do operador booleano “AND”.

Encontrou-se no total 12 documentos, em seguida foram aplicados os filtros para a delimitação dos artigos a serem utilizados na revisão. Ao filtrar pela disponibilidade integral do texto e idioma, foram priorizados os idiomas português e inglês, sendo excluídos 3 documentos. Em seguida, foram excluídos pelo ano de publicação todos os artigos que não tivessem sido publicados no período de 2015 a 2018, restando 6 artigos.

Posteriormente, foi realizada a leitura de todos os títulos e resumos, sendo excluídos nessa etapa artigos repetidos. A partir disso, os 5 artigos restantes foram selecionados para a leitura integral do texto, ademais, foi incluído 1 artigo através de busca ativa livre, restando 6 artigos para análise e confecção da revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De maneira geral, os alunos de Odontologia terminam sua graduação com um conhecimento a ser melhorado sobre o câncer oral, quando o ideal seria formar profissionais inteiramente seguros e capazes de atuar incisivamente na sua prevenção e diagnóstico⁴.

As principais dificuldades encontradas foram em relação à conscientização do sexo prevalente, do profissional responsável pelo tratamento, da sintomatologia e do autoexame do câncer bucal³. Quanto aos fatores de risco, as maiorias dos estudantes conseguem identificá-los, apesar da insuficiente experiência clínica², ressaltando a necessidade de implementar medidas educativas continuadas ao longo do curso de forma a consolidar o ensino sobre essa patologia¹.

Em relação aos cirurgiões-dentistas, com exceção dos recém-formados que obtiveram bons conceitos nos campos avaliados, foi observado que a grande maioria está muito aquém do que se espera desses profissionais, ao exibir um baixo nível de conhecimento quanto à conduta frente às lesões orais potencialmente malignas e câncer oral, evidenciando-se a necessidade de maior conscientização da temática e existência de cursos de atualização que abordem esse tema⁵.

CONCLUSÃO

As instituições de ensino têm o importante papel de sensibilizar os alunos a dedicar parte do seu tempo de atendimento para a inspeção orofacial, a fim de diagnosticar anormalidades por meio do conhecimento dos fatores de risco para a doença, sexo que é mais acometido, profissional responsável pelo diagnóstico, formas de prevenção e tratamento³.

Esse hábito pode levar à identificação do câncer em estágios incipientes, detectar lesões com potencial de malignização, além de educar os pacientes para os riscos que levam a desenvolver uma neoplasia maligna. Lesões identificadas e tratadas em estadiamento inicial são favoráveis tanto a um bom prognóstico quanto para a qualidade de vida do paciente pós-tratamento.

Logo, torna-se preponderante a realização de exame intra e extraoral nas práticas clínicas por acadêmicos, bem como conscientizar os pacientes acerca dos fatores de risco atuando como um fator de prevenção ao câncer oral.

DESCRITORES: Estudantes de odontologia; Neoplasias bucais; Conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Gomes SV, Conceição TS, Neves PAM, Lopes FF, Cruz MCFN. Conhecimento sobre câncer bucal em estudantes de odontologia da Universidade Federal do Maranhão. *Rev. odontol. UNESP* 2015; 44 (1): 44-50.
2. Souza GT, Fonsceca LG, Araújo AMB, Freitas DA, Sousa AAD. Conhecimento de estudantes de Odontologia sobre os fatores de risco para o câncer bucal. *Arq. odontol.* 2017;53: 1-9.
3. Silva SR, Juliano Y, Novo NF, Weintfeld I. Estudo comparativo do conhecimento sobre câncer bucal entre acadêmicos de odontologia. *Einstein.* 2016; 14 (3): 338-45.
4. SousaBL, Lobato BA, PessinMS, Perez EG, Schmid LB. Conhecimento dos alunos de Odontologia na identificação do câncer oral. *Rev. bras. odontol.* 2016; 73 (3): 186-92.
5. Silva LGD, Alves ML, Severo MLB, Medeiros WKD, Ferreira MA, Miguel MCC, et al. Lesões Orais Malignas e Potencialmente Malignas: Percepção de Cirurgiões-Dentistas e Graduandos de Odontologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2018; 64(1): 35-43.
6. Andrade JOM, Santos CAST, Oliveira MC. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. *Rev. Brasileira de Epidemiologia.* 2015; 18(4): 894-905.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO GRUPAL EM AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabelle Santos Fiscina, Agda Mariana Rosa de Andrade, Mila de Araújo Oliveira

Universidade do Estado da Bahia- UNEB. E-mail: isabellefiscina@gmail.com

INTRODUÇÃO

A quimioterapia consiste em um tratamento oncológico por meio de substâncias químicas que interferem no funcionamento celular, tendo como objetivo a redução do câncer¹. Os quimioterápicos podem ser administrados pela via oral, intravenosa, intramuscular, subcutânea, intratecal ou tópica. A terapêutica traz efeitos colaterais, como fraqueza, diarreia, alterações no peso, mucosites, queda de cabelo, enjoos, vômitos, vertigem, dentre outros, repercutindo diretamente na rotina e em aspectos emocionais do paciente e de seus familiares².

O adoecimento oncológico, do diagnóstico ao tratamento, traz impactos não apenas físicos, mas também psicológicos, gerando sentimentos como medo, angústia e raiva. O paciente e os seus familiares podem experimentar repercussões em nível emocional, social, cultural e espiritual, as quais exigem uma reorganização da dinâmica familiar³.

Neste sentido, o presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de intervenção na modalidade de grupo de apoio no ambulatório de quimioterapia de um hospital oncológico de referência em Salvador-BA. As intervenções foram propostas por residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UNEB, do núcleo de oncologia. O grupo de apoio tem por objetivo promover um ambiente que favoreça o suporte social, o compartilhamento de experiências e a educação em saúde⁴.

MATERIAL E MÉTODOS

O ambulatório de quimioterapia está inserido no serviço de oncologia clínica, que é composto por uma equipe com médicos oncologistas e hematologistas, enfermeiras e técnicas de enfermagem. A sala de infusão de quimioterápicos é

subdividida em 7 salas menores, com poltronas e leitos, dispostos um ao lado do outro, e com um espaço reservado para o acompanhante. Tendo em vista a estrutura física das salas de aplicação, os diferentes tempos de infusão dos quimioterápicos (soros curtos, médios e longos) e a rotina da unidade foram estabelecidos que os grupos acontecessem com uma duração de aproximadamente 30 minutos e frequência semanal.

As atividades eram flexíveis e pontuais, assumindo o formato de grupo aberto, sendo seus participantes os pacientes que estavam em infusão de medicamentos e seus acompanhantes. As dinâmicas grupais eram utilizadas para facilitar a comunicação entre os participantes. Além disso, o seguinte plano de ação era levado em consideração durante a realização do grupo: Apresentação do Serviço de Psicologia da instituição, seus objetivos, e modalidades de atendimento (ambulatório e unidades de internação); retomada das orientações sobre o tratamento com a quimioterapia; reforço do autocuidado; promoção da percepção de saúde ampliada e integral, com vista aos aspectos subjetivos do processo de adoecimento; fortalecimento da comunicação com a equipe; identificação de estratégias de enfrentamento e rede de apoio do paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A proposta de intervenção foi iniciada a partir do segundo semestre de 2018 e foi finalizada neste mesmo ano, com a saída das residentes do campo de estágio/trabalho. No decorrer deste período, as atividades desenvolvidas possibilitaram um maior acesso às demandas subjetivas dos pacientes, permitindo intervenções diante de dúvidas, angústias, medos, ansiedade e fantasias relacionadas ao tratamento quimioterápico.

Ao mesmo tempo, estimularam o compartilhamento de experiências relacionadas ao adoecimento entre os participantes, facilitando a construção de redes de apoio e o fortalecimento de estratégias de enfrentamento. A modalidade de assistência grupal pode ser especialmente proveitosa, tendo em vista que a expressão de sentimentos e a troca de experiências relacionadas à doença e a seu tratamento podem contribuir para diminuição dos níveis de angústia e de ansiedade dos sujeitos, potencializando o processo de mudança⁴.

As intervenções realizadas se configuraram como estratégias importantes para a construção de linhas de cuidado integrals, considerando o sujeito em suas dimensões físicas, sociais, espirituais e psíquicas.

CONCLUSÃO

As atividades desenvolvidas reafirmam a importância da promoção do cuidado integral e da valorização da subjetividade dos pacientes e familiares. Portanto, compreende-se que o tratamento em um ambulatório de quimioterapia deve ir além da infusão de medicamentos e das práticas em saúde pautadas estritamente no saber biomédico.

DESCRITORES: Oncologia; Residência; Quimioterapia

REFERÊNCIAS

1. David, A; Windlin, I; Gaspar, KC. O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma contribuição da psicologia. Psicologia e Câncer. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
2. Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Tratamento do câncer. 2018.
3. Costa, JM; Finco, GM; Souza, RLG; Medeiros, WCM; Melo MCM. Repercussões biopsicossociais do diagnóstico de câncer colorretal para pacientes oncológicos. Revista da SBPH. 2016; 19(2), 5-23.
4. Santos, MA; Prado, MAS; Panobianco, MS; Almeida, AM. Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. Revista da SPAGESP, São Paulo. 2013;(12): 27-33.

REDE DE APOIO À USUÁRIA COM LESÃO PRECURSORA DE CÂNCER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camilla de Souza Menezes¹, Juliane Falcão da Silva¹, Michelle Oliveira Neves¹, Rebeca de Oliveira Paixão¹, Maiane França dos Santos², Helder Brito Duarte³

¹Fundação Estatal Saúde da Família. Dias d'Ávila, Bahia, Brasil. E-mail: millaa_menezes@hotmail.com

²Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador, Bahia, Brasil

³Hospital da Mulher. Salvador, Bahia, Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer no colo do útero é o quarto mais comum entre as mulheres, com alta taxa de incidência e mortalidade¹. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), apresenta aproximadamente 530 mil casos novos ao ano no mundo, levando uma média de 265 mil óbitos anualmente. Ainda segundo o INCA, este câncer caracteriza-se pela desordenação das células do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo invadir outras estruturas e tecidos contíguos ou à distância¹.

Devido a isso, constitui-se em uma experiência complexa que envolve dimensões biológicas, pessoais e psicológicas na vida. Portanto, torna-se de grande importância discutir o seu impacto na organização familiar, visto que na maioria dos casos a pessoa acometida é a provedora e cuidadora da família. Dessa maneira, a rede de apoio é considerada como uma importante ferramenta no processo de tratamento/cuidado, ou seja, configura-se em suporte de pessoas ou grupos que compõem as relações sociais dos indivíduos².

Diante do exposto, a temática é de grande relevância para o enfrentamento e manejo dos casos para os profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família. Objetiva-se através desse estudo relatar uma experiência no manejo do diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) grau II em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um Programa de Residência em Saúde da Família e os desafios frente à rede de apoio.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência realizado a partir da vivência durante o primeiro ano do Programa de Residência em Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família-SUS e Fundação Oswaldo Cruz- Bahia (Fiocruz-BA) em uma USF da região metropolitana de Salvador – Dias D'Ávila/BA, diante da atuação assistencial da enfermagem após alteração a nível celular constatando NIC II através do exame citopatológico do colo do útero. Nesta perspectiva, a proposta dos programas de residências multiprofissionais configura-se como estratégia de qualificação profissional partindo da realidade do serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentro do programa de residência os residentes assumem diretamente a assistência da população adscrita do território. No serviço, diversas estratégias de rastreamento preconizadas pelo Ministério da Saúde são implementadas, entre elas o rastreamento para o câncer de colo do útero³. O câncer invasor é precedido por lesões denominadas como NIC, classificadas em graus relacionados com a magnitude da desestruturação da arquitetura, classificadas em NIC I, NIC II ou NIC III³. A NIC, principalmente NIC I, pode regredir ou permanecer estacionária por muitos anos com taxa muito baixa de evolução para câncer invasor.

A NIC II ou III, entretanto, apresentam uma taxa maior de progressão e precisam ser tratadas com escolha de métodos terapêuticos a depender de vários fatores. O caso em questão representa os desafios e importância do acionamento dos pontos de apoio frente ao diagnóstico e continuidade do tratamento de uma mulher adulta jovem, analfabeta, provedora do lar, com quatro filhos menores de idade, sem outros familiares no município e com histórico de óbito materno pelo câncer no colo do útero.

Tais circunstâncias repercutiram diretamente no entendimento inicial do problema de saúde após alteração no resultado do citopatológico do colo do útero. Após acolhimento e escuta das condições e vulnerabilidades sociais da usuária algumas estratégias foram traçadas pela equipe. Para isso, foi necessário pensar cuidadosamente o itinerário terapêutico⁴ com articulações intersetoriais e ativação da rede de apoio

compreendida por vizinhos e amigos para realização do tratamento, por muitas vezes fora do município.

CONCLUSÃO

Um dos grandes desafios dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família é saber lidar com as mazelas e vulnerabilidades sociais e econômicas encontradas no território, assim como acionar os diferentes e diversos pontos da Rede de Atenção a Saúde, os quais podem ser intra e intersetorial.

O ser humano nasce e vive em uma rede de relações representada pela família, escola, comunidade, trabalho, entre outras. Nesses ambientes as pessoas desenvolvem-se e conquistam uma diversidade de lugares de interação social. As relações entre pessoas e ambientes oferecem possibilidades de apoio nos momentos de crise ou mudança e podem criar oportunidades de desenvolvimento humano através da qualidade dos meios de subsistência através das relações de suporte e de afeto⁵.

Dessa forma, a equipe deve estar atenta e traçar estratégias frente aos casos que surgem no território, utilizando as ferramentas que estiverem ao seu alcance, para que os usuários tenham um itinerário terapêutico eficaz.

DESCRITORES: Estratégia de Saúde da Família; Oncologia; Prevenção Primária; Colo do Útero

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância.
2. Ribeiro FF, Marteleto RM. A Configuração das Redes Sociais de Suporte a Pessoas com Câncer: um Olhar sob o Prisma da Informação e Comunicação em Saúde. *Rev bras cancerol.* 2018;64:77–85.
3. Brasil, Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. 2010.
4. Vilela R, Caldas L, Correia B, Almeida A, Silva MA, Santos SJ. A integralidade do cuidado em saúde na doença falciforme: uso de itinerário terapêutico no apoio à pesquisa qualitativa avaliativa. *CIAIQ2019.* 2019;2:746–55.
5. Carvalho Juliano M, Mattar Yunes M. Reflexões Sobre Rede de Apoio Social Como mecanismo de Proteção e Promoção de Resiliência. *Ambiente & Sociedade.* 2014;27(135):135–52.

ENFRENTAMENTOS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL FRENTE AOS CUIDADOS PALIATIVOS NO CÂNCER DE MAMA

Camilla de Souza Menezes¹, Juliane Falcão da Silva¹, Michelle Oliveira Neves¹, Rebeca de Oliveira Paixão¹, Maiane França dos Santos², Helder Brito Duarte³

¹Fundação Estatal Saúde da Família. Dias d'Ávila, Bahia, Brasil. E-mail: millaa_menezes@hotmail.com

²Fundação Estatal Saúde da Família. Salvador, Bahia, Brasil

³Hospital da Mulher Salvador, Bahia, Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer de mama configura-se como um dos maiores desafios no atual panorama de envelhecimento populacional no que se refere às doenças crônicas não transmissíveis no Brasil¹. É o tipo de câncer que mais acomete as mulheres no país e também o de maior mortalidade, sobretudo quando diagnosticada tardiamente². Caracteriza-se como uma doença de alta complexidade, necessitando de tratamentos exigentes e dolorosos, causando impacto na vida das mulheres, especialmente acerca das incertezas sobre sua cura³.

Segundo as últimas estatísticas mundiais do GLOBOCAN 2018⁴, foram estimados 2,1 milhões de casos novos de câncer e 627 mil óbitos pela doença. No Brasil, as estimativas de incidência de câncer de mama para o ano de 2019 são de 59.700 casos novos, o que representa 29,5% dos cânceres em mulheres. Em 2016, ocorreram 16.069 mortes de mulheres por câncer de mama no país².

Diante deste cenário, torna-se relevante investir em discussões sobre a temática, pois ao compreender a vivência da mulher acometida pelo câncer de mama, na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família, espera-se ampliar a compreensão do vivido e os desafios encarados, além de fortalecer a importância das práticas preventivas e de rastreio. O objetivo deste estudo foi relatar os enfrentamentos de uma equipe multiprofissional de um programa de Residência em Saúde da Família frente aos cuidados paliativos de uma mulher diagnosticada com câncer de mama metastático.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se do relato de experiência de uma equipe multiprofissional lotada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) da região metropolitana de Salvador – Município de Dias d'Ávila/BA. A equipe é composta em sua grande maioria por profissionais de saúde de um programa de Residência em Saúde da Família pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) vinculada a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

No caso vivenciado houve suporte multiprofissional de saúde, havendo atendimentos da equipe mínima da USF e do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF), os atendimentos foram realizados através da estratégia de visita domiciliar, consulta individual, consulta compartilhada e práticas integrativas corporais, objetivando acompanhamento, suporte familiar e cuidados paliativos.

Dentre os núcleos profissionais envolvidos no cuidado: Agente Comunitário de Saúde, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia. Os atendimentos ocorreram de forma programada pela equipe através do planejamento em saúde, levando em consideração os princípios e diretrizes do SUS⁵ e de acordo com a necessidade da usuária e família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O exame de mamografia como estratégia de rastreio é fundamental para o diagnóstico precoce do câncer mamário, melhorando o prognóstico e consequentemente aumentando a expectativa e qualidade de vida das mulheres⁶. Porém no caso acompanhado, a equipe se deparou com uma mulher sem requisitos para o rastreamento⁷, como histórico familiar e idade preconizada, o que dificultou a detecção precoce.

O diagnóstico então se deu pela identificação de nódulo em mama pela usuária e a partir dessa percepção a equipe de saúde realizou a investigação, diagnóstico do câncer, encaminhamento para serviço de cuidado especializado e acompanhamento. Embora, estudos⁸ venham trazendo o autoexame da mama como não mais recomendado, nesse caso foi um aliado fundamental para traçar o diagnóstico. Este

desencadeou um processo de negação da doença para usuária e familiares, necessitando de cuidados ampliados em saúde - clínica ampliada⁹.

Foram realizadas discussões para planejamento do cuidado continuado domiciliar, especialmente após retorno do ambiente hospitalar, onde já se apresentavam as limitações físicas e hipótese de metástase. No processo do cuidado, percebeu-se nitidamente as 5 fases do luto¹⁰ da terminalidade, sendo muito evidente a negação da doença. Durante o tratamento, foi confirmada metástase óssea e terminalidade da doença, o que levou a paciente a desenvolver um quadro de depressão.

A equipe multidisciplinar atuou objetivando ofertar toda a assistência necessária e em muitos momentos vivenciou o sentimento de incapacidade diante do quadro evolutivo da doença, especialmente na fase de medidas de conforto. Após 9 meses do diagnóstico a mulher foi a óbito trazendo para os profissionais que vivenciaram o processo de luto/morte sentimentos diversos do lidar com a perda.

CONCLUSÃO

O diagnóstico do câncer acarreta muito sofrimento para o paciente e a família, uma vez que a doença é muito estigmatizada pela sociedade e requer um tratamento que interfere em fatores fisiológicos e distúrbios de autoimagem¹¹. Os cuidados ofertados pela equipe para usuários em fase terminal são voltados para o conforto e melhora na qualidade de vida e para isso o diálogo sincero e humanizado prestado pelos profissionais corrobora para o melhor enfrentamento da doença e redução do medo da morte.

Apesar do suporte multiprofissional, o que foi fundamental para ofertar a melhor assistência do cuidado possível, lidar com o sofrimento, inclusive familiar, deixa a equipe sensibilizada e com sensação de não suprir todas as necessidades que emergem durante o processo. Para isso, nota-se a necessidade de debates sobre o processo morte/morrer para subsidiar as equipes e potencializar a prestação de cuidados.

DESCRITORES: Estratégia de Saúde da Família; Programas de Rastreamento; Neoplasias da Mama; Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Azevedo RF, Lopes RLM. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Enferm* 2010;63:1067–70. doi:10.1590/S0034-71672010000600031.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. 2019. Rio de Janeiro. [acessado 2019 Set 26]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-de-mama-no-brasil-sintese-de-dados-dos-sistemas-de-informacao>.
3. Ministério da Saúde. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância.
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2018; 68:394–424. DOI:10.3322/caac.21492.
5. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. 1990.
6. Santos AMR dos, Dias MBK, Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, editors. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2015.
7. Migowski A, Dias MBK, Nadanovsky P, Silva GA e, Sant’Ana DR, Stein AT. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. III - Desafios à implementação. *Cad Saúde Pública* 2018;34. DOI:10.1590/0102-311x00046317.
8. Migowski A, Silva GA e, Dias MBK, Diz MDPE, Sant’Ana DR, Nadanovsky P. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. *Cad Saúde Pública* 2018;34. DOI:10.1590/0102-311x00074817.
9. Padilha R de Q, Gomes R, Lima VV, Soeiro E, Oliveira JM de, Schiesari LMC, et al. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018;23:4249–57. DOI:10.1590/1413-812320182312.32262016.
10. Afonso SBC, Minayo MC de S. Uma releitura da obra de Elisabeth Kubler-Ross. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18:2729–32. DOI:10.1590/S1413-81232013000900028.
11. Gomes NS, Silva SR da. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária. *Texto Contexto - Enferm* 2013;22:509–16. DOI: 10.1590/S0104-07072013000200029.

ATENDIMENTO HUMANIZADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE EM EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS

Samilla Gonzaga Souza¹, Samile Rúbia Britto Sousa¹, Diamille Gomes da Silva¹, Lenine Almeida Mafra¹, Tuany Santos Souza¹, Rosana Almeida Nascimento²

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

² Faculdade de Tecnologia e Ciências- FTC.

INTRODUÇÃO

A emergência se caracteriza por ser um serviço de atendimento que requer intervenções rápidas¹. Na oncologia, a necessidade do serviço surge devido ao processo de toxicidade ocorrido, direta ou indiretamente, pelo tratamento quimioterápico ou ao avanço da neoplasia². Para que haja uma assistência de qualidade a pacientes com câncer, além da utilização de avançadas tecnologias, é necessário uma relação entre os profissionais da saúde pautada na bioética e integralidade. É indispensável à formação desses profissionais uma capacitação específica para o combate da doença, principalmente para os que atuam em unidades que prestam serviços de assistência oncológica³.

Dentro do perfil de multidisciplinaridade se encontram os profissionais farmacêuticos, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. Assim, faz-se necessário que estes sigam os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) e do Sistema Único de Saúde (SUS) na realidade das unidades em que atuam^{3,4}.

Esse perfil profissional tem a finalidade de colaborar com a adesão ao tratamento e com a relação pessoa-doença, pois os pacientes geralmente apresentam instabilidades emocionais e físicas intensificadas com o agravamento da doença, ocasionando a piora na qualidade de vida^{4,5}. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo analisar e sintetizar a literatura relacionada a importância do atendimento humanizado pela equipe multiprofissional de saúde em emergências oncológicas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura com caráter exploratório e descritivo a partir de levantamento bibliográfico em bancos de dados *online* como Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Pubmed, através da utilização de diferentes combinações dos descritores em português e seus cognatos internacionais “oncologia”, “equipe de assistência ao paciente”, “humanização da assistência” e “serviço hospitalar de oncologia”, com interlocução dos operadores *and* e *or*. Foram incluídos estudos publicados como artigos originais que abordam as atuações dos profissionais de saúde na assistência do paciente oncológico, publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês, português e espanhol.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A identificação rápida do quadro de emergência, pela equipe multiprofissional, torna o serviço prestado mais efetivo, garantindo qualidade de vida ao paciente, sendo que as emergências oncológicas podem ter início súbito, levando de algumas horas até meses para se manifestarem. Elas se caracterizam por serem de origem metabólica (síndrome da lise tumoral e hipercalcemia), estrutural (compressão medular), efeitos colaterais a quimioterapia (diarreia) e hematológica (neutropenia febril)⁶.

Morais realizou em 2016 uma pesquisa onde evidencia a necessidade da articulação do amplo conhecimento que possui a equipe multiprofissional, na criação de protocolos que valorizem a individualidade de cada paciente, viabilizando um projeto terapêutico exitoso em diferentes atendimentos⁷. É de suma importância que os profissionais envolvidos no atendimento de emergência possuam um olhar mais atento quanto a complexidade dos processos psicossociais e patológicos que são enfrentados pelos pacientes e suas famílias, de forma a aumentar a sua sobrevivência e otimismo quanto às condições da doença⁸.

Uma pesquisa realizada por Martins (2017) mostra que em muitos casos as famílias relatam ausência de um atendimento humanizado, o que gera falta de comunicação entre paciente-profissional-família e interfere na continuidade do cuidado. Já nos casos em que existe humanização fica evidente a melhora do quadro clínico do paciente e a tranquilização de seus familiares, que se sentem mais seguros e confiantes, pois tem conhecimento sobre a condição do paciente⁹.

Ademais, através da análise do estudo de Silva (2015), realizada com profissionais da oncologia fica notório que além de conhecimentos técnico-científico os profissionais que acompanham pacientes oncológicos também devem ter apoio psicológico para aprenderem a lidar com as dificuldades enfrentadas por seus pacientes, para que não sejam expostos a problemas emocionais que futuramente acometerão também a sua saúde¹⁰.

CONCLUSÃO

Através deste estudo foi possível verificar que os motivos que levam os pacientes oncológicos a procurar os serviços de emergência geram informações que podem ser utilizadas pela equipe multidisciplinar para identificar fatores de prevenção para possíveis retornos desses pacientes ao serviço. Porém, além de atendimento clínico, esses pacientes precisam de profissionais que o vejam como ser humano individual, e que observem suas diversas particularidades.

Neste sentido, tal necessidade demonstra a importância da qualificação de profissionais que atuam neste seguimento a fim de ultrapassar a assistência que observa somente a doença, mas não obstante, leve em consideração a abordagem humanizada que priorize o bem-estar biopsicossocial do paciente oncológico de maneira efetiva e integral.

DESCRITORES: Oncologia; Equipe de Assistência ao Paciente; Humanização da Assistência e Serviço Hospitalar de Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Kameo, SY et al. Urgências e Emergências Oncológicas: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2018; 64(4):541-550.
2. Buendía Bravo, S et al. Análise descritiva dos motivos que levam a consultas de emergência em pacientes com câncer: toxicidade pós-quimioterapia. *Farmácia Hospitalar*. 2015; 39(6): 333-337.
3. Ministério Da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro (RJ). 2017.
4. Beck, JL. Caracterização de pessoas com doenças hemato-oncológicas atendidas em uma unidade de urgência e emergência. 2018.

5. Farias, CP et al. Cuidado humanizado: do foco na doença para o foco no sujeito. In: Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. ISPA–Instituto Universitário. 2018; 175-180.
6. Boaventura, AP; Vedovato, CA; Dos Santos, FF. Perfil de los pacientes oncológicos tratados en una unidad de emergencia. Ciencia y enfermeira. 2015; 21(2):51-62.
7. Morais, GB et al. A valia do vínculo na relação equipe multidisciplinar-paciente oncológico para a continuidade do cuidado: uma revisão integrativa. Revista Saúde & Ciência Online. 2018;7(2):114-124.
8. Caires S et al. Contributos da educação e da humanização no processo de superação da recidiva oncológica pediátrica (p. 17-34). Revista de Ciências da Educação. 2018; 17-34.
9. Martins CSO et al. Comunicação e humanização: ferramentas da enfermagem na assistência à família do paciente oncológico. Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente. 2017;5(3):77-86.
10. Silva AF et al. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. 2015; 36(2); 56-62.

IMPACTO DO VÍNCULO ENFERMEIRA-PACIENTE NA ATUAÇÃO PROFISSIONAL E SUA RELEVÂNCIA PARA PESSOA SUBMETIDA À QUIMIOTERAPIA

**Caiuze Aguiar Nunes, Larisse Ramos de oliveira, Gabriel Aguiar Nunes, Larissa
Vasconcelos Santos, Jeniffer Souza Silva**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email: caiuze.an@gmail.com

INTRODUÇÃO

Por definição câncer é o nome atribuído a um grupo extenso com mais de cem doenças, cuja principal característica é a desordem no ciclo de crescimento e replicação celular, com alto potencial de invasão tecidual e comprometimento sistêmico¹. As estatísticas de câncer para o Brasil apontam o registro de 600 mil novos casos para cada ano do biênio 2018-2019², representando um grave problema de saúde pública. Ao passo que os números avançam, os serviços de atenção oncológica requerem de suas equipes maior qualificação visando uma assistência integral aos usuários.

No âmbito do tratamento antineoplásico por quimioterapia, tanto no contexto ambulatorial quanto no hospitalar, o desempenho da profissional enfermeira, apropria-se de maior complexidade diante de seus pacientes³, em virtude das suas demandas físicas e psicossociais. Isto posto, entende-se que para a enfermeira oncológica é essencial a fusão do saber científico à prática clínica holística⁴, onde a formação acadêmica se concilia às experiências vivenciadas na construção das relações estabelecidas com os usuários³.

Logo, este estudo objetivou descrever o impacto da atuação da enfermeira pautada na construção do vínculo profissional-paciente, a partir da ótica da pessoa com câncer submetida à quimioterapia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, a partir de dados coletados de início por meio do setor de Tratamento Fora Do Domicílio (TFD),

pertencente ao Departamento de Assessoria, Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Jequié. O recorte temporal dos cadastros foi de Janeiro a Julho de 2016, seguindo às entrevistas semi-estruturadas, com auxílio de gravador e guiadas por roteiro, entre Julho e Agosto do referido ano. Os critérios de inclusão foram: adultos entre 18 e 55 anos, cujo tratamento oncológico já havia sido concluído ou estava em curso no período. No TFD foram selecionados 130 registros, dos quais 15 se enquadravam no perfil elencado para a pesquisa, sendo 9 sujeitos não localizados, resultando em 4 entrevistadas, com idades de 24 a 49 anos.

Este trabalho foi desenvolvido a partir do projeto de pesquisa intitulado “A relação Enfermeira-Paciente na Atenção Oncológica: perspectivas do paciente”, que se encontra aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), através do Parecer nº 1.627.133, de acordo com os aspectos dispostos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS). Para a análise das informações colhidas foi utilizada a técnica aproximada do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁵, método respaldado teoricamente na Teoria das Representações Sociais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os relatos gravados das entrevistadas foram identificados como *R1, R2, R3, R4*. Após a transcrição, os recortes das falas com ideias centrais comuns entre si, foram reagrupados e inseridos de acordo as Expressões-Chave em um discurso único, conforme permitido pelo método de análise empregado. O discurso que fundamenta a produção deste estudo é “*DSC: Relevância da atuação da enfermeira durante a quimioterapia*”.

A atuação da enfermagem se faz primordial em todos os âmbitos da assistência. Diante disso, a enfermeira deve exercer suas atividades de modo sistematizado para que o cuidado prestado ao paciente se dê com qualidade⁶, especialmente no contexto da terapia oncológica. A quimioterapia consiste no uso de drogas que atuam no ciclo celular cancerígeno, porém apresenta repercussões sistêmicas, como êmese, inapetência, mielossupressão, disfunções gastrointestinais e alopecia⁷.

Todas essas manifestações típicas possuem grande impacto orgânico e emocional ao paciente, exigindo que a enfermeira da oncologia adote como objetivo de

atuação a avaliação contínua, focada nas demandas e escolhas de seus pacientes⁷. O DSC trouxe em seu cerne algumas percepções sobre a práxis da enfermeira: *“O primeiro contato que a gente tem é com a enfermeira quando inicia a quimioterapia. Eu creio que eles tenham um curso preparatório pra isso porque o tratamento é totalmente diferente do hospital comum e pra outras pessoas com outros tipos de doença”*.

O ponto enfatizado no DSC foi o estabelecimento de uma comunicação eficaz com a pessoa com câncer e todos os seus coparticipantes do processo terapêutico, favorecendo a construção de vínculo indissociável ao cuidado holístico e humanizado³: *“Eles dão ouvidos pra gente! Eles deixam a gente falar! O resultado é a segurança que esse vínculo trás. É um tratamento difícil e a gente sabe que as consequências dele são muito sérias, e quando a gente confia naquilo que o profissional fala e faz fica muito mais fácil”*.

CONCLUSÃO

O paciente oncológico trava uma árdua batalha frente ao adoecimento, perpassando por distintas modalidades terapêuticas. Aqueles submetidos à quimioterapia acumulam sobre si, além de possíveis outras intervenções, o desgaste físico e mental a cada sessão, e a difícil modificação na sua rotina pessoal, e por consequência no meio social a qual está inserido. Mediante o exposto, evidencia-se que essa sobrecarga deve ser levada em conta durante o cuidado prestado a esses indivíduos, em destaque pela a enfermeira, uma vez que sua assistência é constante.

A atuação profissional que viabiliza e valoriza o protagonismo do sujeito em tratamento por fim eleva seu o próprio desempenho. Para tal, práticas que fomentem uma relação profissional-usuário consistente, através da comunicação eficaz, escuta ativa e manutenção de vínculo, potencializam a qualidade tecnocientífica do trabalho em enfermagem, ao aliar o saber acadêmico à prática clínica integral, inerente à atenção humanizada.

DESCRITORES: Enfermagem Oncológica; Assistência Integral à Saúde; Humanização da Assistência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer: O que é câncer. 2019. [Acesso em out 2019], Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. – INCA. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. 2017 [Acesso em out 2019], Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>.
3. Luz KR, Vargas OAM, Barlem ELD, Schmitt PH, Ramos FRS, Meirelles BHS. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; 69(1): 59-63.
4. Souza GRM, Cazola LHO, Pícoli RP. Atuação do enfermeiro da atenção primária à saúde na assistência oncológica: revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2018; (23)4: e58152.
5. Souza TOD, Silva JMD, Nóbrega SSD, Constâncio JF. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. Rev. bras. enferm, 2012; 65(2): 215-221.
6. Silva LG, Moreira MC. Grau de complexidade dos cuidados de enfermagem: readmissões hospitalares de pessoas com câncer de mama. Rev Gaúcha Enferm. 2018; 39:e20180015.
7. Moretto IG, Contim CLV, Espírito Santo FH. Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem a pacientes em quimioterapia ambulatorial: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2019; 40:e20190039.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES APLICADAS AO PACIENTE PORTADOR DE CÂNCER

**Jelber Manzoli dos Anjos, Ariana Oliveira Santos, Thainan Alves Silva, Ananda Sodr e
Silva, Fernando Francisco Chagas dos Santos, Ismar Eduardo Martins Filho**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: jamanzoli@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2017, o câncer foi responsável por 16,9% dos óbitos, sendo a segunda causa de mortalidade. Os dados de internac o do Sistema  nico de Saúde (SUS) apontam que neoplasias corresponderam a aproximadamente 6,3% do número total de internac es hospitalares entre junho de 2009 a junho de 2019¹.

Dada a sua magnitude, o câncer representa um problema de saúde pública, exigindo esforcos multidisciplinares centrados em otimizar os tratamentos disponíveis e aumentar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela doenca. Diante da necessidade de universalidade e holismo no olhar que deve ser direcionado ao indivíduo portador de câncer, as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) se colocam como possibilidade terapêutica.

As PIC constituem sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevencao de agravos e recuperacao da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integracao do ser humano com o meio ambiente e a sociedade².

Ainda, sobre a visao integrativa das PIC sobre o indivíduo enfermo, tem-se a visao ampliada do processo saúde-doenca e a promocao global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Assim, fixa-se como objetivo deste trabalho discutir sobre a utilizacao das PIC como ferramenta terapêutica no cuidado ao paciente portador de câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se uma revisão integrativa sobre o uso da PIC no cuidado ao paciente portador de câncer. Optou-se pelo método de revisão integrativa por propiciar a identificação de lacunas, permitindo assim sugestões relevantes para a realização de novos estudos³.

Para a elaboração desta foram cumpridas as seis seguintes fases: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados seguida da apresentação da revisão integrativa⁴.

Neste trabalho, tem-se a seguinte questão norteadora: “Como as PIC podem ser aplicadas no cuidado ao paciente portador de câncer?”. Foi realizada a consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para conhecimento da terminologia em saúde. Foram utilizados os descritores: *Terapias Complementares/Complementary Therapies*, *Neoplasias/Neoplasms*, com a combinação do operador booleano *AND*.

O levantamento de dados ocorreu em setembro de 2019, e utilizou-se para a pesquisa as bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e *National Library of Medicine* no portal PUBMED.

Foram definidos como critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados no período de 2014-2019, gratuitos, nos idiomas português, espanhol e/ou inglês, cujos resultados abordassem as PIC como recurso terapêutico no tratamento oncológico. Todos os que não corresponderam a modalidade artigo foram excluídos, assim como estudos duplicados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após aplicação dos critérios adotados para a revisão, foram encontrados 251 artigos. Desses, 131 foram excluídos por duplicidade ou por não disponibilizarem os artigos na íntegra. Após leitura dos objetivos, metodologia e resultados, foram selecionados um total de cinco estudos que compuseram a mostra que embasam a discussão dos resultados.

Usa-se o termo recomendação para concluir que a terapia deve ser considerada uma opção viável, mas não singular, para o tratamento de um sintoma ou efeito colateral específico⁵.

Em relação à redução de ansiedade e estresse relacionado tanto ao tratamento quanto às alterações provocadas pelo câncer de mama a recomenda-se meditação, musicoterapia e Yoga. O gerenciamento do estresse é recomendado para reduzir a ansiedade durante o tratamento⁵.

Em relação à náusea e vômito induzidos por quimioterapia, a acupressão e eletroacupuntura pode ser considerada como um complemento aos medicamentos antieméticos para controlar náuseas e vômitos durante a quimioterapia, assim como o gengibre e o relaxamento durante a quimioterapia^{5,6,7}.

Nos casos de depressão, o relaxamento e a meditação (*mindfulness-based stress reduction*), yoga, massagem, musicoterapia e acupuntura são recomendados⁵.

A hipnose e o ginseng podem ser consideradas para melhorar a fadiga durante o tratamento. A acupuntura e o yoga podem ser consideradas para melhorar a fadiga pós-tratamento^{5,8}.

Na ocorrência de linfedema a terapia com laser de baixo nível, drenagem linfática manual e bandagem de compressão pode ser considerada para melhorar o linfedema⁵.

O controle de dor é uma das principais metas terapêuticas e pode ser otimizado através da acupuntura, imposição das mãos, hipnose e musicoterapia podem ser consideradas para o tratamento da dor⁵.

A meditação, yoga, além de acupuntura, visco, qigong, reflexologia e controle do estresse podem ser considerada para melhorar a qualidade de vida^{5,9}.

CONCLUSÃO

Os estudos apontam para a alta prevalência na utilização das PIC entre pacientes portadores de câncer em países do continente americano, asiático e europeu. Constatou-se uma maior concentração de estudos com recorte descritivo sobre a utilização das PIC. Enquanto poucos estudos relataram sobre o uso de técnicas e métodos específicos direcionados aos pacientes portadores de câncer^{5,6,7,8}.

Aparecem como fatores preditores para o uso das PIC ser do sexo feminino e maior escolaridade. Entre os casos de câncer, há uma maior prevalência na utilização das PIC entre pacientes portadores de câncer de mama, assim como foi o único tipo a apresentar uma diretriz de indicações clínicas para aplicação das práticas^{5,6,7}.

As PIC tem ampla aceitação pelos pacientes. As descobertas apoiam a necessidade de estudos aprofundados sobre produtos fitoterápicos e de origem animal comumente usados e seus efeitos potenciais na saúde de pacientes com câncer.

DESCRITORES: Câncer; Práticas Integrativas e Complementares; Medicina Tradicional; Medicina Complementar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). DATASUS. Acessado em 01 de outubro de 2019. Available from: (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>).
2. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015. Available from: (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf).
3. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método De Pesquisa Para A Incorporação De Evidências Na Saúde E Na Enfermagem. *Texto Context Enferm*. 2008;17(4):758–64.
4. Souza MT De, Silva MD da, Carvalho R De. Revisão integrativa : o que é e como fazer. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;8:102–6.
5. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, Johnson JA, Mumber M, Seely D, Zick SM, Boyce LM, Tripathy D. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 2017; 67(3): 194-232.
6. Buyadaa O, Jung HH, Mansoor A, Soojeung C, Dongwoon H. Complementary and alternative medicine use among patients with cancer in Mongolia: a National hospital survey. Oyunchimeg et al. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2017; 17(58): 01-08.
7. Mandreker B. Prevalence, patterns, and perceived value of complementary and alternative medicine among cancer patients: a cross-sectional, descriptive study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2017;17(345): 01-09.
8. Salamonsen A. Use of complementary and alternative medicine in patients with cancer or multiplesclerosis: possible public health implications. *European Journal of Public Health*. 2016; 26(1): 225–229.
9. Huebner J, Prott F.J, Muecke R, Stoll C, Buentzel J, Muenstedt K, Micke O. Economic Evaluation of Complementary and Alternative Medicine in Oncology: Is There a Difference Compared to Conventional Medicine?. *MedPrincPract* 2017;26(1):41-49.

USO DO CANNABIS NOS CUIDADOS PALIATIVOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

**Franciele Soares Balbionote, Daiane Brito Ribeiro, Ranna Gabriele Sampaio da
Conceição, Gabriele de Andrade Oliveira, Raíssa Brito Teixeira, Raiana Almeida
Cardoso**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
fran_balbinote@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O uso do cannabis para fins medicinais em pacientes oncológicos vem se destacando ao longo dos anos, principalmente para os pacientes que estejam em fase terminal, pois a sua utilização diminui os sintomas como algia e êmese e se torna uma alternativa para o tratamento paliativo¹.

A dor desencadeia desdobramentos negativos em todos os aspectos, principalmente na qualidade de vida desses pacientes oncológicos, no qual normalmente são prescritos opióides para alívio da dor, além de outras abordagens não medicamentosas, como terapias e fisioterapia utilizadas também.

Além dessas alternativas, há a introdução da utilização de compostos vegetais como a espécie *Cannabis sativa*, pois demonstra potencial eficaz no alívio da dor². Dessa forma, o objetivo desse estudo é avaliar a utilização do cannabis nos cuidados paliativos do paciente oncológico.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, baseada em artigos disponibilizados *online*, que contemplam a temática proposta. A busca dos achados nas bases de dados aconteceu no mês de outubro de 2019. Os descritores foram escolhidos a partir da consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e foram estes: Cannabis (1); Oncologia (2); e Tratamento (3).

Foi realizado um cruzamento utilizando os descritores controlados com auxílio do Operador Booleano AND. Sendo assim, esse estudo utilizou os seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis nas bases de dados supracitados; sem recorte temporal e terem sido publicados entre os anos de 2015 a 2019.

Como critérios de exclusão elegeram-se os textos resumo, editoriais, cartas ao editor e artigos que não contemplassem a temática proposta por esse estudo e escrita em espanhol. Durante a pesquisa e adotando o seguinte cruzamento: (1) AND (2) AND (3), foram encontrados 12 artigos. De posse dos 12 artigos, partiu-se para leitura flutuante, para analisar a pertinência do material.

Após a utilização dos critérios de elegibilidade 1 artigo foi excluído. Ademais, partiu-se para leitura na íntegra de 11 artigos, onde foram excluídos 5. Assim, 6 artigos foram utilizados para essa revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cannabis tem sido considerado como uma opção terapêutica no câncer, principalmente na fase terminal, mostrando-se eficaz no alívio da dor e alguns outros sintomas causados pela quimioterapia. No entanto, por ser considerado uma substância ilícita na maioria dos países, mesmo no uso terapêutico, faz com que os estudos voltados para sua eficácia sejam poucos^{2,3}.

A principal dificuldade encontrada é devido ao fato de ainda existirem poucos estudos eficazes e confiáveis para o uso do cannabis no tratamento oncológico, pois estes possibilitariam analisar os efeitos adversos e colaterais, a eficácia terapêutica, as interações dessa substância com outros medicamentos e, principalmente, qual dose utilizar em cada paciente, bem como a forma de administração^{3,4,5,6}.

O uso dessa terapêutica tem crescido bastante na população idosa, o que é preocupante, já que existem poucos estudos sobre o tema e, além disso, é comum a polifármacia nesse grupo e por não existirem muitas informações sobre as interações que a mesma pode ter sobre os medicamentos em geral não se sabe até que ponto deve-se utilizar. Outro ponto importante são as mudanças fisiológicas que ocorrem nos idosos como a perda da massa magra, aumento do tecido e a diminuição da função hepática, alterações essas que interferem no metabolismo, absorção dos fármacos e do

cannabis, podendo aumentar os seus efeitos adversos que são comuns, como a tontura, euforia e sonolência, causando efeitos prejudiciais ao idoso⁴.

CONCLUSÃO

As evidências científicas disponíveis se mostram eficazes na terapêutica oncológica, assim como no tratamento paliativo, principalmente, por diminuir sintomas como a dor, náuseas, vômitos e insônia, o que melhora a qualidade de vida dessas pessoas. No entanto, é notório que seu uso ainda é algo polêmico, pois a utilização desta substância mesmo que para fins terapêuticos, ainda é proibido na maioria dos países.

Dessa forma, encontramos uma lacuna, principalmente em relação aos estudos da mesma, o que dificulta o conhecimento sobre a eficácia e os benefícios. Portanto, evidencia-se a necessidade de mais estudos sobre a ação terapêutica do cannabis para os cuidados paliativos no tratamento oncológico, voltados principalmente para efeitos adversos, interações medicamentosas e dose terapêutica.

DESCRITORES: Cannabis; Oncologia; Tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Bar-Lev Schleider, Lihi et al. Análise prospectiva da segurança e eficácia da cannabis medicinal em grande população não selecionada de pacientes com câncer. *Revista Europeia de Medicina Interna*; 2018;(49), 37 – 43
2. Blake A, Wan BA, Malek L, DeAngelis C, Diaz P, Lao N, et al. Uma revisão seletiva da maconha medicinal no tratamento da dor do câncer. *Annals of Palliative Medicine*; 2017(6) 2 , 215-222
3. M.R.D. Brown, W.P. Farquhar-Smith .Cannabinoids and cancer pain: A new hope or a false dawn? *European Journal of Internal Medicine* 49 (2018) 30–36.
4. Abuhasira R, Schleider L .Bar-Lev, Novack V. Epidemiological characteristics, safety and efficacy of medical cannabis in the elderly. *European Journal of Internal Medicine* 49 (2018) 44–50.
5. Landa L, Jurica J, Sliva J, Pechackova M, Demlova R. Medical cannabis in the treatment of cancer pain and spastic conditions and options of drug delivery in clinical practice. *Biomedical papers*. 2018;162(1):18–25
6. Turgeman I, Bar-Sela G. Cannabis for cancer – illusion or the tip of an iceberg: a review of the evidence for the use of Cannabis and synthetic cannabinoids in oncology. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 4 de março de 2019;28(3):285–96.

CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**Roberta Barros de Miranda, Jarlan Santana de Souza, Poliana Souza Lapa,
Maryvânsley Nunes de Sá Reis, Gabriel Santos Lopes**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email:
roberta_betabarros@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o câncer (CA) se tornará em poucas décadas uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo e estima-se aumento da sua incidência de 12,7 milhões em 2008 para 21,4 milhões em 2030¹. Esta patologia crônica traz consigo repercussões sistêmicas em todas as dimensões, necessitando do cuidado integral ao paciente, sobretudo na fase de terminalidade².

Considerando a magnitude do CA, a mortalidade e incapacidades geradas por ele tornam-se problema de saúde pública, sendo necessário conhecer a atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito dos cuidados paliativos (CP) na promoção da qualidade de vida dos portadores de CA³. Assim, este estudo visa identificar na literatura e discutir estratégias do SUS para promover os cuidados paliativos em pacientes portadores de câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na qual utilizou-se os seguintes descritores para busca: “Cuidados paliativos”, “Câncer” e “Sistema Único de Saúde”. Os descritores foram pesquisados utilizando o operador booleano “AND”.

Os critérios de inclusão foram textos de artigos completos em português, publicados no período de 2014 a 2019. Com os critérios de exclusão estabeleceu-se

textos incompletos, indisponíveis nas bases de dados, textos de tese, textos duplicados em bases de dados ou que não abordassem o conteúdo tratado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 3 artigos no SciElo, 24 na BVS e 31 na LILACS. Destes, após leitura minuciosa e de acordo com os critérios de inclusão, selecionou-se 2, 1 e 5 artigos respectivamente, totalizando 8 trabalhos analisados. A OMS refere-se aos CP como uma abordagem terapêutica de apreciação à qualidade de vida, de doentes e familiares que enfrentamos desafios ocasionados por doenças de risco à vida, através do alívio do sofrimento, tratamento da dor e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual⁴.

A Política Nacional de Prevenção e Controle de Câncer prevê que os CP sejam ofertados nos três níveis de atenção à saúde de acordo com a hierarquização do SUS, garantindo direito universal, integral e com equidade à saúde. A respeito da integralidade, a atenção deve abranger aspectos biopsicossociais do paciente e de sua família, bem como o âmbito estrutural das equipes, que devem ser interdisciplinares a fim de ofertar tratamento holístico⁶.

Contudo, o Brasil ainda não possui políticas de implementação dos CP nos três níveis de complexidade, existindo modelo fragmentado, visto a ausência de interlocução entre as várias áreas da saúde⁷. Outro desafio está na não existência de Equipes de Saúde da Família capacitadas em CP, as quais os profissionais devem seguir princípios de sensibilidade, empatia, compaixão, interesse pela pessoa e respeito aos valores⁸.

Queiroz et al. (2013) destaca em estudo a percepção dos profissionais sobre as próprias limitações em lidar com a eminência da morte e realizar CP de maneira integral⁹. No nível médio de complexidade nota-se ausência de serviços especializados e presença de práticas invasivas e não resolutivas, comportamento repetido nos centros de alta complexidade em oncologia que compõe o nível terciário, os quais não atendem aos pré-requisitos de funcionamento, que incluem assistência ambulatorial multiprofissional, internações por ocorrência e de longa permanência e procedimentos e medicações de controle da dor⁵.

CONCLUSÃO

Fica evidente que a rede de atenção oncológica não está suficientemente estruturada, sendo escassos os serviços especializados em CP no Brasil e a prestação desse serviço pelo SUS. Assim, é urgente alteração no modelo fragmentado de assistência aos pacientes com câncer avançado nos níveis de atenção à saúde, que não respeitam os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A resolutividade desse desafio será possível por meio da intensificação das discussões sobre a temática, capacitação profissional possibilitando aprimoramento do cuidado, integração e fortalecimento das práticas em CP aos serviços já existentes nos três níveis de complexidade, com ênfase à atenção primária, pois através dessa é possível estabelecer cuidado próximo ao convívio familiar, favorecendo a assistência humanizada.

Desse modo, criação de lei é indispensável para regularização das atividades em CP, a fim de estabelecer programas de saúde e diretrizes específicas que garantam o auxílio integral.

DESCRITORES: Cuidados paliativos; Câncer; Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pilatti P, Lagni V, Picasso M, Puma K, Mestriner R, Machado D, Mahmud S, Jardim G, Braga H, Blatt C, Zortéa K. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]. 2017 Jun 22; [Citado em 2019 Set 27]; 12(39): 1-10. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1339>
2. Mendes E C, Vasconcellos L C F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 106 [Acessado 27 setembro 2019], pp. 881-892. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>.
3. Frossad A. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. *Cad. EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 14, n. spe, p. 640-655, July 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512016000700640&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Sept. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395114315>.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2. ed. Genebra: OMS, 2002.
5. Mendes E C, Vasconcellos L C F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Sep [cited 2019 Sep 29]; 39(106): 881-892. Available from:

- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300881&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>.
6. Pilatti P, et al. Cuidados paliativos oncológicos em um serviço público de atenção domiciliar. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017.
 7. Saito D Y T, Zoboli E L C P. Cuidados paliativos e a atenção primária à saúde: scoping review. *Rev. Bioét.* [Internet]. 2015 Dec [cited 2019 Sep 29]; 23(3): 593-607. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000300593&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015233096>.
 8. Combinato D S, Ferreira M, Sueli T. (em defesa dos) cuidados paliativos na atenção primária à saúde. *Mundo da Saude*, p. 433-441, 2012.
 9. Queiroz A H A B, Pontes R J S, Souza A M A, Rodrigues T B. Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Sep [cited 2019 Sep 29]; 18(9): 2615-2623. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>.

PROMOÇÃO DA SAÚDE FRENTE À PREVENÇÃO DAS NEOPLASIAS MAMÁRIAS: REVISÃO DE LITERATURA

Benedito Fernandes da Silva Filho, Gilberto Alves Dias, Mariana Alves Soledade de Jesus, Júlia Maria Nascimento Penha, Laís Emily Souza Trindade, Cristian Lucas dos Santos Bezerra

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail: ditofilho13@gmail.com

INTRODUÇÃO

A neoplasia mamária, popularmente conhecida como câncer de mama, consiste em uma multiplicação desordenada das células mamária as quais formam tumores malignos. Todavia, apesar do processo fisiopatológico similar, existem vários tipos de neoplasias mamárias, as quais influenciam diretamente nas diferentes formas de evolução da patologia¹.

Por ora, as neoplasias mamárias são as mais comuns entre mulheres em todo mundo e no Brasil. Perdendo apenas para as neoplasias de pele não melanoma, correspondem a cerca de 25% dos novos casos a cada ano mundialmente. Apenas cerca de 1% dos casos acontecem em homens¹. A mamografia é o principal exame de prevenção ao câncer de mama. Entretanto, fatores como idade, escolaridade, estado civil e renda interferem na adesão ao exame².

As neoplasias mamárias não podem ser explicadas por uma única causa, entretanto, a idade é um fator importante. A cada cinco casos de câncer de mama quatro ocorrem após os 50 anos de idade. Todavia, a atividade física, alimentação saudável, peso corporal adequado, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, amamentar e evitar o uso de fármacos a base de hormônios sintéticos como os anticoncepcionais são formas de evitar o câncer de mama¹.

Nesse sentido, a promoção da saúde frente às neoplasias mamárias é de fundamental importância para a redução da incidência dos casos. Dessa forma, este estudo buscou descrever quais são as formas de promoção da saúde em relação aos casos de câncer de mama.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão de literatura integrativa, por meio da análise de artigos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a qual ofereceu acesso para as bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e no portal de periódicos Scientific Electronic Library Online. A Scientific Electronic Library Online (SciELO). A pesquisa ocorreu no mês de outubro de 2019. Utilizaram-se os seguintes descritores: Neoplasias da Mama; Promoção da Saúde; Prevenção Primária, intercalados pelo operador *booleano* "AND".

Como critérios de inclusão estabeleceram-se os seguintes: artigos disponíveis na íntegra, publicados entre os anos de 2014 a 2019, sem restrição de idiomas. Como critérios de exclusão: artigos não disponíveis na íntegra, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, trabalhos repetidos, trabalhos que não versassem sobre a temática ou que fossem publicados antes do ano de 2014. Por ora, como questão norteadora deste estudo, emerge: Quais as formas de promoção da saúde frente aos casos de neoplasias mamárias?

Ao todo foram encontrados 190 artigos. Entretanto, após leitura minuciosa dos mesmos frente aos critérios de inclusão reduziu para 19, foram selecionados 05 estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos discutem sobre a dificuldade de qualificação dos profissionais de saúde frente ao atendimento que vise não somente o tratamento das neoplasias mamárias, mas também a prevenção das mesmas. A falta de oferta de mamografias e de práticas preventivas como o autoexame também são um impasse para a promoção da saúde das pessoas em relação a prevenção do câncer de mama³.

Estudo aponta a baixa participação de mulheres em atividade de promoção à saúde no âmbito da estratégia saúde da família. Além disso, destaca-se a visita domiciliar frequente apenas dos agentes comunitários, estando os demais profissionais distanciados do âmbito residencial. Entretanto, o que mais chama a atenção é o baixo índice de consultas ginecológicas e mamografias. Entre mais de 500 mulheres com idade superior a 50 anos, apenas 10 tiveram as mamas examinadas no ano que antecedeu a pesquisa⁴.

Em relação aos hábitos de vida, estudo aponta maior prevalência de mulheres com câncer de mama e colo de útero para aquelas que realizavam pouca atividade física, faziam consumo de álcool e se alimentavam em grande proporção de frutas e hortaliças. Nesse sentido, a pesquisa ressalta a importância de ações que vislumbrem a bons hábitos com a finalidade de reduzir o número de neoplasias⁵.

Ressalta-se que a promoção a saúde pode ocorrer até mesmo quando a neoplasia mamária já está instalada. A utilização de medicamentos específicos no tratamento do câncer de mama pode oferecer melhor qualidade de vida e maior chance de recuperação. Todavia, é evidente as lacunas das políticas públicas as quais ainda negligenciam ou dificultam o acesso aos medicamentos do tratamento do câncer de mama⁶.

Pesquisa aponta que a falta de políticas mais intensas que promovam a educação em saúde e o aumento de exames como o de mamografia colocam a região nordeste como uma das quais mais morrem mulheres no Brasil. Por ora, caso não modificado, tal parâmetro tenderá a permanecer constante nos próximos dez anos⁷.

CONCLUSÃO

Nota-se que todos os estudos neste trabalho versam diversas falhas frente à neoplasias mamárias sejam elas no âmbito da prevenção das mesmas ou na melhor qualidade de vida ofertada nos casos de recuperação das neoplasias já instaladas. A educação em saúde frente aos hábitos alimentares, atividade física, e o autoexame ainda são altamente negligenciados.

Ademais, perceberam-se falhas frente à realização da mamografia seja pela falta de aparelhos ou até mesmo pelo não encaminhamento ou falta de conscientização oferecida por parte dos profissionais de saúde, meios de comunicação e sociedade em geral às mulheres, as quais são o maior grupo de incidência dos casos de câncer de mama.

Dessa forma, é necessário o fortalecimento das políticas públicas com a finalidade de proporcionar uma educação em saúde mais efetiva frente à promoção da saúde relacionada às neoplasias mamárias. Além disso, a maior cobertura dos exames de mamografias, medicamentos e consultas especializadas é necessária.

DESCRITORES: Neoplasias da Mama; Prevenção e Controle; Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA; 2019. [acesso em 06 out 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
2. Moreira CB, Fernandes AFC, Castro RCMB, Oliveira RDP, Pinheiro AKB. Levantamento de determinantes sociais de saúde relacionados à adesão ao exame mamográfico. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(1):106-112.
3. Ohi ICB, Ohi RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2016; 69(4):793-803.
4. Pasqual KK, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2015; 36(2):21-7.
5. Silva GA, Rezende LFM, Gomes FS, Souza PRBS, Szwarcwald JCL, Neto JE. Modos de vida entre pessoas que tiveram câncer no Brasil em 2013. Ciênc Saúde Colet. 2015; 21(2):379-388.
6. Deprá AS, Ribeiro CDM, Maksud I. Estratégias de instituições da sociedade civil no acesso a medicamentos para câncer de mama no SUS. Cad Saúde Pública. 2015; 31(7):1517-1527.
7. Barbosa IR, Costa ICC, Pérez MMB, Souza DLB. Mortalidade por câncer de mama nos estados do nordeste do Brasil: tendências atuais e projeções até 2030. Rev Ciênc Plur. 2015; 1(1): 4-14.

ESPIRITUALIDADE: UMA ABORDAGEM APLICADA À ONCOLOGIA

**Malu da Silva Damaceno, Mariana Alves Soledade de Jesus, Júlia Maria Nascimento
Penha, Tâmilés Souza Oliveira, Laís Emily Souza Trindade, Benedito Fernandes da
Silva Filho**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
malu.damaceno12@gmail.com

INTRODUÇÃO

O cuidado ao paciente oncológico é um desafio para a equipe multiprofissional e demanda uma atenção eficaz às distintas dimensões que a doença possui pois atinge os envolvidos desde aspectos biopsicossociais até a sua espiritualidade¹. Segundo o Instituto Vencer o Câncer (2018)², a patologia é uma das principais causas de morte no mundo.

O diagnóstico pode causar instabilidades emocionais por se tratar de uma doença culturalmente conhecida por aproximar o indivíduo da morte. Dessa forma, o tratamento oncológico propicia a cura ou o alívio dos sintomas por meio de cuidados psicológicos e paliativos que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes³.

Dentre as estratégias de cuidados para enfrentamento da doença, a espiritualidade ganha um espaço importante no processo da tríade saúde-doença-cuidado². Esta é definida como o conjunto de ideais subjetivos e, é caracterizada como a busca que o ser humano faz pelo sentido e propósito da vida⁴.

Deste modo, considera-se que a espiritualidade se torna um importante mecanismo para o tratamento da doença pois, busca ajudar o paciente oncológico a enfrentar a enfermidade através de práticas que contribuem positivamente à saúde mental e ao enfrentamento da doença⁴. Partindo desse pressuposto, objetiva-se compreender a importância que a prática da espiritualidade exerce nos pacientes oncológicos na perspectiva de enfrentamento da doença.

MATERIAL E MÉTODOS

Revisão integrativa de literatura, na qual foi realizada uma avaliação crítica de artigos contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir dos descritores: “Espiritualidade”, “Câncer”, “Oncologia” com auxílio do operador booleano “AND”.

A pesquisa foi realizada em fevereiro de 2019. Para objetivar o trabalho, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: textos completos disponíveis, compreendidos entre os anos de 2016 a 2019, publicados em português e ter como assunto principal o tema espiritualidade aplicada aos pacientes oncológicos no enfrentamento da doença.

Os critérios de exclusão foram artigos fora do período proposto, artigos não disponíveis integralmente para leitura ou que não tratassem da temática em questão. Inicialmente foram encontrados 21 artigos. No entanto, após aplicação dos filtros e leitura flutuantes dos respectivos resumos, este número reduziu para 07, sendo eliminados os artigos repetidos e que não preencheram os critérios selecionados. Totalizaram-se 04 para absorção dos dados, todos estes indexados na base de dados da SciELO, LILACS e sites de busca de artigos acadêmicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico de câncer pode desencadear no paciente/usuário e seus familiares um desequilíbrio psíquico, físico, social, emocional e espiritual, causando impactos em diferentes aspectos da vida que excedem necessidades específicas da doença e do curso do tratamento³. O câncer estabelece no paciente uma situação em que, radicalmente, o impõe a adoção de um novo estilo de vida⁵.

A espiritualidade é uma estratégia de enfrentamento da doença que envolve questões e reflexões sobre o significado e propósito da vida, permitindo a conexão consigo mesmo e principalmente com algo “divino”. Para isso, esta se baseia por meio da fé, orações, crenças ou outras formas capazes de reestabelecer o equilíbrio humano ao motivar forças para cura ou para minimizar o sofrimento da doença e do tratamento³.

A energia positiva oriunda da fé, crença e/ou outros aspectos, poderá, no paciente oncológico, contribuir para melhorar sua condição de viver, sentir e reagir. Dessa forma, entende-se que a espiritualidade é multidimensional, relacional e engloba

significados, propósitos, autorreflexão, esperança, fé e crenças para encarar a doença e o seu tratamento³.

A aplicação da espiritualidade ganha um espaço gratificante em centros oncológicos. Existem benefícios já observados como a redução de índices de depressão, maior controle da ansiedade e mais comprometimento com o tratamento. Dessa forma, a equipe de saúde pode proporcionar espaços para discussão da temática estando assim, preparados para atender demandas que ultrapassem necessidades físicas⁶.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolverem um olhar holístico, a fim de proporcionarem o devido apoio afetivo no campo espiritual. Todavia, é estimado que esse olhar necessite ser de integralidade, pois, é preciso envolver as demais dimensões humanas de maneira inter-relacionada⁵.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que a espiritualidade é um mecanismo importantíssimo para o campo da saúde, principalmente para os pacientes oncológicos em fase de tratamento. Isso se concretiza a partir do momento em que as pesquisas relatam que o desenvolvimento da espiritualidade desencadeia um resultado positivo frente à doença, como por exemplo, a contribuição efetiva que proporciona benefícios concretos como redução dos índices de depressão, maior controle com a ansiedade e um melhor comprometimento com o tratamento.

Evidencia-se a evolução significativa de pacientes espiritualizados e o quanto essa técnica pode contribuir para possíveis melhoras no tratamento da patologia. Além disso, os profissionais da saúde necessitam compreender melhor o assunto e adentrarem por meio de discussões na temática a fim de oferecerem um cuidado mais humanizado aos pacientes, ultrapassando suas necessidades físicas.

DESCRITORES: Espiritualidade; Câncer; Oncologia.

REFERÊNCIAS

1. Freire, MEM, Vasconcelos MF de, Silva Terezinha Nunes da, Oliveira KLO.. Assistência espiritual e religiosa a pacientes com câncer no contexto hospitalar. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2017; 9(2): 356, 2017.
2. Instituto Vencer o Câncer. (2018). Agência internacional estima mais de 18 milhões

de novos casos de câncer para este ano em todo o mundo. [publicação online]; 2018 [acesso em 20 de mar 2019]. Instituto Vencer o Câncer. Disponível em: <https://www.vencerocancer.org.br/cancer/noticias/agencia-internacional-estima-mais-de-18-milhoes-de-novos-casos-de-cancer-para-este-ano-em-todo-o-mundo/>.

3. Siqueira HCH de, Cecagno D, Medeiros ACM de, Sampaio AD, Rzungels RF. Espiritualidade no Processo Saúde-Doença-Cuidado do Usuário Oncológico: Olhar Do Enfermeiro. J Nurs UFPE on line., Recife, 2017; 11(6): 2996–3004, 2017.

4. Oliveira, PF de, Queluz FNFR. A Espiritualidade no Enfrentamento do Câncer. Revista de Psicologia da IMED, 2016; 8(2): 142–155, 2016.

5. Silva BS, Costa EE, Picasso IGS, Silva G, Silva AE, et al. Percepção da Equipe de Enfermagem sobre Espiritualidade nos Cuidados de Final de Vida. Coitare Enfermagem, 2016. 21(4): 1–8, 2016.

6. Instituto Vencer o Câncer. (2018). A Trabalhar a espiritualidade é benéfico para o paciente oncológico. [publicação online]; 2018 [acesso em 20 de mar 2019]. Instituto Vencer o Câncer. Disponível em: <https://www.vencerocancer.org.br/cancer/atitudes-contra-o-cancer/trabalhar-a-espiritualidade-e-benefico-para-o-paciente-oncologico/>.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM COMO REDE DE APOIO PARA MULHERES MASTECTOMIZADAS

**Rebecca Calheira Barreto, Anadir de Almeida Farias, Eliane Fonseca Linhares, Maicla
Oliveira da Silva, Marcela Rossi Ribeiro, Micaela Leão de Sousa**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
rebeccacalheira@outlook.com

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é causado pela multiplicação desordenada de células da mama. É o mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, depois do de pele não melanoma. Constituído-se um relevante problema de saúde pública¹. O diagnóstico de câncer de mama provoca grande impacto sobre a vida das mulheres, suscitando medo e angústia entre elas, devido a sua alta prevalência e a magnitude de suas repercussões psicossociais. A vergonha muitas vezes contribui para fazê-la ocultar a doença do ambiente social, escondendo o diagnóstico, adiando a revelação da sua nova condição², possibilitando assim um tratamento tardio e redução das opções terapêuticas.

Neste contexto, quando o diagnóstico do câncer traz a necessidade da mastectomia, ocorrem graves consequências psicológicas, em virtude do significado das mamas para as mulheres, dado que estas representam a sua sexualidade e feminilidade³⁻⁴. Nesta conjuntura, a assistência de enfermagem constitui importante fonte de apoio para as mulheres que vivenciam as repercussões biopsicossociais pós mastectomia, visto que proporciona estímulos favoráveis no processo de aceitação, ofertando ajuda necessária para que estas enfrentem os problemas psicossociais.

Ademais os profissionais do cuidado, em especial o enfermeiro, se disponibilizam à escuta sensível e aconselhamento às mulheres da melhor maneira possível⁴. Este estudo tem como objetivo descrever a assistência de enfermagem como rede de apoio para as mulheres mastectomizadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica, descritivo, de abordagem qualitativa, com enfoque na temática “Assistência de enfermagem como rede de apoio para mulheres mastectomizadas”. A busca pelos artigos, foi realizada nas bases de dados SciELO, Bireme, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Google acadêmico, no mês de setembro do ano de 2019. Na primeira busca, foram inseridos os Descritores “Assistência de Enfermagem”; “Mastectomia”; “Emoções”, com o uso do operador booleano AND, para levantamento dos artigos a serem utilizados. Estes foram escolhidos a partir da terminologia Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Desse modo, foram obtidos 18 artigos. Destes, utilizou-se como critérios de inclusão artigos em português, publicados entre o período de 2012-2019. E foram estabelecidos como critérios de exclusão: teses, monografias e os estudos repetidos; reduzindo assim para 10, que após a leitura dos títulos e resumos totalizaram 3 artigos. No Google acadêmico, foi selecionado apenas 1 artigo. Desse modo, foi constituída a amostra deste estudo de acordo com o objetivo proposto. Essa revisão bibliográfica proporcionou o embasamento teórico sobre o tema, facilitando o desenvolvimento do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres mastectomizadas experimentam numerosas e diferentes percepções a respeito da própria imagem corporal. Vivenciam sentimentos de preocupação, nervosismo, medo e tristeza. Pois com a retirada da mama implica mudanças extremas, por se tratar de um órgão que é símbolo de feminilidade, estética, sexualidade e maternidade³⁻⁵.

As mudanças físicas refletem na aparência pessoal, repercutindo diretamente na autoestima. Além disso, limitações nas atividades domésticas ocasionadas pelo pós-operatório influenciam na reintegração da mulher, visto que, abdicar do seu papel de cuidadora do lar e da família para ser cuidada, gera grande impacto para a mesma, que historicamente assumiu esse papel na sociedade. Ademais, essa situação altera a rotina e toda dinâmica familiar⁵⁻⁶.

Nesse contexto, a rede de apoio é um dos fatores de proteção e de recuperação pós mastectomia, transmitindo força para enfrentar e lidar com a doença. Esse apoio social fortalece a autoconfiança, aumenta a capacidade de superação, além de

proporcionar autonomia. Esse apoio pode surgir da família, grupo de amigos, trabalho, religião, equipe de saúde, especialmente da Enfermagem².

Por conseguinte, a articulação e o planejamento da assistência de enfermagem visam não apenas as orientações de autocuidado pós-cirurgia, mas também ações para redução de dificuldades vivenciadas por estas mulheres, que englobem suas necessidades físicas e psicológicas. Em vista disso, é importante que a enfermagem integre à família no planejamento de cuidados, para que compreendam e assumam seu papel de cuidadora no processo recuperação e reabilitação².

CONCLUSÃO

O estudo procurou descrever a assistência de enfermagem como rede de apoio para as mulheres mastectomizadas, de forma que compreendesse os sentimentos vivenciados e experimentados por elas. A relação da assistência de enfermagem voltada como rede de apoio possui um relevante papel, uma vez que, o enfermeiro tem função de educador, otimizador do autocuidado, atuando juntamente com a equipe multidisciplinar.

A temática abordada é de suma relevância em virtude dos sentimentos negativos que acompanham toda trajetória dessas mulheres, desde o diagnóstico de câncer de mama até a mastectomia. Neste sentido, é necessária a utilização de estratégias de enfrentamento ao câncer e a mastectomia, além de mais estudos voltados para esta patologia e suas repercussões. Espera-se que o estudo forneça subsídios para a prática humanizada da assistência de enfermagem direcionada à mulher mastectomizada.

DESCRITORES: Assistência de Enfermagem; Mastectomia; Emoções.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
2. Carvalho CMS, Amorim FCM, Silva RTS, Alves VF, Oliveira ADS, Monte NS. Sentimentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Revista de Enfermagem. 2016; 10 (11): 3942-50.
3. Nascimento KTS, Fonsêca LCT, Andrade SSC, Leite KNS, Costa TF, Oliveira SHS. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de

- mastectomia em um hospital escola. Revista enfermagem UERJ. 2015; 23 (1): 108-14.
4. Carvalho ZMF. Orientação de enfermagem- fator importante no ajustamento das mulheres mastectomizadas: contribuição à assistência de enfermagem. Revista Bras. Enf. 1984; 37 (3/4): 157-164.
 5. Carvalho APR, Santos TMB, Linhares FMP. Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. Revista cogitare enfermagem. 2012; 17 (3): 485-91.
 6. Silva MB, Júnior JMP, Miranda FAN. Trajetória de vida de mulheres mastectomizadas à luz do discurso do sujeito coletivo. Revista Online de Pesquisa. 2016; 8 (2): 4365-4375.

PERCEPÇÃO DE MÃES SOBRE O CUIDADO A CRIANÇA COM CÂNCER

Eliane dos Santos Bomfim, Mariana Alves Soledade de Jesus, Bruno Gonçalves de Oliveira, Eduardo Nagib Boery, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. E-mail:
eliane bomfim17@gmail.com

INTRODUÇÃO

O câncer (CA) representa mundialmente, a primeira causa de morte em crianças e adolescentes. Assim, nos últimos anos a incidência tem aumentado expressivamente, sendo considerado um dos maiores problemas de saúde pública. O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças e possui em comum a proliferação descontrolada de células anormais, podendo ocorrer em qualquer local do organismo¹.

Conforme Instituto Nacional do Câncer, no Brasil o CA representa a segunda causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos. Estima-se que 70% das crianças submetidas aos tratamentos podem ser curadas com o diagnóstico precoce e acompanhamento em centros especializados^{1,2}.

Assim, a experiência de ter uma criança com câncer pode vir acompanhado de diversos sentimentos como impotência, medos e angústias com relação à doença estabelecida³. Então, diante do diagnóstico de um filho com CA, as mães passam por um processo de significação, ao qual é originado pela percepção destas em relação à doença e a relação do cuidado com o filho.

Nesse sentido que o cuidado a pessoa pode ser expresso por meio de comportamentos e ações que abrangem conhecimento, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de proporcionar potencialidades das pessoas para manter ou melhorar as condições humanas no processo de viver e morrer. Dessa forma, o estudo tem como objetivo compreender a percepção de mães sobre o cuidado a criança com câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, de natureza qualitativa. O estudo foi realizado no Grupo de Apoio a Crianças com Câncer no município do interior da Bahia com 19 mães de criança com diagnóstico de câncer. Assim, foram levados em consideração os seguintes critérios de inclusão: Ter idade superior ou igual a 18 anos; Ser mãe de crianças com idade entre 1 a 10 anos com diagnóstico de câncer, em acompanhamento de tratamento na instituição referida no estudo.

A coleta ocorreu por meio da entrevista semiestruturada, entre janeiro a março de 2016. Os dados foram analisados a partir das informações apresentadas pelas participantes durante as técnicas utilizadas. Foi utilizada a análise de conteúdo temática⁴. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB através do parecer nº 1.356.685/2016 de acordo a Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Concernente ao material oriundo das entrevistas semiestruturadas, emergiram duas categorias que favoreceram a percepção dessas mães sobre o cuidado a criança com câncer. As categorias emergidas foram intituladas: O cuidado inserido no cotidiano das mães aos filhos com CA e práticas de cuidado baseado no sentimento materno.

Nesse sentido, foi evidenciado na primeira categoria que diante da doença ao filho com CA, a mãe passa por um processo de significação, modificando toda dinâmica familiar, principalmente relacionada aos cuidados específicos com finalidade de impedir o agravamento ao filho acometido pela doença. Além de promover o bem-estar físico, emocional e psicológico destes.

Os cuidados realizados pelas mães envolvem práticas básicas de cuidado ao filho, evidenciando o processo de mudança no cotidiano das mães após o diagnóstico e tratamento da doença de seus filhos. Corroborando com nossa pesquisa, um estudo⁵ ressalta que para os pacientes em tratamento oncológico existem algumas ações que são fundamentais para redução de microrganismos, pois durante o tratamento, acontece a diminuição da imunidade, necessitando de cuidados especiais com a higiene, preparo do alimento e ambiente, com o objetivo de reduzir a contaminação e o risco de infecções oportunistas, que podem debilitar e dificultar o tratamento.

Na segunda categoria, as práticas de cuidado baseado no sentimento materno são fundamentadas no amor que essas mães possuem pelos seus filhos, o amor que assume uma responsabilidade de proteção⁶. Desse modo, evidencia-se através dessa categoria o cuidado à criança com câncer expressando os aspectos afetivos do cuidado, com carinho e o amor, revelando o amor como sentimento maior.

CONCLUSÃO

A experiência de cuidar de um filho com câncer traz consigo dificuldades, ocasionados pelo processo de adaptação à realidade social estabelecida. Então, cuidar do filho com câncer transpõe a barreira do dever e da responsabilidade materna, expõe o valor do exercício do amor incondicional, característico das mães, com o propósito do alcance do bem estar da criança e a cura da doença.

Nessa perspectiva, a partir do diagnóstico da doença, o acometimento do câncer em seus filhos trazem mudanças e enfrentamentos para a realidade dessas mães sobre os cuidados específicos, tais como os cuidados alimentares, higiene, ambiente, a fim de minimizar os riscos a contraírem infecções que venham agravar a saúde das crianças.

DESCRITORES: Cuidado da criança; Criança; Neoplasias.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
2. Kaatsch P. Epidemiology of childhood cancer. Rev. Câncer Treat. 2010; 36(4):277-85.
3. Ângelo M, Moreira PL, Rodrigues LMA. Incertezas diante do câncer infantil: compreendendo as necessidades da mãe. Esc Anna Nery. 2010; 14(2): 301-8.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
5. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998. 204p.
6. Moreira DA, Freire EFM, Oliviera VGR, Silva PLN, Fonseca JR. Meu filho está com câncer: mudanças vivenciadas pelas crianças segundo as mães. Rev Enferm UFSM. 2014; 4(3):584-593.
7. Coutinho MPL. Depressão infantil e representação social. São Paulo: Universitária; 2012.

EFETIVIDADE E USO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM PESSOAS ACOMETIDAS POR CÂNCER: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

**Maryvânsley Nunes de Sá Reis, Poliana Souza Lapa, Gabriel Santos Lopes, Jarlan
Santana de Souza, Roberta Barros de Miranda**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB. Email:
maryvansleynunes@outlook.com

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pelo Ministério da Saúde em três de maio de 2006, define Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como cuidados suplementares ao tratamento convencional, visando ofertar uma assistência holística à saúde das pessoas e comunidades¹.

A PNPIC abarca terapêuticas que vão desde a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) - acupuntura, homeopatia e fitoterapia, até biodança, reiki, constelação familiar, Terapia Comunitária Integrativa, osteopatia e Yoga, abrangendo ao todo 29 práticas integrativas e complementares, desde sua atualização pela Portaria nº 702, de 21 de março de 2018².

Esses recursos, principalmente os fitoterápicos (plantas medicinais), as práticas corporais, homeopatia e acupuntura, vêm sendo amplamente utilizados pela população, principalmente por pacientes crônicos e oncológicos³. Este estudo tem por objetivo sintetizar os achados da literatura acerca dos cuidados paliativos pelas PICS às pessoas acometidas por câncer.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca realizada nas bases de dados PubMed, BVS e SciELO, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Práticas de Saúde Integrativas e Complementares; Câncer; Efetividade; interconectados, mediante o operador booleano *AND*.

Os critérios de inclusão foram: artigos escritos em português, inglês e espanhol; publicados no período de 2014 até 2018 e que contemplassem a temática. Foram excluídos os artigos duplicados, seja na mesma base ou em outra, além de teses, dissertações e monografias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados ao todo 166 artigos, sendo um artigo pelo SciELO, cento e vinte sete pela PubMed e trinta e oito pela BVS. Após a leitura dos títulos e resumos, restaram 164 artigos relacionados ao tema. A maior parte dos estudos explicita o uso de práticas corporais, acupuntura, medicinas tradicionais para além da chinesa e fitoterapia como as PICS mais utilizadas concomitantemente à medicina convencional no tratamento do câncer.

Em uma revisão sistemática com metanálise que avaliou a efetividade das práticas complementares voltadas para a espiritualidade em pacientes com câncer, foi constatada redução do nível de ansiedade, desesperança e depressão, melhorando sua qualidade de vida⁴.

Em uma revisão de literatura que estudou o panorama recente sobre práticas complementares e seus resultados no manejo dos pacientes em tratamento de câncer, foram observados uma maior procura por abordagens alternativas para os tratamentos oncológicos convencionais; quanto às terapias de *mind-body*, resultou em uma melhora significativa do estresse, depressão e ansiedade, fadiga e qualidade de vida; a massagem individualizada possibilitou a diminuição da dor e fadiga; a dieta e o exercício físico adequados, promoveram alívio da fadiga, insônia e ansiedade, além de produzir bem-estar; o estudo traz à tona também a prática complementar mais estudada - a acupuntura, que teve relatos de melhora da dor em 74% dos casos, após apenas uma sessão; no que tange os fitoterápicos e suplementos, poucos são os estudos com evidências significativas, apesar de relatos de diminuição da dor, náusea e de vômito.

Há também evidências sobre a homeopatia - técnica milenar, usada nos estágios terminais, aliviando a dor⁵. Em um ensaio clínico controlado randomizado, o qual analisou a eficácia da acupuntura auricular no manejo da dor em pacientes com câncer, foi notada diminuição no uso de analgésicos, além de menos doses diárias, evidenciando o efeito positivo dessa prática complementar⁶.

CONCLUSÃO

As práticas complementares potencializam os efeitos dos tratamentos convencionais, maximizando positivamente a qualidade de vida de pacientes portadores de câncer. Assim, as técnicas de *mond-body*, massagem individualizada, dieta, exercício físico, acupuntura e homeopatia promovem melhora no estresse, depressão, ansiedade, fadiga e redução de dor, além de diminuir a necessidade do uso de substâncias químicas para diminuir as algias. Atrelado a esses ganhos, a qualidade de vida dos pacientes oncológicos modifica de forma positiva, contribuindo para a rápida recuperação e/ou redução dos danos cancerígenos.

DESCRITORES: Práticas de Saúde Integrativas e Complementares; Câncer; Efetividade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília (DF); 2015.
2. Maria POD, Irani SS. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. Rev. Saúde debate. 2018; 42(118):724-735.
3. Charles DT, Islandia MCS, Marilene CN. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde em Debate. 2018; (42):174-188.
4. Lu X, Xiujing G, Lu B, Jiahui Q, Jing C. "Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA." Medicine. 2018; 97(35):1948.
5. Carolina FG, Natasha AS, Cristina FZ. Oncologia integrativa: das práticas complementares aos seus resultados. Acta Medica. 2018; 39(2):292-305.
6. Ludmila OR, Denise HI, Denismar NA, Juliana S, Clícia VCG. Effectiveness of auricular acupuncture in the treatment of cancer pain: randomized clinical trial. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo. 2018; 52(e03402).

IMPORTÂNCIA DO PAPEL DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA

**Ranna Gabriele Sampaio da Conceição¹, Daiane Brito Ribeiro¹, Franciele Soares
Balbionote¹, Gabriele de Andrade Oliveira¹, Kleber Soares Rocha², Raíssa Brito
Teixeira¹**

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

² Universidade Federal da Bahia – UFBA

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é um grave problema de saúde pública, sendo o tipo que mais acomete as mulheres no Brasil, as estimativas apontam que em 2019 terão 59.700 novos casos. A dificuldade de acesso aos serviços é decorrente da falta de conhecimento da doença e do rastreamento precoce através do autoexame das mamas (AEM)¹.

É notório que a anamnese e o exame clínico das mamas (ECM), em mulheres a partir dos 40 anos, são imprescindíveis para avaliação na atenção primária e devem ser instituídos na rotina dos serviços de saúde. Assim como a oferta de mamografia (MMG) para as mulheres de 50 a 69 anos, a cada dois anos².

Os enfermeiros têm a educação em saúde como uma ferramenta muito eficaz, que através de suas orientações verbais e não-verbais nos diferentes espaços das unidades possibilita o rastreamento e detecção precoce.

O que corrobora para a importância da realização do ECM durante as consultas de rotina; incentivo do AEM e solicitação das MMG para detecção precoce. Conseqüentemente o tratamento será mais eficaz, quanto mais rápida a detecção e a sobrevida será maior³. Assim esse estudo tem como objetivo: analisar o papel da enfermagem na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de mama.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, baseada em artigos disponibilizados *online*, que contemplam a temática proposta. A busca dos achados nas bases de dados aconteceu no mês de outubro de 2019. Os descritores foram escolhidos a partir da consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e foram estes: Neoplasia das Mamas (1); Assistência a Saúde (2); e Programas de Rastreamento (3).

Foi realizado um cruzamento utilizando os descritores controlados com auxílio do Operador Booleano AND. Sendo assim, esse estudo utilizou os seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis nas bases de dados supracitados; sem recorte temporal e terem sido publicados entre os anos de 2014 a 2019.

Como critérios de exclusão elegeram-se os textos resumo, editoriais, cartas ao editor e artigos que não contemplassem a temática proposta por esse estudo. Durante a pesquisa e adotando o seguinte cruzamento: (1) AND (2) AND (3), foram encontrados 55 artigos. De posse dos 55 artigos, partiu-se para leitura flutuante, para analisar a pertinência do material. Após a utilização dos critérios de elegibilidade foram excluídos 41 artigos.

Ademais, partiu-se para leitura na íntegra de 14 artigos, onde foram excluídos 9. Assim, 5 artigos foram utilizados para essa revisão integrativa. Também foram utilizados dados do Instituto Nacional do Câncer- INCA Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O câncer de mama é um tipo de câncer que o diagnóstico precoce é essencial para um bom prognóstico no tratamento. E a Atenção Básica é o local onde essa captação precoce deveria ocorrer, principalmente, pelos enfermeiros, pois estes são os que estão em maior contato com os usuários, no entanto encontram-se lacunas.

Primeiro, a maioria dos profissionais relatam como fator de dificuldade a rotatividade, que não permitem que estes fiquem um tempo suficiente para criação do vínculo com os usuários. Segundo, a falta de planejamento estratégico, junto com a pouca quantidade de profissionais fazendo com que atividades como educação em saúde, voltadas para detecção precoce desse tipo de câncer, não ocorram³.

Durante a realização do exame ginecológico é imprescindível a avaliação das mamas, no entanto são poucos os profissionais que a realizam. É percebido também

grande vulnerabilidade na assistência, principalmente, em mulheres na faixa etária acima de 50 anos⁴. Este é um fator preocupante, já que esta faixa etária corresponde ao grupo alvo para realização da MMG.

Alguns determinantes de saúde como baixa escolaridade, condições econômicas insuficientes, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, se mostram como uma dificuldade na captação precoce, sendo que a região do nordeste apresenta-se mais vulnerável, pois corresponde à região onde ocorre pouco investimento na saúde, principalmente em tecnologias para detecção precoce do câncer de mama^{5, 6, 7}.

CONCLUSÃO

De acordo o exposto, é notório que profissionais de enfermagem são os principais e mais próximos a lidar com a população. Deste modo sua abordagem deveria ser com maior exatidão e melhor manejo no atendimento às mulheres na rede básica de saúde.

O exposto demonstra a negligência desses profissionais ao lidar com a situação tão alarmante no país, pois esse deve ser um exame de rotina do plano estratégico de atendimento às mulheres na rede pública de saúde. Além disso, é importante pensar na capacitação de toda equipe para trabalhar com educação em saúde dos usuários da Atenção Básica.

Embora haja uma sobrecarga de funções atribuídas ao profissional de enfermagem na Atenção Básica, principalmente no contexto brasileiro, é necessário que os(as) enfermeiros(as) tenham um melhor planejamento dessas ações e se organize para cumprir tanto o papel assistencial, quanto o gerencial cabendo-lhe a capacitação como objetivo de prevenção.

DESCRITORES: Neoplasias da Mama; Assistência a Saúde; Programas de Rastreamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.
3. Marques, CAV; Silva, VR da; Gutiérrez, MGR. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer mamário [Nurses' role in early detection of breast cancer] [Acciones del enfermero en la detección temprana del cáncer de mama]. Revista EnfermagemUERJ. 2017 [S.l.], v. 25, p. e22639
4. Pasqual, KK; Carvalhaes, MABL; Parada, CMGL. Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família [Health care for women over 50: programmatic vulnerability in the Family Health Strategy] [Atención a la salud de la mujer después de 50 años: la vulnerabilidad programática de la Estrategia de Salud de la Familia]. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015 jun;36(2):21-7.
5. Borges, ZS; Wehrmeister, FC; Gomes, AP; Gonçalves, H. Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades nas regiões Sul e Nordeste do Brasil [Clinical breast examination and mammography: inequalities in Southern and Northeast Brazilian regions]. REV BRAS EPIDEMIOL JAN-MAR 2016; 19(1): 1-13
6. Campero Lourdes, Atienzo Erika E, Marín Eréndira, Vara-Salazar Elvia de la, Pelcastre-Villafuerte Blanca, González Guillermo. Detección temprana de cáncer de mama y cervicouterino en localidades con concentración de población indígena en Morelos. Salud pública Méx . 2014 ; 56(5): 511-518.
7. Kwok C, Fong DYT. Breast Cancer Screening Practices Among Hong Kong Chinese Women. Cancer Nursing [Internet]. 2014;37(1): 59-65