

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS DE JOINVILLE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

CUIDADOS PALIATIVOS: A ESSÊNCIA NO CUIDAR

JOINVILLE,
2016

DOUGLAS GORDEICHUK
JAQUELINE APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA
LUCIVALDO FERREIRA DE LIMA
WAGNER BORGES DE ALMEIDA

CUIDADOS PALIATIVOS: A ESSÊNCIA NO CUIDAR

JOINVILLE,
2016

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DE SANTA CATARINA
CAMPUS DE JOINVILLE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

DOUGLAS GORDEICHUK
JAQUELINE APARECIDA DOS SANTOS DA SILVA
LUCIVALDO FERREIRA DE LIMA
WAGNER BORGES DE ALMEIDA

CUIDADOS PALIATIVOS: A ESSÊNCIA NO CUIDAR

Projeto integrador submetido ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina como parte de requisito para obtenção de nota de título de Técnico em Enfermagem.

Professora Orientadora: Enf^a. Msc. Joanara Rozane da Fontora Winters.

JOINVILLE,
2016

RESUMO

O cuidado paliativo é uma forma de abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade do processo de viver. Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas que geram estresse tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Nas fases iniciais do câncer, o tratamento geralmente é agressivo, e isso é compartilhado com o doente e sua família de maneira otimista. Através dessa definição temos o objetivo de educar e informar, no formato de palestras o grupo Mulheres Sim, que realizam encontros duas vezes por semana no Instituto Federal de Santa Catarina – Campus Jonville. Após a educação em saúde espera-se a compreensão do tema pelo grupo, e, com isso, verificar o que podemos melhorar no que tratamos como humanização em cuidados paliativos.

Palavras chaves: Cuidados paliativos. Oncologia. Família. Humanização. Enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Figura 1: Número de mortes em 2010: 274, sendo 98 homens e 176 mulheres (INCA)	11
Figura 2: Números de morte em 2011: 3.278, sendo 2.279 homens e 999 mulheres. (SIM)	12
Figura 3: Números de morte em 2010: 4.891, sendo 3882 homens e 1.009 mulheres. (INCA)	13
Figura 4: Números de morte em 2011:14. 016, sendo 6.818 homem e 7.198 mulheres (SIM).....	13
Figura 5: Número de morte em 2011: 5.160(SIM)	14
Figura 6: Números de mortes em 2011: 7.636,sendo 5.961 homens e1.675 mulheres (SIM)	14
Figura 7: Números de mortes em 2011: 13.328, sendo 8.608 em homens e 4.720 mulheres (SIM).....	15
Figura 8: Números de mortes em 2011: 8.100, sendo 4.556 homens e 3.544 mulheres. (SIM).....	15
Figura 9: Números de mortes em 2010: 2.740, sendo 1.567 meninos e 1.173 meninas (INCA).....	16
Figura 10: Números de mortes em 2011:3.889, sendo 3.369 homens e 520 mulheres (SIM).	17
Figura 11: Números de mortes em 2011: 6.187, sendo 3.277 homens e 2.910 mulheres. (SIM).....	17
Figura 12: Números de mortes em 2010: 483, sendo 260 homens e 223 mulheres (INCA).	18
Figura 13: Números de mortes em 2011: 3.913, sendo 2.146 homens e 1.767 mulheres (SIM).....	19
Figura 14: Números de mortes em 2011: 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres (SIM).....	19
Figura 15: Números de mortes em 2011: 3.027(SIM).	20
Figura 16: Números de mortes EM 2011: 7.726, sendo 3.803 homens e 3.923 mulheres. (SIM).....	20
Figura 17: Números de mortes em 2010: 1.507, sendo 842 homens e 665 mulheres (INCA).	21
Figura 18: Números de mortes em 2010: 1.521, sendo 841 homens e 680 mulheres (INCA).	21
Figura 19: Número de mortes EM 2010: 363 (INCA).	22
Figura 20: Número de mortes em 2011: 13.129 (SIM).	23
Figura 21: Números de mortes em 2011: 22.424, sendo 13.698 homens e 8.726 mulheres. (SIM).....	23

Figura 22: Número de mortes em 2010: 285 (INCA).....	24
Figura 23: Tumor localizado na região do fêmur	24
Figura 24: Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.....	25
Figura 25: *Números arredondados por 10 ou múltiplos de 10.	26
Figura 26: *Números arredondados por 10 ou múltiplos de 10.	26
Figura 27: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. ** Menor que 15 casos.....	27
Figura 28: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. ** Menor que 15 casos.....	28
Figura 29: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. ** Menor que 15 casos.....	29
Figura 30: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.** Menor que 15 casos.....	30
Figura 31: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.** Menor que 15 casos.....	31
Figura 32: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.** Menor que 15 casos.....	32
Figura 33: Escalas de dor	39
Figura 34: Dinâmica do caminho.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA.....	9
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	9
1.3 OBJETIVOS	10
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 ALGUNS TIPOS DE CÂNCER.....	11
2.2 ESTIMATIVAS DE CASOS DE CÂNCER.....	25
2.3 ONCOLOGIA.....	32
3 ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA	34
4 CUIDADOS PALIATIVOS	36
5 DOR NO PACIENTE ONCOLÓGICO	38
5.1 TIPOS DE DOR.....	38
5.2 ESCALA DA DOR.....	39
5.3 ENFERMAGEM DIANTE DA DOR.....	39
6 PROCESSO DE MORTE E MORRER	41
6.1 ESTÁGIOS DA MORTE	42
7 METODOLOGIA	44
7.1 PÚBLICO ALVO E LOCAL DO ESTUDO.	44
7.2 RESULTADOS ESPERADOS	45
7.3 ANÁLISE DE DADOS.....	45
7.3.1 Relatório de aplicação do projeto integrador	45
8 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

No decorrer das últimas décadas registrou-se um aumento no envelhecimento populacional, como também o crescimento de casos de câncer e outras doenças crônicas. Em contramão, com o avanço das tecnologias na área da saúde, principalmente na segunda metade do século XX, combinado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que várias doenças mortais passassem à crônicas, possibilitando a longevidade para os seus portadores. Contudo, mesmo com os esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte não deixou de ser uma constante, ameaçando o ideal de cura e preservação de vida para o qual nós, profissionais da área da saúde, somos treinados. (ARANTES, 2010)

Nas instituições hospitalares, pacientes longe da possibilidade de cura, aumentam, recebendo, invariavelmente, assistência inadequada. Estas abordagens quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de um conhecimento que se adéque, de tratar os sintomas mais frequentes, sendo a dor o principal e mais dramático fator. Não se trata de alimentar uma postura desfavorável aos recursos tecnológicos da medicina, mas questionar o uso deles como único meio e refletir sobre a nossa conduta diante da mortalidade humana, tentando manter o equilíbrio entre o conhecimento científico e humanismo para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz. (ARANTES, 2010)

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), menciona que o câncer é a segunda causa de morte por doenças no Brasil. Em 2020, no mundo, o número de novos casos anuais estimados é de aproximadamente 15 milhões. Cerca de 60% desses casos ocorrerão em países em desenvolvimento (BRASIL, 2008, 2009).

Dentro deste contexto fica visível a necessidade de dar continuidade em investimentos de ações para o controle do câncer nos diversos níveis de atuação como na promoção da saúde, assistência precoce holística e humanizada aos pacientes, capacitação de recursos humanos na área, pesquisas sobre o tema, comunicação e mobilização social, e abordagem dos direitos do paciente com câncer a partir do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 2008).

1.1 JUSTIFICATIVA

O cuidado paliativo é a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física psicossocial e espiritual (conceito de Cuidados Paliativos pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2009 p. 3).

Neste projeto vamos realizar educação e saúde com a comunidade com o objetivo de que compreendam os cuidados paliativos e o enfrentamento da morte em pacientes oncológicos o que é de suma importância quando se entende que o paciente deve ser visto como um todo mesmo neste momento em que passa pelos estágios da morte.

Estar presente na vida de um paciente em fase terminal pode abrir novos horizontes, pode nos ajudar a perceber que a felicidade está nas pequenas coisas muitas vezes passando imperceptíveis aos nossos olhos, sentimentos que revelam como a vida tem sua grandeza na plenitude de certos momentos.

E nós como técnicos em enfermagem estaremos preparados para viver essa experiência, como abordaremos a família; o paciente; o que falar; como reagir diante a todo esse novo universo, só saberemos se compreendermos como é essa visão da família, quais são os anseios deste paciente.

Tudo se torna mais fácil quando aprendemos que a vida deve ser vivida com a mesma intensidade em cada etapa, que somos capazes de se adaptar a cada novo desafio que as barreiras mais difíceis de ultrapassar são aquelas que criamos quando estamos com medo do que pode vir a acontecer, mas se estivermos dispostos seremos capazes de mudar não o final, mas o caminho que leva a ele e deixá-lo bem mais colorido.

Para aprofundarmos melhor neste tema devemos conhecer um pouco mais dos conceitos de câncer e cuidados paliativos.

1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Segundo a definição da OMS (2002), Cuidado Paliativo é “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam

doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

O Cuidado Paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida. Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação. Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”. Pela primeira vez, uma abordagem inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano. A família é lembrada, portanto assistida, também após a morte do paciente, no período de luto.

Diante do exposto acima nossa pergunta de pesquisa é: qual a importância da educação em saúde no que se refere aos cuidados paliativos e o enfrentamento diante da morte no paciente oncológico?

1.3 OBJETIVOS

Educar e informar o grupo Mulheres Sim sobre a importância dos cuidados paliativos e o enfrentamento diante da morte no paciente oncológico.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar os cuidados paliativos e o processo de morte. Conhecer os tipos de câncer e seus tratamentos. Realizar ações educativas e informativas ao grupo Mulheres Sim.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, câncer é o nome dados ao conjunto de doenças que têm um crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e os órgãos, se dividem rapidamente e são muito agressivas e incontroláveis, formando tumores benignos que são uma massa de gordura que raramente constituem um risco a vida e as malignas que podem levar a morte (INCA,2015).

Entre os fatores causadores destas doenças podem ser externas ou internas ou ambas estarem relacionadas; como exemplo, o câncer de pulmão causado pelo cigarro associado aos números consumindo e ao tempo de exposição a esta substância. (INCA, 2015).

2.1 ALGUNS TIPOS DE CÂNCER

- Anal:

São tumores que ocorrem no canal; mais frequente em mulheres e nas bordas externas do ânus; mais frequentes em homem. Os tumores malignos surgem em diferentes tecidos, sendo o carcinoma epidermoide responsável por 85% dos casos. (INCA, 2015).

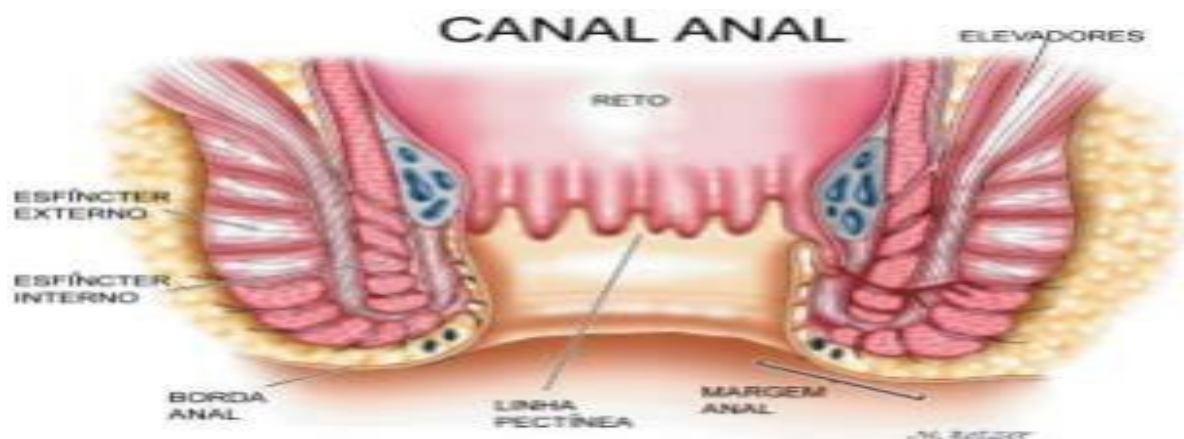


Figura 1: Número de mortes em 2010: 274, sendo 98 homens e 176 mulheres (INCA)

Fonte: Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/magoo/ABAAAfipEAF-15.jpg>.

- Bexiga:

De acordo com o INCA (2015), são três tipos de câncer que começam nas células que revestem a bexiga, classificadas como:

- Carcinomas de células de transição: afetam células mais internas da bexiga, representando a maioria dos casos.
- Carcinomas de células escamosas: afetam células delgadas e planas que podem surgir na bexiga depois de infecções ou irritações prolongadas.
- Adenocarcinomas: afetam células glandulares que podem se formar na bexiga depois de um tempo e irritações ou inflamações. O câncer é considerado superficial quando está limitado aos tecidos de revestimento da bexiga e se torna invasivo quando invade a parede muscular dissemina-se até outros órgãos e gânglios linfáticos.

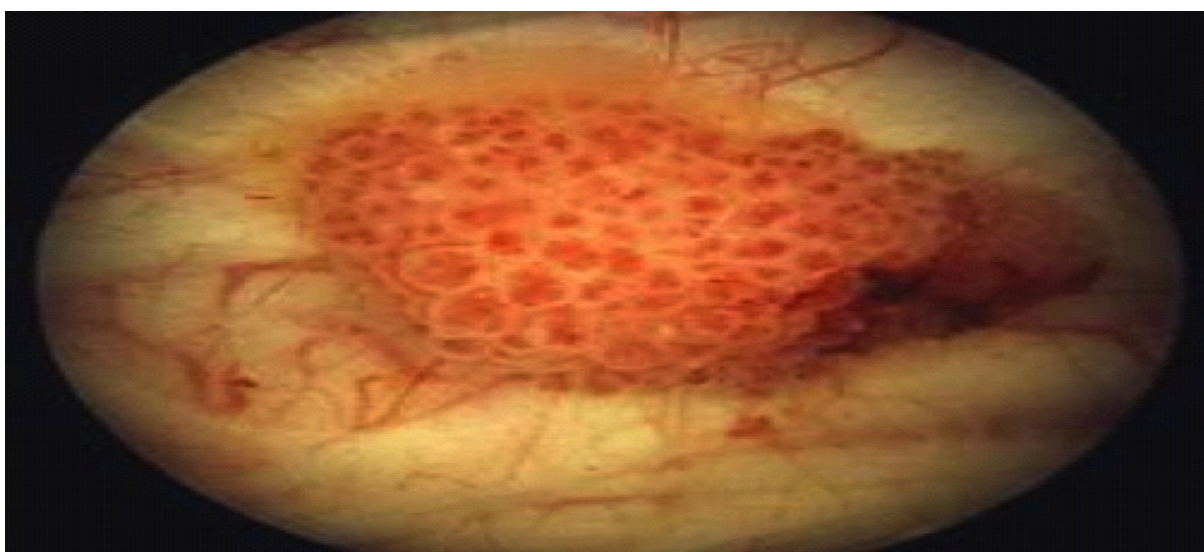


Figura 2: Números de morte em 2011: 3.278, sendo 2.279 homens e 999 mulheres. (SIM)

Fonte: Disponível em: http://www.centromedicodias.com.br/img/tratamentos/0.86641800_1384218292_ca_bexiga_.png.

- Boca

Afeta lábios e o interior da cavidade oral, sendo mais comum em pessoas brancas. (INCA, 2015).



Figura 3: Números de morte em 2010: 4.891, sendo 3882 homens e 1.009 mulheres. (INCA)

Fonte: Disponível em: <http://www.fafica.br/img/news/noticia242a.jpg>

- Colorretal

Afeta um segmento do intestino grosso e o reto, se descoberto precocemente, antes de atingir outros órgãos é curável. Inicia-se através de pólipos benignos que crescem nas paredes internas do intestino grosso. (INCA, 2015).

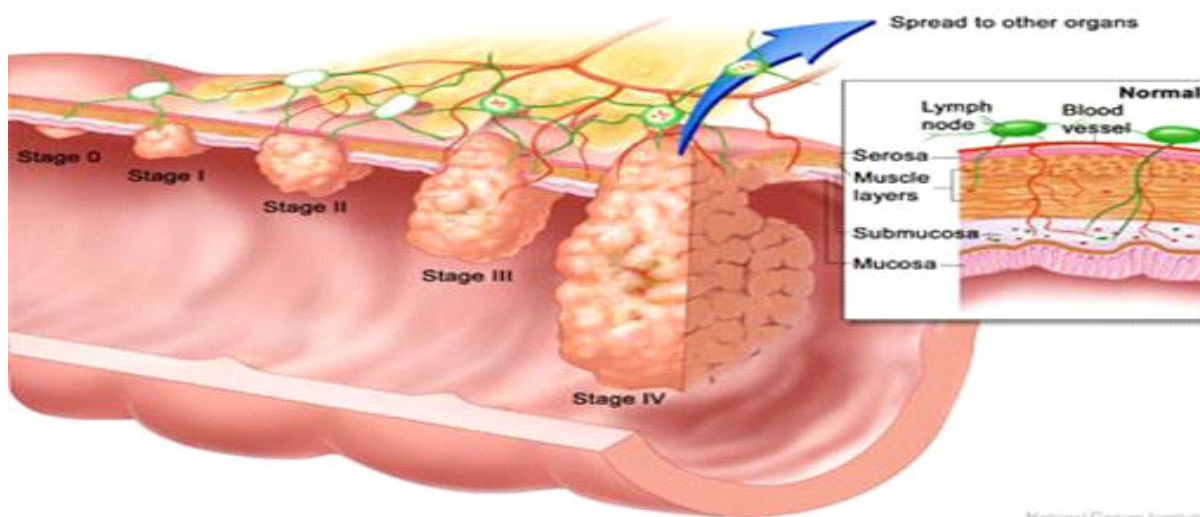


Figura 4: Números de morte em 2011:14. 016, sendo 6.818 homem e 7.198 mulheres(SIM)

Fonte: Disponível em: <http://www.cenapro.com.br/images/noticias/8013colorretal.bmp>

- Colo do útero

É causado pela infecção persistente por algum tipo do Papilomavírus Humano (HPV), sendo fácil mente descobertas no exame preventivo (Papanicolaou), são curáveis na maioria dos casos. Considerado o terceiro tumor mais frequente, e o

quarto em morte por câncer na população feminina no Brasil.(INCA 2015).

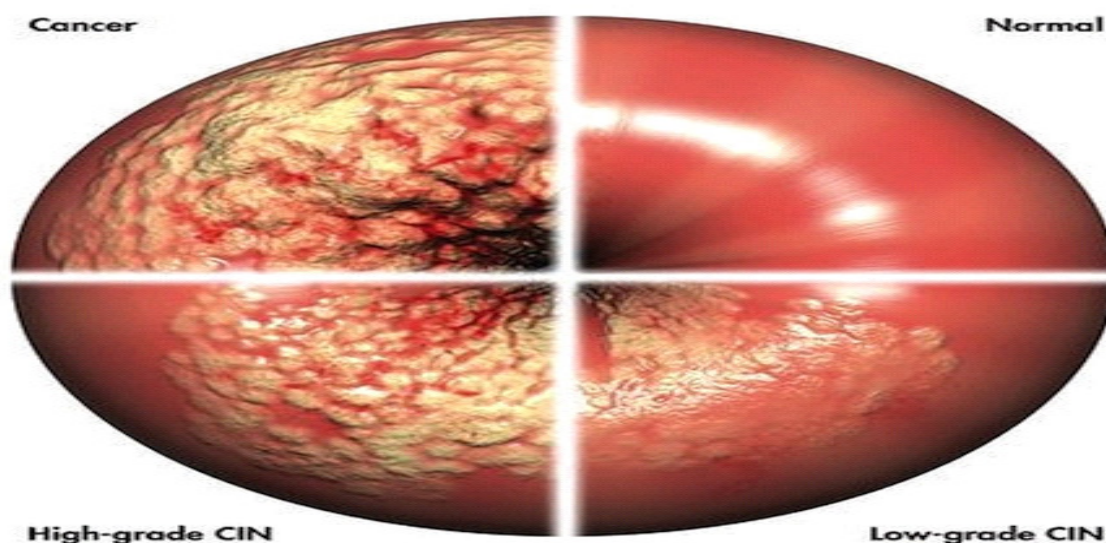


Figura 5: Número de morte em 2011: 5.160(SIM)

Fonte: Disponível em: <https://encryptedtbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSIDYp0oVAmvhZ1ku3om63EvXmkUqyunsMXVler7bBMICvJqQjn5w>

- Esôfago

O tipo mais frequente é o carcinoma epidermoide escamoso, responsável por 95% dos casos. Outro que vem aumentando significativamente é o adenocarcinoma. (INCA, 2015).

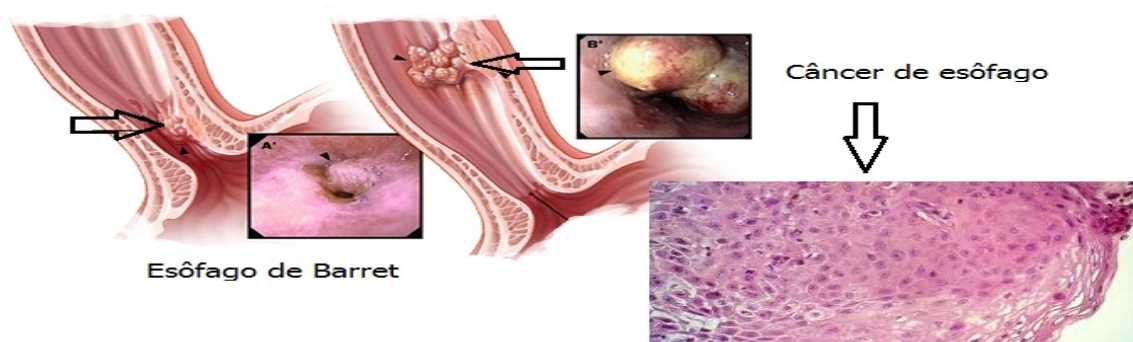


Figura 6: Números de mortes em 2011: 7.636, sendo 5.961 homens e 1.675 mulheres(SIM)

Fonte: Disponível em: <https://encryptedtbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQNuvidia21tXeJ8guzQE14O5iH6e4b85ZexAf0y8qE2CUZlw8rqcg>

- Estômago

Também conhecido como câncer gástrico, os tumores do estômago se apresentam, na forma de três tipos histológicos: adenocarcinoma (responsável por

95% dos tumores), linfoma, diagnosticado em cerca de 3% dos casos, e leiomiossarcoma, iniciado em tecidos que dão origem aos músculos e aos ossos. (INCA, 2015).

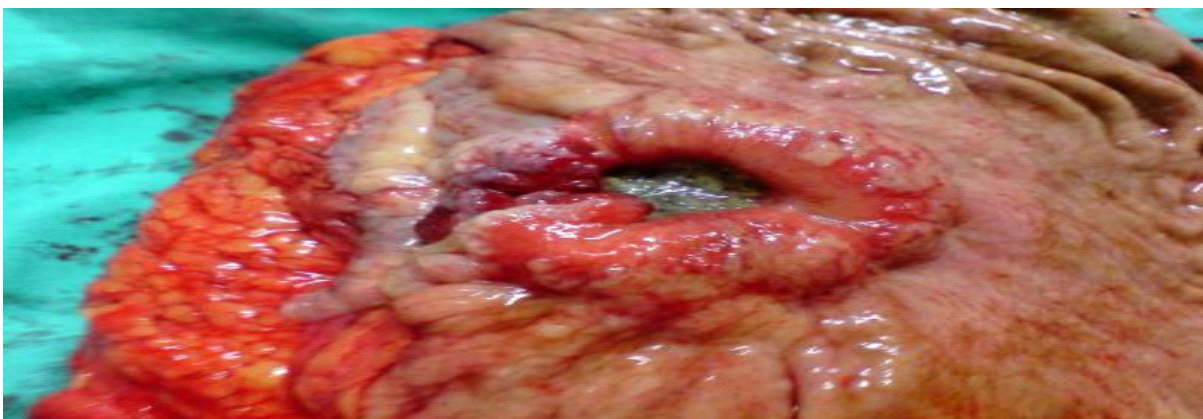


Figura 7: Números de mortes em 2011: 13.328, sendo 8.608 em homens e 4.720 mulheres (SIM).
Fonte: Disponível em: https://encryptedtbn3.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSFZuZwZW_GYbZr9u5CCyMFYnhw-E81aScE3rmujf4PSoiKr5mNkg

- Fígado

Os tumores malignos de fígado podem ser divididos em dois tipos: câncer primário e secundário ou metastático.

Dentre os tumores originados no fígado, o mais frequente é o hepatocarcinoma ou carcinoma hepatocelular. Agressivo, ocorre em mais de 80% dos casos. Outros tipos de câncer primário de fígado são o colangiocarcinoma, o angiossarcoma e o hepatoblastoma, tumor maligno raro que atinge recém-nascidos e crianças nos primeiros anos de vida. (INCA, 2015).

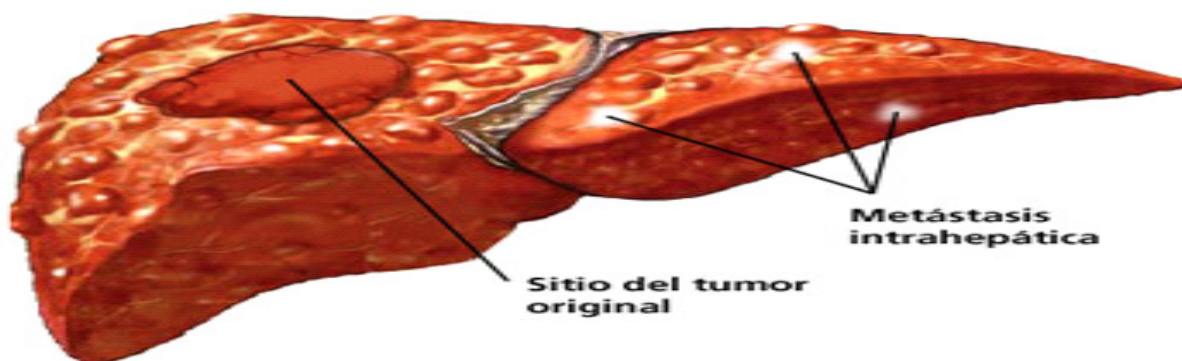


Figura 8: Números de mortes em 2011: 8.100, sendo 4.556 homens e 3.544 mulheres. (SIM)
Fonte: Disponível em: <http://www.cenapro.com.br/images/noticias/cancer-no-figado-1.jpg>

- Infantil

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, os do sistema nervoso central e linfoma. Também acometem crianças e adolescentes o neuroblastoma, tumor de Wilms, retinoblastoma, tumor germinativo, osteossarcoma e sarcomas.(INCA,2015).



Figura 9: Números de mortes em 2010: 2.740, sendo 1.567 meninos e 1.173 meninas (INCA)

Fonte: Disponível em: <http://saude.consultaclick.com.br/wp-content/uploads/2012/11/cancer-infantil.png>

- Laringe

O câncer de laringe ocorre predominantemente em homens e é um dos mais comuns entre os que atingem a região da cabeça e pescoço. A ocorrência pode se dar em uma das três porções em que se divide o órgão: laringe supraglótica, glote e subglote. Aproximadamente 2/3 dos tumores surgem na corda vocal verdadeira, localizada na glote, e 1/3 acomete a laringe supraglótica. O tipo histológico mais prevalente, em mais de 90% dos pacientes, é o carcinoma epidermoide. (INCA, 2015).

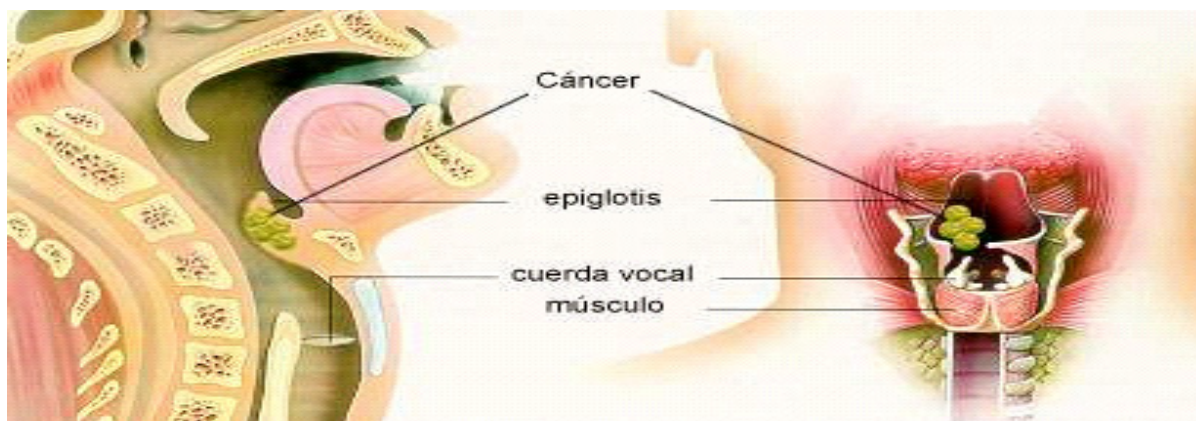


Figura 10: Números de mortes em 2011:3.889, sendo 3.369 homens e 520 mulheres (SIM).

Fonte: Disponível em: <http://www.tretando.com.br/wp-content/uploads/2012/12/C%C3%A2ncer-de-Garganta-1.jpg>

- Leucemia

A leucemia é uma doença maligna dos glóbulos brancos geralmente, de origem desconhecida. Tem como principal característica o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. A medula é o local de formação das células sanguíneas e ocupa a cavidade dos ossos, sendo popularmente conhecida por tutano. Nela são encontradas as células que dão origem aos glóbulos brancos, aos glóbulos vermelhos e às plaquetas. (INCA, 2015).

Sintomas comuns da leucemia

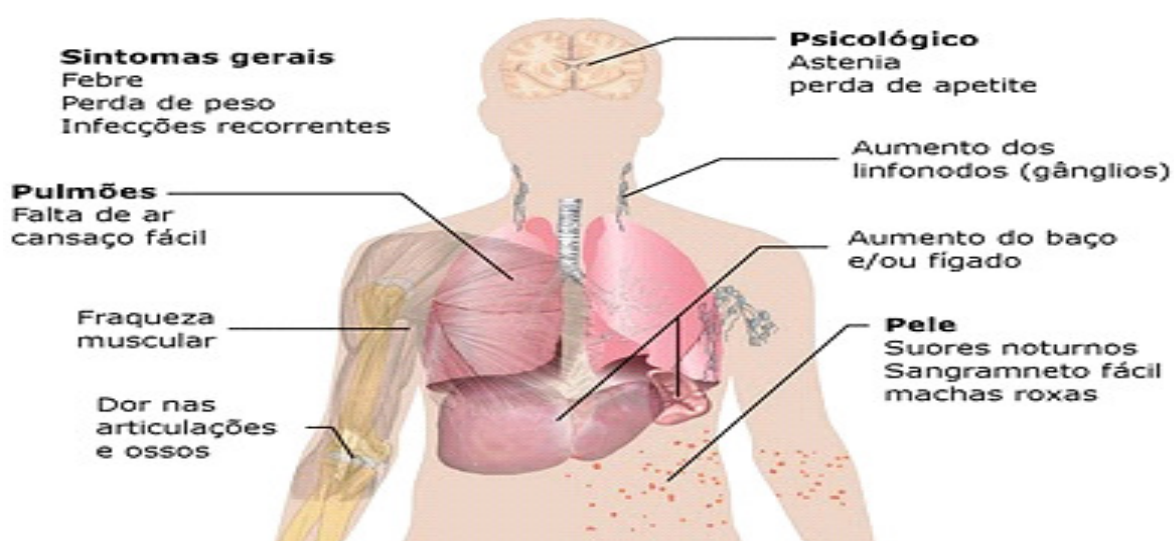


Figura 11: Números de mortes em 2011: 6.187, sendo 3.277 homens e 2.910 mulheres. (SIM).

Fonte: Disponível em: <http://www.saudemedicina.com/wp-content/uploads/2012/07/leucemia-sintomas.jpg>

- Linfoma de Hodgkin

Conhecida também como doença de Hodgkin, essa forma de câncer se origina nos linfonodos do sistema linfático, que produzem as células responsáveis pela imunidade e vasos que as conduzem pelo corpo. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas a maior incidência do linfoma é em adultos jovens, entre 25 e 30 anos. A doença surge quando um linfócito se transforma em célula maligna, capaz de crescer descontroladamente e disseminar-se. A célula maligna começa a produzir nos linfonodos cópias idênticas. Com o passar do tempo, há risco de essas células malignas se disseminarem para tecidos vizinhos e, se não houver tratamento, atingir outras partes do corpo. (INCA, 2015).

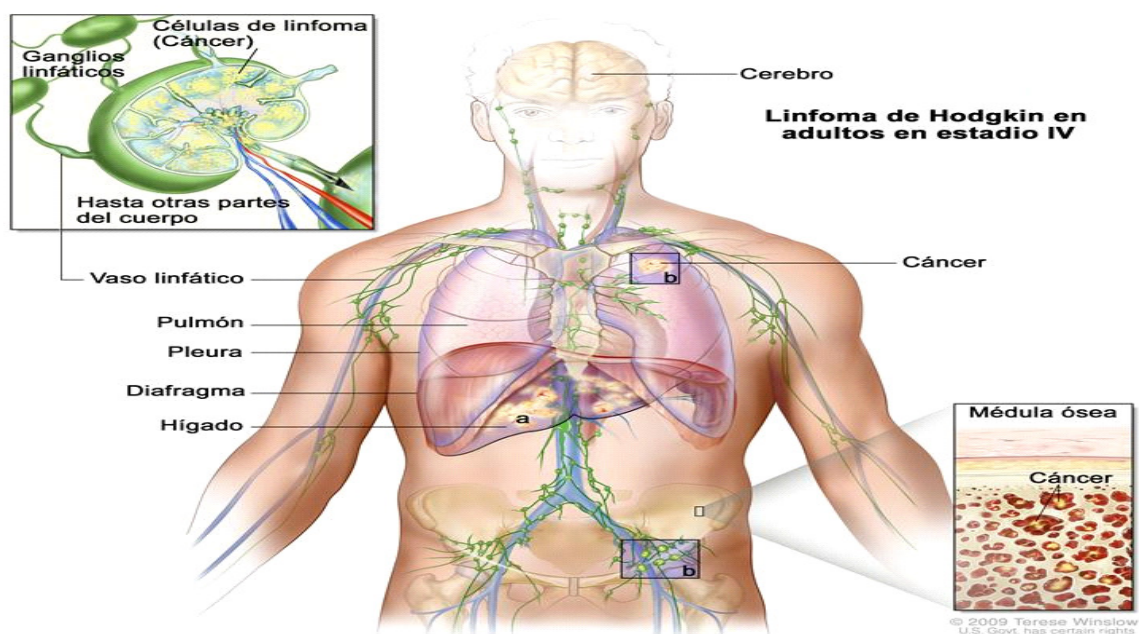


Figura 12: Números de mortes em 2010: 483, sendo 260 homens e 223 mulheres (INCA).

Fonte: Disponível em: <http://www.cancer.gov/images/cdr/live/CDR643674-750.jpg>

- Linfoma não- Hodgkin

Os linfomas são neoplasias malignas, originárias dos gânglios, organismos muito importantes no combate a infecções. Há mais de 20 tipos diferentes de linfoma não-Hodgkin. Entre os linfomas, é o tipo mais incidente na infância. (INCA, 2015).

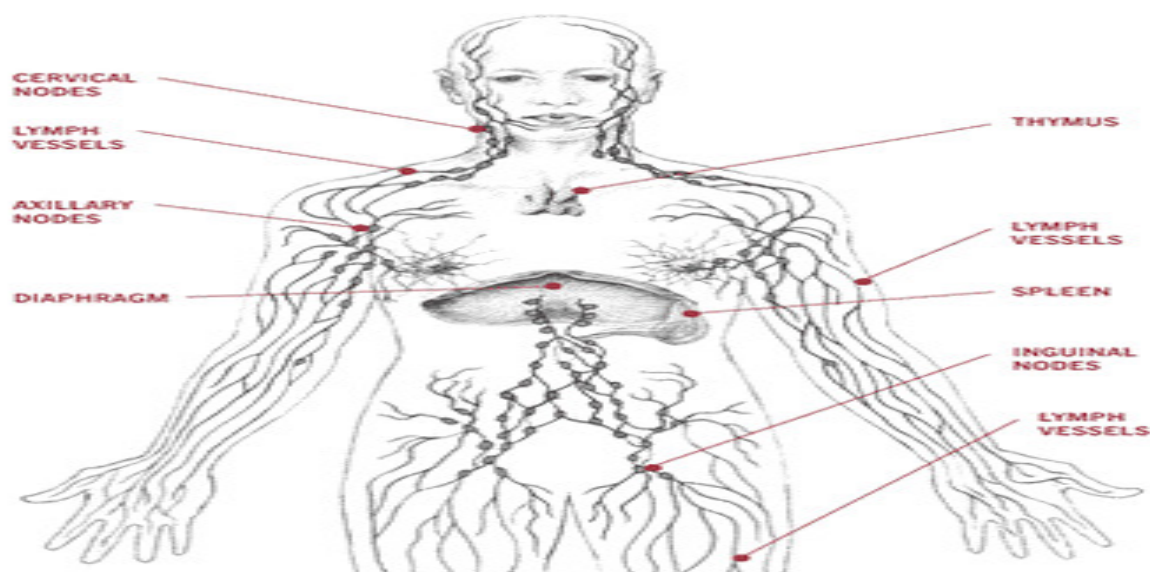


Figura 13: Números de mortes em 2011: 3.913, sendo 2.146 homens e 1.767 mulheres (SIM).
 Fonte: Disponível em: <http://2.bp.blogspot.com/aQE058m9aLg/TkhlxzwG02I/AAAAAAAAADJE/TR4Rik8qMqw/s1600/sistema+linf%25C3%25A1tico.png>

- Mama

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. (INCA, 2015).



Figura 14: Números de mortes em 2011: 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres (SIM).
 Fonte: Disponível em: <http://www.sergyene.com.br/imagens/cancermama2.jpg>

- Ovário

O câncer de ovário é o tumor ginecológico mais difícil de ser diagnosticado e

o de menor chance de cura. Cerca de 3/4 dos cânceres desse órgão apresentam-se em estágio avançado no momento do diagnóstico. A maioria dos tumores de ovário são carcinomas epiteliais, mais comuns, ou tumor maligno de células germinativas. (INCA, 2015).

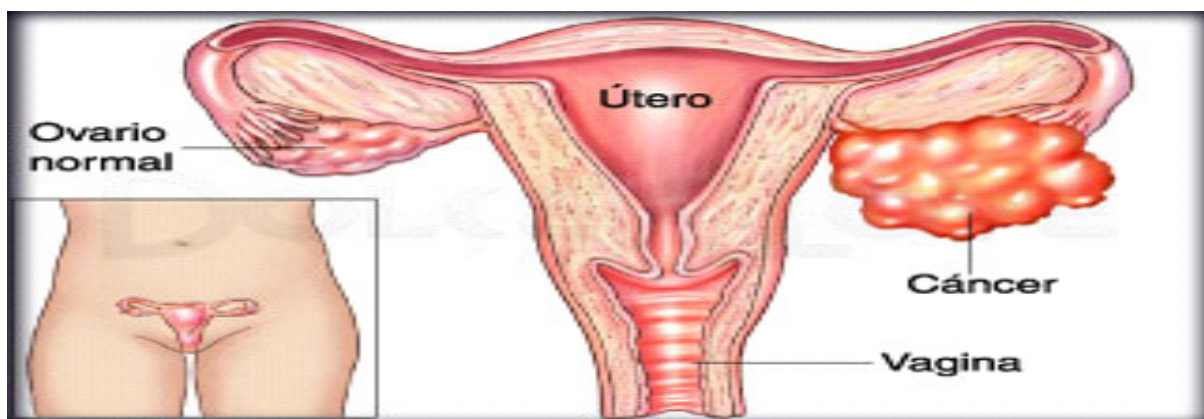


Figura 15: Números de mortes em 2011: 3.027(SIM).

Fonte: Disponível em: https://lh6.googleusercontent.com/iCvikUgDxGM/UPRVrP6B0KI/AAAAAAAd4/qTmjnfl94U/s800/cancer_ovario_web.jpg

- **Pâncreas**

Os tumores de pâncreas mais comuns são do tipo adenocarcinoma, correspondendo a 90% dos casos diagnosticados. A maioria dos casos afeta o lado direito do órgão.

Pelo fato de ser de difícil detecção, o câncer de pâncreas apresenta alta taxa de mortalidade, por conta do diagnóstico tardio e de seu comportamento agressivo. (INCA, 2015).

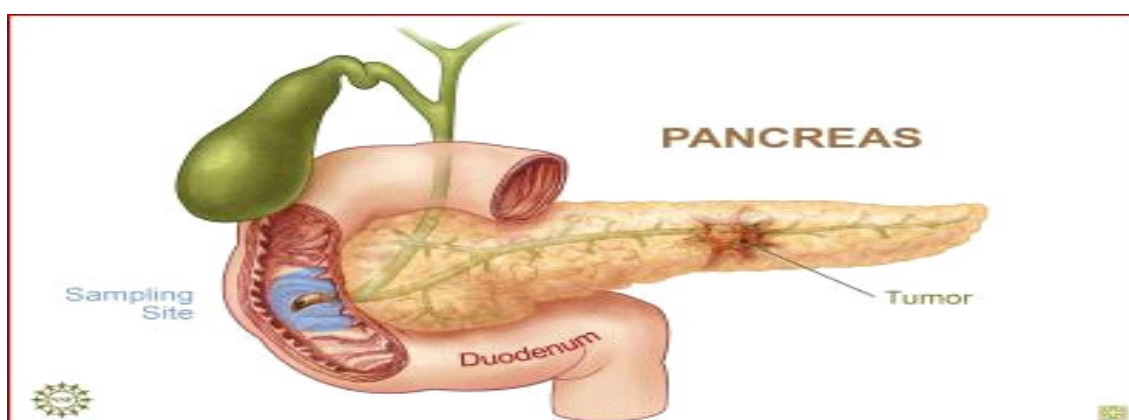


Figura 16: Números de mortes EM 2011: 7.726, sendo 3.803 homens e 3.923 mulheres. (SIM).

Fonte: Disponível em: <http://medicineworld.org/images/blogs/11-2008/pancreas-cancer-14160.jpg>

- **Pele melanoma**

O melanoma cutâneo é um tipo de câncer de pele que tem origem nos melanócitos e tem predominância em adultos brancos. Embora o câncer de pele seja o mais frequente no Brasil e corresponda a 25% de todos os tumores malignos registrados no país. O melanoma representa apenas 4% das neoplasias malignas do órgão, apesar de ser o mais grave devido à sua alta possibilidade de metástase. (INCA, 2015).



Figura 17: Números de mortes em 2010: 1.507, sendo 842 homens e 665 mulheres (INCA).

Fonte: Disponível em: http://www.96fmarapiraca.com.br/v4/_IMG/n/3773/sk_375.jpg

- **Pele não melanoma**

É o câncer mais frequente no Brasil e corresponde a 25% de todos os tumores malignos registrados no país. Apresenta altos percentuais de cura, se for detectado precocemente. Entre os tumores de pele, o tipo não melanoma é o de maior incidência e mais baixa mortalidade. (INCA, 2015).



Figura 18: Números de mortes em 2010: 1.521, sendo 841 homens e 680 mulheres (INCA).

Fonte: Disponível em: <http://static.tuasaude.com/img/posts/2014/02/25cad185b77187251251fe8a51e677dc.jpeg>

- Pênis

O câncer de pênis é um tumor raro, relacionado às baixas condições socioeconômicas e de instrução, à má higiene íntima e a homens que não se submeteram à circuncisão. O estreitamento do prepúcio é um fator de predisposição ao câncer peniano. Estudos científicos também sugerem a associação entre infecção pelo vírus HPV e o câncer de pênis. (INCA, 2015).



Figura 19: Número de mortes EM 2010: 363 (INCA).

Fonte: Disponível em: <http://img.medscapestatic.com/pi/meds/ckb/14/39814tn.jpg>

- Próstata

A próstata é uma glândula que só o homem possui e que se localiza na parte baixa do abdômen, sendo um órgão muito pequeno, tem a forma de maçã e se situa logo abaixo da bexiga e à frente do reto envolvendo a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata produz parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberado durante o ato sexual. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A grande maioria, porém, cresce de forma tão lenta que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem. (INCA, 2015).

Prostate Cancer

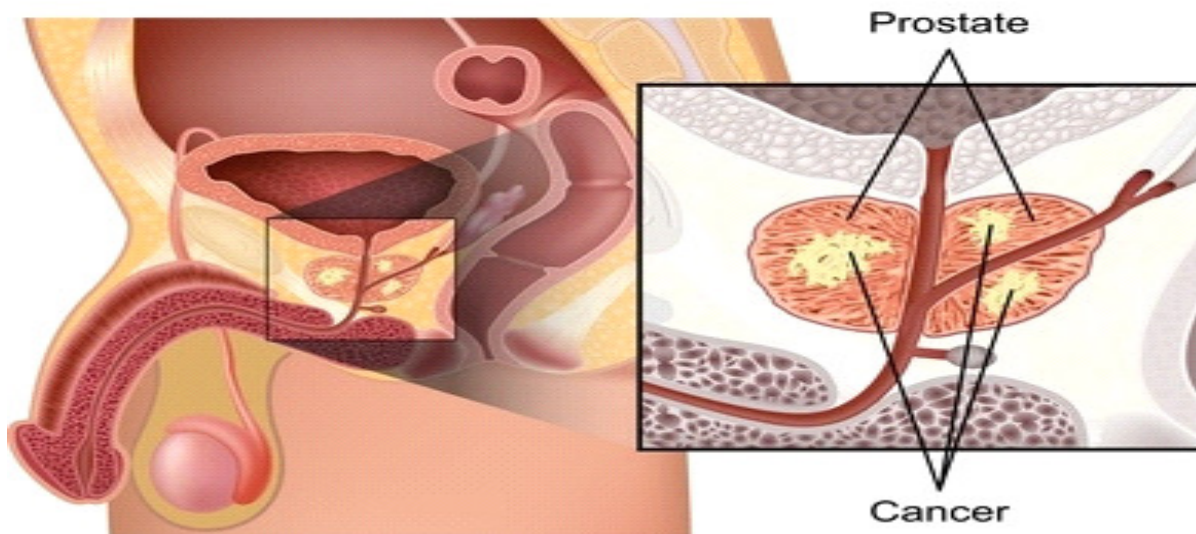


Figura 20: Número de mortes em 2011: 13.129 (SIM).

Fonte: Disponível em: <http://www.life-saving-naturalcures-and-naturalremedies.com/images/prostate-cancer-diagram.jpg>

- Pulmão

É o mais comum de todos os tumores malignos, em 90% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados do tabaco. O câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis. (INCA, 2015).

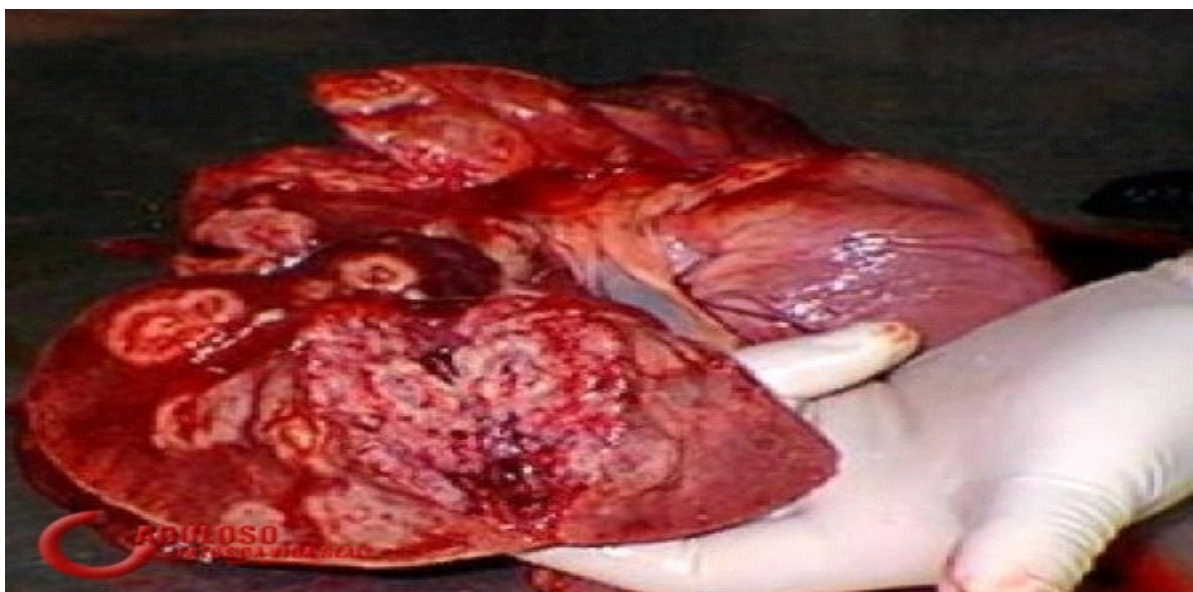


Figura 21: Números de mortes em 2011: 22.424, sendo 13.698 homens e 8.726 mulheres. (SIM).

Fonte: Disponível em: <http://cabuloso.xpg.uol.com.br/porta1/images/galleries/12932/53106.jpg>

- Testículo

O tumor de testículo é facilmente curado quando detectado precocemente e apresenta baixo índice de mortalidade. Apesar de raro, preocupa porque a maior incidência é em homens em idade produtiva - entre 15 e 50 anos. Nessa fase, há chance de ser confundido, ou até mesmo mascarado, por orquitepididimites geralmente transmitidas sexualmente. (INCA, 2015).

Câncer de Testículo

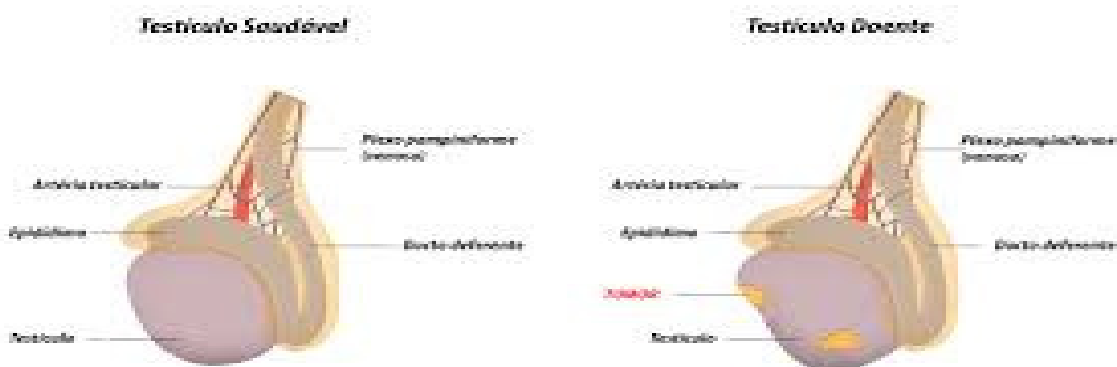


Figura 22: Número de mortes em 2010: 285 (INCA).

Fonte: Disponível em: <http://ginecomastia.org/content/c%C3%A2ncer-de-test%C3%ADculo>

- Tumores Ewing

É um grupo de cânceres que afetam primariamente osso e tecido mole. Inclui o tumor de Ewing do osso (ou sarcoma de Ewing), tumor de Ewing extraósseo (sarcoma extraósseo de Ewing, afeta tecidos moles), tumor neuroectodérmico primitivo (PPNET) e tumor de Askin (PPNET da parede torácica). (INCA, 2015).

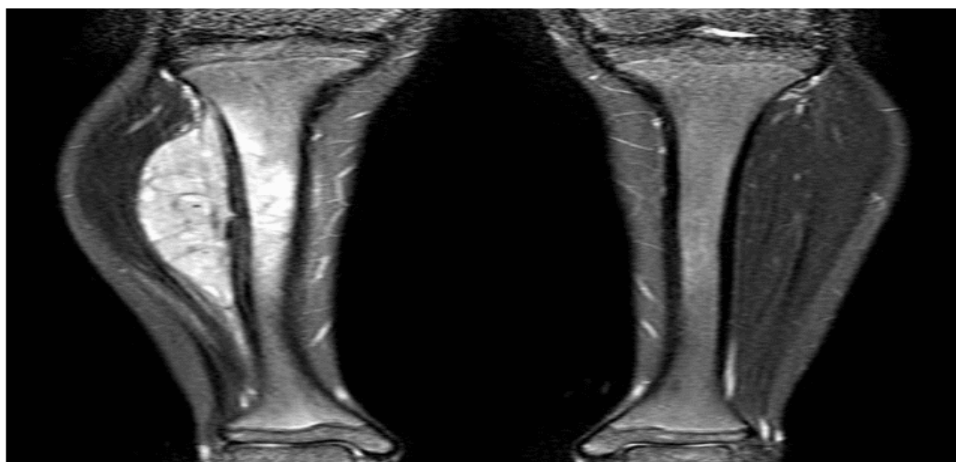


Figura 23: Tumor localizado na região do fêmur

Fonte: Disponível em: http://www.diagnosticojournal.com/imagenes/articulos/1262621832_FIGURA_5.jpg

2.2 ESTIMATIVAS DE CASOS DE CÂNCER

- Câncer na região sul do Brasil

Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capitais		Estado		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	12.830	91,24	1.840	102,92	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	10.370	70,98	2.240	112,73
Colo do Útero	-	-	-	-	2.320	15,87	340	17,42
Traqueia, Brônquio e Pulmão	4.720	33,62	600	33,84	3.110	21,35	540	27,30
Cólon e Reto	2.870	20,43	780	43,64	3.190	21,85	950	47,98
Estômago	2.260	16,07	280	15,31	1.230	8,43	190	9,96
Cavidade Oral	2.140	15,21	250	14,06	450	3,09	130	6,22
Laringe	1.290	9,21	140	7,82	130	0,85	30	0,74
Bexiga	1.270	9,10	240	13,48	480	3,29	90	4,24
Esôfago	2.250	15,97	170	9,37	770	5,27	60	2,55
Ovário	-	-	-	-	960	6,63	210	10,74
Linfoma de Hodgkin	260	1,78	40	2,03	150	1,03	30	10,09
Linfoma não Hodgkin	980	6,90	240	13,70	820	5,61	270	13,85
Glândula Tireoide	480	3,43	50	2,57	2.360	16,15	160	8,43
Sistema Nervoso Central	1.230	8,72	140	7,77	860	5,90	140	7,31
Leucemias	1.140	8,13	180	9,70	920	6,30	150	7,58
Corpo do Útero	-	-	-	-	910	6,30	230	11,69
Pele Melanoma	920	6,55	160	9,23	880	6,03	180	8,90
Outras Localizações	9.470	67,30	1.390	78,21	7.320	50,10	1.080	54,91
Subtotal	44.110	313,63	6.500	365,55	37.230	254,94	7.020	353,34
Pele não Melanoma	22.430	159,51	1.060	59,32	12.560	86,03	1.430	72,26
Todas as Neoplasias	66.540	473,11	7.560	425,16	49.790	340,95	8.450	425,32

Figura 24: Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

- Câncer no Brasil

Estimativas para o ano de 2014 das taxas brutas de incidência por 100 habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária*


Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capitais		Estado		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.800	70,42	17.540	82,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.120	56,09	19.170	80,67
Colo do Útero	-	-	-	-	15.590	15,33	4.530	19,20
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	16,79	4.000	18,93	10.930	10,75	3.080	13,06
Cólon e Reto	15.070	15,44	4.860	22,91	17.530	17,24	5.650	23,82
Estômago	12.870	13,19	2.770	13,07	7.520	7,41	2.010	8,44
Cavidade Oral	11.280	11,54	2.220	10,40	4.010	3,92	1.050	4,32
Laringe	6.870	7,03	1.460	6,99	770	0,75	370	1,26
Bexiga	6.750	6,89	1.910	8,91	2.190	2,15	730	2,97
Esôfago	8.010	8,18	1.460	6,76	2.770	2,70	540	0,00
Ovário	-	-	-	-	5.680	5,58	2.270	9,62
Linfoma de Hodgkin	1.300	1,28	410	5,72	880	0,83	420	8,64
Linfoma não Hodgkin	4.940	5,04	1.490	6,87	4.850	4,77	1.680	7,06
Glândula Tireoide	1.150	1,15	470	1,76	8.050	7,91	2.160	9,08
Sistema Nervoso Central	4.960	5,07	1.240	5,81	4.130	4,05	1.370	5,81
Leucemias	5.050	5,20	1.250	5,78	4.320	4,24	1.250	5,15
Corpo do Útero	-	-	-	-	5.900	5,79	2.690	11,24
Pele Melanoma	2.960	3,03	950	4,33	2.930	2,85	1.150	4,57
Outras Localizações	37.520	38,40	9.070	42,86	35.350	34,73	8.590	36,49
Subtotal	203.930	208,77	51.100	241,30	190.520	187,13	58.710	248,46
Pele não Melanoma	98.420	100,75	19.650	92,72	83.710	82,24	22.540	95,26
Todas as Neoplasias	302.350	309,53	70.750	334,08	274.230	269,35	81.250	343,85

Figura 25: *Números arredondados por 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

Estimativas para o ano de 2014 do número de casos novos de câncer, por Estado*

Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para 2014 por sexo, exceto pele não melanoma*

Localização primária	casos	%			Localização primária	casos	%
Próstata	68.800	22,8%		Homens	Mama Feminina	57.120	20,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%			Cólon e Reto	17.530	6,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%			Colo do Útero	15.590	5,7%
Estômago	12.870	4,3%			Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
Cavidade Oral	11.280	3,7%			Glândula Tireoide	8.050	2,9%
Esôfago	8.010	2,6%			Estômago	7.520	2,7%
Laringe	6.870	2,3%			Corpo do Útero	5.900	2,2%
Bexiga	6.750	2,2%			Ovário	5.680	2,1%
Leucemias	5.050	1,7%			Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%			Leucemias	4.320	1,6%

*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.

Figura 26: *Números arredondados por 10 ou múltiplos de 10.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

Estados	Próstata	Mama Feminina	Colo do Útero	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Cólon e Reto	Estômago	Cavidade Oral
Acre	110	40	40	40	20	30	20
Amapá	70	40	50	30	20	60	20
Amazonas	510	390	630	270	190	370	80
Pará	1.000	830	830	420	360	690	190
Rondônia	300	200	110	130	80	110	40
Roraima	80	40	50	30	20	30	20
Tocantins	410	180	180	100	100	80	40
Alagoas	510	480	310	200	120	140	130
Bahia	3.450	2.560	1.120	920	1.110	1.040	860
Ceará	2.350	2.060	930	940	730	1.230	530
Maranhão	910	570	880	320	210	350	120
Paraíba	930	750	290	280	230	370	290
Pernambuco	2.560	2.450	970	890	850	810	610
Piauí	790	520	400	240	220	190	120
Rio Grande do Norte	870	660	260	310	280	340	230
Sergipe	560	440	210	180	150	140	130
Distrito Federal	780	920	260	290	500	240	140
Goiás	1.800	1.500	620	720	790	490	370
Mato Grosso	980	610	390	310	270	240	160
Mato Grosso do Sul	1.020	770	370	340	430	280	170
Espírito Santo	1.580	990	270	480	620	470	400
Minas Gerais	7.990	5.210	880	2.240	3.000	1.960	1.520
Rio de Janeiro	8.580	8.380	1.340	3.000	4.680	1.910	2.010
São Paulo	17.830	16.160	1.880	6.820	11.560	5.330	4.500
Paraná	4.870	3.490	1.000	2.210	2.130	1.450	1.070
Rio Grande do Sul	5.740	5.030	840	4.150	2.960	1.260	1.030
Santa Catarina	2.220	1.850	480	1.470	970	780	490
Brasil	68.800	57.120	15.590	27.330	32.600	20.390	15.290

Figura 27: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. ** Menor que 15 casos.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

Continuação: Estimativas para o ano de 2014 do número de casos novos de câncer, por Estado*

Estados	Laringe	Bexiga	Esôfago	Ovário	Linfoma de Hodgkin	Linfoma não Hodgkin	Glândula Tireoide	Sistema Nervoso Central
Acre	20	20	20	**	**	20	20	20
Amapá	**	20	20	**	**	20	20	20
Amazonas	90	60	40	60	30	80	90	100
Pará	90	90	80	90	50	130	140	110
Rondônia	40	40	50	**	20	30	40	50
Roraima	20	20	20	**	**	20	20	20
Tocantins	30	30	30	30	20	50	40	50
Alagoas	70	50	70	50	20	70	70	70
Bahia	360	320	490	290	90	440	360	470
Ceará	330	160	400	220	80	300	420	350
Maranhão	70	60	70	80	30	130	150	150
Paraíba	130	80	130	70	20	120	230	140
Pernambuco	310	290	340	270	50	400	400	370
Piauí	70	40	80	60	20	100	110	110
Rio Grande do Norte	100	70	110	60	30	100	160	110
Sergipe	60	50	50	50	20	60	70	70
Distrito Federal	90	110	110	130	50	150	90	130
Goiás	150	280	270	210	90	270	170	300
Mato Grosso	90	100	140	70	40	90	60	120
Mato Grosso do Sul	100	120	150	100	40	80	120	110
Espírito Santo	170	180	320	90	40	200	160	180
Minas Gerais	760	910	1.510	530	270	1.010	700	890
Rio de Janeiro	820	1.180	920	670	150	1.070	790	810
São Paulo	2.240	2.910	2.340	1.550	580	3.050	1.930	2.250
Paraná	510	630	1.040	340	140	570	990	760
Rio Grande do Sul	620	770	1.420	440	190	890	1.240	910
Santa Catarina	290	350	560	180	80	340	610	420
Brasil	7.640	8.940	10.780	5.680	2.180	9.790	9.200	9.090

Figura 28: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. ** Menor que 15 casos.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

Continuação: Estimativas para o ano de 2014 do número de casos novos de câncer, por Estado*

Estados	Leucemias	Corpo do Útero	Pele Melanoma	Outras Localizações	Subtotal	Pele não melanoma	Todas as Neoplasias
Acre	20	**	**	150	630	80	710
Amapá	20	**	**	100	560	100	660
Amazonas	110	50	30	680	3.860	970	4.830
Pará	250	70	40	1.190	6.650	1.980	8.630
Rondônia	50	20	20	370	1.710	650	2.360
Roraima	20	**	20	90	550	120	670
Tocantins	60	**	20	270	1.730	430	2.160
Alagoas	110	80	20	680	3.250	1.100	4.350
Bahia	460	270	170	3.350	18.130	5.280	23.410
Ceará	390	210	180	2.730	14.540	5.540	20.080
Maranhão	200	70	50	1.320	5.740	1.380	7.120
Paraíba	180	80	60	1.170	5.550	2.070	7.620
Pernambuco	380	290	150	3.070	15.460	4.610	20.070
Piauí	140	50	50	810	4.120	1.440	5.560
Rio Grande do Norte	160	60	50	1.080	5.040	2.020	7.060
Sergipe	60	30	40	560	2.930	860	3.790
Distrito Federal	120	130	90	950	5.280	2.470	7.750
Goiás	220	130	130	2.000	10.510	6.890	17.400
Mato Grosso	100	50	60	890	4.770	3.400	8.170
Mato Grosso do Sul	110	80	70	920	5.380	2.740	8.120
Espírito Santo	160	80	120	1.180	7.690	4.630	12.320
Minas Gerais	910	420	430	7.060	38.200	23.330	61.530
Rio de Janeiro	870	880	430	7.870	46.360	27.320	73.680
São Paulo	2.210	1.900	1.840	17.590	104.470	47.730	152.200
Paraná	740	330	560	5.550	28.380	11.630	40.010
Rio Grande do Sul	910	410	800	8.300	37.910	13.500	51.410
Santa Catarina	410	170	440	2.940	15.050	9.860	24.910
Brasil	9.370	5.900	5.890	72.870	394.450	182.130	576.580

Figura 29: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10. ** Menor que 15 casos.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

Estimativas para o ano de 2014 do número de casos novos de câncer, por capital*

Estados	Próstata	Mama Feminina	Colo do Útero	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Cólon e Reto	Estômago	Cavidade Oral
Rio Branco	60	30	30	20	20	20	20
Macapá	50	40	40	20	20	40	20
Manaus	320	340	510	190	140	250	70
Belém	330	360	260	160	150	240	50
Porto Velho	70	80	60	50	20	30	20
Boa Vista	50	30	40	20	20	30	20
Palmas	50	30	20	20	20	20	20
Maceió	240	360	100	80	80	40	50
Salvador	850	980	260	290	460	230	220
Fortaleza	640	850	280	350	370	280	140
São Luís	230	250	200	90	100	110	30
João Pessoa	220	260	70	70	80	70	50
Recife	620	780	180	260	320	140	120
Teresina	240	210	120	80	110	40	30
Natal	270	240	80	90	110	70	60
Aracaju	230	210	50	60	80	30	40
Goiânia	170	210	60	100	100	60	40
Cuiabá	330	470	160	160	140	90	60
Campo Grande	370	370	120	150	200	110	50
Vitória	170	130	30	50	100	40	30
Belo Horizonte	1.180	1.020	180	320	520	250	170
Rio de Janeiro	3.890	4.050	590	1.370	2.160	660	590
São Paulo	5.120	5.630	750	1.940	3.460	1.460	990
Curitiba	810	910	150	370	700	230	200
Porto Alegre	910	1.150	160	650	900	190	150
Florianópolis	120	180	30	120	130	50	30
Brasil	17.540	19.170	4.530	7.080	10.510	4.780	3.270

Figura 30: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.** Menor que 15 casos.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

Continuação: Estimativas para o ano de 2014 do número de casos novos de câncer, por capital*

Estados	Laringe	Bexiga	Esôfago	Ovário	Linfoma de Hodgkin	Linfoma não Hodgkin	Glândula Tireoide	Sistema Nervoso Central
Rio Branco	**	**	20	**	20	**	**	20
Macapá	**	20	**	**	**	20	20	20
Manaus	80	50	40	60	20	50	70	80
Belém	40	40	30	60	20	50	60	40
Porto Velho	20	20	20	**	20	20	30	20
Boa Vista	**	20	20	**	**	20	20	20
Palmas	**	20	20	**	**	20	20	20
Maceió	30	20	30	30	20	30	30	30
Salvador	90	110	110	140	30	160	100	160
Fortaleza	110	60	110	140	30	120	160	140
São Luís	20	20	20	40	20	40	30	50
João Pessoa	40	20	30	30	20	50	70	30
Recife	80	80	60	110	20	120	100	160
Teresina	20	20	30	30	20	40	40	50
Natal	40	20	30	20	20	40	60	30
Aracaju	30	30	20	30	20	30	30	30
Goiânia	20	40	30	40	20	40	30	30
Cuiabá	50	50	50	40	20	50	30	50
Campo Grande	40	60	60	50	20	40	50	60
Vitória	20	20	30	20	20	20	30	20
Belo Horizonte	80	150	150	130	50	160	130	170
Rio de Janeiro	300	560	280	410	100	540	490	420
São Paulo	510	870	570	630	220	990	810	680
Curitiba	70	120	100	80	20	180	90	140
Porto Alegre	80	180	110	110	30	290	80	120
Florianópolis	20	30	20	20	20	40	40	20
Brasil	1.830	2.640	2.000	2.270	830	3.170	2.630	2.610

Figura 31: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.** Menor que 15 casos.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

Continuação: Estimativas para o ano de 2014 do número de casos novos de câncer, por capital*

Estados	Leucemias	Corpo do útero	Pele Melanoma	Outras Localizações	Subtotal	Pele não melanoma	Todas as Neoplasias
Rio Branco	20	**	**	70	420	50	470
Macapá	20	**	**	60	450	100	550
Manaus	90	40	30	460	2.890	700	3.590
Belém	70	20	20	360	2.360	850	3.210
Porto Velho	20	**	20	100	640	410	1.050
Boa Vista	20	**	20	60	450	100	550
Palmas	20	**	20	50	410	60	470
Maceió	40	20	20	290	1.540	220	1.760
Salvador	120	110	50	890	5.360	500	5.860
Fortaleza	120	100	70	810	4.880	670	5.550
São Luís	40	20	20	300	1.630	240	1.870
João Pessoa	40	30	20	270	1.470	280	1.750
Recife	80	90	30	670	4.020	740	4.760
Teresina	50	20	20	250	1.420	140	1.560
Natal	40	**	20	330	1.580	320	1.900
Aracaju	20	**	20	180	1.150	230	1.380
Goiânia	40	20	20	210	1.280	420	1.700
Cuiabá	60	20	20	260	2.110	610	2.720
Campo Grande	60	40	40	300	2.190	350	2.540
Vitória	20	20	30	120	920	430	1.350
Belo Horizonte	140	150	70	1.000	6.020	4.010	10.030
Rio de Janeiro	390	680	320	3.160	20.960	13.830	34.790
São Paulo	650	1.010	860	4.990	32.140	14.440	46.580
Curitiba	150	90	150	980	5.540	1.240	6.780
Porto Alegre	150	130	150	1.280	6.820	890	7.710
Florianópolis	30	**	40	210	1.160	360	1.520
Brasil	2.500	2.690	2.100	17.660	109.810	42.190	152.000

Figura 32: *Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10.** Menor que 15 casos.

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

2.3 ONCOLOGIA

A palavra Oncologia tem origem grega: "*oykos*" que quer dizer volume, tumor; sendo um ramo da patologia que estuda as neoplasias. Os tumores podem estar localizados ou invadir outros tecidos, podendo disseminar-se por todo o corpo. A Oncologia está voltada para a forma como o câncer se desenvolve no organismo e qual é o tratamento mais adequado para cada caso. (ONCOGUIA, 2015)

Sabendo disso o tratamento deve ser sempre muito individualizado e é

importante observar as necessidades e possibilidades terapêuticas de para paciente, podendo ser de intenção curativa ou paliativa, o primeiro objetivo sempre vai ser para a cura, fazendo que o paciente volte a ter uma vida normal, caso a cura se torne inviável cabe ao médico oncologista usar da terapia paliativa para melhorar a qualidade de vida do paciente; mantendo lhe a dignidade, entendendo suas fraquezas e evitando sentimentos de frustrações. (ONCOGUIA, 2015).

3 ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

"Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o dia da sua morte." (CICELY SAUNDERS)

A atribuição do enfermeiro é prestar assistência aos pacientes com câncer na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares, desenvolvendo ações educativas, ações integradas com outros profissionais, apoiar medidas legislativas e identificar fatores de risco ocupacional, na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família, também são intervenções muito importantes. (INCA, 2012).

Assim sendo a equipe de enfermagem deve buscar de uma forma holística, realizar uma assistência menos tecnicista e mais digna, fundamentada nos princípios da humanização no cuidado a esse paciente oncológico devido à complexidade desta doença, pois ela atingirá de forma agressiva não somente o paciente mas toda a sua família, lembrando que com o avanço da doença esse paciente irá percebendo suas novas limitações sendo mais difícil aceitar a si próprio. (BRIDA, 2012).

Em virtude desses fatos os cuidados paliativos vê oferecer uma melhora na qualidade de vida, quando não há mais possibilidade de cura, respeitando as crenças, religiões e valores de cada paciente; oferecendo todas as condições para suprir das suas necessidades humanas básicas até as mais complexas. (MEDEIROS, 2013).

Observamos também que o câncer é acompanhado por atitudes que revelam a angústia do indivíduo perante sua situação, expressos por revolta e por diversos questionamentos, fazendo-os experimentar sentimentos contraditórios. Esses sentimentos podem ser aumentado no ambiente hospitalar pela falta de vínculo com os profissionais e sua linguagem técnica e, ainda, pelo medo do desconhecido. Sensações de solidão, insegurança, incerteza e angústia do paciente gerado pelo impacto da doença que interfere na sua relação com a enfermagem e no diálogo estabelecido entre eles (SALES et. al, 2001).

Sendo assim observamos que o cuidar na terminalidade é colocar-se ao lado da pessoa fragilizada, com perda da vitalidade e autonomia, dor e depressão e só se torna eficaz quando se consegue a cooperação do paciente que só se permite ser

cuidado quando se sente seguro e confia no enfermeiro principalmente naqueles que mostram dar atenção para ao que o paciente fala, sente e expressa. Sabe-se que é natural que os doentes evitem falar sobre suas condições. (AVANCI, et. al 2009).

4 CUIDADOS PALIATIVOS

O termo “cuidados paliativos” é utilizado para designar a ação de uma equipe multiprofissional à pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. A palavra “paliativa” é originada do latim *pallium* que significa manto, proteção, ou seja, proteger aqueles em que a medicina curativa já não mais acolhe. Segundo o Manual dos Cuidados Paliativos, a origem do mesmo se confunde historicamente com o termo “*hospice*” – abrigos que tinham a função de cuidar dos viajantes e peregrinos doentes. Essas instituições eram mantidas por religiosos cristãos dentro de uma perspectiva caridosa (FRANCO, 2010)

Podemos entender que os cuidados paliativos, começaram há muito tempo atrás, mas somente recentemente vem sendo reconhecida como algo fundamental para pacientes em fase terminal.

Para Boff (2005, p. 29) “o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim, passo então a dedicar-me a ele, dispõe-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seu sofrimento e de seus sucessos, enfim, de sua vida”. Se analisarmos os fatos veremos que muitas pessoas só são capazes de amar aquilo que conhecem, é tão incrível amar aquilo que não estou habituado a conviver; se vê aí à necessidade de mostrar as diversas formas de amar através com gestos simples em paciente se possibilidade de cura, para que possam ter o mínimo de dignidade; estamos convictos que ao acharmos a resposta de como é para os familiares esse enfrentamento das doenças, poderemos tornamos mais humanizados em relação de satisfazer os anseios destes pacientes, pois conhecendo o sofrimento através do sentimento de quem sempre esteve próximo saberemos o real valor das necessidades humanas básicas, não como expectadores mais como colaboradores de mudanças que se fazem necessários (GIL, 2010)

Em seu livro “Por um fio” o doutor Dráuzio Varela relata: “Por que comigo?” foi à indagação que mais ouvi de quem recebe o diagnóstico de uma enfermidade fatal. Nada transforma tanto o homem quanto a constatação de que seu fim pode estar perto. (CURIATI, 2011)

Por que será que quando passamos por momentos difíceis, com risco de vida eminente a vontade de viver é sempre maior? Quais serão os mistérios que cercam

a morte? Serão perguntas que jamais teremos as respostas, mas enquanto tivermos vidas em nossas mãos temos a obrigação de confortamos e dar-lhes o direito de morrer com dignidade. (SAPORETTI, 2010).

5 DOR NO PACIENTE ONCOLÓGICO

Dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, ou descrito nos termos de tal dano. (De acordo com a *International Association for the Study of Pain*)

O sucesso no tratamento da dor requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor e conhecimento do melhor tratamento. A boa avaliação inicial da dor irá atuar como uma linha de base para o julgamento de intervenção.

5.1 TIPOS DE DOR

A dor é um fenômeno multidimensional, e, caracterizá-la significa observar e avaliar a experiência nas suas várias dimensões, quais sejam: neurofisiológica, pois envolve mecanismos de ativação dos receptores periféricos; psicossocial, considerando a influência emocional positiva e negativa sobre o indivíduo; cognitivo cultural, relacionando-a a crenças, significados e comportamentos prévios a dor; comportamental, pois o estresse pode desencadear diferentes tipos de dor o desenvolvimento profissional e pessoal podem exercer influência sobre o limiar da dor; e sensorial, relativas às características semiológicas da mesma. Sendo assim é necessário ter uma visão ampla do paciente e de suas necessidades. (INCA)

A dor relacionada ao câncer pode ser desencadeada por vários fatores, e o mesmo paciente pode referir tipos diferentes de dor durante o curso da doença. Entretanto, não existe consenso quanto a melhor maneira de classificar a dor oncológica. Geralmente a classificação mais utilizada baseia-se na etiologia envolvida, isto é, se a dor é ocasionada por efeitos diretos do tumor, efeitos do tratamento ou causas não diretamente relacionadas ao câncer.

5.2 ESCALA DA DOR



Figura 33: Escalas de dor

Fonte: Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf

5.3 ENFERMAGEM DIANTE DA DOR

O adoecer pelo câncer é uma das experiências de doença crônica mais temida, indesejada e sofrida, observada nos relatos e no cotidiano de pessoas que já vivenciaram ou estão vivenciando esse processo, principalmente, na presença de sintomas de difícil controle.

Os estudos evidenciam o cuidado como a essência da enfermagem que deve ser prestada de forma holística e humanizada em prol da qualidade de vida do paciente. O cuidado de enfermagem requer a emergência de um processo interativo entre os envolvidos no processo da doença, considerando que nas atitudes de cuidado é que encontramos a essência da expressão humana, pois somente o ser humano é capaz de sentir, imprimir e expressar emoção nos atos e atitudes, entendendo-as como tomada de posição que resulta do conhecimento e o afeto. Aí

está a verdadeira dimensão humana do cuidado (OLIVEIRA, 2002). A forma de humanizar a assistência é servir, perceber o outro em pequenos gestos e expressões, em suas limitações, confortá-lo em uma palavra, um toque com carinho, saber ouvir, estar disponível na medida do possível envolver-se com zelo, amor, compaixão e postura ética (GARGIULO, MELO; SALIMENA, BARA e SOUZA, 2007).

6 PROCESSO DE MORTE E MORRER

Um fato que não se pode negar é que desde o dia do nascimento a morte está presente, e persistindo assim até o último dia da vida de uma pessoa. Independente de idade, ao se defrontar com a morte cola-se sempre em questão a própria vida, com o sentimento de medo e angústias. E ao falarmos de uma doença como câncer, a morte é um assunto presente desde o diagnóstico do paciente até seu pós-tratamento, e quando é um câncer terminal até a morte. (SABINO, et. al 2006)

A morte é o único evento ao qual se tem a certeza de que todos farão parte, pois além de ser um evento biológico e inevitável ao ser humano, é um processo construído socialmente, e que em decorrência disto possuiu diversas formas de ser vista e representada pela humanidade. Durante a idade média a morte era tida como uma experiência tranquila, vista como um processo natural do ser humano e às vezes até mesmo desejada. Onde o doente determinava o que era possível no seu processo de morte, assistido por famílias e amigos. (SANTOS, et. al. 2013).

Contudo a partir do século XX a morte deixou de ser um processo natural do ser humano, e passou a ser vista como um processo vergonhoso, um sinônimo de fracasso, cujo qual deveria ser escondido das outras pessoas, para que prevalecesse a imagem de que tudo continua exatamente igual. Tudo isso em decorrência da forte influência que teve o surgimento capitalismo, o qual trouxe consigo o individualismo. (SANTOS, et al 2013).

Com esse novo olhar para o processo de morte, a medicina também possuiu a sua parcela de culpa. Em decorrência dos avanços tecnológicos, já não eram mais necessários os rituais fúnebres, sendo que por sua vez com esses avanços, haveria uma maior chance no aumento dos índices de cura. Criando no paciente uma maior esperança mesmo que muitas vezes falsa, ocasionando nele uma atitude passiva, pois esta convencido de que tudo é para seu bem, assim abrindo mão do comando da situação, omitindo muitas vezes de que sabe que sua morte esta próxima. Quando o inevitável acontece a equipe de saúde procura o quanto antes despachar o corpo morto. Essa urgência pode ser constatada nas expressões utilizadas para designar o evento morte, como “o paciente foi a óbito”, e para lidar com o morto como um “cadáver”, às vezes designado como pacote. (SANTOS, et al 2013).

Visando isso os cuidados paliativos trouxeram de volta a visão do processo do morrer como um evento natural, onde a morte não é um inimigo que precisa ser combatido a todo o custo, mas sim um processo que necessita ser acompanhado por multiprofissionais da área da saúde, visando sempre a qualidade de vida e bem-estar do paciente em primeiro lugar, por mais que a cura não seja possível. (KOVÁCS, 2003; TORRES, 2003).

6.1 ESTÁGIOS DA MORTE

A morte é um assunto não muito agradável para algumas pessoas, muitas vezes em consequência da grande ligação que ela possui com o sentimento de perda ou impotência, mas não se pode negar que a morte é um evento inevitável em nossas vidas. Cada pessoa possui as suas características específicas, e conseqüentemente cada pessoa possui uma maneira de lidar com o enfrentamento da morte. Porém Elizabeth Kübler-Ross (1969) uma grande pesquisadora e pioneira no tratamento de cuidados paliativos foi a primeira a descrever as atitudes e reações emocionais dos pacientes em fase terminal, de acordo com o período do diagnóstico do paciente, até sua inevitável morte. Elizabeth através de suas pesquisas propôs os cinco estágios da morte, que são: negação, raiva, barganha, depressão, aceitação. (SUSAKI, et. al, 2006).

A negação nada mais é do que um simples mecanismo de defesa da pessoa, buscando criar a falsa sensação de que permanece igual, e que não há motivos para haver algum tipo de mudança em sua vida. (KÜBLER-ROSS, 1996).

A raiva é um período onde o paciente permite que se externize os sentimentos de ira e revolta. Pois a pessoa ainda não quer acreditar que tudo isto esteja realmente acontecendo com ele. A pessoa se sente injustiçada, perguntas como: “por que eu?”, permeiam todo o tempo a sua mente, sentimentos de culpa e impotência aumentam cada vez mais a ira do paciente. (KÜBLER-ROSS, 1996).

Barganha, tempo em que a fé do paciente é vista com grande importância, pois ele passa a confiar e a dar mais crédito a sua fé, na esperança de que algum milagre ocorra. Ainda persistindo na tentativa frustrada de fugir, escapar do grande evento inevitável da vida. Durante a barganha a pessoa busca acarar-se a alguma

divindade, e muitos pactos e promessas são realizadas, em grande parte o paciente os realiza sozinho. (KÜBLER-ROSS, 1996)

Um dos estágios da morte proposto por Elizabeth Ross que muitas pessoas vivenciam é a depressão. Deixar tudo aquilo que já te propôs felicidade algum dia na vida, abandonar aqueles a quem você mais ama e quer bem, consciente da possibilidade de que talvez nunca mais os veja. O paciente passa a acreditar na sua condição de terminalidade, mas sentimentos de perda e medo o norteiam todo o tempo. (KÜBLER-ROSS, 1996).

O último estágio é o período em que o paciente se encontra tranquilo e sereno esse período é conhecido por aceitação. É neste momento em que o paciente passa a crer que está na hora de participar do seu grande e último evento da sua vida, a pessoa já não teme mais e ao perceber tudo o que já realizou em sua vida o sentimento de perda simplesmente desaparece. É de extrema importância que a pessoa chegue a esse estágio com dignidade. Infelizmente há pessoas que não chegam ao estágio da aceitação e mantém seu conflito com a morte até o fim de suas vidas. (KÜBLER-ROSS, 1996).

Os cinco estágios da morte propostos por Elizabeth Ross não possuem uma ordem cronológica, de tal maneira que possa haver casos em que o paciente vivencie duas fases concomitantemente ou não vivencia alguma das cinco fases, sendo o processo de morte algo muito específico de cada pessoa. (SUSAKI, et. al, 2006).

É de grande importância colocar em evidência o aspecto emocional dos profissionais de saúde, pois de certa forma acabam se criando mecanismos de defesa por parte dos profissionais que auxiliam no enfrentamento da morte e no processo morte e morrer. Esses profissionais antes de serem profissionais de saúde são pessoas e os sentimentos de frustração, culpa, perda, impotência, estresse e tristeza estão cotidianamente presentes. É de extrema importância que o profissional esteja preparado emocionalmente para atuar nesta área de cuidados paliativos. (SUSAKI, et. al, 2006).

7 METODOLOGIA

A metodologia consiste em uma reflexão acerca do conjunto de métodos lógicos e científicos. Essa pesquisa é qualitativa, exploratória e descritiva, onde o foco será a educação em saúde.

Pesquisa qualitativa: considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (SILVA, et al, 2005).

A investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipóteses que, todavia, poderão surgir durante ou ao final da pesquisa.

É, normalmente, o primeiro passo para quem não conhece suficientemente o campo que pretende abordar. A pesquisa descritiva expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação. Pesquisa de opinião insere-se nessa classificação. (MORESI, 2003).

7.1 PÚBLICO ALVO E LOCAL DO ESTUDO.

Alunas do Programa Mulheres Sim, do curso de Educação e Gênero – Artesanato, ofertado na modalidade de formação inicial e continuada (FIC), do Instituto Federal de Santa Catarina- Campus Joinville, que estiverem matriculadas no programa com idade superior a 18 anos independente de raça, religião ou escolaridade.

7.2 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que no final da educação em saúde as alunas do Programa Mulheres Sim compreendam a importância dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos e esclareçam suas dúvidas sobre diversos assuntos do tema câncer.

7.3 ANÁLISE DE DADOS

7.3.1 Relatório de aplicação do projeto integrador

O Projeto Integrador foi aplicado no programa de extensão Mulheres Sim do IFSC, que tem como objetivo incentivar mulheres sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto, em situação de vulnerabilidade social, a voltarem a estudar e propor uma geração de renda; foram feitos em dois momentos o primeiro dia trabalhando sobre o câncer; auto conhecimento, para vermos a percepção dela em relação aos seus corpos; tipos de câncer, prevenção e tratamento; tivemos grande participação e interesse; todas puderam esclarecer dúvidas e compartilhar suas experiências.

No segundo dia foi abordado o tema de cuidados paliativos, os processos da morte, escala de dor, como reagir diante dessa doença quando não há mais chance de cura e o tratamento passa a ser apenas para dar qualidade de vida. Para algumas participantes foi muito difícil expor suas experiências, pois já conviveram com a doença ou tiveram um ente querido que passou por essa situação.

As dinâmicas escolhidas pelo grupo correspondem respectivamente ao tema abordado em cada dia de palestra e possuem a finalidade de maior compreensão dos mesmos.

No primeiro dia de palestra foi abordado o tema câncer e foram utilizadas as seguintes dinâmicas:

- Dinâmica do Conhecimento do corpo humano – localização dos órgãos

Para esta dinâmica foi desenhado numa folha de papel pardo, em tamanho real, a silhueta do corpo humano e colocada no chão da sala. À cada integrante do grupo Mulheres Sim foi dado uma figura representando um órgão humano com o

objetivo de que elas pudessem localizar e grudar na silhueta sua respectiva localização. A resposta a esta primeira atividade foi de quase cem por cento das mulheres, algumas exitaram por timidez ou por medo de errar o local a ser posta a figura, porém com o auxílio e incentivo das demais a adesão foi total. O objetivo foi alcançado e desta forma elas puderam conhecer de uma forma lúdica onde se encontram os órgãos do nosso corpo.

- Dinâmica da roda de conversação

Momento de troca de conhecimento entre o grupo e as Mulheres Sim onde foi discutido sobre a dinâmica do conhecimento do corpo humano. Todas participaram de forma efetiva expondo o que sabiam sobre a anatomia do corpo e os tipos de câncer que afetam cada órgão do corpo humano. Trouxeram para a roda de conversação relatos diversos de como a doença atingiu cada uma, de forma direta ou indireta.

- Alongamento

Neste momento foi realizado um intervalo de cinco minutos para que todos, a partir do encabeçamento da professora orientadora, realizassem exercícios de alongamento.

- Dinâmica do caminho

Para esta dinâmica foi confeccionado um cartaz onde foi desenhado um caminho e a cada participante do grupo Mulheres Sim foi entregue uma folha sulfite para que nelas escrevessem uma palavra definindo o primeiro dia de atividades aplicadas pelos integrantes do grupo do PAC. Todas participaram, umas com mais entusiasmo escrevendo mais de uma palavra, outras com certa dificuldade de se expressarem.

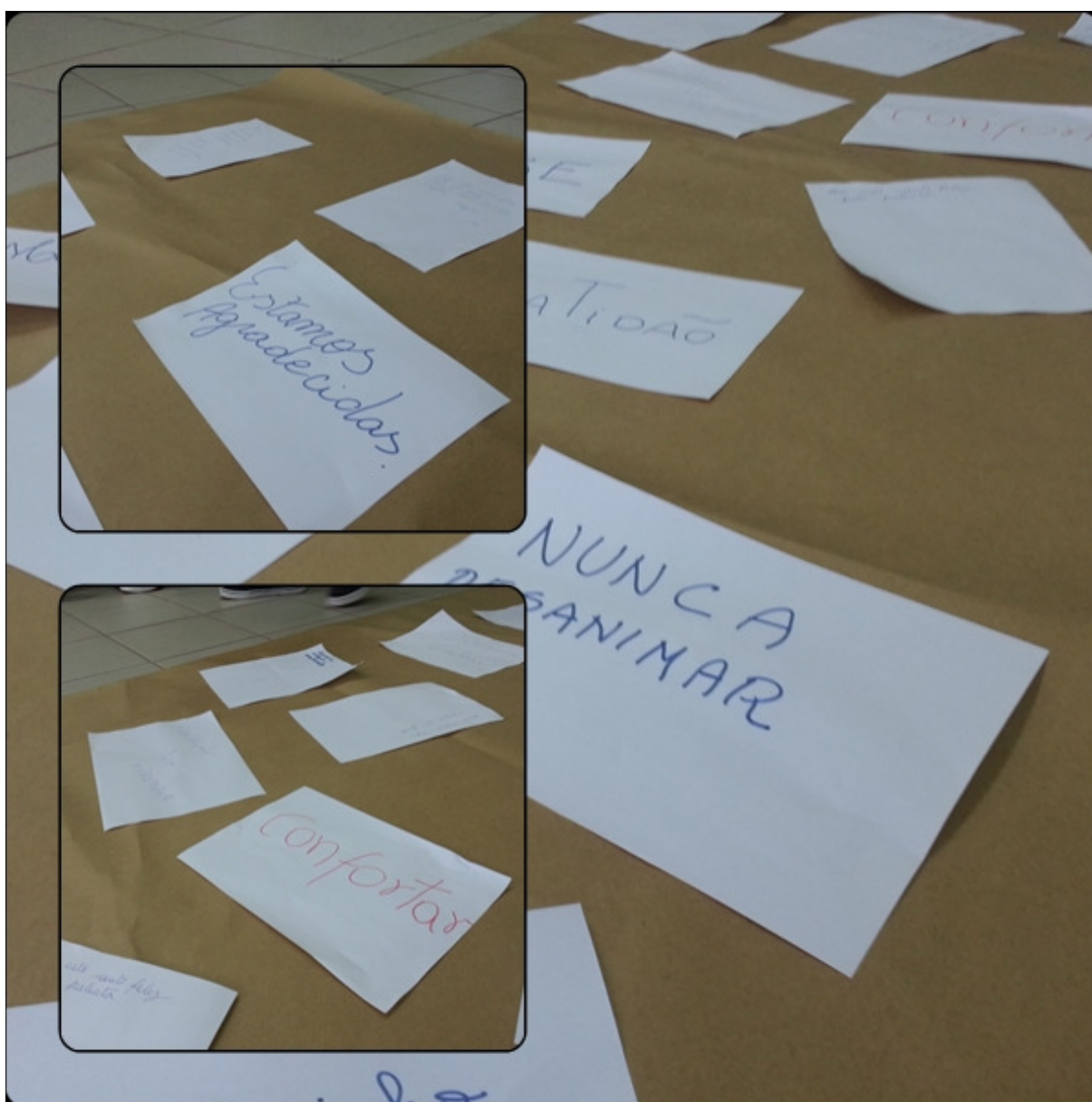


Figura 34: Dinâmica do caminho.

Fonte: O autor, 2016.

No segundo dia de palestra foi abordado o tema Cuidados Paliativos e foram utilizadas as seguintes dinâmicas:

- Dinâmica da boneca

Foi utilizado uma boneca, cuja a qual recebeu alguma forma de afeto dos participantes da palestra. Em um segundo momento cada participante repetiu o ato de afeto que teve para com a boneca, porem agora na pessoa que estava próxima a ela. Todos na sala participaram com entusiasmo desta atividade, uns afagavam uma única vez, outros acariciavam constantemente e até falavam com a boneca. Com

esta dinâmica, os participantes entenderam a importância de se aplicar os cuidados paliativos ao paciente no fim de sua vida.

- Dinâmica da dança de roda

Esta atividade foi aplicada como forma de alongamento físico.

- Dinâmica do corredor da vida

Nesta dinâmica todos os participantes da palestra ficaram frente a frente abraçados formando um corredor, exceto um dos participantes que ficou de fora, o qual possuía a difícil tarefa de passar por entre os participantes que estavam abraçados. Todos interagiram, exceto aqueles que possuíam alguma limitação física. Foi um momento de descontração e que exigiu esforço físico dos participantes. A pessoa que passou pelo meio do corredor representou um espermatozóide cruzando o caminho até a fecundação do óvulo. As participantes perceberam que devem sempre celebrar a vida e buscar forças para enfrentar as adversidades do cotidiano.

8 CONCLUSÃO

Ao aplicarmos esses trabalhos observamos que mesmo com toda a imensidão de conhecimentos o câncer ainda é um assunto que gera muita emoção, pois todos de uma forma ou outra já têm ou tiveram contato com a doença, seja consigo, com um familiar ou conhecido, tornando o assunto de difícil discussão e comoção. E, assim analisado, veremos que para cada pessoa com câncer, teremos uma grande quantidade de indivíduos envolvidos, seja no âmbito familiar, amigos ou profissionalmente, com uma imensa equipe multidisciplinar que embora muitas vezes preparada para agir, apenas como profissional, acaba envolvendo-se emocionalmente. Por isso, percebemos que se necessita cada vez mais de um pessoal preparado para lidar com essa situação, seja para dar apoio aos familiares ou para dar suporte a essa equipe multidisciplinar.

Olhar para todos os pacientes com uma visão holística acaba sendo fundamental diante do problema, que a cada passo deixa suas marcas e destrói os sonhos de uma vida e tornando-se mais difícil a cada avanço da doença. Sendo assim, ao chegar a hora de aceitar que, embora todos os esforços não mudaram o avanço da enfermidade, apenas poderemos dar a pessoa uma morte digna, necessitamos de um suporte ainda maior para tal situação.

Aceitar a morte como um processo natural acaba sendo nosso maior objetivo. Passar por todos essa fase acaba sendo muito doloroso necessitando de um olhar ainda mais diferenciado, respeitando o tempo de cada um, e sempre lembrando que, para cada paciente sob cuidados paliativos, cada dia é um dia que vale apenas viver e por isso temos como obrigação agregar maior qualidade de vida. E, para nossa equipe foi muito prazeroso palestrar nas Mulheres SIM, pois todas têm muita experiência que puderam compartilhar com o grupo, além de serem bem acessíveis em participarem das atividades propostas, pudemos aprimorar nossos estudos de forma prática e com muito diálogo em rodas de conversas com troca de conhecimentos.

Assim, percebemos que o assunto deveria ser mais discutido para que possamos diminuir as dúvidas que sempre surgem diante do avanço desta doença.

REFERÊNCIAS

CORTES, C. C. Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. **In:** Marcos G. S. (ed.). Cuidados paliativos e intervención psicossocial em enfermos com câncer. Las palmas: ICEPS, 1998.

FRANCO, M. H. P. **Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade:** psicologia. Cuidado paliativo, CREMESP, 1-III, p. 4-, 2008.

GALRIÇA NETO, I. **Pequeno manual básico de cuidados paliativos** – Região de Saúde de Lisboa.

MACIEL, M. G. S. **Definições e princípios.** Cuidado paliativo, CREMESP, 1-I, p. 18-21, 2008.

MONTEIRO, M. G. F. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. **In:** BARATA, R. B. et al. Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 1999.

PESSINI, L. **Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos.** Prática hospitalar, n. 41, p. 10-12, 2011.

PESSINI, L. **Distanásia:** até quando investir sem agredir? Bioética, v. 4, p. 31-43, 1999.

SAPORETTI, L. A. **Espiritualidade em cuidados paliativos.** Cuidado paliativo, CREMESP, 4-I, p. 522-3, 2010.

SIQUEIRA, J. E. **Doente terminal.** Cadernos de Bioética do CREMESP, v. 1, 2010.

TWYCROSS, R. **Medicina paliativa:** filosofia e considerações éticas. Acta Bioética, n. 1, 2000.