

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



MÓDULO VIII: LINHAS DE CUIDADO: ONCOLOGIA
(CÂNCER DE MAMA, CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E TUMORES DE PRÓSTATA)



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Vera Radünz

Subchefe do Departamento Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORAS

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Ana Maria de Almeida

Vera Radünz

Luciana Martins da Rosa

Simone Mara de Araujo Ferreira

Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues

Leila Maria Marchi Alves

Maria Lúcia Zanetti

REVISÃO TÉCNICA

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

M8 – Linhas de cuidado: oncologia (câncer de mama, câncer de colo de útero e tumores de próstata)

V297c VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira
Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Linhas de cuidado: oncologia (câncer de mama, câncer de colo de útero e tumores de próstata) / Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Ana Maria de Almeida, Vera Radünz; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.
143 p.

ISBN: 978-85-88612-58-7

1. Oncologia. 2. Enfermagem Oncologia. 3. Enfermagem.

CDU – 616-083-006

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Paula Balbis Garcia

Design Instrucional Mara Gonzalez Bezerra

Revisão Textual Deise Joelen Tarouco de Freitas

Coordenadora de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

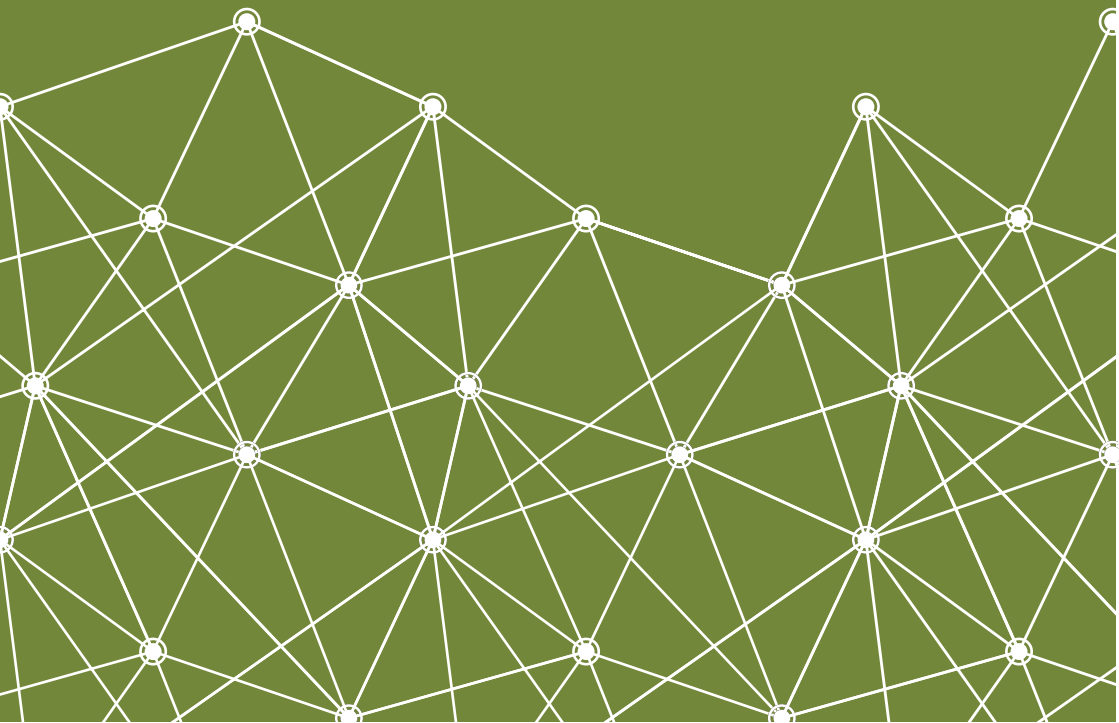
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO VIII

LINHAS DE CUIDADO: ONCOLOGIA
(CÂNCER DE MAMA, CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E
TUMORES DA PRÓSTATA)



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

Seja bem-vindo ao Módulo VIII do Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): Linhas de Cuidado: Oncologia - Câncer de Mama, Câncer do Colo do Útero e Tumores da Próstata. Focalizamos as linhas de cuidado na perspectiva da integralidade da atenção à saúde de pessoas com estas doenças; os protocolos e a sistematização da assistência como ferramentas para o cuidado de enfermagem; além disso, consideramos a dimensão ética e a competência técnica para a qualificação dos profissionais de enfermagem do SUS como uma discussão transversal e implicada em cada explanação e argumentação ao longo de todo módulo.

A Oncologia, dentre os estudos e pesquisas sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, tem merecido destacada atenção do Ministério da Saúde, justamente para aprimorar as estratégias de prevenção e de intervenção. Contudo, a Oncologia é uma área complexa que envolve demandas específicas. Paradoxalmente, as instituições e os profissionais da saúde, na maioria das vezes, apresentam precária instrumentalização em seu processo de formação acadêmica. Logo, queremos que você concentre-se neste módulo como se ele fosse uma especialidade dentro da especialidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Neste sentido, preparamos para você um módulo que pretende, ao mesmo tempo, ser abrangente e instigante, capaz de induzi-lo(a) a otimizar a sua competência nesta área de conhecimento e práticas. Bom trabalho!

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.
Ana Maria de Almeida, Dra.
Vera Radünz, Dra.
Luciana Martins da Rosa, Dra.
Simone Mara de Araujo Ferreira, Ms.
Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues, Ms.
Leila Maria Marchi Alves, Dra.
Maria Lúcia Zanetti, Dra.

*Aqueles que fazem o pior uso do seu tempo são os primeiros a reclamar de que o tempo é curto
(Jean De La Bruyere).*

OBJETIVO GERAL

Reconhecer o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como estratégias para a integralidade do cuidado e a sistematização da assistência de enfermagem como uma ferramenta para o cuidado à pessoa com Câncer de Mama, Câncer do Colo do Útero e Tumores da Próstata; refletir sobre as linhas de cuidado e sua aplicação na atenção à pessoa com Câncer de Mama, Câncer do Colo do Útero e Tumores da Próstata, com fundamentos nos protocolos clínicos específicos.

CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — ACOLHIMENTO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À PESSOA COM CÂNCER DE MAMA, CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E TUMORES DA PRÓSTATA	11
1.1 Introdução	11
1.2 Humanização, acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro na assistência ao usuário em tratamento oncológico	12
1.3 Resumo	19
1.4 Fechamento	19
UNIDADE 2 — ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO À PESSOA COM CÂNCER DE MAMA, CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E CÂNCER DE PRÓSTATA	21
2.1 Introdução	21
2.2 Atuação interdisciplinar.....	22
2.2.1. Conceituando e compreendendo a interdisciplinaridade.....	22
2.2.2 A interdisciplinaridade na prática de saúde.....	24
2.2.3 A Interdisciplinaridade na Atenção à Pessoa com Diagnóstico de Câncer	25
2.3. Resumo	31
2.4. Fechamento	31
2.5 Recomendação de leitura complementar	32
UNIDADE 3 - A INSERÇÃO DA FAMÍLIA, ASPECTOS CULTURAIS E PSICOSSOCIAIS DO VIVER COM CÂNCER.....	35
3.1. Introdução	35
3.2 Atuação com a família	35
3.2.1 A família como sistema e como cuidadora	37
3.2.2 Estigma do Câncer	40
3.2.3 Fases psicológicas do câncer.....	41
3.2.4 A sexualidade e o câncer	43
3.2.5 Autoestima e o câncer	45
3.2.6 Imagem corporal e o câncer	46
3.3 Sobrevivência ao câncer, reabilitação e (re)inserção social.....	48
3.4 Direitos sociais da pessoa com câncer.....	52
3.5 Resumo	55
3.6 Fechamento	56
3.7 Recomendação de leitura complementar	56

UNIDADE 4 — PROTOCOLOS PARA A DETECÇÃO PRECOZE DE CÂNCER DE MAMA, CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E TUMORES DA PRÓSTATA. FLUXO DE ATENDIMENTO NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE59

4.1 Introdução	59
4.2 Detecção precoce e rastreamento do câncer	60
4.2.1 Câncer de Mama	62
4.2.2 Câncer do Colo do Útero	66
4.2.3 Tumores da próstata.....	70
4.3 Resumo	72
4.4 Fechamento	73
4.5 Recomendação de leitura complementar.....	73

UNIDADE 5 — AUTOCUIDADO NO CÂNCER DE MAMA, CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E TUMORES DA PRÓSTATA75

5.1 Introdução.....	75
5.2 Autocuidado relativo à prevenção/detecção precoce	75
5.2.1 Câncer de mama	76
5.2.2 Câncer do colo do útero	78
5.2.3 Tumores da próstata.....	79
5.3 Autocuidado durante tratamento/reabilitação.....	80
5.4 Resumo	85
5.5 Fechamento	86
5.6 Recomendação de leitura complementar.....	86

UNIDADE 6 — MODALIDADES TERAPÊUTICAS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS.....89

6.1 Introdução	89
6.2 Considerações iniciais sobre o câncer	90
6.3 Terapêutica cirúrgica	91
6.3.1 Características e princípios da cirurgia oncológica	91
6.3.2 Tipos de cirurgias: câncer de mama, colo do útero e próstata	92
6.3.3 Cuidados de enfermagem relacionados com a cirurgia oncológica.....	93
6.4 Terapêutica quimioterápica.....	95
6.4.1 Mecanismo de ação dos quimioterápicos	95
6.4.2 Classificação dos quimioterápicos	97
6.4.3 Quimioterapia no câncer de mama, colo do útero e próstata	98
6.4.4 Diluição dos quimioterápicos	99
6.4.5 Administração dos quimioterápicos	100
6.4.6 Vias de administração	101
6.4.7 Toxicidades ou efeitos colaterais e os cuidados de enfermagem relacionados	101
6.5 Terapêutica Radioterápica	108

6.5.1 Mecanismo de ação da radioterapia.....	109
6.5.2 Radioproteção	111
6.5.3 Radioterapia no câncer de mama, colo de útero e próstata.....	111
6.5.4 Toxicidade ou efeitos colaterais e os cuidados de enfermagem relacionados.....	112
6.6 Hormonioterapia	116
6.6.1 Hormonioterapia no câncer de mama e próstata.....	117
6.7 Resumo	120
6.8 Fechamento	120
6.9 Recomendação de leitura complementar	121

UNIDADE 7 — SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À PESSOA COM CÂNCER DE MAMA, CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E TUMORES DA PRÓSTATA123

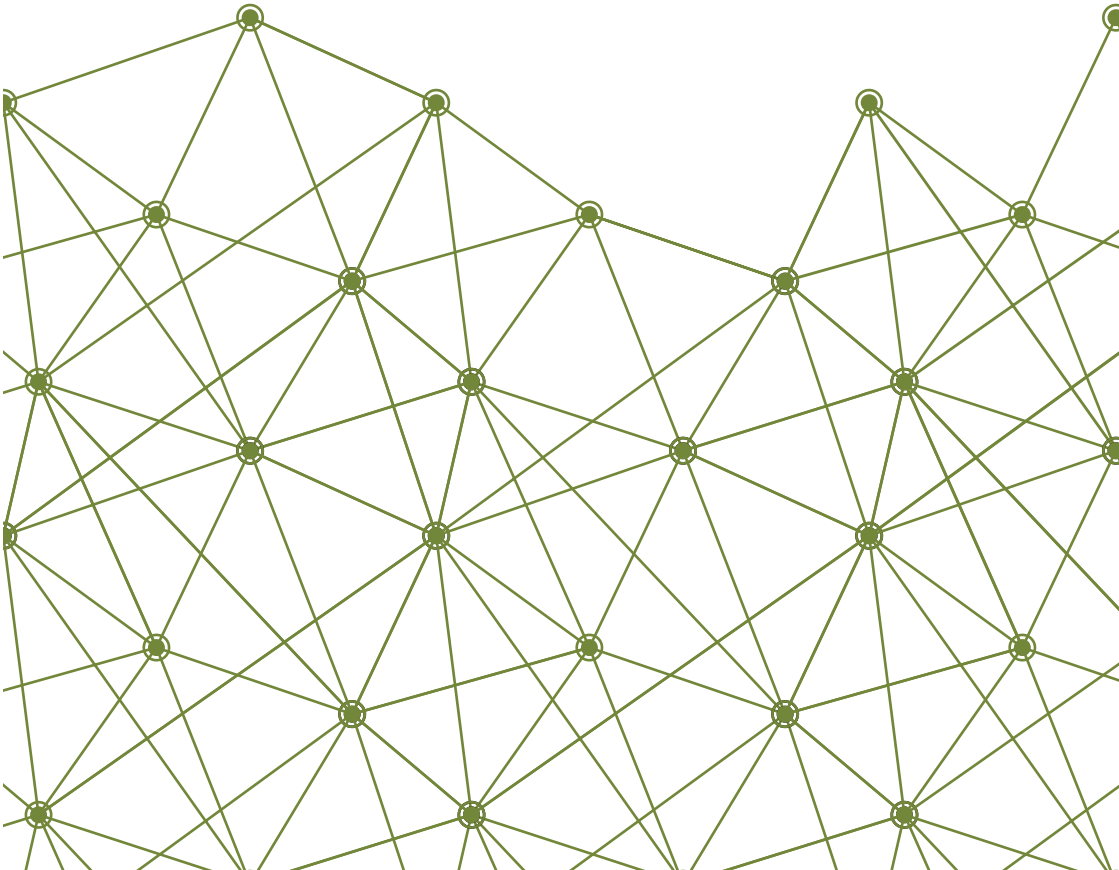
7.1 Introdução	123
7.2 Sistematização da Assistência de enfermagem	124
7.2.1 Coleta de dados	125
7.2.2 Diagnóstico de Enfermagem	127
7.2.3 Planejamento de Enfermagem	128
7.2.4 Implementação	130
7.2.5 Avaliação	130
7.3 Resumo.....	132
7.4 Fechamento	132
7.5 Recomendação de leitura complementar	132

ENCERRAMENTO DO MÓDULO.....133

REFERÊNCIAS134

MINICURRÍCULO DAS AUTORAS.....143

UNIDADE 1



Unidade 1 – Acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro na atenção à pessoa com Câncer de Mama, Câncer do Colo do Útero e Tumores da Próstata

Ao final desta unidade, você será capaz de compreender os conceitos de acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro, bem como utilizá-los no cuidado ao usuário em tratamento oncológico, em especial naqueles com câncer de mama, câncer de colo do útero e tumores de próstata.

1.1 Introdução

O enfermeiro é o profissional mais habilitado e disponível para apoiar e orientar o paciente oncológico e sua família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação. Isso porque, desde a primeira queixa até a confirmação do diagnóstico e início do tratamento especializado, o paciente se vê num caminho indefinido a ser seguido, necessitando de acompanhamento.

Em muitos casos, o tratamento do câncer é longo e exige do usuário um engajamento que lhe permita lutar pela sua saúde. Ocorrem mudanças em sua vida devido aos procedimentos relacionados à doença a que é submetido. Seu cotidiano fica marcado por uma rotina de exames e pela angústia frente aos seus resultados. O que vem depois da tomografia? O que vem depois deste exame de sangue? Será que o tumor diminuiu? Será que aumentou? São questões que emergem frequentemente, você já pensou nisso?

O usuário fica a mercê de novas terapias, novas descobertas, novos caminhos que lhe são sugeridos no processo do tratamento, o que muitas vezes, dependendo do modo como ele enfrenta a doença, pode causar prejuízo nos diversos aspectos da sua vida e do cotidiano.

Nesta direção, estratégias têm sido lançadas no sentido de promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil. E nesse processo de organização, medidas vêm sendo adotadas e dentre elas emerge a temática da humanização, do vínculo, do acolhimento e da responsabilização do enfermeiro nesse processo.

Atentos a estas questões, passaremos a discuti-las a partir de agora.

1.2 Humanização, acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro na assistência ao usuário em tratamento oncológico

O processo de humanização nas instituições de saúde emerge na perspectiva de se repensar as práticas de trabalho, e neste contexto, além das mudanças em relação à estrutura e equipamentos, faz-se necessário satisfazer as necessidades dos usuários e dos trabalhadores (DESLANDES, 2006).

No intuito de atender a essas demandas dos usuários e trabalhadores, o Ministério da Saúde instituiu, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001).



Humanização em saúde significa resgatar o respeito à vida humana e assim considerar as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano (BRASIL, 2001). A Humanização está vinculada à garantia de acesso e da qualidade de atenção à saúde do SUS.



Saiba mais

Saiba mais sobre a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>>.

Quando consideramos a assistência em oncologia, devemos atentar que o percurso da doença é doloroso e que alguns momentos representam maiores impactos e dificuldades. Dentre eles, destacamos: a comunicação do diagnóstico de doença avançada, das graves sequelas do tratamento (mutilação, prejuízo de funções), de esgotamento de recursos e; a preparação para cuidados paliativos.

O câncer ainda é entendido pelos usuários, em geral, como sinônimo de dor, morte e sofrimento; e cabe à enfermagem identificar suas próprias concepções relativas a estes entendimentos e estabelecer estratégias de enfrentamento, visando uma assistência adequada e eficaz que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

Nesta direção, considerando as necessidades oriundas desse processo e as especificidades dos usuários em tratamento oncológico, faz-se necessário que o profissional de enfermagem possua habilidades relacionais e afetivas. Manifestações de carinho, simpatia, compreensão do momento, respeito, qualidade no atendimento demonstram a humanização durante o cuidado (BRITO; CARVALHO, 2010).

A humanização dos serviços de saúde se caracteriza como um processo contínuo e depende de uma reflexão diária da equipe sobre o cuidado prestado (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).



Palavra do profissional

Você já refletiu sobre este aspecto da sua prática? Valoriza os aspectos subjetivos do usuário? Considera emoções, crenças e valores no momento da elaboração do plano de cuidados? Este é um momento de repensarmos como tem sido nossa prática nos diferentes momentos na relação com os usuários.

Cabe destacar que na atenção em oncologia, paralelamente à utilização dos avanços terapêuticos, é necessário atentar para outros aspectos, tais como manejo dos efeitos colaterais do tratamento, qualidade do sono, estado afetivo, sexualidade, autoestima, entre outros, aspectos estes que guardam relação estreita com a qualidade de vida do usuário.

A assistência ao usuário em tratamento oncológico requer ainda uma boa comunicação, pois é a partir dela que se torna possível estabelecer relações interpessoais e reconhecer necessidades. É preciso dar oportunidade para que o usuário fale sobre seus medos, anseios, preocupações.

Para Fontes e Alvim (2008), se o enfermeiro dialoga com o usuário, procura garantir-lhe voz, colaborando para a reflexão sobre sua condição de doente, isso pode fazê-lo questionar, criticar, indagar sobre o tratamento e seus diferentes efeitos no seu corpo e na sua vida, permitindo expressar suas angústias e expectativas. A conversa só será cuidado se afetar o outro naquilo que o outro espera e deseja. Seu uso no **cuidado** de enfermagem pode ser intencional para estabelecer vínculo, promover o encontro, construir relações, acessar o outro.

Na medida em que o diálogo avança, vai se estabelecendo confiança e os laços entre esses sujeitos vão se estreitando. Por meio do diálogo, trabalha-se a subjetividade do cliente no cuidado, ajudando-o a lidar com suas emoções e sentimentos, tornando-o participante do processo de cuidar. Na prática do diálogo, faz-se necessário desenvolver a habilidade da escuta sensível, garantir voz ao usuário, tentar conhecer e entender os seus sentimentos, ações e reações diante do impacto do câncer, pois assim o profissional poderá ajudá-lo na tomada de consciência acerca de sua situação concreta e contribuir para a superação dos desafios que se apresentam com o surgimento da doença.

A disponibilidade no estabelecimento da relação de troca e reciprocidade com os usuários aumenta a possibilidade de autocrescimento e autoconhecimento destes e abre espaço para uma relação efetiva e dialógica. Nesta direção, o resgate da humanização nas práticas de saúde se dá pelo uso das tecnologias de relações, como acolhimento, vínculo e responsabilização.

O acolhimento, como diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), deve fazer parte de todos os encontros do serviço de saúde, ou seja, não exige um local, hora certa, nem mesmo um profissional específico para acontecer.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Em outras palavras, trata-se de assumir uma postura ética que implica acolher o usuário em suas queixas, reconhecer que ele é o protagonista do processo saúde-doença, bem como responsabilizar-se pela resolução da queixa relatada.



Palavra do profissional

Você consegue compreender a dimensão dessa postura? Será que o acolhimento, no sentido literal da palavra, faz parte da sua prática assistencial? Pense nisso!

Que tal pensar em uma situação da prática assistencial para ilustrar o enunciado acima? Vamos lá?

Você recebe na sua unidade de saúde uma mulher com queixa de um caroço na mama e dor. Você precisa acolher esta mulher, adotar uma postura compreensiva. O acolhimento representa a primeira abordagem realizada e nesse contato inicial é preciso estabelecer um vínculo de modo que a mulher exponha de forma clara seus reais problemas. Você precisa identificar se ela apresenta algum **sinal de alerta** .

Sinais de alerta no câncer de mama: caroço na mama; vermelhidão ou calor na mama; mudança no aspecto da pele da mama; saída de líquido do mamilo; climatério ou menopausa; sinais de violência.

Independente do desfecho, ressaltamos que a partir desse contato a mulher deve sentir-se estimulada a recorrer sempre ao serviço, confiante na resolutividade o atendimento prestado.

Ficou mais claro para você? Pois bem, quando acolhemos, assumimos o compromisso de responder as necessidades dos usuários que procuram os serviços de saúde. Nesta direção, quando pensamos no planejamento do cuidado, parte integrante do processo de enfermagem, devemos considerar também o usuário como protagonista em seu processo terapêutico.



Palavra do profissional

O usuário precisa ser reconhecido como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. Neste intuito, é preciso levar em consideração sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos.

Ao pensar na elaboração do plano de cuidados de enfermagem na situação hipotética mencionada, as decisões devem ser tomadas em conjunto. É preciso identificar o significado que a **provável** doença tem para a mulher em questão, pois suas atitudes serão reflexos dessa representatividade. Desta forma, precisamos orientá-la de forma clara sobre os procedimentos necessários para investigação diagnóstica, tratamento, acompanhamento. Não podemos **atropelar** as decisões da usuária.

A responsabilidade e o compromisso da equipe de enfermagem em criar vínculos e estabelecer relações próximas e claras com o sofrimento do outro permite um processo de transferência entre o usuário e o profissional, resultando na construção da autonomia do usuário (RIZZOTTO, 2002).

Outro ponto a ser discutido quando falamos de acolhimento é a classificação de risco. A classificação de risco é uma ferramenta de organização da **fila de espera** no serviço de saúde. Consiste em priorizar os atendimentos de acordo a necessidade e não por meio de ordem de chegada ao serviço. Mas atenção, classificação de risco não é sinônimo de triagem. Na verdade, todos serão atendidos, mas primeiramente passarão por uma avaliação e ordenação segundo a necessidade.



Palavra do profissional

Faça agora uma pausa e reflita sobre como se dá a dinâmica do acolhimento no seu contexto de trabalho. Você consegue diferenciar, com elementos da sua prática, o acolhimento da triagem?

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

- Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, com uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário;
- Elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado;
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe, neste processo, pode também garantir acolhimento para seus profissionais e para as dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população;
- Uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos;
- Construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais (BRASIL, 2010).

Nesta lógica de funcionamento, o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplica em inúmeras outras ações que, ao partir do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e sujeito demandante, possibilitam analisar:

- A adequação da área física;
- As formas de organização dos serviços de saúde;
- A governabilidade das equipes locais;
- A humanização das relações em serviço;
- Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde;
- O ato da escuta e a produção de vínculo;
- O compartilhamento do conhecimento;
- O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.

O outro conceito que complementa o novo modo de produção em saúde é o **vínculo**, que complementa as noções anteriormente tratadas no acolhimento e na responsabilização.

A constituição do vínculo depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe (CAMPOS, 2003).

*Etimologicamente, **vínculo** é um vocábulo de origem latina e significa algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os pacientes e vice-versa.*

O vínculo pode ser uma ferramenta que agencia as trocas de saberes entre o técnico e o popular, o científico e o empírico, o objetivo e o subjetivo, convergindo-os para a realização de atos terapêuticos conformados a partir das sutilezas de cada coletivo e de cada indivíduo. Ele favorece outros sentidos para a integralidade da atenção à saúde (SANTOS et al., 2008).

O estabelecimento de vínculo afetivo promove um cuidado com qualidade, pois a escuta permite uma maior compreensão e valorização das necessidades do usuário (BRITO; CARVALHO, 2010).

Enfatizamos que o câncer é uma doença envolta em muitas mistificações e medos, que não ocasionam apenas consequências físicas e psíquicas ao doente, eles acarretam inúmeras mudanças em sua vida social, levando, muitas vezes, o usuário a ficar isolado, distante das atividades que antes lhe davam prazer e até a abandonar o trabalho.

Além de enfrentar o preconceito da sociedade, usuários e familiares, muitas vezes, têm que lutar contra os seus próprios preconceitos e valores que fragilizam as relações e vínculos, interferindo no processo de reabilitação e cuidado.

Diante do exposto, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica.



Palavra do profissional

Por fim, cabe aqui destacarmos e convidá-los para a reflexão de que uma mudança no setor saúde que vise maior resolutividade e inclusão dos conceitos anteriores deve ser acompanhada de capacitação clínica de todos os profissionais envolvidos, porque acolhimento, vínculo e responsabilização visam mudar o modelo assistencial vigente. Assim, o foco deixa de estar centrado no médico e principalmente os profissionais de enfermagem passam a ter outro parâmetro para suas práticas.

Pense agora no seu processo de trabalho... As ações desenvolvidas na sua unidade visando o controle do câncer de mama, de colo de útero e de próstata têm tido como parâmetro os conceitos aqui desenvolvidos? O que fazer para transformar a sua realidade?

1.3 Resumo

A humanização do cuidado a pessoas com câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata, de forma resumida, deve incluir: o acolhimento, o vínculo e a responsabilização e; os conceitos não devem ser reconhecidos apenas como conceitos teóricos e sim como atributos para reorganizar o processo de trabalho em saúde visando o controle do câncer.

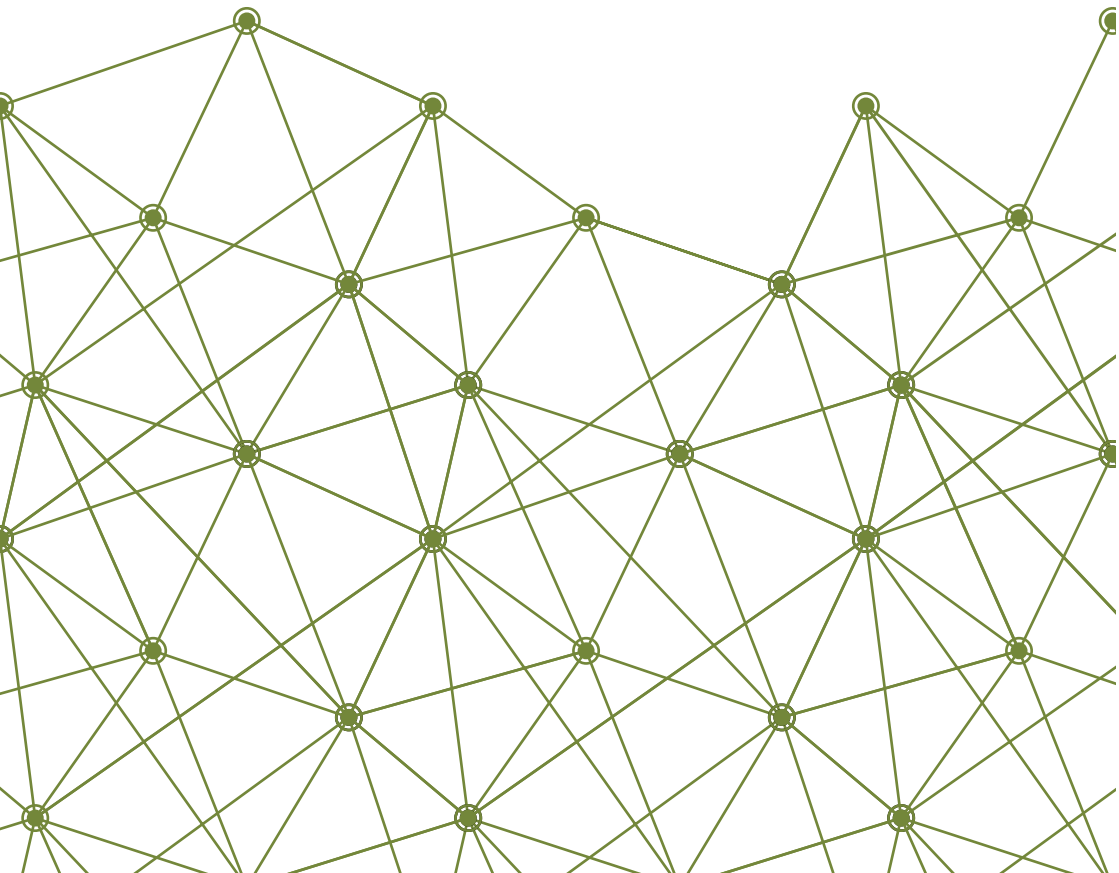
O acolhimento, o vínculo e a responsabilização são atributos que permitem a reformulação do trabalho em saúde e implicam que a prática clínica seja de responsabilidade compartilhada dos profissionais de saúde.

1.4 Fechamento

Finalizamos esta Unidade, em que apresentamos os conceitos de acolhimento, vínculo e responsabilização, dialogando com você sobre a importância da aplicação desses conceitos na atenção a pessoas com câncer de mama, de colo de útero e próstata. Como você se sentiu? Conseguiu identificar a aplicação desses conceitos na sua unidade de saúde?

Destacamos que este conteúdo não é suficiente para elaborar uma proposta para seu local de serviço, mas também que a aplicação desses conceitos na sua prática pode mudar a sua realidade! Ressaltamos a necessidade de buscar apoio em pessoas com experiência ou mesmo em textos sobre a temática. Nossa intenção foi levantar a importância desta e apontar alguns caminhos iniciais!

UNIDADE 2



Unidade 2 – Atuação interdisciplinar na atenção à pessoa com câncer de mama, câncer de colo do útero e câncer de próstata

Ao final desta unidade, você será capaz de compreender o conceito de interdisciplinaridade, aspectos essenciais para sua implementação e a importância da interdisciplinaridade na atenção à mulher com câncer de mama ou colo do útero e ao homem com câncer de próstata.

2.1 Introdução

A complexidade do ser humano, suas necessidades de saúde e as múltiplas possibilidades de cuidados à saúde disponíveis na atualidade afirmam diariamente que a atenção à saúde não é de competência de um profissional, mas de toda equipe.

Cada pessoa deve ser considerada, bio, psico e social, de modo interdependente e inter-relacionado. A natureza humana mantém intercâmbios contínuos com o meio em que vive num constante esforço de adaptação às novas condições que se modificam na trajetória de vida. Neste ínterim, profissionais de áreas diversas, representantes de várias ciências, integram equipes de saúde, tendo como enfoque a totalidade dos aspectos inter-relacionados à saúde e à doença. Logo, a atuação em equipe é a possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas na abordagem biopsicossocial. No entanto, este mesmo aspecto pode dificultar a compreensão mútua e a possibilidade de uma tarefa uniforme, pelas diferenças próprias de cada área, tanto no nível do conhecimento em si, como da própria tarefa (GIMENES; CARVALHO-MAGUI; CARVALHO, 2000).

Conscientes da necessidade da atuação em equipe, dos diversos profissionais colaboradores na atenção à saúde, numa ação integrada (interdisciplinaridade) e não fragmentada (multidisciplinaridade), discutiremos nas próximas páginas o que é interdisciplinaridade.

2.2. Atuação interdisciplinar

A seguir, conheça a interdisciplinaridade na atenção à saúde, sua importância na atenção oncológica no cuidado às pessoas com diagnóstico de câncer de mama, colo do útero e de próstata.

2.2.1. Conceituando e compreendendo a interdisciplinaridade

O processo de trabalho em saúde, apesar de organizado a partir da prática de distintos profissionais, é marcado pela determinação de ações que, muitas vezes, mantêm a fragmentação dos cuidados (MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008) por meio da prática multiprofissional.

A associação de disciplinas com um objetivo comum, sem que cada uma tenha que modificar significativamente sua maneira de compreender as coisas, chamamos de interdisciplinaridade. Com a interdisciplinaridade adota-se uma visão de totalidade, considerando o tempo, o espaço e o contexto (social, ético, político, econômico e outros) que constituem o real, num movimento dialético, complexo, considerando as múltiplas determinações.

A interdisciplinaridade permite percebermos as interações e ligações entre os fenômenos e considera a irredutibilidade e complexidade do ser e do viver humano.

A atuação interdisciplinar, nas equipes de saúde e de Enfermagem, expressa uma prática de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas, articulando os conhecimentos, num constante ir e vir para resolução dos problemas ou alcance dos objetivos e, conseqüentemente, ampliando as fronteiras disciplinares. Implica em reflexão-ação-reflexão. Esse constante construir, desconstruir e reconstruir pode contribuir para a evolução e inovação da Enfermagem como conhecimento e profissão (MEIRELLES; ERDMANN, 2005).

A dimensão humana integral se perde em meio à desarticulação das chamadas dimensões biológica, psicológica e social.

Cada uma dessas dimensões acaba sendo considerada como foco de um único profissional atuando em ações isoladas em momentos não concomitantes. Isso também reflete a compreensão do processo saúde-doença na lógica biologicista e, mesmo que tal compreensão seja ampliada para uma perspectiva integral, por exemplo, por novos processos formativos dos profissionais, nem sempre isso se traduzirá em ações cotidianas marcadas por um olhar ampliado (MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008).

Nesse sentido, aponta-se a necessidade de uma reforma do pensamento que propicie a religação dos saberes, ressaltando a importância de um pensamento que compreenda que tanto o conhecimento do todo depende do conhecimento das partes quanto o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo; que possa reconhecer e examinar os fenômenos multidimensionais, respeitando a diferença ao mesmo tempo em que reconhece a unicidade (MORIN, 2001b).

Mais que uma questão conceitual dos termos inter-multi-poli-transdisciplinaridade, a noção de cooperação é essencial, isto é, de construção de um projeto comum (MORIN, 2001a). Em um projeto comum, as especialidades não são desconsideradas, mas cria-se a possibilidade de sua integração em torno de um campo comum (MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008).

Na concepção compartilhada, os indivíduos, embora possuindo visões particulares a respeito de uma realidade mais ampla, compartilham a responsabilidade pelo todo e não apenas pela sua parte. O surgimento de visões compartilhadas é um processo demorado, exigindo conversas constantes nas quais haja abertura e disposição de se combinar uma diversidade de ideias, emergindo novas possibilidades de ação conjunta (SENGE, 1998).

Para a concretização de uma proposta de trabalho pautada em um eixo interdisciplinar, emerge a noção de estratégia. Essa noção é oposta a de programa. Enquanto em um programa é pré-determinada uma sequência de ações, cujo funcionamento depende de circunstâncias que permitem o seu cumprimento, a estratégia leva em consideração o inesperado, o novo, no sentido de modificar ou enriquecer sua ação. Dessa forma, se as circunstâncias são adversas o programa fracassa. Uma estratégia, ao contrário, aproveita-se das novas circunstâncias para construir novos cenários (MORIN, 2001b).

Cabe ainda ressaltar que construir a interdisciplinaridade implica também em lidar com a complexidade das relações humanas que se desenvolvem na situação de trabalho grupal.

No entanto, ao mesmo tempo em que o trabalho grupal pode ter significativo potencial criativo, é possível a emergência de processos que impedem a troca saudável de modos de pensar, ser e agir (MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008).

2.2.2 A interdisciplinaridade na prática de saúde

Um projeto interdisciplinar também demanda a necessidade de comprometimento da instituição no sentido de propiciar condições para a atuação em equipe, criando espaços que promovam o diálogo entre os profissionais. Dessa forma é necessário o investimento na constituição de equipes que tenham condições de compreender a complexidade do atendimento oncológico, não somente do ponto de vista teórico, mas no próprio processo do cuidado.

É preciso garantir a integralidade das ações durante todas as fases do processo do cuidado, por meio da articulação dos profissionais envolvidos, em cada momento:

- Na avaliação da melhor terapêutica a ser instituída, considerando os diferentes componentes do cuidado;
- Na avaliação da eficácia das ações implementadas;
- Na indicação de modificações e introdução de novas ações (MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008).

Para que isso ocorra é essencial que haja uma valorização do trabalho coletivo por todos os membros da equipe. Isto não significa negar as suas dificuldades, considerando a permanente interferência de questões de ordem interpessoal e social, pois as pessoas sempre se apresentam a partir de suas próprias ideias, valores, formação e espaços sociais.

Essas dificuldades implicam em conflitos que podem ser trabalhados no sentido de possibilitar a criação coletiva, ou negados, impossibilitando mudanças na organização do cuidado ou até mesmo a geração de um clima de trabalho insustentável (MENOSSI; LIMA; CORRÊA, 2008).

Reconhecendo a necessidade da interdisciplinaridade, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização que supõe troca de saberes (incluindo os saberes dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe.

Essa política não orienta que um conjunto de pessoas reúna-se eventualmente para “resolver” um problema, mas a produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes. Levar em conta as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui a política em ações materiais e concretas.

Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar constantemente construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção dos princípios do SUS (BRASIL, 2004a).



As premissas básicas para atuação interdisciplinar são:

- Seus membros devem ter a mesma noção de papéis, normas e valores;
- A equipe tem de funcionar de maneira uniforme e colaboradora;
- A compreensão e a definição clara dos papéis profissionais associados à determinada tarefa são indispensáveis nas instituições de saúde. Indefinições ou ambiguidades relativas ao papel profissional podem gerar conflitos na equipe, ao serem acumuladas expectativas inadequadas ou mal delimitadas entre seus membros (GIMENES; CARVALHO-MAGUI; CARVALHO, 2000).

2.2.3 A Interdisciplinaridade na Atenção à Pessoa com Diagnóstico de Câncer

Atuar a partir da interdisciplinaridade significa implementar um paradigma voltado às dimensões que constituem o ser humano: dimensão física, emocional, social, econômica, cultural, espiritual.

Além de considerar as diferentes dimensões, o cuidado à pessoa com diagnóstico de câncer abrange a atenção aos preconceitos e tabus que envolvem a palavra câncer, a readaptação aos novos hábitos de vida e a (re)inserção social. Esta abrangência dá ênfase à atenção interdisciplinar utilizada na oncologia.

Receber o diagnóstico de câncer pressupõe uma série de consequências que atingem diretamente o modo de vida do indivíduo. Algumas delas estão associadas ao aspecto social e familiar; outras, ao psiquismo, como as ideias recorrentes de morte, o medo de mutilação e da perda de algumas pessoas de seu convívio (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

A perspectiva da assistência integral à saúde e da interdisciplinaridade reconhece:

- A importância do contexto, dos processos culturais e familiares;
- As intersubjetividades, considerando as necessidades;
- Os interesses relacionados com o dia a dia dos sujeitos envolvidos.

Todos esses aspectos devem ser definidos como pontos de partida e chegada para todas as ações de cuidado individualizado (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

As ações interdisciplinares na atenção à pessoa com câncer de mama, colo do útero e de próstata devem ser iniciadas a partir do diagnóstico, ou mesmos antes, junto às pessoas com diagnóstico de câncer e seus familiares.

As intervenções interdisciplinares têm como objetivo fazer uma junção entre conhecimentos e disciplinas, que intercedam efetivamente na qualidade de vida desta população desde o diagnóstico até o período pós-tratamento, favorecendo de forma prioritária o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais (BRASIL, 2004b).

A equipe interdisciplinar é formada por:

- Grupo de profissionais, com formações diversificadas que atuam de maneira interdependente, inter-relacionando-se num mesmo ambiente de trabalho, por meio de comunicações formais e informais;
- Trabalho colaborativo-complementar (GIMENES; CARVALHO-MAGUI; CARVALHO, 2000).

A equipe interdisciplinar, nesses casos, deverá ser composta por:

- Assistente social;
- Enfermeiro;
- Farmacêutico;
- Fisioterapeuta;
- Médico (oncologista, cirurgião, radioterapeuta, psiquiatra);
- Nutricionista;
- Psicólogo;
- Terapeuta ocupacional.

A atuação interdisciplinar para a prevenção de complicações decorrentes do tratamento deve ser realizada em todas as fases:

- Diagnóstico;
- Durante e após o tratamento;
- Na recorrência da doença;
- Nos cuidados paliativos.

Em cada uma dessas fases, é necessário identificar ou diagnosticar as necessidades da pessoa com diagnóstico de câncer, os sintomas e suas causas, e o impacto destes no seu cotidiano (BRASIL, 2004b).

As intervenções estabelecidas visam orientações para o domicílio, para o autocuidado, para o tratamento ambulatorial e hospitalar e para os grupos educativos. Deve ser garantido o acesso às informações relacionadas aos direitos previstos em lei e adequação dos recursos que garantam uma atenção integral, resolutiva e com estabelecimento de vínculo (BRASIL, 2004b).



Palavra do profissional

Você já refletiu sobre a responsabilidade da equipe interdisciplinar e no que cada profissional está diretamente implicado? Pense a respeito e procure conversar com seus colegas sobre as responsabilidades de cada um.

A atuação do assistente social visa, principalmente, a avaliação do perfil socioeconômico e as orientações quanto aos direitos das pessoas com diagnóstico de câncer (BRASIL, 2008a).

A identificação do perfil familiar, com o objetivo de conhecer as carências sociais, econômicas e culturais do paciente e da família, apoia o paciente e a família dentro das dificuldades vivenciadas por estes, com aporte de direitos sociais e recursos públicos (CARVALHO, 2008).

A atuação do enfermeiro perpassa todas as etapas diagnósticas e terapêuticas no câncer. A consulta e pós-consulta de enfermagem são essenciais, pois possibilitam a identificação das necessidades de cuidado, do plano de cuidados de enfermagem e ainda favorece o vínculo entre o profissional, pessoa com diagnóstico de câncer e familiares (BRASIL, 2004b, 2008a).

Por meio do processo de enfermagem como método sistemático de prestação de cuidados humanizados, o enfermeiro avalia continuamente o estado biopsicossocial, planeja a assistência individualizada, estabelece, entre outros resultados, o conforto e o bem-estar, assim como o apoio à família (ANDRAUS; MINAMISA; MUNARI, 2004; CARVALHO, 2008; COSTA; LUNARDI; SOARES, 2003; PARO D.; PARO J.; FERREIRA, 2005).

A atenção do **farmacêutico** garante a compra, o estoque, o controle e a manipulação dos medicamentos antineoplásicos e outros aspectos relacionados à segurança e à eficácia da terapêutica medicamentosa (BRASIL, 2008a).

A atenção do **fisioterapeuta** deve ser iniciada no pré-operatório, objetivando conhecer as alterações pré-existentes e identificar os possíveis fatores de risco para as complicações pós-operatórias e, quando necessário, instituir o tratamento fisioterapêutico nesta etapa, visando minimizar e prevenir as possíveis sequelas.

No pós-operatório imediato, objetiva-se identificar alterações neurológicas ocorridas durante o ato operatório, presença de sintomatologias álgicas, edema linfático, alterações na dinâmica respiratória, posturais ou funcionais (BRASIL, 2004b).

O **atendimento médico** deve priorizar o diagnóstico no tempo mais precoce possível. O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento permitem que a doença possa ser descoberta em estágios iniciais, aumentando a possibilidade de cura e reduzindo a ansiedade e outras consequências decorrentes de diagnósticos tardios (BRASIL, 2004b).

O **nutricionista** avalia as condições nutricionais. Diante de déficit nutricional prescreve o aporte necessário de forma que as terapêuticas possam ser realizadas. Cabe também a esse profissional a educação para a adoção de alimentação saudável, durante e após o tratamento (BRASIL, 2008a).

O **atendimento psicológico** deve ser iniciado ou indicado a partir do diagnóstico e da definição da conduta terapêutica oncológica, estabelecendo-se uma avaliação psicológica individual para o planejamento dos atendimentos subsequentes, que poderão ser em grupo ou individualizados.

Em alguns casos pode ser necessário o acompanhamento psiquiátrico (BRASIL, 2004b). A psico-oncologia é a área que estuda a influência de fatores psicossociais sobre o desenvolvimento, manifestações e tratamento do câncer sobre as pessoas.

A intervenção psicológica ocorre também na sensibilização da equipe de saúde para as necessidades emocionais de cada indivíduo, transmitindo conhecimentos da área psicológica aos profissionais; na intervenção de doenças agudas e crônicas com estratégias que facilitem diminuir os efeitos de condições de estresse ligados a procedimentos. Contribuindo na implementação das relações equipe - família - criança (CREPALDI et al., 2006).

No caso de pacientes com câncer de mama, quando não for possível a reconstrução mamária, próteses mamárias de uso externo devem ser adaptadas após a alta do curativo, visando diminuir a alteração na imagem corporal.

Caso seja prescrito protocolo quimioterápico que ocasione queda dos cabelos, a imagem corporal também pode ser afetada e a ela precisará de suporte psicológico e orientações para cuidados com a estética corporal (BRASIL, 2004b).

No caso de mulheres com câncer de colo do útero e de homens com câncer de próstata, a atenção psicológica deve abranger a função sexual e reprodutiva.

Cuidados específicos devem ser direcionados às mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero tratadas com a terapêutica braquiterápica, pois como consequência do tratamento (se não tratada preventivamente) poderá vir a ter estenose vaginal, o que exigirá orientação para fisioterapia vaginal (BRASIL, 2008a).

Caso a terapêutica cirúrgica seja indicada, o enfermeiro deverá prestar os cuidados necessários no pré, intra e pós-operatório e ainda enfatizar a educação para o autocuidado. Estes cuidados não podem ser esquecidos, pois entre a cirurgia e a continuidade do tratamento ou seguimento estabelece-se uma lacuna de tempo. No entanto, esclarecemos que estes cuidados serão minuciosamente estudados na Unidade 6 deste Módulo.

Muitas pessoas passam por esta fase sem acompanhamento e orientações, o que pode trazer consequências complexas e até irreversíveis.

O enfermeiro deve indicar a participação em grupos de apoio interdisciplinar, nesses grupos discutem-se aspectos educativos, sociais e emocionais, visando à reintegração à vida cotidiana (BRASIL, 2004b).

A atenção do **terapeuta ocupacional** objetiva a contribuição para o retorno das atividades sociais, profissionais e atividades no próprio núcleo familiar, bem como para adequações funcionais diante de incapacidades de ordem neurológica, motora, dentre outras (BRASIL, 2008a).

O terapeuta ocupacional estimula a atividade psicomotora, criando estratégia de adaptação às mudanças para o novo estilo de vida, resgatando o equilíbrio emocional.

O profissional tem a sua formação ancorada tanto nas ciências biológicas quanto nas ciências humanas. Por isso, está capacitado a colaborar com a equipe e trabalhos interdisciplinares, tanto na esfera da saúde física quanto na saúde mental, na perspectiva da prevenção, orientação e tratamento ou habilitação (DE CARLO, 2006).

Então, a aproximação entre os **saberes** dos profissionais e os **saberes** da pessoa com diagnóstico de câncer, numa prática dialogada e competente, possibilita a adoção de estratégias de cuidados eficazes nos serviços de saúde para com a pessoa cuidada e sua família (ROSA, 2011).

Em suma, viver com o diagnóstico de câncer ou ser um sobrevivente do câncer exige cuidados continuados em saúde. Nesta direção, somente por meio da interdisciplinaridade poderá ser possível atender aos anseios e às necessidades em suas diferentes dimensões.



Palavra do profissional

Onde você trabalha, a equipe atua de forma multiprofissional ou interdisciplinar? Se sua resposta foi multiprofissional, proponha mudar esta realidade. Leve sua proposta para dialogar com seus colegas.



Saiba mais

Leia os textos a seguir, que exemplificam a atuação interdisciplinar:

CARVALHO, V. de. Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. v.41, n. 3, p.500-507, set.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300022&lng=en>.

ARRIEIRA, I. C. O. et al. **Programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico**: metodologia de trabalho. Acesse o site: Amestoy. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9725/5538>>.

2.3. Resumo

Esta unidade apresentou a interdisciplinaridade como prática em saúde de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas, articulando os conhecimentos para resolução dos problemas ou alcance dos objetivos. Na interdisciplinaridade, a equipe objetiva a totalidade, isto é, vê a pessoa cuidada de forma biopsicossocial e insere a família neste processo de cuidado. Afirmamos que para a atuação interdisciplinar faz-se necessária a definição clara dos papéis profissionais, das normas e dos valores profissionais. Na atenção à pessoa com diagnóstico de câncer e família, a atuação interdisciplinar deve iniciar desde a fase do diagnóstico da doença e ser mantida até a sobrevivência da pessoa com câncer.

2.4. Fechamento

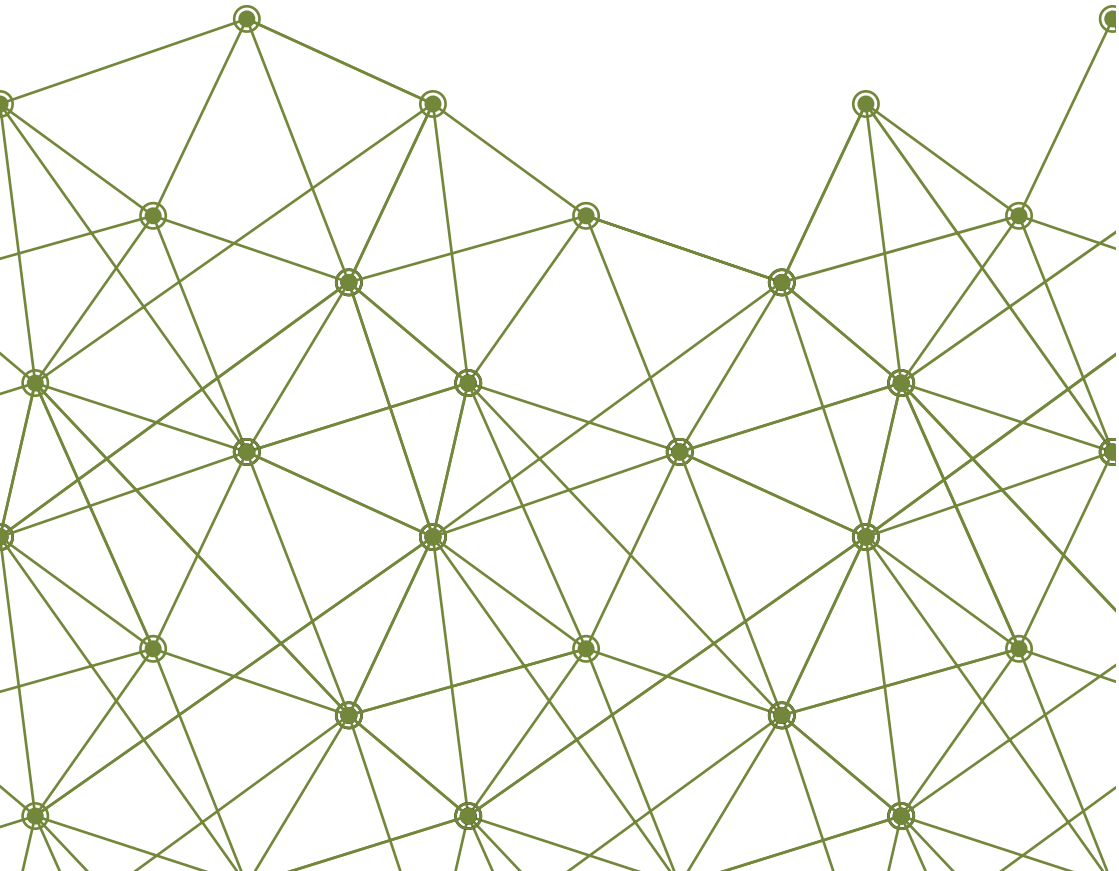
Complemente seu aprendizado com as leituras recomendadas e busque outras publicações que abordem temáticas para que você e sua equipe de trabalho ampliem conhecimentos para atuar de forma interdisciplinar. Discuta o conteúdo apreendido nesta unidade de estudo com seus colegas de trabalho. Quem sabe vocês consigam, a partir desta atividade, iniciar um processo para implantação e implementação da atuação interdisciplinar.

2.5 Recomendação de leitura complementar

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300013&lng=en&nrm=iso>.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. de S.. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100009&lng=en&nrm=iso>.

UNIDADE 3



Unidade 3 - A inserção da família, aspectos culturais e psicossociais do viver com câncer

Ao final desta unidade, você será capaz de compreender as mudanças ocasionadas pelo câncer no cotidiano da vida da pessoa com diagnóstico de câncer e sua família; a família como sistema e como cuidadora; o estigma do câncer; as fases psicológicas do câncer; a influência do câncer na sexualidade, na imagem corporal e na autoestima da pessoa; direitos sociais da pessoa com câncer; sobrevivência ao câncer, reabilitação e (re) inserção social.

3.1. Introdução

O câncer interfere nas adaptações de vida da pessoa que o vivencia, alterando o desempenho de tarefas simples e rotineiras, e o meio social e o ambiente físico podem afetar as capacidades, a motivação e a manutenção do bem-estar psicológico. Além disso, o câncer, em geral, traz incapacidades, tornando o viver ainda mais complexo. Um papel importante do enfermeiro, e que pode ser traduzido em responsabilidade ética, é proporcionar orientação e acompanhamento, ajudando a pessoa com diagnóstico de câncer e sua família a lidar com a doença e limitações por ela impostas, inclusive na recidiva da doença. É um discurso corrente em nossa sociedade que a elevação do bem-estar pode ajudar a melhorar a qualidade de vida e favorecer a promoção da saúde.

3.2 Atuação com a família

O ser humano é complexo e incompleto, vive em constantes transformações e estas surgem a partir das experiências de vida. A resposta de cada pessoa ao câncer é única e singular, exigindo a individualização das intervenções de enfermagem. Como a doença crônica comumente causa mudanças de ordem comportamental, dos papéis familiares, da imagem corporal, do autoconceito, da dinâmica familiar e como aumenta a vulnerabilidade a perdas, entre elas as de saúde, bem-estar, financeira e de equilíbrio físico, mental e emocional, essas intervenções devem incluir os membros da família.

A família precisa ser cuidada e precisa aprender a cuidar e a reorganizar a dinâmica familiar, incorporando os cuidados que a doença e o tratamento do doente com câncer exigem (POTTER; PERRY, 2009; SALES et al., 2010; ELSESEN, 2002).

Durante o tratamento e as hospitalizações, o recebimento de informações adequadas e de fácil compreensão auxiliam as pessoas doentes e seus familiares a entenderem as medidas a serem adotadas para enfrentar a doença e seus sintomas, a ajustarem suas expectativas quanto ao futuro e a minimizarem medos, dúvidas e ansiedades decorrentes do diagnóstico, tratamento, efeitos e consequências dos tratamentos (SILVA; CORREA, 2006).

Por estes motivos a pessoa com câncer e sua família devem contar com uma ampla estrutura de apoio para enfrentar as diferentes etapas do processo, desde a prevenção, o diagnóstico, os tratamentos até a reabilitação e a (re) inserção social. Cuidar representa desafios a serem superados, envolvendo longos períodos de tempo dispensados à pessoa doente e seus familiares (REZENDE et al., 2005).

O enfrentamento do câncer depende de atributos pessoais: saúde e energia, sistema de crenças, metas de vida, autoestima, autocontrole, conhecimento, capacidade de resolução de problemas e apoio social. Assim, quando se estuda o processo de enfrentamento de uma pessoa ou família é preciso considerar suas características socioculturais (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

O apoio interdisciplinar deve levar em consideração o núcleo familiar como unidade cuidadora. Vale lembrar que a constituição familiar não é formada apenas por parentes (pais, filhos, irmãos, primos, entre outras pessoas possíveis), mas também por outros que se integram à família com vínculo e laços entre si.

A esfera familiar é uma unidade formada por seres humanos ao longo de sua trajetória de vida, cuidando de si próprios e de outros, sendo que as maneiras de cuidar variam de acordo com os padrões culturais e se relacionam com as necessidades de cada indivíduo (ALTHOFF, 2002).

A família pode ser definida como núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos. Ela tem como tarefa primordial os cuidados e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida (CARVALHO, 2008).

3.2.1 A família como sistema e como cuidadora

A família é um sistema que opera através de padrões transacionais, isto é, de regras oriundas das interações repetidas entre os indivíduos e diretamente influenciada pelo ambiente cultural.

O sistema familiar é um conjunto de exigências funcionais implícitas ou não que organiza os modos pelos quais os membros da família interagem entre si e com as outras pessoas e sistemas. Com relação aos cuidados à saúde, a família é a grande definidora dos cuidados, sendo que 70 a 80% dos cuidados à saúde adotados pelas pessoas são escolhidos a partir da influência da família (MELO et al., 2005; KLEINMAN, 1980).

A família é a grande unidade cuidadora, tanto nos momentos de saúde como nos momentos de doenças.

De acordo com Tavares e Trad (2009), os cuidados oferecidos às pessoas com câncer foram divididos em cinco categorias:

1. Provisão de suporte emocional - forma mais abstrata de cuidado, contudo o mais imediato e **obrigatório** dos papéis familiares;
2. Compartilhamento de responsabilidades para tomada de decisão. Esta participação efetiva dos familiares implica a necessidade de aprender e avaliar novas e difíceis informações;
3. Realização de procedimentos específicos em relação à administração de medicamentos, curativos, oferecimento de ajuda para desenvolver atividades físicas, dentre outros;
4. Cuidados com os gastos financeiros;
5. A manutenção de estabilidade em meio às mudanças, que dizem respeito à continuidade do desenvolvimento do ciclo vital da família que, na maioria dos casos de doenças crônicas, apresenta tendência à fixação de sua dinâmica, adoção rígida do padrão de enfrentamento e associação entre cronicidade física e psicológica, que se manifesta no viver em função da doença.

Nas famílias com pessoas com diagnóstico de câncer, geralmente um membro assume o papel de cuidador principal. A função de cuidador da família concretiza-se através de uma missão de proteção e socialização dos indivíduos.

É importante observar que as relações familiares normalmente ficam abaladas após o aparecimento da doença. Quando a estrutura familiar é sólida, a união surge e traz à tona sentimentos de carinho, cuidado, atenção, respeito e amor, que podem estar esquecidos ou pouco demonstrados. Entretanto, essa forma positiva de influência familiar pode não estar presente em todos os casos (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

O cotidiano do cuidador familiar é diretamente influenciado pela demanda de cuidados e necessidades com a saúde da pessoa doente, o que consequentemente pode alterar sua qualidade de vida.

Tanto o comprometimento psicobiológico da doença como o estigma ainda presente nesta podem privar o cuidador de sua sociabilidade cotidiana e interromper o curso normal da vida para os enfermos e seus familiares (SALES et al., 2010).

O cuidado diário é exaustivo; a sobrecarga que o cuidador tem, com sua estafante e estressora atividade de cuidados diários e ininterruptos, requer que o diagnóstico e as intervenções de enfermagem abranjam a orientação para:

- Os fazeres e cuidados;
- A compreensão da doença e tratamentos;
- O envolvimento de outros familiares para o revezamento dos cuidados;
- O suporte de apoio às necessidades emergenciais;
- A hospitalização, quando da necessidade da pessoa doente ou do próprio cuidador para um período de descanso.

Vale lembrar que a hospitalização também representa o momento de ensino e aprendizagem para o cuidado (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

Ressalta-se ainda que o comportamento e as necessidades do cuidador familiar se manifestam no período de adoecimento da pessoa com câncer, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento inicial, recidiva da doença, novo tratamento, sucessivas internações até o encaminhamento para os cuidados paliativos. Essa etapa final, em geral, é árdua e penosa, ainda que motivada pela esperança de cura, mas também com desilusões, sofrimentos e importante carga de trabalho dispensada à pessoa.

Estas vivências tendem a se intensificar com a evolução da doença (RIBEIRO; SOUZA, 2010). Cabe à equipe de saúde e em especial aos enfermeiros dirigir a atenção profissional também ao familiar.

O enfermeiro é o profissional que está mais próximo do cuidador e da pessoa com diagnóstico de câncer, portanto, é do enfermeiro que se espera a atenção ao cuidador.

Tanto os enfermeiros da área hospitalar e especialidades quanto da atenção básica devem considerar o cuidador familiar como foco do cuidado domiciliar (SILVA, C.; SILVA, J; CAMPOS, 2007). Ainda, as famílias assumem parcela significativa de responsabilidade para preservar a vida do doente, de maneira adequada as suas próprias possibilidades, aos seus padrões culturais, às necessidades particulares de cada indivíduo e às condições do meio em que vivem. Logo, conhecer a funcionalidade familiar é prerrogativa para a qualidade do cuidado e a satisfação do cuidador e da pessoa com DCNT (MARTINI et al., 2007; PAVARINI et al., 2006).



Palavra do profissional

Você considera que a participação da pessoa com DCNT nas decisões e soluções de problemas da família pode tornar-se reduzida? Há perda de autonomia e da liberdade nas decisões? Já pensou a respeito? Então vamos entender melhor como isso acontece.

Na maioria das vezes sim, algumas perdas podem ser observadas na medida em que ocorre:

- Reestruturação familiar e redefinição de papéis, o que nem sempre é vivenciado como bom;
- Experiência de fragmentação e perda de autonomia sobre o próprio corpo;
- Uma funcionalidade familiar na qual os familiares se concentram de modo excessivo no cuidado com a pessoa doente relegando aspectos biopsicossociais da vida familiar e elegendo o cuidador principal daquele indivíduo;
- Perda da autonomia nas práticas cotidianas ou nas resoluções de problemas familiares e domésticos e perda do espaço individual dos sujeitos (não há momentos de reserva e de isolamento). (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).



Saiba mais

ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>>.

DUARTE, Y. A. O. *Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares*. 2001. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

3.2.2 Estigma do Câncer

O câncer pode colocar os indivíduos e seus familiares em condição de fragilidade pelo próprio diagnóstico, bem como pelo estigma da doença. Ainda hoje, o câncer é considerado uma das piores doenças e é extremamente temido (BRASIL, 2008a). Neste sentido, pesquisas revelam que a sociedade ainda relaciona o câncer à morte, como doença sem cura, e a emoções negativas, como tristeza, dor, medo, maldição, perda e desespero. E, apesar dos avanços técnico-científicos conquistados, que possibilitam a prevenção, a detecção e o tratamento precoce e a cura de vários tipos de câncer, essa representação social é ainda muito forte (BRASIL, 2008a; CARVALHO, 2008).

Cerca de 80% dos casos de câncer no Brasil são diagnosticados tardiamente, quando os recursos disponíveis para o tratamento são só paliativos. Esta situação limita a esperança de vida, contribui com a deterioração da imagem corporal e sustenta o estigma de que câncer é uma doença incurável (RIBEIRO; SOUZA, 2010).

O estigma da doença compromete as relações familiares, dificultando a fala sobre a doença. Constatar a existência da doença traz sofrimento para todos os familiares. Não é nada raro formarem-se ilhas de comunicação, daqueles que são potencialmente mais fortes e podem saber do diagnóstico e outros que são mais frágeis e devem ser poupados, dentre estes, às vezes, incluem-se as pessoas doentes.

Esse processo truncado de comunicação na família, do segredo que pretende proteger, também pode causar sofrimento, muitas vezes maior do que a própria revelação do diagnóstico de câncer, porque cerceia a expressão dos sentimentos de ambas as partes (CARVALHO, 2008).

Pelo comprometimento da doença em si, mas também pelo estigma ainda presente, vivenciar o processo da doença pode significar privação da sociabilidade cotidiana, segregação, interrupção do curso normal da vida para as pessoas doentes e seus familiares. A fragilidade imposta pela doença pode levar à exclusão social, ou afastamento social, por terem que enfrentar uma sociedade que é excludente dos mais vulneráveis. Se a condição de pobreza, a miséria, o afastamento do trabalho estão presentes, o quadro de vulnerabilidade social se acentua com a doença, limitando ainda mais o acesso a bens e serviços para satisfação das necessidades básicas (CARVALHO, 2008).



Palavra do profissional

Esta é uma das questões que gostaríamos de refletir com você. Para mudar a representação social do câncer são necessárias políticas específicas, mas com certeza a informação, a educação para a saúde e o atendimento de saúde adequado, favorecendo o diagnóstico e o tratamento precoce, são estratégias que devem estar presentes na prática diária do cuidado de enfermagem.

3.2.3 Fases psicológicas do câncer

Elizabeth Kübler-Ross foi a pioneira que descreveu as atitudes e reações emocionais vivenciadas durante os momentos de perdas e suscitadas pela aproximação da morte. Seus estudos envolveram pessoas com diagnóstico de câncer. Ela descreveu a identificação de cinco estágios que a pessoa pode vivenciar a partir do diagnóstico de câncer, do vivenciar da terminalidade, de uma perda, que são:

- Negação;
- Raiva;
- Barganha;
- Depressão;
- Aceitação.

A autora destaca que não há uma ordem para a ocorrência dessas reações psicológicas, tão pouco uma cronologia, sendo que o paciente pode vivenciar mais de uma destas fases concomitantemente num mesmo período ou até mesmo não vivenciar algumas delas (KLÜBLER-ROSS, 1985).

As fases psicológicas funcionam como mecanismos de defesa para enfrentar o processo desconhecido da perda e do morrer, em que os conflitos de ordem emocional, material, psicológica, familiar, social, espiritual, entre outros surgem de forma acentuada, afetando diretamente o relacionamento com a família e com a equipe multiprofissional de saúde (KLÜBLER-ROSS, 1985).

A negação é a reação ao impacto inicial da notícia, quando pode ocorrer uma “paralisação” e a pessoa não conseguir dar seguimento aos pensamentos como antes fazia. É comum nessa fase negar a doença e não acreditar ou desconsiderar a informação recebida. A negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial (KLÜBLER-ROSS, 1985).

A raiva é a fase na qual surgem sentimentos de ira, revolta e ressentimento. Torna-se mais difícil lidar com o paciente, pois a raiva se propaga em todas as direções (KLÜBLER-ROSS, 1985).

A barganha é a fase em que a pessoa passa a utilizar inconscientemente outro recurso psicológico, tentando fazer algum tipo de acordo em busca do restabelecimento do viver. Geralmente este movimento volta-se para a religiosidade, por meio de promessas, acordos, pactos, geralmente feitos em segredo. A barganha, psicologicamente, pode estar associada a uma culpa recôndita (KLÜBLER-ROSS, 1985).

A depressão é a fase na qual a pessoa pode ter um sofrimento profundo e não pode mais negar os acontecimentos e nem se revoltar contra eles. As dificuldades do tratamento e hospitalização prolongados aumentam a tristeza que, aliada a outros sentimentos, ocasionam a depressão (KLÜBLER-ROSS, 1985).

A aceitação é a fase em que a pessoa passa a aceitar a sua situação e seu destino. A realidade e as situações passam a ser enfrentadas com consciência das possibilidades e das limitações (KLÜBLER-ROSS, 1985).

É relevante o aspecto emocional dos profissionais de saúde que cuidam de pessoas com câncer, pois estes também criam mecanismos de defesa que os auxiliam no enfrentamento da doença, da morte e do processo de morrer. Por serem preparados para a manutenção da vida, a morte e o morrer, em seu cotidiano, suscitam sentimentos de frustração, tristeza, perda, impotência, estresse e culpa. Em geral, o despreparo leva o profissional a afastar-se da situação. Assim, as pessoas com câncer, familiares e profissionais que cuidam precisam ser cuidados e compreendidos.

O enfermeiro, ao cuidar de outro em situações desafiadoras, tem a tendência de impor a si mesmo exigências maiores, o que lhe acarreta consequências, que são muitas vezes ignoradas e podem se tornar irremediáveis quando surgem, manifestando, por exemplo, o *burnout*. Para evitar o *burnout*, torna-se imprescindível que o enfermeiro aceite o fato de que ele próprio é um ser finito, vulnerável e limitado, que precisa trabalhar essa condição consigo mesmo e que deve ser também cuidado pela sua equipe de saúde e seus gestores (RADÜNZ, 2001).

Burnout é definida como uma síndrome de exaustão, um desgaste físico e emocional associado ao trabalho profissional.

3.2.4 A sexualidade e o câncer

Sexualidade ou identidade sexual é a inter-relação da imagem corporal, da capacidade funcional, das relações sociais, dos papéis sociais, das crenças religiosas. As doenças, as alterações psicológicas e sociais enfrentadas podem alterar a autopercepção sexual (BEDEL, 2000).

Os efeitos colaterais das terapêuticas contra o câncer e as consequências da própria doença podem afetar o nível de interesse sexual, a capacidade, o sentido de adequação e a autoestima. As alterações fisiológicas e psicológicas específicas podem prejudicar a função sexual normal e os sentimentos de feminilidade e masculinidade. Isto também dependerá do tipo de câncer e da terapêutica utilizada (OTTO, 2000).

O diagnóstico da doença, para algumas pessoas, pode provocar dúvidas acerca da identidade sexual e não é nada incomum o constrangimento de questionamentos sobre preocupações sexuais, pois diante do diagnóstico de câncer, preocupações com a sexualidade seriam injustificáveis para muitos. Contudo, deve-se enfatizar que a sexualidade é uma fonte de satisfação física e emocional e a forma mais íntima de partilharmos com o outro (OTTO, 2000).

A abordagem da sexualidade deve ser inter e multiprofissional. Cada profissional deve ter a preocupação de criar vínculos facilitando a interação com a pessoa em tratamento e seus familiares. O vínculo permite que aspectos íntimos sejam revelados e questionados, como é o caso da sexualidade. A inclusão das orientações sobre a sexualidade na consulta e pós-consultas de enfermagem, permite que este momento possa ser aproveitado para o diálogo (OTTO, 2000).

A resposta sexual masculina: desejo, excitação subjetiva, ereção, ejaculação e orgasmo têm mecanismos independentes de controle e podem, por isso, ser afetados separadamente. Já, a resposta sexual feminina envolve o desejo, excitação subjetiva, extensão vaginal, lubrificação e orgasmo. As mulheres podem perder o desejo sexual durante o tratamento, o que pode afetar o clitóris e a vagina. Caso a mulher sinta dor durante o ato sexual isto interferirá na qualidade do orgasmo. Somado a isto, ainda pode ocorrer rejeição ao companheiro pela mulher (OTTO, 2000).

Outros doentes declaram a perda do interesse sexual para se protegerem do constrangimento da perda da função orgástica ou insuficiência de ereção. Arelados aos fatos da doença e do tratamento, podem se somar o consumo de álcool, o abuso de drogas, a história de abuso sexual, a história de comportamento sexual irresponsável ou de diagnóstico de doença fatal e também simplesmente o fato do medo de ser verdadeiro e de dialogar com o companheiro ou companheira. Cabe aos profissionais orientar e auxiliar em todas estas questões (OTTO, 2000).



Saiba mais

Leia o artigo intitulado **Sexualidade em oncologia**, de Heloisa Junqueira FleuryI, Helena Soares de Camargo PantarotoII e Carmita Helena Najjar AbdoI. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n2/a2061.pdf>>.

3.2.5 Autoestima e o câncer

A autoestima é conceituada como uma tendência relativamente estável de sentir-se bem ou sentir-se mal consigo mesmo. Quando ela é positiva, expressa o sentimento do indivíduo em considerar-se bom o suficiente e capaz, sem necessariamente sentir-se superior aos outros. Todavia, quando é negativa, implica em autorrejeição, insatisfação e desprezo consigo próprio, levando o indivíduo a desejar a invisibilidade aos olhos dos demais. O nível de aceitação ou rejeição em relação a si mesmo constitui um fenômeno de aprendizagem que abrange toda a existência pessoal e durante o adoecimento manifesta-se com maior intensidade (GNATTA et al., 2011).



Palavra do profissional

Na presença da doença orgânica ou mesmo no período de remissão da doença, os sentimentos de incapacidade e incompetência conduzem a uma imagem corporal negativa.

A imagem corporal negativa pode ser consequente a uma cirurgia mutiladora e efeitos secundários devastadores da terapêutica, como por exemplo, a alopecia ocasionada pela quimioterapia e radioterapia, e a independência anteriormente vivenciada e no momento do tratamento muitas vezes perdida, seja a perda da independência física, psicológica ou até mesmo econômica.

Neste contexto, exemplificamos o caso das mulheres mastectomizadas. A remoção da mama e as terapias adjuvantes contribuem para o desenvolvimento de complicações físicas e transtornos psicológicos, que podem influenciar negativamente a qualidade de vida. Após a mastectomia, a ausência da mama altera a imagem corporal da mulher, produz sensação de mutilação e perda da feminilidade e sensualidade. Na tentativa de reduzir os sentimentos negativos desencadeados pela doença e seu tratamento, melhorar a autoestima, suprir a falta da mama e facilitar o vestuário, muitas mulheres buscam a reconstrução cirúrgica da mama. No entanto, realizar este procedimento pelo sistema público de saúde exige persistência e paciência (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2010; ROSA, 2011). Esta dificuldade acaba influenciando na diminuição da autoestima.

3.2.6 Imagem corporal e o câncer

A imagem corporal diz respeito a como sentimos e pensamos sobre o nosso corpo e a nossa aparência corporal. Os sentimentos e as atitudes relacionadas à imagem corporal formam um conceito de corpo que é fundamental para uma vida social mais adequada. A imagem corporal pode ser compreendida por três elementos: o modo pelo qual percebemos e sentimos o nosso corpo (realidade do corpo), como o nosso corpo responde ao nosso comando (apresentação do corpo) e o padrão internalizado pelo qual os dois aspectos anteriores são julgados (ideal de corpo) (PEDROLO; ZAGO, 2000).

A imagem corporal alterada é definida como sendo qualquer alteração significativa na imagem corporal que ocorre fora dos domínios do desenvolvimento. Entretanto, a definição de nova imagem pela pessoa com câncer dependerá das suas experiências, da sua adaptação a ela e da imagem corporal normal. A adaptação à imagem corporal alterada é tanto mais fácil quanto mais flexível for a personalidade da pessoa (PEDROLO; ZAGO, 2000).

Veremos agora alguns aspectos sobre a imagem corporal da mulher com câncer de mama ou com colo do útero e do homem com câncer de próstata.

Para compreendermos as necessidades de cuidados das mulheres com câncer de mama, precisamos primeiramente entender que a mama, na sociedade, é símbolo sexual, de feminilidade, de fertilidade, de sensualidade.

Quando acontece a retirada total ou parcial da mama, ou até mesmo durante o período de diagnóstico do câncer, a mulher sente este símbolo sofrendo alterações e então ela questiona-se sobre sua feminilidade e sexualidade.

A retirada da mama, fisiologicamente falando, não altera a função sexual e social, mas psicologicamente o estresse sofrido altera a função. Além disso, a alteração do contorno corporal e da imagem corporal gera medo e ansiedade sobre a perda da identidade como mulher e como ser desejado sexualmente.

A percepção do companheiro sobre a retirada parcial ou total da mama pode também provocar impacto na imagem corporal. A resposta da mulher à retirada da mama depende dos seus sentimentos sobre a feminilidade, do valor que confere à mama mactomizada ou quadrantectomizada, ao desconforto físico, à resposta do companheiro, à ajuda que recebe do

enfermeiro ou dos profissionais da área da saúde sobre a sua identidade sexual e a sua autoconfiança. (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007; CAMARGO; SOUZA, 2003; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).



Palavra do profissional

A abordagem em relação aos cuidados de enfermagem deve iniciar desde o pré-operatório, identificando possíveis reações e preparando a mulher e a família para o autocuidado e para adaptação à nova condição de vida.

O uso de próteses mamárias e a reconstrução da mama são alternativas imprescindíveis para manutenção e recuperação da imagem corporal, bem como a participação em grupos de apoio e a atuação da equipe multiprofissional junto a estes grupos. Mas, a orientação sexual da mulher e de seu companheiro é essencial para o conhecimento de seus corpos, para a aceitação da alteração da mama, para o estímulo às carícias e para o uso de recursos que minimizem a perda, como por exemplo, o uso de um sutiã ou camisola curta que camufle a região da mama, ou simplesmente o uso de uma luz indireta ou de baixa intensidade (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007; CAMARGO; SOUZA, 2003; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2008).

Por sua vez, as cirurgias e tratamentos do câncer de colo de útero também ameaçam a sexualidade da mulher e a sua feminilidade. O tratamento do câncer de colo de útero causa flutuações na autoestima e na imagem corporal. O ciclo sexual feminino é afetado se o tratamento lesionar a região e a estrutura nervosa do clitóris ou da vagina. A ressecção cirúrgica ou a radioterapia (teleterapia e braquiterapia) podem alterar a função sexual e a aparência da região externa. As intervenções de enfermagem devem se adequar principalmente ao tipo de cirurgia e ao controle da toxicidade decorrente da radioterapia, bem como às consequências psicológicas enfrentadas pela mulher e por seu companheiro (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

Os homens e as mulheres têm papéis sexuais e de gênero que a sociedade espera ver cumpridos. Dos homens é esperado que sejam bons provedores, fortes, sem medos e sem dependências. A masculinidade iguala-se à atividade produtiva. O homem não deve admitir possíveis problemas físicos e deve estar sempre sob controle. No que se refere à sexualidade, o estado do pênis, ereção e ejaculação são de extrema importância. Quando um homem apresenta uma doença que possa alterar sua função sexual, isto poderá afetar a sua autoimagem.

O câncer de próstata pode levar a uma alteração temporária ou permanente em relação à ereção e à ejaculação. A orientação e os cuidados ao homem e a sua companheira são essenciais para promover o ajustamento e a reabilitação sexual (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

A cirurgia do câncer de próstata causa impacto definitivo na sexualidade masculina, dependendo da sua extensão. O avanço das técnicas cirúrgicas vem permitindo a manutenção da ereção masculina. Já a radioterapia pode causar fibrose das artérias pélvicas e a impotência erétil. A hormonioterapia também pode causar efeitos colaterais na função sexual (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).



Saiba mais

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. **Imagem corporal de mulheres com câncer de mama**: uma revisão sistemática da literatura. Acesse o texto e boa leitura! Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n5/a21v16n5.pdf>>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PORTADORES DE CÂNCER, que explicita os direitos da pessoa que necessita de cirurgia plástica reconstrutiva de mama. Disponível em: <<http://www.amucc.com.br/conteudo/cirurgia-plastica-reconstrutiva-da-mama/>>.

3.3 Sobrevivência ao câncer, reabilitação e (re)inserção social

Os sobreviventes ao câncer são todas as pessoas que sucederam à fase do tratamento primário do câncer, indo até a recidiva da doença ou ao término da vida (SMELTZER et al., 2011).



Palavra do profissional

Algumas décadas atrás os sobreviventes ao câncer representavam um número pequeno de pessoas. O desenvolvimento tecnológico, principalmente para diagnósticos precoces e com maior precisão, e das terapêuticas oncológicas mudaram esta realidade. Atualmente ainda não alcançamos a cura do câncer na maioria dos casos, mas as taxas de sobrevida estão aumentando gradativamente.

Essas mudanças alteraram a percepção da sobrevivência, que se expandiu e evoluiu. Antes, considerava-se sobrevivência o “período de tempo” de tratamento e o tempo até cinco ou dez anos de sobrevida. No entanto, as complicações relativas à terapêutica e à necessidade de sobrevivência contribuíram, a longo prazo, para uma visão mais ampla. Atualmente, a sobrevivência inclui aspectos de reabilitação, sejam físicos, psicossociais, vocacionais ou econômicos. Define-se então a sobrevivência como um processo dinâmico de viver com, através e para além do câncer.

Neste contexto, o termo sobrevivência tem vários sentidos ou significados dependes do ponto de vista de cada um (profissional, paciente e família). A definição de sobrevivência foi ampliada, com o objetivo de tentar transformar o comportamento do “paciente” passivo e vitimado pela doença em outro mais pró-ativo e esperançoso no combate à doença. Desse modo, ao considerar o curso da doença, sobrevivência são os atos adotados para manter-se vivo, não importa o que aconteça. É uma saga que começa quando a pessoa recebe o diagnóstico de câncer e continua até o fim da sua vida.

Estende-se sobrevivência para além das restrições e tempo do tratamento, baseando-se num conceito dinâmico que sugere o movimento em fases. Um processo curativo, que não depende da biologia ou resultado médico, mas que reflete a qualidade de vida. É a experiência de viver com, por ou além do câncer (MULLAN, 2001; MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009).

Isto traz uma compreensão diferente para o cuidado em oncologia. Uma compreensão para além do cuidado médico, que trouxe influência para mudanças de posição dos profissionais da oncologia, a partir da visão das pessoas que vivenciam o processo de serem sobreviventes ao câncer.

A reflexão sobre a experiência de ser sobrevivente só é vivida de uma forma toda especial pela pessoa que sobrevive. As pessoas com câncer têm sido diagnosticadas e tratadas, e necessitam de alguma forma de cuidado além do manejo psicossocial das sequelas físicas, psicológicas, sociais e econômicas do sobrevivente dessa doença.

Os problemas do sobrevivente do câncer são únicos e multifacetados, e incluem:

- Estresse físico, emocional e social que surge como resultado dos efeitos do tratamento;

- Mudança no estilo de vida;
- Ruptura do papel no lar e na família;
- O temor da recorrência.

Cada pessoa com câncer tem necessidades únicas baseadas na extensão da doença, efeitos do tratamento, prioridades de saúde, nível funcional, enfrentamento, sistema de suporte, entre outros (LENHARD JUNIOR; OSBEEN; GANSLER, 2001; DELISA, 2001; FIALKA-MOSER et al., 2003; MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009).



Saiba mais

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. *Texto Contexto Enferm.* v. 18, n. 1, p. 25-32, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a03.pdf>>.

Os componentes do cuidado do sobrevivente ao câncer compreendem (SMELTZER et al., 2011):

- A prevenção e detecção do câncer, novo e recorrente;
- Vigilância para a disseminação do câncer;
- Recorrência ou segundos cânceres;
- Intervenção para as consequências do câncer e seus tratamentos;
- Coordenação entre os especialistas;
- Os cuidados primários para satisfazer às demandas de saúde.

Muitos sobreviventes se reúnem periodicamente nos chamados grupos de apoio, para procurar, explorar e aprender em conjunto a partir das trocas de experiências e vivências. Reúnem-se, partilham notícias, aprendizados, escrevem manuais, livros, participam de movimentos sociais em defesa da vida, dos direitos sociais e da saúde, bem como atuam no combate ao câncer (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

A procura pelos grupos de apoio possibilita a troca de experiências e de crenças dos participantes. A convivência oferece novas oportunidades de reflexões e transformações, abrindo novos olhares sobre a própria vida. A experiência de cada participante se soma à experiência dos outros participantes, solidificando conhecimentos e auxiliando na reorganização ou repadronização dos novos hábitos, crenças e valores (ROSA, 2011).

A reabilitação é definida como o processo de minimização das disfunções físicas, psicológicas, sociais e vocacionais resultantes da doença ou do seu tratamento. O planejamento terapêutico não pode restringir-se à seleção de condutas clínicas ou cirúrgicas, devendo incluir todo um conjunto de cuidados que permitam ao paciente situar-se em sua nova condição e adaptar-se física, psicológica e socialmente a ela.

Os processos de reabilitação a serem aplicados dependem da perda anatômica verificada, dos locais acometidos pelas metástases, dos tratamentos utilizados, da idade da pessoa e do prognóstico do caso. Os fatores psicológicos e socioeconômicos devem ser considerados, para que se programe a reabilitação de forma realista e compatível com as limitações fisiológicas e ambientais (BRASIL, 2012).

A reabilitação tem como principal objetivo a melhoria da qualidade da vida do indivíduo. Deve procurar atender às necessidades específicas de cada pessoa, com medidas que visem à restauração anatômica e funcional, ao suporte físico e psicológico e à palição de sintomas (BRASIL, 2012).

A reabilitação física deve ser iniciada logo que se reconhece a tendência à incapacidade. A reabilitação psicossocial, em geral, exige a atuação da equipe multiprofissional e não envolve somente a pessoa com diagnóstico de câncer e sua história de vida, mas também a família e suas relações, o trabalho, a religiosidade ou espiritualidade, as relações com a comunidade, a escolaridade, o padrão socioeconômico e os próprios mecanismos de enfrentamento adotados pela pessoa com diagnóstico de câncer (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

Ressalta-se que a recuperação física e psicológica do paciente e o seu reajustamento social dependem do trabalho de uma equipe formada por vários profissionais, com funções específicas e tempo de atuação variável conforme o problema apresentado. Vale ainda ressaltar que a equipe deve trabalhar de forma integrada e manter um relacionamento harmônico com o paciente e os seus familiares (BRASIL, 2012).

A reabilitação vocacional pode ser necessária quando o efeito residual da doença ou do tratamento altera a capacidade do indivíduo em continuar em seu emprego anterior ao diagnóstico de câncer. O aprendizado diante da incapacidade parcial ou total pode ser a única alternativa. A equipe de reabilitação ainda pode auxiliar na educação dos empregadores e colegas de trabalho, dissipando mitos e preconceitos sobre o câncer, o que auxilia na (re)inserção ao trabalho e na convivência social (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

Culturalmente, o valor de uma pessoa ou a sua dignidade e autorrespeito estão diretamente ligados à sua capacidade de produção, ao seu trabalho e aos seus papéis na família. A discriminação quanto à capacidade do indivíduo estar apto ou não ao trabalho faz com que ele experimente sentimentos ambivalentes de fracasso e de sucesso. Por este motivo, os valores e as capacidades anteriormente citadas devem ser focos do cuidado de enfermagem e dos profissionais da área da saúde.

Para a (re)inserção social muitos aspectos podem estar envolvidos e a atuação da equipe multiprofissional e dos grupos de apoio é essencial. A atuação da equipe visa auxiliar na recuperação da imagem corporal, da autoestima, na compreensão da doença, do tratamento, das mudanças no processo de viver e das adaptações necessárias. Enfim, a (re)inserção social assume o caráter de reconstrução das perdas e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

3.4 Direitos sociais da pessoa com câncer

Os direitos sociais, estabelecidos por lei, auxiliam no desenvolvimento do tratamento e contribuem para melhora dos aspectos psicossociais. Eles garantem, com mais facilidade, a reinserção social do doente.

Conheça agora os direitos sociais das pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil:

- **Saque do FGTS** na fase sintomática da doença, o trabalhador cadastrado no FGTS que tiver neoplasia maligna (câncer) ou que tenha dependente portador de câncer poderá fazer o saque deste benefício;
- **Saque do PIS/PASEP** na fase sintomática da doença, ou que possuir dependente portador de câncer;
- **Auxílio-doença**, benefício mensal a que tem direito o segurado quando este fica temporariamente incapaz para o trabalho em virtude de doença por mais de 15 dias consecutivos. A pessoa com câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado. A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada por meio de exame realizado pela perícia médica do INSS;
- **Aposentadoria por Invalidez** é concedida desde que a incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS. Tem direito ao benefício o segurado que não esteja em

processo de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência (independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença). A pessoa com câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado. Acréscimo de 25% de aposentado por invalidez - tem direito a este acréscimo o segurado do INSS que necessitar de assistência permanente de outra pessoa. O valor da aposentadoria por invalidez poderá ser aumentado em 25% nas situações previstas no anexo I, do Decreto n. 3.048/99;

- **Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente** (Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS). A LOAS garante um benefício de um salário mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais, que não exerça atividade remunerada, e ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para uma vida independente. Crianças de zero a 10 anos e adolescentes entre 12 e 18 anos têm os mesmos direitos. Para ter direito ao benefício, outro critério fundamental é de que a renda familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo. Esse cálculo considera o número de pessoas que vivem no mesmo domicílio: o cônjuge, o(a) companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos não emancipados de qualquer condição, menores de idade e inválidos. O critério de renda caracteriza a impossibilidade do paciente e de sua família de garantir seu sustento;
- **Tratamento Fora de Domicílio** (TFD) no Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria SAS n. 055 de 24 de fevereiro de 1999 dispõe sobre a rotina de Tratamento Fora de Domicílio. Esta normatização tem por objetivo garantir o acesso de pacientes de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, em casos especiais, de um estado para outro estado. O TFD pode envolver a garantia de transporte para tratamento e hospedagem, quando indicado. O TFD será concedido, exclusivamente, a pacientes atendidos na rede pública e referenciada. Nos casos em que houver indicação médica, é autorizado o pagamento de despesas para acompanhante;
- **Isenção do Imposto de Renda** na aposentadoria. A pessoa com câncer tem direito à isenção de imposto de renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão, inclusive às complementações. Mesmo os rendimentos de aposentadoria ou pensão recebidos acumuladamente não sofrem tributação, ficando isento quem recebeu os referidos rendimentos;
- **Quitação do Financiamento da Casa Própria**. A pessoa com invalidez total e permanente, causada por acidente ou doença, possui direito à quitação, caso haja esta cláusula no seu contrato. Para isso deve estar inapto para o trabalho e a doença determinante da incapacidade deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel;

- **Isenção de IPI** na compra de veículos adaptados. O IPI é o imposto federal sobre produtos industrializados. A pessoa com câncer é isento deste imposto apenas quando apresenta deficiência física nos membros superiores ou inferiores que o impeça de dirigir veículos comuns. É necessário que o solicitante apresente exames e laudo médico que descrevam e comprovem a deficiência;
- **Isenção de Imposto de Circulação Mercadorias e sobre Prestação de Serviços** (ICMS) na compra de veículos Adaptados. O ICMS é o imposto estadual sobre operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços. Cada Estado possui a sua própria legislação que regulamenta este imposto;
- **Isenção de Imposto de Propriedade de Veículos Automotores** (IPVA) para veículos adaptados;
- **Isenção de Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana** (IPTU). Alguns municípios preveem em sua Lei Orgânica isenção do IPTU para pessoas portadoras de doença crônica, segundo critérios estabelecidos por cada Prefeitura (BRASIL, 2009).

Os direitos das pessoas com diagnósticos de câncer são orientados por assistentes sociais, indique uma assistente social à pessoa com diagnóstico de câncer.



Saiba mais

Direitos sociais da pessoa com câncer, publicado pelo Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/DireitosDireitosdoPacientecomcancer2.pdf>>.

3.5 Resumo

Nesta unidade abordamos algumas mudanças ocasionadas pelo câncer no cotidiano da vida da pessoa doente e sua família, estas mudanças são de ordem comportamental, dos papéis familiares, da imagem corporal, do autoconceito, da dinâmica familiar e aumentam a vulnerabilidade às perdas. Vimos alguns aspectos sobre a família como sistema e como unidade cuidadora.

Em razão disto, a família precisa da atenção e das orientações do profissional enfermeiro para os cuidados à pessoa com diagnóstico de câncer. No entanto, especial atenção deve ser dada ao cuidador familiar para evitar o desgaste.

Reafirmamos o estigma do câncer vinculado à dor, à morte e ao sofrimento. Esclarecemos que este estigma é fortemente influenciado pelo diagnóstico tardio, o que dificulta ou impossibilita tratamentos curativos.

Apresentamos as fases psicológicas do câncer, que se manifestam pela negação, raiva, depressão, barganha e aceitação.

Falamos sobre a influência do câncer na sexualidade, alterando os padrões sexuais em decorrência da doença orgânica, das sequelas ou efeitos colaterais dos tratamentos e das alterações psicológicas que o viver com o câncer ocasiona. Falamos também da imagem corporal, da autoestima e da sexualidade alteradas pelos mesmos fatores citados anteriormente, mas ainda que a abordagem multiprofissional pretende tratar e cuidar destas mudanças, e favorecer a qualidade de vida e o equilíbrio para o viver.

Conceituamos a sobrevivência ao câncer e apresentamos alguns cuidados necessários ao sobrevivente, o que abrange a reabilitação e (re)inserção social e, finalmente, apresentamos os direitos sociais da pessoa com câncer.

3.6 Fechamento

Realize as leituras complementares e busque outras publicações que falem sobre o câncer e os cuidados de enfermagem, direcionando seus esforços para as necessidades que você tem no dia a dia do seu trabalho. A inserção da família, os aspectos psicossociais e culturais do viver com câncer estão presentes em todos os aspectos da atenção à saúde, pois a incidência e prevalência da doença nos faz cuidar deste doente em todos os seguimentos.

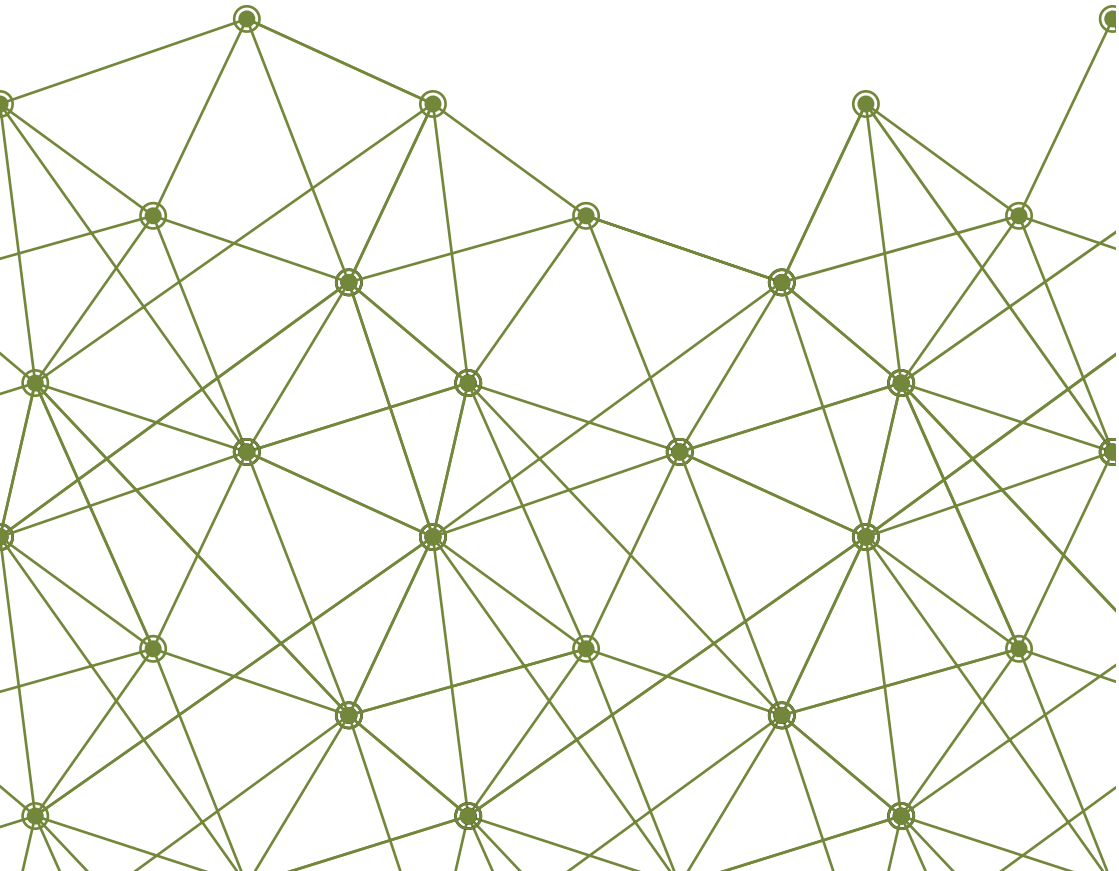
Na próxima unidade, você terá a oportunidade de estudar os protocolos para diagnóstico precoce e fluxo de atendimento no cuidado da pessoa com câncer, ampliando ainda mais seu conhecimento sobre a pessoa com câncer e as formas de cuidado e tratamento. Bom estudo!

3.7 Recomendação de leitura complementar

FLEURY, H. S. C. P.; ABDOL, C. H. N. Sexualidade em oncologia. **Diag. Tratamento**, v. 16, n. 2, p. 86-90, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2011/v16n2/a2061.pdf>>.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. . **Direitos sociais da pessoa com câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/Titulos/DireitosDireitosdoPacientecomcancer2.pdf>>.

UNIDADE 4



Unidade 4 – Protocolos para a detecção precoce de Câncer de Mama, Câncer do Colo do Útero e Tumores da Próstata. Fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde

Ao final desta unidade, você será capaz de compreender os protocolos para a detecção precoce de câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata, bem como entender o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção.

4.1 Introdução

Temos reforçado com você, enfermeiro, ao longo do curso, o processo de cuidado integral, que envolve a promoção da saúde, a redução de risco, a detecção precoce e o rastreamento das DCNT, assim como o tratamento e a reabilitação. O cuidado destinado a pessoas com Câncer de Mama, Câncer do Colo do Útero e Tumores da Próstata requer igualmente a adoção de ações preventivas, a detecção precoce, bem como uma assistência que perpassa todos os níveis de atenção à saúde.

A preocupação em reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil iniciou-se na década de 1930, quando já se idealizava uma **ampla política sanitária de combate ao câncer**, priorizando as ações preventivas.

Em 1967 foi criada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer, que demonstrou avanços efetivos somente em 1986, quando o Ministério da Saúde passou a desenvolver ações descentralizadas nas áreas de informação, prevenção e educação em Oncologia. Com a promulgação da Constituição em 1988 e a posterior criação do SUS, estruturas regimentais foram atualizadas e novas diretrizes vieram reforçar as ações já implementadas.

Ao Instituto Nacional de Câncer (INCA) é atribuída a formulação da política nacional de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer (KLIGERMAN, 2002).

Nessa direção, é proposta a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), cujo objetivo é reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil por meio de ações contínuas que levem à conscientização

da população quanto aos fatores de risco, promovam a detecção precoce dos cânceres passíveis de rastreamento e propiciem o acesso a um tratamento equitativo e de qualidade em todo território nacional (BRASIL, 2002).

As ações devem seguir um fluxo de atendimento, uma linha de cuidado eficaz, englobando ações de rastreamento até o cuidado paliativo, integrando todos os níveis de atenção à saúde, cada qual com as suas competências definidas. Além disso, a linha de cuidado deve propiciar um fluxo ágil no atendimento, com ações de referência e contrarreferência implementadas.

Vamos conhecer então os protocolos para a detecção precoce dessas patologias e o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde.

4.2 Detecção precoce e rastreamento do câncer

Alguns tipos de câncer apresentam maior chance de cura, sobrevida e qualidade de vida quando diagnosticados precocemente. Dessa forma, além das ações relativas à prevenção primária, fazem-se necessárias também intervenções que visem à prevenção secundária, ou seja, ações que permitam a detecção precoce. Ao falarmos em prevenção secundária, mencionamos os diferentes níveis de prevenção existentes. Isso é claro para você? Que tal retomarmos esse conteúdo antes de continuar o texto?

Os quatro tipos de prevenção, de acordo com BRASIL (2010a), são:

- **Prevenção Primária:** ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (Exemplo: Vacina contra HPV);
- **Prevenção Secundária:** ação realizada para detectar um problema de saúde em estágio inicial, no indivíduo ou na população, facilitando o diagnóstico definitivo e o tratamento. Esta ação reduz ou previne sua disseminação e os efeitos em longo prazo (Exemplo: rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama);
- **Prevenção Terciária:** ação destinada a reduzir os prejuízos funcionais consequentes da doença, incluindo reabilitação (Exemplo: reabilitação de mastectomizadas);
- **Prevenção quaternária:** detecção de indivíduos em risco de intervenções diagnósticas ou terapêuticas excessivas para protegê-los de intervenções em saúde inapropriadas.

Nesta unidade, queremos focar a detecção precoce, que pode ser realizada por meio de duas estratégias: o diagnóstico precoce e o rastreamento.

O diagnóstico precoce consiste em detectar a doença no menor estágio de desenvolvimento (WHO, 2007).

Na área de oncologia, o diagnóstico precoce possibilita o uso de terapias mais simples e efetivas. Considerando o melhor prognóstico se descobertos no início, torna-se importante reconhecer os sinais e sintomas de alerta.

Quadro 1: Sinais e sintomas de alerta

LOCALIZAÇÃO DO CÂNCER	SINAIS DE ALERTA
Mama	Nódulo mamário, assimetria, retração da pele, recente retração do mamilo, descarga papilar sanguinolenta, alterações eczematosas na aréola.
Colo do útero	Dor e sangramento após relação sexual, corrimento vaginal excessivo.
Próstata	Demora em iniciar e finalizar o ato urinário, frequente ato de urinar durante a noite (nictúria).

Fonte: Brasil (2010).

O rastreamento é uma ação dirigida à população assintomática, ou seja, objetiva detectar indivíduos que têm a doença, mas ainda não apresentam sinais e sintomas (BRASIL, 2010a).

É importante distinguir um rastreamento organizado de um oportunístico. De forma geral, o rastreamento oportunístico ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita para rastrear alguma doença. O rastreamento organizado é sistematizado e voltado para a detecção de uma determinada doença, condição ou risco, oferecido à população assintomática em geral (BRASIL, 2010a).

Visando a detecção precoce do câncer, cabe aos profissionais de saúde, e aqui destacamos o papel da enfermagem, atuarem de modo a estimular a conscientização dos sinais e sintomas precoces da doença de modo a estabelecer o diagnóstico o mais cedo possível, bem como rastrear pessoas expostas aos fatores de risco (WHO, 2007).

Nunca podemos perder de vista que a detecção precoce pode salvar vidas, reduzir a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento (BRASIL, 2010a).

Embora muitas ações sejam comuns na detecção precoce e fluxo de atendimento do câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata, para fins didáticos, elas serão abordadas separadamente.

4.2.1 Câncer de Mama

A política de alerta à saúde das mamas destaca a importância do diagnóstico precoce e significa orientar a população feminina sobre as mudanças habituais das mamas em diferentes momentos do ciclo de vida e os principais sinais do câncer de mama.



Saiba mais

No Brasil, a estratégia adotada para o controle do câncer de mama está definida no **Documento de Consenso sobre o Controle do Câncer de Mama** (BRASIL, 2004b). Ele estabelece a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM) como os métodos preconizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Consensointegra.pdf>>.

Mas o que é fundamental saber sobre o ECM e a mamografia? Confira!

Quando é importante fazer e a periodicidade (BRASIL, 2010b):

- Mulheres de 40-49 anos: ECM anual e, se estiver alterado, mamografia;
- Mulheres de 50-69 anos: ECM anual e mamografia de dois em dois anos;
- Mulheres de 35 anos ou mais, com risco elevado: ECM e mamografia anual.

A seguir, confira como interpretar o resultado e como proceder em cada caso (BRASIL, 2010b):

- **ECM:** todas as alterações percebidas por meio das etapas do ECM (inspeção visual, palpação das axilas, das regiões supraclaviculares e tecido mamário) devem ser relevadas. A detecção de anormalidades, desde alterações de cor da pele das mamas até a presença de massas, nódulos, retrações da pele da mama ou mamilo, feridas e descarga papilar espontânea, exige investigação diagnóstica com exames complementares (mamografia, ultrassonografia, punções, biópsias);
- **Mamografia:** para cada resultado de categoria BI-RADS® é prevista uma conduta, desde o retorno à rotina do rastreamento até o encaminhamento para investigação diagnóstica ou tratamento em unidades de referência.



Palavra do profissional

Pensando no itinerário que o usuário com câncer percorre dentro dos níveis de atenção em saúde, você, enfermeiro, já refletiu sobre as atribuições, responsabilidades e recursos disponíveis em cada um desses níveis?

Sobre o câncer de mama, conheça o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde.

I) Rede de atenção primária:

Cabe à Rede de Atenção Primária (FUNCAMP, 2008):

- Promover ações de educação em saúde para conscientizar as mulheres sobre a saúde das mamas;
- Implementar ações de promoção à saúde e prevenção do câncer de mama;
- Enfatizar a importância da periodicidade dos exames de rastreamento, do retorno para busca de resultado e tratamento;
- Elaborar estratégias para recrutar as mulheres da área de abrangência para a realização do ECM anual para mulheres a partir de 40 anos de idade;
- Solicitar mamografia para mulheres com ECM alterado e mulheres pertencentes ao grupo de risco (50-69 anos);

- Referenciar casos alterados (ECM alterado ou mamografia BIRADS 0, 3, 4 ou 5 com ou sem exame clínico alterado) aos centros de atenção secundária;
- Atendimento no manejo da dor, atendimento nas intercorrências clínicas mais simples e prevalentes dos pacientes em tratamento.

É importante estruturar uma gestão do cuidado oncológico dentro da unidade. Para uma gestão adequada é imprescindível a capacitação periódica no manejo dos fatores de risco, a solicitação e a interpretação de exames, o encaminhamento adequado e a participação efetiva no suporte terapêutico e no cuidado paliativo (FUNCAMP, 2008).

II) Rede de Atenção Secundária:

Cabe às Unidades Ambulatoriais Especializadas, tanto regionais quanto municipais, (FUNCAMP, 2008):

- Receber os casos alterados encaminhados pela rede básica e realizar propedêutica complementar, tendo como foco o diagnóstico e tratamento de patologias benignas, com encaminhamento ágil para o tratamento oncológico na atenção terciária, se necessário, ou devolvendo à rede básica com orientações para seguimento;
- Contar com profissionais especializados e todo material necessário para esclarecimento diagnóstico (mamografia, ultrassonografia, biópsia por agulha grossa e punção por agulha fina);
- Fazer o seguimento dos casos com diagnóstico de lesões precursoras como hiperplasia ductal atípica, hiperplasia lobular atípica e carcinoma lobular *in situ*;
- Assumir o seguimento clínico e mamográfico dos casos de câncer referenciados pelo setor terciário (mulheres seguidas há mais de 5 anos pós-tratamento e livre de doença; mulheres com carcinoma ductal *in situ* após 2 anos de tratamento e acompanhamento livre de doença) e referenciar na suspeita de recidiva ou metástase;
- Contar com hospital geral para tratamento das patologias benignas, inclusive as que necessitem de intervenções cirúrgicas, abordagem cirúrgica para esclarecimento diagnóstico como biópsias excisionais, assim como atendimento de intercorrências em cuidados paliativos que não necessitem de atendimento em hospitais terciários.

III) Rede de atenção terciária:

A rede de atenção terciária consiste em unidade de alta complexidade (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia-UNACON ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia-CACON) que realiza exames e tratamentos oncológicos.

Conheça melhor cada uma das unidades a seguir.

UNACON	Hospital que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (colo do útero, mama, próstata, estômago, cólon e reto).
CACON	Hospital que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

Cabe à rede de atenção terciária:

- A confirmação diagnóstica, o estadiamento e o tratamento das mulheres com câncer de mama, incluindo carcinoma ductal in situ, englobado tratamento cirúrgico, quimioterápico, hormonioterápico, radioterápico, cirurgia plástica reconstrutiva, desde o início da abordagem terapêutica até o tratamento de recidivas e metástases;
- Fazer o diagnóstico quando fora de proposta terapêutica e recomendar tratamento ou cuidados paliativos;
- Contar com ambulatórios de especialidades, pronto-atendimento, serviços de diagnóstico especializado, laboratórios, enfermarias, centros cirúrgicos com equipamentos adequados e leitos de UTI para retaguarda pós-operatória e hemoterapia;
- Identificar e confirmar predisposição genética de mulheres ou famílias, fornecendo aconselhamento, seguimento e opções terapêuticas quando pertinentes;
- O seguimento clínico (segundo protocolo próprio) dos casos tratados de câncer até completar 5 anos de sobrevida livre de doença e dos *in situ* até 2 anos livre de doença, após este período contrarreferenciar para seguimento no nível secundário, garantindo suporte diagnóstico e terapêutico nos casos de suspeita de recidiva ou metástases (FUNCAMP, 2008).

4.2.2 Câncer do Colo do Útero

O rastreamento do câncer do colo do útero representa um processo complexo em múltiplas etapas: aplicação do exame de rastreamento, identificação dos casos positivos (suspeitos de lesão precursora ou câncer), confirmação diagnóstica e tratamento.

A realização periódica do exame citopatológico continua sendo a estratégia mais adotada para o rastreamento do câncer do colo do útero (WHO, 2007). Atingir alta cobertura da população definida como alvo é o componente mais importante no âmbito da atenção primária para que se obtenha significativa redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero. Países com cobertura superior a 50% do exame citopatológico realizado a cada três a cinco anos apresentam taxas inferiores a três mortes por 100 mil mulheres por ano e para aqueles com cobertura superior a 70%, essa taxa é igual ou menor que duas mortes por 100 mil mulheres por ano (ANTTILA et al., 2009; ARBYN et al., 2009).

O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame colpocitopatológico do colo do útero) para detecção das lesões precursoras. O que precisamos saber sobre a realização do Papanicolaou?

- **Quando fazer o exame:** segundo as diretrizes brasileiras, o exame deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, prioritariamente àquelas na faixa etária entre 25-64 anos, definida como população-alvo (BRASIL, 2010b, 2011a).
- **Intervalo:** a rotina preconizada no rastreamento brasileiro é a repetição do exame a cada três anos, após dois exames normais consecutivos no intervalo de um ano. A realização do exame pode ser interrompida após os 64 anos, quando as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. Existem casos particulares como mulheres portadoras do vírus HIV ou imunodeprimidas, estas devem realizar o exame anualmente. Por outro lado, não devem ser incluídas no rastreamento as mulheres histerectomizadas (BRASIL, 2010b, 2011a).



Saiba mais

Os resultados e as correspondentes condutas sobre como interpretar o resultado e como proceder em cada caso estão descritos na **Nomenclatura Brasileira para Laudos Cervicais e Condutas Preconizadas**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf>.

Amostras insatisfatórias exigem que o exame seja repetido. Outra questão interessante em relação ao teste de Papanicolaou é que ele requer uma estrutura de laboratório (com controle de qualidade interno e externo), treinamento de alta qualidade e educação continuada dos profissionais para garantir a eficiência e um sistema de comunicação dos resultados para a mulher. Falhas em algumas dessas áreas significam comprometimentos do rastreamento. Pense nisso!



Palavra do profissional

Você questiona os resultados laboratoriais dos exames realizados na sua unidade de saúde? Já aconteceu de receber um laudo bem divergente dos achados clínicos? Qual foi a sua conduta? E em relação à coleta, como é feita? Quais as orientações em relação à fixação, armazenagem e transporte do material?

Sobre o câncer de colo do útero, vamos conferir o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde.

1) Rede de atenção primária

Já mencionamos a importância da realização do Papanicolaou na diminuição da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero. Mas não podemos esquecer que é necessário um seguimento linear da população, com exame clínico e colpocitologia oncológica em intervalos regulares. Compete à rede básica buscar soluções para garantir este acompanhamento. Como?

- Recrutar as mulheres da sua área de abrangência para a realização do citopatológico de colo uterino, em todas as oportunidades de contato;

- Sensibilizar as mulheres sobre a importância do diagnóstico e tratamento precoce e orientar medidas de promoção à saúde e prevenção do câncer de colo do útero;
- Coletar material para o exame citológico das mulheres de acordo com a técnica preconizada;
- Repetir a coleta em mulheres com amostras inadequadas o mais breve possível;
- Repetir coleta em pacientes com laudo citológico de ASCUS (Atipias de Significado Indeterminado em Células Escamosas), AGUS (Atipias de Significado Indeterminado em Células Glandulares), Papilomavírus Humano (HPV) ou Neoplasia Intraepitelial Cervical grau I (NIC I) em seis meses;
- Encaminhar as mulheres com laudo citológico de NIC I persistente, NIC II, NIC III e Carcinoma Invasivo para o atendimento secundário;
- Mulheres com laudos negativos devem ser orientadas quanto ao retorno para coleta de exames a cada 3 anos, se ela apresentar 2 exames consecutivos negativos com intervalo de 1 ano;
- Monitorar as mulheres com exames alterados, realizando busca de faltosas por meio de visitas domiciliares;
- Fornecer atendimento em cuidados paliativos no manejo da dor e intercorrências (FUNCAMP, 2008).

Essas atribuições fazem parte da sua rotina? Reflita um pouco, pense nos fatores impeditivos e na possibilidade de incorporá-las e, caso não as faça, tente introduzi-las no seu dia a dia!

II) Rede de atenção secundária

Cabe às Unidades Ambulatoriais Especializadas:

- Contar com profissionais especialistas e todo material necessário para esclarecimento diagnóstico como colposcopia (nas mulheres com NIC I persistente, NIC II, NIC III ou com margens comprometidas), biópsia excisional (CAF- Cirurgia de Alta Frequência) e biópsia diagnóstica conforme indicação;
- Fazer o seguimento dos casos com diagnóstico de lesões de alto grau e assumir o seguimento dos casos de câncer referenciados pelo nível terciário após 5 anos de seguimento livre de doença e referenciar para o terciário quando suspeita de recidiva ou metástase;

- Contar com hospital geral para tratamento das lesões precursoras inclusive as que necessitem de intervenções cirúrgicas para esclarecimento diagnóstico como conizações, realização de hysterectomia, assim como atendimento de intercorrências em cuidados paliativos que não necessitam de atendimento em hospitais terciários;
- Coadjuvar na capacitação da rede básica com ênfase em rastreamento, formação de gestores do cuidado oncológico e cuidados paliativos (FUNCAMP, 2008).

III) Rede de atenção terciária

Neste nível, é realizada a confirmação diagnóstica, o estadiamento e o tratamento das mulheres com diagnóstico de câncer do colo do útero, *in situ* e invasor, englobado tratamento cirúrgico, radioterápico incluindo braquiterapia, quimioterápico, assumindo todo o tratamento inicial como de recidivas e metástases.

Deve contar com ambulatórios de especialidades, pronto-atendimento, serviços de diagnóstico especializado, laboratórios, enfermarias, centros cirúrgicos com equipamentos adequados e leitos de UTI para retaguarda pós-operatória e hemoterapia.

Realizar o seguimento clínico (segundo protocolo próprio) dos casos de tratados de câncer até completar cinco anos de sobrevida livre de doença e após este período contrarreferenciar para seguimento no nível secundário, garantindo suporte diagnóstico e terapêutico nos casos de suspeita de recidiva ou metástases.

Que tal visualizarmos esse fluxo tal como acontece na prática? Vamos lá?

- As mulheres devem ser periodicamente convidadas a participar do programa, via agente comunitário de saúde (ACS) e sua equipe de Saúde da Família nos seus encontros oportunistas e também por outras vias, tais como mídia, divulgação escrita, vizinho, correio, entre outras;
- O intervalo entre cada coleta de citopatológico será definido e a mulher cadastrada no programa receberá um novo convite periodicamente;
- As participantes cujos citopatológicos estejam alterados terão garantido no programa o próximo passo, por exemplo, a colposcopia e biópsia para confirmação diagnóstica. O tempo entre esses dois passos deve ser o mais curto possível e aceitável tanto para garantir o benefício do rastreamento para as pacientes assim como para o sistema de saúde;

- Caso o diagnóstico seja confirmado, o tratamento e seguimento devem estar assegurados. Esses passos sequenciais, assim como a avaliação e controle de qualidade dos laboratórios (nesse caso de anatomopatologia, com certificação de qualidade), fazem parte de uma rede de cuidados que deve estar garantida quando da implementação de um programa de rastreamento (BRASIL, 2010).



Palavra do profissional

Com o estudo, você consegue identificar os pontos que convergem e divergem da sua realidade? Pense nisso e converse com seus colegas a respeito.

4.2.3 Tumores da próstata

O rastreamento para o câncer da próstata não é recomendado. Homens que demandem espontaneamente a realização do exame de rastreamento devem ser informados por seus médicos sobre os riscos e benefícios associados a essa prática e posteriormente definirem em conjunto com a equipe de saúde pela realização ou não do rastreamento (BRASIL, 2010).

Como o antígeno dosado é produzido pelas células epiteliais da próstata e não especificamente pela célula cancerosa, a dosagem do PSA pode estar alterada por outras doenças que não o câncer, como a prostatite e a hiperplasia benigna da próstata, assim como após a ejaculação e a realização de uma cistoscopia (BRASIL, 2002, p.11).

Apesar das incertezas quanto ao rastreamento, o toque retal (TR) e a análise do PSA (*Prostate Specific Antigen* ou Antígeno Prostático Específico) vêm sendo utilizados tanto para investigação em indivíduos suspeitos como para o rastreamento de rotina em indivíduos assintomáticos.

A confirmação da presença da neoplasia se dá com estudo histopatológico de fragmentos prostáticos obtidos por meio de biópsia transretal (BTR) guiada por ultrassonografia (FUNCAMP, 2008).

A equipe de saúde deve estar atenta aos seguintes fatores de risco (BRASIL, 2002): **idade, história familiar e dieta**. Conheça mais sobre cada um desses fatores a seguir.

- **Idade:** assim como em outros tipos de câncer, a idade é um marcador importante, uma vez que tanto a incidência como a mortalidade aumentam exponencialmente após a idade de 50 anos;
- **História familiar** de pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos de idade é outro marcador, podendo aumentar o risco de 3 a 10 vezes em relação à população geral. Em relação à história familiar cabe uma reflexão, pois os fatores de risco podem ser tanto das características herdadas quanto do estilo de vida compartilhado entre os membros da família;
- **Dieta:** a influência da dieta ainda é incerta.

Outros fatores incluem:

- O “fator de crescimento análogo à insulina” (*insulin-like growth factor*);
- O consumo excessivo de álcool;
- O tabagismo;
- A vasectomia.

O diagnóstico do câncer da próstata é feito pelo estudo histopatológico do tecido obtido pela biópsia da próstata, que deve ser considerada sempre que houver anormalidades no toque retal ou na dosagem do PSA.

O relatório anatomopatológico deve fornecer a graduação histológica do sistema de Gleason, cujo objetivo é informar sobre a provável taxa de crescimento do tumor e sua tendência à disseminação, além de ajudar na determinação do melhor tratamento para o paciente.

Sobre os Tumores da próstata (Câncer de próstata e Hiperplasia Benigna da próstata), vamos conferir o fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde.

1) Rede de atenção primária

Como ainda não existe evidência sobre a validade dos programas de investigação em massa, o objetivo inicial é oferecer uma investigação oportunística. Incluir no programa de detecção precoce do câncer de próstata os homens com idade superior a 45 anos que procurem o serviço, lembrando que a idade é fator de risco.

Este programa deve constar de dois atendimentos no primeiro ano. O primeiro seria realizado por um médico generalista, que faria a solicitação do exame PSA.

O resultado do exame seria associado ao exame digital (toque retal) realizado por um clínico treinado para a realização do toque retal. Se os dois exames apresentarem resultados normais, o paciente é orientado a retornar no ano seguinte já com exame de sangue para nova avaliação digital. No caso de alteração nos resultados, o usuário seria encaminhado para o Ambulatório de Urologia para seguimento com especialista. Se houver necessidade de realizar exames especializados o urologista pode solicitar, bem como encaminhar para centros de média complexidade.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, os pacientes serão encaminhados para hospitais de maior porte para a realização do tratamento cirúrgico ou radioterapêutico.

II) Rede de atenção secundária e terciária

As cirurgias urológicas prostatectomia radical e orquiectomia bilateral podem ser realizadas nos centros de média ou alta complexidade. A complementação terapêutica (quimioterapia ou radioterapia) será realizada exclusivamente nos centros de Alta Complexidade.

Pensando no itinerário que o usuário com câncer percorre dentro dos níveis de atenção em saúde, você enfermeiro já refletiu sobre as atribuições, responsabilidades e recursos disponíveis em cada um desses níveis? Vamos olhar um pouco para isso?

4.3 Resumo

Nesta unidade discutimos os protocolos para detecção precoce do câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata. No caso do câncer de mama, a estratégia adotada no Brasil para a detecção precoce consiste na realização do exame clínico das mamas (ECM) e da mamografia, com periodicidade definida no Documento de Consenso sobre o Controle do Câncer de Mama.

O principal método e o mais amplamente utilizado para rastreamento de câncer do colo do útero é o teste de Papanicolaou (exame colpocitopatológico do colo do útero). Em relação ao câncer de próstata, apesar das incertezas quanto ao rastreamento, o toque retal e a análise do PSA vêm sendo utilizados tanto para investigação em indivíduos suspeitos como para o rastreamento de rotina em indivíduos assintomáticos. E também reforçamos que as ações devem seguir um fluxo de atendimento, uma linha de cuidado eficaz, englobando ações de rastreamento até o cuidado paliativo, integrando todos os níveis de atenção à saúde, cada qual com as suas competências definidas.

4.4 Fechamento

Diante do exposto, esperamos que você tenha conseguido identificar a importância do reconhecimento das ações distribuídas por níveis assistenciais, bem como sua competência ao longo dessa rede de atenção.

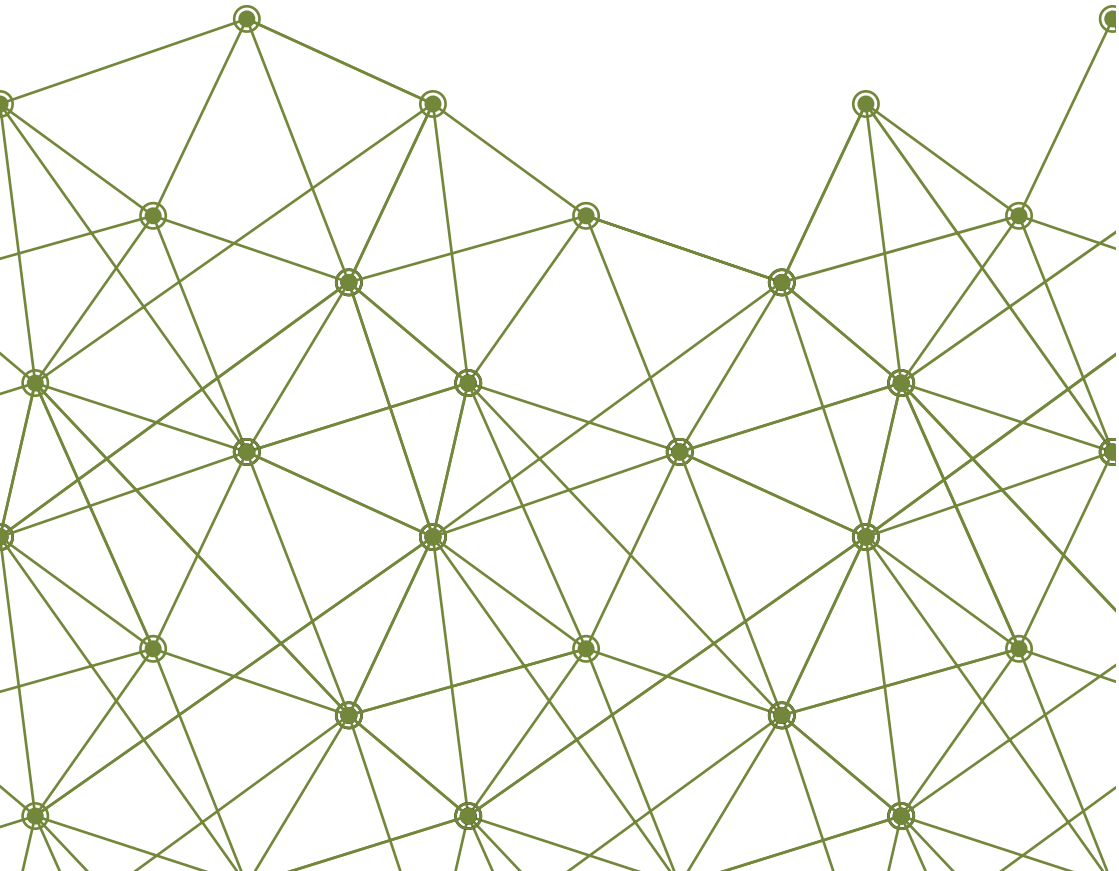
Reconhecer o fluxo de atendimento do usuário com câncer é fundamental na garantia do acesso e da continuidade da assistência, com vistas à integralidade e à qualidade das ações em saúde.

4.5 Recomendação de leitura complementar

GASPERIN, S. I.; BOING, A. F.; KUPEK, E. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo de útero em área urbana no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700007&lng=pt>.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700018&lng=pt>.

UNIDADE 5



Unidade 5 – Autocuidado no Câncer de Mama, Câncer do Colo do Útero e Tumores da Próstata

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer a importância do autocuidado relacionado ao câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata no que se refere à prevenção e detecção precoce, bem como durante o tratamento e reabilitação.

5.1 Introdução

O autocuidado descreve e explica a prática de cuidados executados pela pessoa portadora de uma doença para manter sua saúde e bem-estar. Trata-se de ações voluntárias e intencionais, cujo propósito é contribuir para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano. As ações de autocuidado podem ser influenciadas por fatores como idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde, orientação sociocultural, fatores familiares, padrão de vida, entre outros (BUB et al., 2006).

Além dessas influências, é preciso reconhecer que as limitações para o autocuidado de indivíduos com câncer estão muitas vezes relacionadas ao conhecimento sobre a doença, às motivações, assim como à capacidade para enfrentar o diagnóstico e seguir de forma correta o tratamento proposto pela equipe de saúde. Dessa forma, ao pensarmos nas ações que devem ser tomadas pelo sujeito, devemos considerar essas singularidades mencionadas. Pense nisso!

Para facilitar a compreensão, esta unidade será dividida no autocuidado relativo à prevenção/detecção precoce e autocuidado durante o tratamento/reabilitação (monitorização de eventos adversos da terapêutica, seguimento, reabilitação) do câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata.

5.2 Autocuidado relativo à prevenção/detecção precoce

No que se refere ao autocuidado relativo à prevenção/detecção precoce, cada câncer será abordado separadamente, devido às especificidades de cada um deles.

5.2.1 Câncer de mama

Para trabalhar com os usuários o autocuidado relacionado à detecção precoce, bem como o controle da exposição aos fatores de risco, é necessário que você enfermeiro tenha bem claros quais são os fatores de risco específicos para o câncer de mama. Vamos lembrá-los?

Quadro 2: Fatores de risco específicos para o câncer de mama

RISCO MUITO ELEVADO	RISCO MEDIANAMENTE ELEVADO	RISCO POUCO ELEVADO
<ul style="list-style-type: none"> Mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa; Antecedentes de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular <i>in situ</i>; Suscetibilidade genética comprovada (mutação de BRCA1-2). 	<ul style="list-style-type: none"> Mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa; Nuliparidade; Antecedente de hiperplasia epitelial sem atipia ou macrocistos apócrinos. 	<ul style="list-style-type: none"> Menarca precoce (< ou = 12 anos); Menopausa tardia (> ou = 55 anos); Primeira gestação de termo depois de 34 anos; Obesidade; Dieta gordurosa; Sedentarismo; Terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos; Ingestão alcoólica excessiva.

Fonte: Brasil (2004b)



Palavra do profissional

No intuito de detectar precocemente a doença, já discutimos com você na unidade anterior a importância do ECM, que deve contemplar a inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2004b).

Passamos agora a discutir as orientações relacionadas ao autoexame das mamas.

As investigações revelam que quem pratica o autoexame das mamas apresenta tumores primários menores, bem como menor número de linfonodos axilares acometidos (BRASIL, 2008a).

Sendo assim, devemos orientar a mulher a estar atenta à saúde das mamas, bem como acolher prontamente aquelas que apresentarem queixas relacionadas. Qual o papel do enfermeiro? Contribuir para a conscientização feminina sobre a importância do câncer de mama (BRASIL, 2004b).

Recomenda-se a realização do autoexame por todas as mulheres a partir de 20 anos de idade. Deve ser praticado todo mês, sempre na mesma época, entre o 7º e o 10º dia do ciclo menstrual, contando a partir do 1º dia da menstruação. Para as mulheres que não menstruam, o autoexame deve ser realizado em um dia fixo do mês, escolhido por ela mesma (MINAS GERAIS, 2006).

Vamos recordar a técnica do autoexame das mamas?

- **Inspeção estática:** verifique diante do espelho se ocorreu alguma alteração no formato das mamas, dos mamilos ou aréolas;
- **Inspeção dinâmica:** diante do espelho, levante os braços acima da cabeça e depois os abaixe, comprimindo a cintura fortemente. Verifique se ocorreu algum inchaço, depressão na pele ou alteração nos mamilos;
- **Palpação:** deitada ou na hora do banho, coloque a mão direita atrás da cabeça e com a outra mão pressione suavemente a mama direita, usando os dedos indicadores, médios e anular esticados, até cobrir toda a superfície da mama, fazendo movimentos circulares, como se estivesse espalhando o seio sobre o tórax. Faça o mesmo com a mama esquerda e procure saber se a região apresenta algum nódulo;
- **Avaliação do mamilo:** na prevenção do câncer de mama, é importante examiná-los cuidadosamente. Aperte suavemente o mamilo de cada seio (use os dedos polegar e indicador) e verifique se há alguma secreção. Se houver e ela for abundante ou sanguinolenta, procure seu médico imediatamente (MINAS GERAIS, 2006).



Palavra do profissional

Essa conscientização pode ser feita de inúmeras formas. Como você trabalha essa questão na sua unidade? Quais as estratégias utilizadas com as mulheres na sua área de abrangência?



Saiba mais

BONFIM, I. M. et al., Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Revista RENE**, v. 10, n. 1, p. 45-52, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol10n1_html_site/a05v10n1.htm>.

5.2.2 Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do Papilomavírus Humano (HPV), especialmente o HPV-16 e o HPV-18, responsáveis por cerca de 70% dos cânceres cervicais. Dessa forma, a prevenção primária do câncer do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. O uso de preservativos (camisinha) durante a relação sexual com penetração é uma forma de proteção (BRASIL, 2011a).

Também estão disponíveis no Brasil vacinas que protegem contra os subtipos 16 e 18 do HPV, mas o Ministério da Saúde ainda avalia a relação custo-efetividade da inclusão da vacinação no contexto das ações de controle. De qualquer forma, a adoção das vacinas não substitui o rastreamento pelo exame preventivo (Papanicolaou).

Também são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero: tabagismo, iniciação sexual precoce, multiplicidade de parceiros sexuais, multiparidade e o uso de contraceptivos orais. A idade também influencia no processo, sendo que em mulheres com menos de 30 anos a maioria das infecções regridem espontaneamente (BRASIL, 2011a).



Palavra do profissional

Como você trabalha a prevenção/detecção precoce do câncer do colo do útero na sua unidade de saúde? Quais estratégias você lança mão para sensibilizar as mulheres sobre os fatores de risco?

5.2.3 Tumores da próstata

A equipe de saúde, em especial a enfermagem, deve procurar sensibilizar a população masculina para a adoção de hábitos saudáveis de vida (dieta rica em fibras e frutas e pobre em gordura animal, atividade física e controle do peso) como uma ação de prevenção do câncer.

O rastreamento oportunístico (*case finding*) também é indicado, ou seja, a sensibilização de homens com idade entre 50 e 70 anos que procuram os serviços de saúde por motivos outros que o câncer da próstata sobre a possibilidade de detecção precoce deste câncer por meio da realização dos exames do toque retal e da dosagem do PSA total, informando-os sobre as limitações, os benefícios e os riscos da detecção precoce do câncer da próstata (BRASIL, 2002).

Relembre alguns conceitos importantes (BRASIL, 2002): Toque prostático (TP), Antígeno prostático específico (PSA) e Ultrassom transretal. Conheça melhor os conceitos a seguir.

- **Toque prostático (TP):** é sempre recomendável e também fundamental no estadiamento da doença, bem como para definição do tratamento;
- **Antígeno prostático específico (PSA):** são aceitos como valores limites normais até 4 ng/ml, porém podem existir tumores com PSA abaixo deste valor. Quando o PSA estiver acima de 10 ng/ml há indicação formal para biópsia. Para valores entre 4-10 ng/ml deve-se também levar em consideração a velocidade do PSA e a relação PSA livre/total;
- **Ultrassom transretal:** pode ser usado para orientar a biópsia da próstata. Também pode ser útil na determinação do volume prostático e para avaliar a extensão local da doença.



Palavra do profissional

Como você trabalha a prevenção do câncer de próstata na sua unidade? Quais as estratégias utilizadas para atrair os homens ao serviço de saúde? Compartilhe com os colegas suas estratégias! Os bons exemplos merecem ser compartilhados!

5.3 Autocuidado durante tratamento/reabilitação

Ao considerar indivíduos com câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata, bem como as modalidades terapêuticas empregadas no tratamento dessas patologias (assunto que será discutido em outra unidade), faz-se necessário fornecer orientações de autocuidado visando o preparo e melhor enfrentamento diante dos efeitos colaterais e possíveis complicações de cada modalidade terapêutica, assim como durante o período de reabilitação, de modo a proporcionar melhor qualidade de vida a esses indivíduos.

Queremos ressaltar com você, enfermeiro, a necessidade de incluir a participação do indivíduo e da família durante todo o processo, você se lembra que esta questão já foi abordada em sua profundidade em módulos anteriores? Dessa forma, é necessário conscientizá-los das ações que lhe competem em cada fase, colaborando para a continuidade e sucesso do tratamento.

Um ponto importante também a ser destacado é que as necessidades, os conhecimentos prévios e as habilidades, assim como os recursos disponíveis devem ser igualmente levados em consideração quando pensamos em autocuidado.

Outra questão que merece destaque quando trabalhamos o autocuidado em oncologia é que não se trata de ações pontuais, ao contrário, o manejo ao longo do tempo é essencial para atingir a eficácia e eficiência do tratamento. Dessa forma, o usuário deve engajar-se continuamente nas práticas de cuidados de saúde, buscando conhecer cada vez mais as consequências da doença e das terapias empregadas (HOLMAN; LORIG, 2004).

Para que o usuário possa atuar ativamente no processo de cuidar durante o tratamento e a reabilitação, primeiramente ele precisa receber orientações a respeito, uma vez que é inexperiente neste novo papel.



Compartilhando

E aqui nós ressaltamos outra peculiaridade das doenças crônicas, no nosso caso específico a oncologia: como preparar os usuários para uma caminhada tão difícil e incerta?

Pensando que as consequências da doença podem mudar ao longo do tempo, é preciso reforçar com o usuário que algumas características do quadro clínico são esperadas e algumas podem ser exclusivas e que, além disso, os desfechos determinam os próximos passos da terapia (HOLMAN; LORIG, 2004). Portanto, ainda que as reações não sejam as esperadas, elas precisam ser detectadas e manejadas de modo a não comprometer o andamento do tratamento.



Palavra do profissional

Você está conseguindo acompanhar o raciocínio? Está claro para você que a participação do usuário e da família é fundamental para garantir a continuidade do tratamento oncológico? Pois bem, nosso objetivo é trabalhar essa participação, para que ela possa contribuir com a obtenção dos melhores resultados possíveis. Vamos lá?

Para que o usuário participe de todo o percurso, ele precisa reconhecer suas responsabilidades, bem como adquirir confiança para lidar com as consequências da doença.

Dessa forma, ele passa a ser um parceiro de gestão do cuidado e juntamente com os demais profissionais de saúde ele torna-se responsável por mudanças de comportamentos, por ajustes emocionais, além de elaborar relatórios precisos sobre os acontecimentos relacionados à doença e eventos adversos do tratamento (HOLMAN; LORIG, 2004).

Por outro lado, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem contribuir para desenvolver essas habilidades no usuário. O foco é assegurar a continuidade e a integração dos cuidados.



Palavra do profissional

Que tal pensarmos nessa parceria do usuário de forma mais prática? Traga um exemplo da sua prática diária.

Sem contemplar as modalidades de tratamento disponíveis para o câncer de mama, o câncer do colo do útero e os tumores da próstata, discutiremos a partir de agora algumas situações práticas que especifiquem as responsabilidades do usuário, assim como as orientações que devem ser oferecidas pela equipe de saúde durante o tratamento e a reabilitação.

Pretendemos trazer situações reais para exemplificar as ações de autocuidado necessárias nessa fase da doença.

Considerando que a maioria dos pacientes com câncer é tratada cirurgicamente, em uma situação de cirurgia, quando se pensa no usuário submetido a um procedimento cirúrgico para o tratamento do câncer de próstata, alguns aspectos devem ser considerados no autocuidado. São eles (VIANNA; NAPOLEÃO, 2009):

- **Sinais e sintomas esperados**

Ex: presença de pequena quantidade de sangue na urina nos primeiros dias e sinais e sintomas que requerem procurar o serviço de saúde (Ex: aumento/persistência do sangramento);

- **Cuidados com o cateter urinário e o sistema coletor fechado**

Ex: manter o cateter fixo ao abdome, evitar contato do sistema coletor com o chão ou superfícies sujas, não desconectar o sistema;

- **Higiene e cuidados com a ferida cirúrgica**

Ex: banho diário, limpeza da junção meato-sonda durante o banho, cuidados com os pontos cirúrgicos e com a pele;

- **Hidratação e nutrição**

Ex: estabelecer uma dose diária recomendada de líquidos, evitar ingestão de líquidos e alimentos irritantes vesicais como cafeína e álcool, evitar alimentos que provoquem constipação intestinal;

- **Terapia medicamentosa e retorno ao serviço de saúde;**

- **Atividades**

Ex: não levantar peso, não realizar atividades que requeiram maiores esforços, não realizar atividade sexual até liberação médica;

- **Incontinência urinária**

Ex: determinar juntamente com membros da equipe de saúde alternativas indicadas para melhorar a incontinência, inclusive necessidade de seguimento com profissional especializado. Orientar urinar em intervalos de tempo regulares após a retirada do cateter vesical, iniciar exercícios para o assoalho pélvico, entre outras;

- **Função sexual**

Ex: discutir alternativas juntamente com a equipe, encorajar pacientes e parceiras a expressarem suas dúvidas e preocupações.



Palavra do profissional

Você percebeu quantas informações devem ser fornecidas e a importância do conhecimento específico sobre a doença? Percebeu também o manejo da doença por parte do enfermeiro, a fim de que ele consiga contemplar no momento da orientação as especificidades da doença e do seu tratamento? O sucesso da intervenção depende desses cuidados.

Aqui mencionamos o pós-operatório de prostatectomia, mas o raciocínio é o mesmo para os demais cânceres. Ainda pensando nas situações vivenciadas pelo usuário em tratamento oncológico, vamos agora discutir alguns aspectos que devem ser considerados durante o tratamento quimioterápico. A inespecificidade das drogas quimioterápicas em relação às células que são alvo faz com que células normais, principalmente as de renovação constante, sejam também atingidas, acarretando reações adversas (ANJOS; ZAGO, 2006).

Essas reações adversas se caracterizam por sinais e sintomas tais como:

- Náuseas;
- Vômitos;
- Fadiga;
- Alopecia;
- Mucosite;
- Alterações na pele;
- Neuropatia periférica;
- Neutropenia febril;
- Toxicidade renal;
- Toxicidade hepática;
- Disfunção reprodutiva, entre outros.

Além do comprometimento físico, esses sintomas podem provocar alterações na autoestima, perda funcional, assim como alterações emocionais e sociais (GONÇALVES et al., 2009). Assim, cada alteração exige uma orientação específica de modo a reduzir o impacto da doença/tratamento. Essas informações devem contemplar a finalidade do tratamento, possíveis efeitos colaterais, ações de autocuidado e medidas a serem tomadas em caso de urgência e emergência (ECHER, 2005).

De uma maneira geral, o indivíduo deve receber orientações quanto à alimentação, à higiene oral, à hidratação, à proteção da pele e do couro cabeludo, ao controle das náuseas e dos vômitos, a evitar aglomerações, entre outras. Do mesmo modo, o tratamento radioterápico requer do usuário ações de autocuidado para garantir a continuidade.

As orientações relacionadas ao cuidado com a pele da área irradiada incluem:

- Hidratação, com ingestão de líquidos em torno de 2-3 litros diários;
- Limpeza da região irradiada com água em temperatura ambiente e sabonete hidratante (pH neutro), sem esfregar;
- Evitar a exposição solar da área irradiada;
- Não aparar os pêlos com lâmina ou qualquer produto;
- Evitar o uso de roupas sintéticas (tipo lycra) e sutiã (quando irradiação da mama), optando por roupas de algodão;
- Reduzir o contato com vapores (fogão, ferro elétrico, sauna);
- Não aplicar pomada, loção, creme ou perfume sem recomendação do médico ou enfermeiro (BLECHA; GUEDES, 2006).

Essas orientações são muito importantes, pois a radiodermatite, além de provocar desconforto, pode interromper o tratamento.

Ao mencionar, de forma bem superficial, algumas situações envolvidas no manejo da doença, queremos enfatizar as responsabilidades do usuário durante este processo, bem como as ações de autocuidado, que são fundamentais para o seguimento do tratamento.

Como já mencionado, as ações de autocuidado não se encerram com o término do tratamento. Elas se estendem durante o período de reabilitação, objetivando evitar ou mesmo minimizar as complicações decorrentes.

Que tal visualizar, a partir de agora, exemplos de ações de autocuidado inseridas no processo de reabilitação do câncer de mama? Consideremos um caso de cirurgia de mama com esvaziamento axilar. Cabe destacar que, neste momento, será contemplada apenas a prevenção de quadros infecciosos e linfedema.

Dessa forma, os cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia incluem (BRASIL, 2004b):

- Pele hidratada e limpa;
- Uso de luvas de proteção ao fazer as atividades do lar (cozinhar, jardinagem, lavar louça e ter contato com produtos químicos);
- Intervalos para descanso durante a execução de atividades de vida diária;
- Utilização de removedor de cutículas ao fazer a unha do lado operado;
- Usar cremes depilatórios, tesoura ou máquina de cortar cabelo na retirada de pelo da axila do lado operado;
- Atenção aos sinais de infecção no braço (vermelhidão, inchaço, calor local);
- Uso de malhas compressivas durante viagens aéreas.

Quantas especificidades são necessárias, não é? Desejamos evidenciar a importância da atuação multiprofissional no processo de tratamento/reabilitação frente à complexidade e à especificidade que a doença impõe.

Sendo assim, novamente o convidamos a fazer parte da equipe multiprofissional habilitada a trabalhar com os usuários com câncer, reconhecendo suas competências e o papel do usuário/família nesse processo.

5.4 Resumo

As ações de autocuidado relacionadas à prevenção/detecção precoce do câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata, de forma resumida, devem incluir: conhecer o risco para desenvolver a doença (histórico de doenças na família e risco pessoal); a realização de exames com frequência (mulheres: AEM, ECM, mamografia, Papanicolaou; homens: PSA e Toque Retal); conhecer o corpo (observar sinais e sintomas) e; a adoção de hábitos saudáveis de vida (dieta balanceada, prática regular de exercícios físicos, evitar tabagismo e etilismo, entre outros).

Durante o período de tratamento e reabilitação, as orientações de autocuidado devem contemplar os efeitos colaterais de cada modalidade terapêutica, bem como as possíveis complicações. O indivíduo e a família precisam conscientizar-se das ações que lhe competem em cada fase, contribuindo para a continuidade e o sucesso do tratamento/reabilitação.

5.5 Fechamento

Ao final desta unidade, esperamos que você tenha reconhecido as habilidades e as competências do enfermeiro envolvidas na atenção ao usuário com câncer. As especificidades das modalidades terapêuticas e das condutas envolvidas no tratamento são diversas, como você deve ter percebido. No entanto, o objetivo desta unidade foi convidá-lo a uma reflexão de que a busca de conhecimento e a educação do usuário com câncer deve ser um contínuo na prática diária do enfermeiro, garantindo e incentivando as ações de autocuidado por parte do usuário, com vistas à qualidade e ao sucesso do tratamento.

5.6 Recomendação de leitura complementar

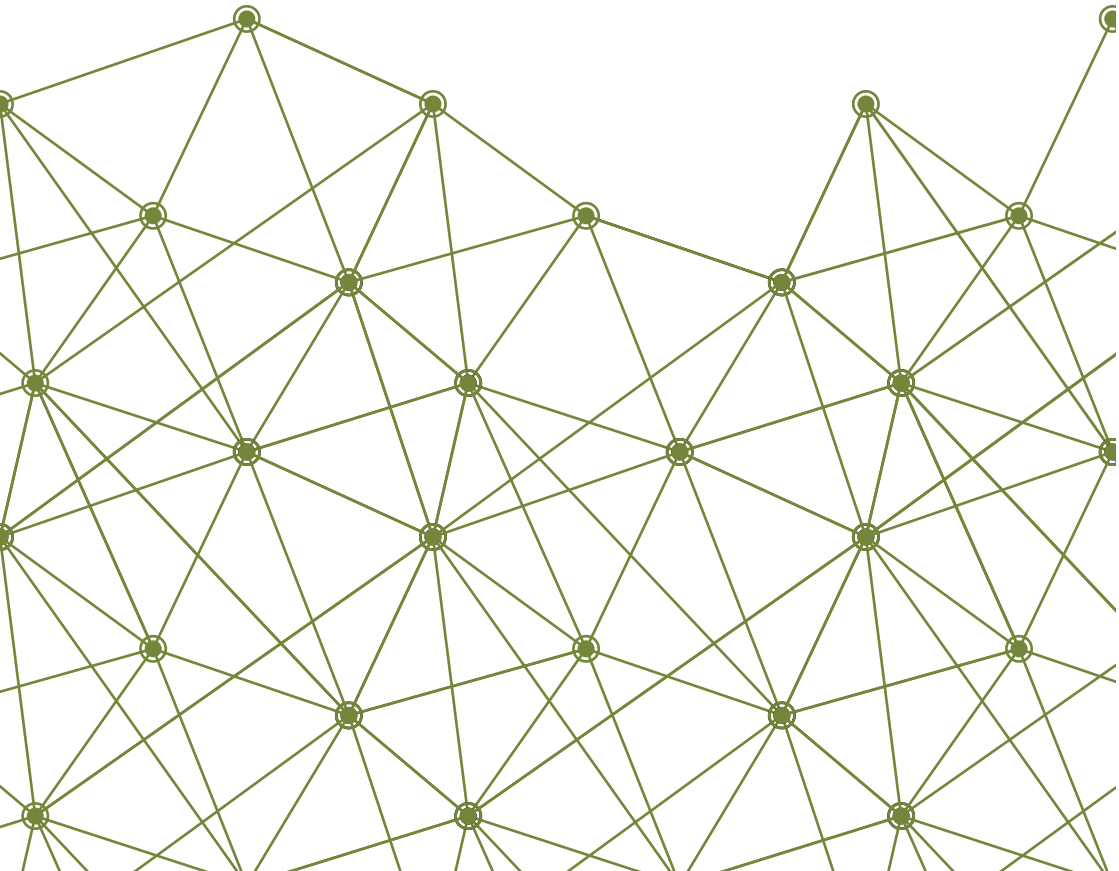
BONFIM, I. M. et al. Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas. **Revista RENE**, v. 10, n. 1, p. 45-52, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol10n1_html_site/a05v10n1.htm>.

VILELA, M. P. et al. Autocuidado entre mulheres com fator familiar de câncer de mama. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 254-60, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/15611>>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: protocolo Viva Vida. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

VIANNA, M. C.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. **Ciência, Cuidado Saúde**, v. 8, n. 2, p. 269-273, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://tinyurl.com/pacientesprostatectomizados>>.

UNIDADE 6



Unidade 6 – Modalidades terapêuticas e cuidados de enfermagem relacionados

Ao final desta unidade você será capaz de compreender a finalidade, o mecanismo de ação, os principais efeitos colaterais ou toxicidades e os cuidados de enfermagem relacionados com a terapêutica cirúrgica, quimioterápica, radioterápica e hormonioterápica, principais terapêuticas utilizadas no tratamento de câncer de mama, colo do útero e próstata.

6.1 Introdução

As modalidades terapêuticas para tratamento do câncer são relatadas desde a Antiguidade. No entanto, respostas mais efetivas para o controle da doença iniciaram no século passado a partir da década de 40 (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a, 2008b).

O desenvolvimento científico e tecnológico permitiu que se deixassem de lado as cirurgias mutiladoras, o “coquetel molotov” utilizado nos tratamentos quimioterápicos, as irradiações que levavam a uma sobrevida desastrosa para chegarmos aos protocolos terapêuticos estabelecidos a partir de pesquisas científicas e ensaios clínicos. Esses protocolos objetivam a cura ou o controle da doença e a qualidade de vida da pessoa com diagnóstico de câncer (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a, 2008b).

Na atualidade, as modalidades terapêuticas mais utilizadas são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia. Mas, outras terapêuticas também são utilizadas amplamente no controle das doenças, tais como a hormonioterapia, bioterapia, iodoterapia e o transplante de medula óssea. A escolha terapêutica relaciona-se ao tipo e estágio da doença.

Para o tratamento de câncer de mama, colo de útero e próstata, neoplasias destacadas nos estudos que compõe este curso de especialização, as terapêuticas mais utilizadas são: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia. Por este motivo, estaremos ao longo desta unidade detalhando estas modalidades terapêuticas e os cuidados de enfermagem relacionados.

Então agora vamos estudar sobre como interromper a progressão do câncer de mama, do colo de útero e da próstata a partir das seguintes terapêuticas de combate ao câncer: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

6.2 Considerações iniciais sobre o câncer

Antes de iniciarmos os objetivos propostos para esta unidade, precisamos fazer algumas considerações sobre a carcinogênese. Assim, estaremos revendo conceitos básicos e importantes para que tenhamos uma melhor compreensão sobre as terapêuticas utilizadas na Oncologia.

As células normais que compõe o organismo humano coexistem em perfeita harmonia citológica, histológica e funcional. Uma coexistência orientada para a manutenção da vida. O corpo humano possui mecanismos que regulam o crescimento celular, o contato e a permanência de uma célula ao lado de outra.

O crescimento celular envolve o aumento da massa celular, duplicação do ácido desoxirribonucléico (ADN, normalmente conhecido como DNA) e divisão física da célula em duas células filhas idênticas (mitose celular – divisão celular). Nas células normais, estímulos reguladores e inibidores controlam esse mecanismo harmônico, que pode sofrer uma ruptura e a célula passa a dividir-se desordenadamente, dando origem a um tumor maligno, o câncer (BRASIL, 2008a).

O câncer é uma doença crônica degenerativa, com evolução progressiva da massa tumoral, que se manifesta por desenvolvimento local (tumor primário) ou à distância (metástases). A doença inicia por uma mutação espontânea (condição intrínseca do organismo) ou provocada (fatores externos ao organismo), ou seja, o DNA da célula é alterado pela ação de múltiplos fatores que modificam a estrutura ou a função dos genes. Mas, nem toda mutação dá origem a um câncer. A vigilância imunológica, a ação de genes supressores e de genes que regulam a reparação do DNA podem controlar, corrigir ou eliminar a mutação. Além disto, a evolução progressiva da carcinogênese (progressão tumoral) pode ser interrompida ou controlada com o uso de várias terapêuticas.



Saiba mais

Para complementar seu aprendizado, leia o capítulo intitulado Fisiopatologia do câncer, em **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-aprendizagem, publicado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>.

BRASIL. Neoplasia in: **Manual de Bases Técnicas da Oncologia** – SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/manual_oncologia_13edicao_agosto_2011.pdf>.

Concluindo estas considerações iniciais, partimos para o estudo das modalidades terapêuticas.

6.3 Terapêutica cirúrgica

A cirurgia oncológica foi o primeiro tratamento que auxiliou no controle de diversos tipos de cânceres e até os dias atuais continua sendo um dos principais métodos utilizados. Cerca de 60% das pessoas com diagnóstico de câncer necessitam da terapêutica cirúrgica para tratamento ou controle do câncer de forma exclusiva e 90% de forma associada. Em geral, a cirurgia é recomendada para tratamento dos tumores de crescimento lento, sua efetividade é maior quando utilizada como tratamento inicial da doença (BRASIL, 2008a; LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

A cirurgia tem por finalidade o diagnóstico, o estadiamento, a prevenção, a reconstrução de áreas mutiladas e o tratamento: primário, curativo, adjuvante, paliativo e combinado com outras terapêuticas (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

6.3.1 Características e princípios da cirurgia oncológica

Para realização da cirurgia oncológica, algumas características são avaliadas antes do procedimento cirúrgico. Essa avaliação objetiva verifica se realmente o ato cirúrgico deve ser realizado e se a pessoa está em condições para enfrentar o procedimento e suas consequências. Confira a seguir as características que são avaliadas pelo oncologista e cirurgião:

- **Característica tumoral:** localização anatômica, tipo histológico, tamanho do tumor;
- **Cinética celular:** fração de crescimento tumoral (agressividade biológica), invasão tumoral, potencial metastático;
- **Características do paciente:** idade, estado clínico geral, competência imunológica, concordância com a cirurgia, qualidade de vida (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

E conheça alguns princípios que são seguidos durante a cirurgia oncológica:

- Incisão cirúrgica ampla e adequada;
- Realização de inventário minucioso de cavidades;
- Laqueação das veias antes das artérias;
- Dissecção centrípeta da peça operatória (de fora para dentro);
- Isolamento do tumor com compressas;
- Manuseio cuidadoso da área afetada;
- Cuidados para não cortar o tecido tumoral;
- Remoção tumoral com margem de segurança, conforme tipo de tumor e localização;
- Ressecção em bloco do tumor primário e das cadeias linfáticas, quando indicada;
- Troca de luvas, de campos operatórios e de instrumental cirúrgico após o tempo de ressecção tumoral;
- Marcação de cliques metálicos, sempre que necessário, para orientar o campo de radioterapia pós-operatória (BRASIL, 2008a; LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

6.3.2 Tipos de cirurgias: câncer de mama, colo do útero e próstata

Para tratamento do câncer de mama utiliza-se a cirurgia conservadora (quadrantectomia ou setorectomia), associada ou não à dissecção axilar, ou mastectomia associada à dissecção axilar (BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).



Saiba mais

Para conhecer mais informações sobre prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento (inclusive formas cirúrgicas) do câncer de mama, consulte a referência indicada.

INCA. **Controle do câncer de mama:** documento de consenso. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>.

Para tratamento do câncer de colo do útero utiliza-se a conização ou a traquelectomia via vaginal ou a histerectomia total ou a histerectomia radical, ou a histerectomia total, é recomendada a pesquisa de linfonodo sentinela nos casos com invasão vascular (BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).

Para tratamento do câncer de próstata, quando houver indicação clínica, utiliza-se a prostatectomia radical, pode também ser necessária a orquiectomia (BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).

6.3.3 Cuidados de enfermagem relacionados com a cirurgia oncológica

Os cuidados de enfermagem pré, intra e pós-operatórios dependerão do tipo de câncer, do tipo de cirurgia, dos tratamentos anteriores, dos déficits fisiológicos pré-existentes. Mas, o enfermeiro deve-se priorizar as necessidades fisiológicas e psicológicas. A seguir, apresentaremos os cuidados gerais que os enfermeiros devem realizar no pré e pós-operatório.

I) Cuidados de enfermagem no pré-operatório:

- Avaliar, prioritariamente, condições gerais, estado nutricional, sistema respiratório e cardiovascular, resultados dos exames laboratoriais e de imagem;
- Orientar e preparar o usuário para o procedimento cirúrgico e para sua eficácia;
- Reduzir a ansiedade frente ao procedimento cirúrgico. A ansiedade em geral está relacionada à dor, à eficácia da cirurgia, à morte, à mutilação;
- Iniciar o processo de ensino-aprendizagem necessário no período pós-operatório.

II) Cuidados de enfermagem no pós-operatório:

- Avaliar condição física e psicológica, prescrevendo intervenções de acordo com os diagnósticos de enfermagem estabelecidos;
- Encorajar a pessoa a discutir sentimentos e preocupações;
- Ajudar a pessoa a identificar e a expressar sentimentos acerca dos significados da cirurgia, da doença, da parte do corpo alterada ou mutilada, das estratégias terapêuticas e do progresso antecipado;
- Promover a aceitação de imagem corporal realista e positiva;
- Orientar acompanhamento com profissional psicólogo ou participação em grupos de apoio;
- Orientar cuidados específicos de acordo com as consequências de cada tipo de cirurgia;
- Envolver a família no processo de ensino-aprendizado (LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007; SMELTZER et al., 2011).



Saiba mais

Mulheres que foram submetidas à dissecação axilar precisam ser orientadas quanto aos exercícios e cuidados com o membro operado. Leia as orientações que são apresentadas no manual de orientações intitulado: **Toque**: orientações a pacientes mastectomizadas. Disponível em: <http://centrodeestudoscepon.com.br/2010/download/livro_cancer_toque.pdf>.



Compartilhando

A Agência de Notícias do INCA divulgou que pessoas com tumores na cabeça e no pescoço, atendidas no INCA/SUS, estão sendo operadas por cirurgia robótica. O equipamento permite que tumores alojados em locais impossíveis de serem acessados pelas mãos de um cirurgião possam ser operados com três ou quatro incisões de menos de dois centímetros cada. Outras pessoas, com tumores urológicos, abdominais e ginecológicos serão beneficiadas por este tipo de cirurgia nos próximos meses. Você poderá acessar esta informação no Portal do INCA. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/inca_comeca_a_usar_robos_nas_cirurgias_oncologicas>.

6.4 Terapêutica quimioterápica

A quimioterapia é uma das modalidades terapêuticas mais utilizadas no tratamento do câncer, socialmente ainda é temida em função dos efeitos colaterais e das mudanças que ocasiona na estética corporal. Essa terapêutica consiste na administração de substâncias químicas (medicamentos quimioterápicos) por diversas vias de administração, sendo a via intravenosa a via mais utilizada.

Os quimioterápicos atuam sistemicamente no organismo, atingindo as células com função de divisão celular aumentada. A principal finalidade da quimioterapia é destruir as células neoplásicas, porém, sua ação também ocorre sobre as células normais que possuem função celular aumentada, tal como ocorre nas células neoplásicas (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

As células normais atingidas pela ação dos quimioterápicos são as células do folículo piloso, do epitélio de revestimento, do sistema gastrointestinal, do tecido hematopoiético e germinativo. Outras células podem ser atingidas em consequência de uma ação cumulativa do uso das medicações quimioterápicas (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

Vamos compreender melhor este processo.

6.4.1 Mecanismo de ação dos quimioterápicos

Você se lembra de como ocorre a divisão celular? A divisão celular é o processo de duplicação do material genético de uma célula que dá origem a outra célula igual à célula “mãe” e que permite o desenvolvimento, crescimento e reposição de células, desde a concepção até a morte do ser humano.

A divisão celular divide-se em fases:

- A fase G₀ corresponde ao período não proliferativo celular (período de descanso);
- A fase G₁ corresponde ao início do processo de divisão celular. Nesta fase ocorre a síntese das proteínas necessárias à formação do DNA;
- A fase S corresponde à síntese do DNA (duplicação do material genético);

- A fase G2 corresponde à síntese do RNA e das proteínas necessárias ao processo de divisão celular;
- A fase M ou mitose corresponde à conclusão do processo de duplicação celular (BRASIL, 2008a).

Quanto maior a atividade mitótica da célula, maior será a ação ou toxicidade dos quimioterápicos sobre as células. Tumores menores possuem um maior número de células em atividade mitótica, tumores maiores têm uma diminuição dessa atividade. A diminuição da atividade mitótica é decorrente da escassez de nutrientes, oxigênio e espaço (BRASIL, 2008a).

A quimioterapia pode incluir apenas um único medicamento, monoquimioterapia, ou associar vários medicamentos, poliquimioterapia. Os diversos protocolos quimioterápicos foram definidos por estudos científicos (ensaios clínicos). Os protocolos relacionam-se ao tipo de neoplasia e **estadiamento** da doença. Para estadiar, avalia-se a extensão local do tumor (T: T1 a T4), a presença ou ausência de metástases em linfonodos regionais e sua extensão (N: N0 a N3) e a presença ou ausência de metástases a distância (M: M0 a M1). O estadiamento, ou estádios clínicos, varia do estágio I até o IV e a classificação do estadiamento no Brasil é chamada Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos.

Estadiamento significa determinar a extensão do comprometimento anatômico do organismo pelo câncer.

A dosagem das medicações segue a normatização em miligramas por metro quadrado, ou seja, de acordo com a **superfície corporal** de cada pessoa em tratamento. Nesse instrumento encontra-se uma linha reta de conexão entre o peso e a altura que indica a superfície corporal. Mas, ou em vez da utilização desses instrumentos, pode-se optar pela utilização da seguinte fórmula:

Para o cálculo da **superfície corporal**, é necessário verificar primeiramente o peso e a altura da pessoa, após utiliza-se uma régua ou tabela que apresente o resultado da superfície corporal em metro quadrado (m²).

$$\text{Superfície corporal} = \sqrt{\frac{(\text{peso em kg}) \times (\text{altura em cm})}{3.600}}$$

A indicação da quimioterapia pode ter a finalidade, como a seguir:

- **Curativa:** objetiva a remissão completa da doença;
- **Paliativa:** objetiva controlar o crescimento tumoral, **reduzir** a massa tumoral e os sintomas ocasionados pelo surgimento do câncer, assim favorecendo a qualidade de vida da pessoa com câncer fora de possibilidades de cura;
- **Neoadjuvante:** objetiva a redução da massa tumoral, é administrada antes do tratamento principal, como por exemplo, antes da cirurgia;
- **Adjuvante:** objetiva a eliminação de células neoplásicas residuais, é administrada depois do tratamento principal, como por exemplo, após a cirurgia;
- **Potencializadora:** objetiva potencializar a ação da radioterapia, sendo assim é administrada no mesmo período de tratamento radioterápico (BRASIL, 2008a; LANGHORNE; FULTON; OTTO, 2007).

6.4.2 Classificação dos quimioterápicos

Os quimioterápicos são classificados de acordo com a ação celular e estrutura química. Quanto à **ação celular**, eles podem ser ciclo celular-específicos, que atuam em uma fase específica da divisão celular, ou ciclo celular-inespecíficos, que atuam em mais de uma fase da divisão celular ou em todas as fases. Quanto à **estrutura química** classificam-se em: antimetabólicos, alquilantes, alcalóides, antibióticos antitumorais, antimitóticos e topoisomerase-interativos. Atualmente, existem mais de 100 medicamentos quimioterápicos (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

A classificação dos quimioterápicos, tanto quanto a ação celular e a estrutura química, orientam a forma de administração e o tempo de infusão dos quimioterápicos, por isto que é importante conhecê-la.

Há uma diversidade de protocolos quimioterápicos, que podem ser utilizados para tratamento do câncer de mama, colo do útero e próstata, a escolha do protocolo dependerá do estadiamento da doença e da resposta terapêutica alcançada. Optamos por apresentar apenas os nomes dos medicamentos mais utilizados e que compõem os protocolos mais usados no tratamento do câncer de mama, colo de útero e próstata.

6.4.3 Quimioterapia no câncer de mama, colo do útero e próstata

Os quimioterápicos mais utilizados nos protocolos para controle do câncer de mama são:

ciclofosfamida	metotrexato	epirrubicina	docetaxel
fluorouracil	adriamicina	vinorelbina	paclitaxel

Alguns protocolos indicam o medicamento chamado trastuzumabe. Esta medicação é um anticorpo monoclonal, indicado para as mulheres que possuem células neoplásicas com o receptor HER2 positivo (receptor localizado na membrana da célula neoplásica) (BONASSA; SANTANA, 2005; BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).

O trastuzumabe é um medicamento que faz parte da **terapia alvo dirigida**, isto é, atua seletivamente, ao contrário da quimioterapia que atua sistemicamente. São exemplos: O receptor HER 2 positivo (*human epidermal receptor - receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano*) na membrana da célula do câncer de mama, o Cromossoma Philadelphia positivo ou o gene bcr-abl positivo, para o tratamento da leucemia mieloide crônica com inibidor da tirosinquinase, e o antiCD117 ou cKIT positivo, para o tratamento do tumor do estroma gastrointestinal com o mesilato de imatinibe (BONASSA; SANTANA, 2005).

Terapia alvo dirigida é a quimioterapia que consiste na utilização de substâncias que atuam mais seletivamente em alvos moleculares ou enzimáticos específicos, para o que se exige a positividade de exames que demonstrem a presença desses alvos.



Saiba mais

Se você tiver interesse em conhecer como atua o trastuzumabe, assista aos filmes indicados.

Uma chance para viver (filme que conta a história do ensaio clínico do trastuzumabe). Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=-3JiF0kGi-4>>.

Herceptin: A Multimodal Approach Targeting HER2 Positive Breast Cancer. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=48VSU4AZ-L0>>.

A mulher com câncer de mama não deve fazer uso de anticoncepcionais ou outros hormônios sem prescrição do oncologista. A carcinogênese de alguns tumores é influenciada por hormônios, falaremos sobre isto no final desta unidade.

Os quimioterápicos mais utilizados nos protocolos para controle do câncer de colo de útero são:

cisplatina	fluorouracil	carboplatina
gencitabina	paclitaxel	ifosfamida

Nas doenças diagnosticadas em estado inicial somente realiza-se o tratamento cirúrgico (BONASSA; SANTANA, 2005; BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).

Os quimioterápicos mais utilizados nos protocolos para controle do câncer de próstata metastático são:

docetaxel	paclitaxel	estramustina
carboplatina	mitoxantrona	vinorelbina

O tratamento cirúrgico ou radioterápico externo é a primeira indicação para doenças de baixo risco, no entanto, em pacientes não candidatos ao tratamento local por comorbidades, ou com idade avançada, ou por preferência pessoal deve-se considerar o tratamento inicial com supressão dos níveis de testosterona (BONASSA; SANTANA, 2005; BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).

6.4.4 Diluição dos quimioterápicos

A diluição dos quimioterápicos exige área física apropriada, cabine de segurança biológica, classe 2 tipo B2 (equipamento que garante a proteção dos profissionais, do ambiente interno e externo da organização), profissionais capacitados para preparo, manipulação e guarda dos quimioterápicos, padronização dos procedimentos técnicos, uso de equipamento de proteção individual (EPI) e coletivo (EPC). As RDC/ANVISA n. 50/02, RDC/ANVISA n. 220/04, RDC/ANVISA n. 67/07 orientam estas e outras normas técnicas (ANVISA, 2002, 2004a, 2007).

Cabe ao profissional farmacêutico a responsabilidade da diluição dos quimioterápicos – RDC/ANVISA n. 220/04, na sua ausência, a responsabilidade passa a ser do enfermeiro – COFEN n. 257/01 (ANVISA, 2004a; COFEN, 2001).

6.4.5 Administração dos quimioterápicos

A administração deve ser realizada por enfermeiro, conforme definição da Resolução COFEN n. 210/1998 e n. 257/2001 (COFEN, 1998, 2001). O profissional deve ter atenção à higienização das mãos antes e após os procedimentos, deve utilizar EPI: avental de mangas longas e luva de látex. O uso de máscara com filtro de segurança é recomendado, mas não é exigido (BRASIL, 2008a). Ressalta-se que, máscaras descartáveis comuns não protegem os profissionais. O principal cuidado de enfermagem na administração dos quimioterápicos é a técnica correta, o que impede a volatilização e os respingos dos medicamentos, para isto, se faz necessária a definição de protocolos de enfermagem para administração e cuidados de enfermagem relacionados.

Outro ponto importante são os cuidados com as excretas das pessoas, durante as primeiras 72 horas após a administração das medicações quimioterápicas. Neste período, as excretas podem apresentar medicação ativa. Assim, cabe ao enfermeiro manter cuidados evitando o risco ocupacional e a exposição ao risco da pessoa em tratamento e dos familiares (BRASIL, 2008a; BONASSA; SANTANA, 2005).

É necessário ainda orientar os seguintes cuidados: após a micção, evacuação ou vômitos a descarga do vaso sanitário deve ser acionada com a tampa fechada, duas vezes. Caso a pessoa vomite sobre uma superfície, como, por exemplo, sobre o chão, devem ser utilizados panos ou papéis absorventes para a limpeza, que devem ser descartados dentro de sacos plásticos amarrados após o seu uso. Roupas contaminadas devem ser lavadas separadamente de outras roupas. Nos ambientes hospitalares e ambulatoriais, os profissionais devem seguir os procedimentos estabelecidos pela RDC n. 306/2004 (ANVISA, 2004b). Esta Resolução dispõe sobre o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

A RDC n. 220 (ANVISA, 2004a) estabelece as principais normas técnicas para implantação e funcionamento de Serviços de Terapia Antineoplásica.

Aos profissionais envolvidos na manipulação dos quimioterápicos é indicada a realização de exames semestrais para verificação da função renal, hepática, pulmonar, hemograma e plaquetas. Além disto, os profissionais devem estar envolvidos em programas de educação permanente (BRASIL, 2008a; ANVISA, 2004a).

Existem normas técnicas que envolvem o manuseio dos quimioterápicos, transporte, guarda, diluição, administração, descarte dos resíduos e normas de cuidados com o ambiente (interno ou externo). Todas as normas devem ser devidamente seguidas, pois o erro técnico expõe as pessoas e o ambiente ao contato com os agentes quimioterápicos e estes são carcinogênicos, mutagênicos e fetotóxicos. Seguir as normas técnicas significa cuidar de si, dos outros e do ambiente.

6.4.6 Vias de administração

A administração dos quimioterápicos pode ser realizada pela via oral, intravenosa, intramuscular, subcutânea, arterial, intratecal, intrapleurar, intraperitoneal e intravesical. A administração dos quimioterápicos exige dos profissionais conhecimentos sobre a fisiopatologia do câncer, farmacologia dos quimioterápicos, cuidados de enfermagem na administração dos quimioterápicos, complicações decorrentes do tratamento e da patologia, toxicidades ou efeitos colaterais ocasionados pela quimioterapia.

6.4.7 Toxicidades ou efeitos colaterais e os cuidados de enfermagem relacionados

As toxicidades e os efeitos colaterais podem limitar o uso de alguns quimioterápicos, podendo surgir de forma imediata ou tardia, aguda ou crônica ou até mesmo cumulativa. E além das células que possuem função de divisão celular aumentada, atingidas pela ação dos quimioterápicos, o funcionamento de alguns órgãos pode ser comprometido, como por exemplo:

Coração (toxicidade cardíaca)	Pulmão (toxicidade pulmonar)	Fígado (toxicidade hepática)	Rim (toxicidade renal)
Bexiga (toxicidade vesical)	Sistema nervoso (toxicidade neurológica)	Disfunção reprodutiva	Disfunção metabólica

O tratamento destas toxicidades, em geral, está relacionado à redução da dose do(s) quimioterápico(s) prescrito(s), suspensão da quimioterapia temporariamente ou definitivamente, tratamento dos sintomas, mudança do protocolo quimioterápico prescrito (BRASIL, 2008a).

Os efeitos colaterais mais comuns encontrados durante o tratamento quimioterápico são: náuseas, vômitos, mucosite, diarreia, constipação, anorexia, fadiga, neutropenia, anemia, trombocitopenia, alopecia, alterações na pele e unha, hiperpigmentação, fotossensibilidade, reação alérgica e anafilática com reação dermatológica local, ocasionada pelo extravasamento dos quimioterápicos para fora do vaso sanguíneo.

É importante lembrar que os efeitos colaterais diferem de pessoa para pessoa, bem como sua intensidade e duração. Muitas pessoas em tratamento não apresentam efeitos colaterais, o “status” do paciente, isto é, o protocolo prescrito e o tempo de tratamento estão diretamente relacionados a esses fatos.

A toxicidade hematológica é a maior definidora para o intervalo entre os ciclos do tratamento quimioterápico. O período de intervalo entre os ciclos do tratamento foram definidos por estudos científicos, de acordo com a resposta terapêutica e recuperação medular (BONASSA; SANTANA, 2005).

A seguir, vamos falar sobre os seguintes efeitos colaterais:

- Náuseas e vômitos;
- Mucosite;
- Diarreia;
- Constipação;
- Alopecia;
- Neutropenia.

Estes efeitos colaterais foram selecionados por serem os efeitos mais encontrados por profissionais que cuidam de pessoas com câncer nas diversas unidades de atendimento não especialistas, como deve ser o seu caso.

I) Náuseas e vômitos

As náuseas e os vômitos são desencadeados por estímulos que atingem o sistema nervoso central, estes estímulos são decorrentes da ação dos quimioterápicos que liberam neurotransmissores, como a serotonina, prostaglandina, histamina e neurocina-1. O córtex cerebral também pode ser estimulado através das vias hipotalâmicas e do sistema límbico, o que ocasiona as náuseas e vômitos antecipatórios resultantes de mecanismos de condicionamentos inconscientes, relacionados a sinais, sons, odores, sabores desagradáveis, ansiedade e dor, que as pessoas em tratamento associam à quimioterapia (BONASSA; SANTANA, 2005).

O manejo das náuseas e vômitos envolve prevenção, avaliação e tratamento do paciente. O tratamento constitui-se no emprego de medicações antagonistas da serotonina, análogos das benzamidas, glicocorticoides, benzodiazepínicos, butirferonas, canabinoides, antagonistas do receptor NK-1 (BONASSA; SANTANA, 2005).

As intervenções não farmacológicas para controle das náuseas e vômitos envolvem o controle da ansiedade e dos medos, intervenções comportamentais, dietéticas e cuidados com o ambiente. Estas medidas, em alguns casos, evitam o uso prolongado de medicamentos (BONASSA; SANTANA, 2005).

Confira os cuidados de enfermagem relacionados a náuseas e vômitos:

- Avaliar a ocorrência de episódios de náuseas e vômitos durante ou após a quimioterapia. Caso tenha ocorrido, investigar características relacionadas e definidoras;
- Perguntar se foi prescrito o uso de algum medicamento antiemético para uso no domicílio;
- Investigar como está sendo o uso da medicação prescrita e a ação antiemética alcançada;
- Avaliar sinais e sintomas de efeitos colaterais decorrentes do uso das medicações antieméticas, como por exemplo, reação extrapiramidal ocasionada pelo uso da metoclopramida. Intervir diante dos achados;
- Administrar medicação antiemética prescrita ou solicitar avaliação médica para prescrição;
- Na presença de náuseas e vômitos, controlar frequência e volume das perdas, ingesta hídrica, ingesta alimentar, sinais e sintomas de desidratação, controlar peso;

- Questionar à pessoa se há algo que ela identifique que está contribuindo para a presença da náusea e do vômito, caso a pessoa indique algo, como por exemplo, o perfume de uma pessoa, atue afastando este condicionante;
- Solicitar avaliação de nutricionista;
- Orientar cuidados com ambiente (ambiente tranquilo, ventilado, agradável, livre de odores fortes e ruídos);
- Orientar cuidados com alimentação. Na presença de náuseas e vômitos, é recomendada dieta fracionada, redução dos alimentos muito quentes e doces, gordurosos, condimentados e com odores fortes. Dar preferência a alimentos com alto valor proteico e calórico. Líquidos gelados, gelo, picolé, e balas “azedinhas” podem auxiliar na redução das náuseas e dos vômitos. Alimentos desejados devem ser ofertados;
- Orientar ingestão hídrica, na possibilidade de ser realizada, devendo ser fracionada como a alimentação. Reidratantes orais e hidratação intravenosa podem ser prescritos, isso dependerá da intensidade e frequência dos vômitos;
- Promover técnicas para relaxamento, redução dos estressores, da ansiedade e dos medos;
- Avaliar crenças sobre náuseas e vômitos ocasionados pela quimioterapia e esclarecer o que for necessário;
- Orientar cuidados para higiene oral;
- Orientar sobre esquema antiemético e sobre a necessidade de adesão ao esquema prescrito para o controle efetivo das náuseas e dos vômitos. O esquema antiemético prescrito para o período da administração da quimioterapia e nos primeiros dias que a sucedem é diferente do esquema prescrito para episódios de náuseas e vômitos que se manifestam de forma prolongada. A prescrição das medicações estará relacionada ao mecanismo de indução da náusea e dos vômitos (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

II) Mucosite

Resposta inflamatória das membranas mucosas à toxicidade dos quimioterápicos. A mucosite inicia-se com ressecamento da boca e evolui para eritema, dificuldade de deglutição, ulceração, podendo envolver todo o trato gastrointestinal (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

Confira os cuidados de enfermagem relacionados à mucosite:

- Avaliar a cavidade oral;
- Orientar autoavaliação da cavidade oral;
- Orientar higiene oral, recomendando o uso de escovas de dente com cerdas macias ou higienização com torundas de gaze ou de algodão; pasta dental não abrasiva, para evitar o uso do fio dental diante de sangramento da gengiva ou quadro infeccioso;
- Solicitar avaliação médica diante de agravamento das lesões, principalmente se não houver protocolo, para cuidados com a mucosite, instituído no serviço;
- Solicitar avaliação de fonoaudióloga diante de agravamento das lesões ou dificuldade de deglutição;
- Ajustar alimentação quanto à consistência, temperatura, acidez, se necessário solicitar avaliação da nutricionista;
- Administrar medicações prescritas para alívio da dor e controle da inflamação ou infecção e orientar o uso correto (soluções anestésicas, anti-inflamatória);
- Oferecer medicação antifúngica prescrita e orientar o uso correto;
- Orientar medidas para alívio da xerostomia (boca seca), que inclui o uso de saliva artificial, goma de mascar e hidratação;
- Avaliar hemograma, pois a recuperação medular e a regressão da mucosite ocorrem simultaneamente. A gravidade da toxicidade pode sugerir suspensão da quimioterapia;
- Orientar bochechos (chá de camomila, água bicarbonatada. A água bicarbonatada não deve ser indicada em mucosites grau II, III e IV) e hidratação oral. Conforme a gravidade da mucosite pode ser necessária a hidratação intravenosa;
- Orientar lubrificação dos lábios (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

III) Diarreia

A toxicidade dos quimioterápicos pode ocasionar irritação, inflamação e alterações funcionais do trato gastrointestinal. A diarreia potencializa o risco de desidratações e desequilíbrio hidroeletrólítico. É considerado diarreia três ou mais episódios de eliminação fecal líquida ou semilíquida por dia (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

Confira os cuidados de enfermagem relacionados à diarreia:

- Identificar características da eliminação fecal;
- Avaliar se além da toxicidade dos quimioterápicos há algum outro fator que possa estar desencadeando a diarreia;
- Administrar os medicamentos prescritos e orientar o uso correto;
- Ajustar alimentação, reduzir alimentos gordurosos, com excesso de fibra, cruz, laxativos e, se necessário, solicitar avaliação da nutricionista;
- Orientar ingesta hídrica;
- Monitorar peso e sintomas de desidratação;
- Orientar medidas de proteção perianal (lavar a região com água morna, sabonete neutro, secar com toalha ou papel macio, usar medicação prescrita para alívio da dor ou da irritação);
- Orientar a higienização das mãos após cada evacuação e antes das refeições (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

IV) Constipação

A constipação, dificuldade de eliminação das fezes, na pessoa com diagnóstico de câncer e em tratamento quimioterápico pode ser decorrente do uso dos quimioterápicos (toxicidade neurológica) e dos opioides para controle da dor neoplásica (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

Confira os cuidados de enfermagem relacionados à constipação:

- Avaliar características da eliminação fecal;
- Ajustar alimentação, aumentando a quantidade de fibras na dieta;
- Solicitar avaliação de nutricionista;
- Orientar ingesta hídrica (2 a 3 litros de líquidos diariamente);
- Orientar atividade física, se possível de ser realizada;
- Administrar e orientar o uso de medicações laxativas e estimulantes do peristaltismo, se prescritas (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

V) Alopecia

A ação isolada ou em combinação de algumas drogas quimioterápicas sobre o folículo piloso pode causar a alopecia. No entanto, muitos protocolos quimioterápicos não causam alopecia.

Em geral, a queda ocorre no couro cabeludo, mas pode se estender a todos os pelos do corpo. O início da queda dos pelos ocorre após duas ou três semanas do início da quimioterapia. O crescimento dos pelos normalmente ocorre a partir do primeiro mês após o término do tratamento (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

Confira os cuidados de enfermagem relacionados à alopecia:

- Esclarecer o processo de queda e de renascimento dos pelos;
- Esclarecer que a adoção de medidas preventivas não impedirá a queda dos cabelos, caso o protocolos quimioterápicos prescritos indiquem queda total dos cabelos;
- Medidas preventivas que podem ser sugeridas: usar xampus neutros, evitar o uso de secador de cabelos, tinturas, sprays, escovações excessivas;
- Após a queda dos cabelos, orientar proteção do couro cabeludo contra o sol e o frio;
- Orientar cuidados estéticos, pois a alteração da imagem corporal pode levar a alterações emocionais, redução das atividades sociais e alterar as relações interpessoais (cuidados estéticos: uso de perucas, lenços, bonés, chapéus);
- Orientar, se necessário, avaliação psicológica ou indicar a participação em grupos de apoio (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

VI) Neutropenia

A toxicidade hematológica é fator dose limitante aos protocolos quimioterápicos. Na mielodepressão, a leucopenia (destaca-se a neutropenia) é a primeira alteração hematológica perceptível, na sequência, podem surgir a trombocitopenia e a anemia. A neutropenia leva à supressão da imunidade celular e humoral, com aumento significativo da suscetibilidade aos quadros infecciosos graves (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

Confira os cuidados de enfermagem relacionados à neutropenia:

- Estar atento aos sinais e sintomas de infecção, especialmente durante o período de nadir da droga (período de menor contagem hematológica após quimioterapia);
- Avaliar hemograma;
- Informar alterações ao profissional médico;
- Técnicas invasivas devem ser realizadas dentro do rigor asséptico;
- Orientar à pessoa cuidada, em neutropenia, para evitar aglomerações e contato com pessoas com doenças contagiosas;
- Estimular paciente e família para o autocuidado, em que destaca-se a higiene das mãos, do corpo e os cuidados com a pele;
- Neutropenias mais elevadas exigem aporte hídrico e calórico adequado, dieta livre de frutas e vegetais crus e evitar contato com animais;
- Administrar medicamentos prescritos e orientar uso correto (antibióticos, anti-inflamatórios, antivirais, antifúngicos, fator de crescimento hematopoiético);
- Orientar a importância de períodos de repouso intercalados com períodos de atividades;
- Orientar sobre a transitoriedade desta condição decorrente da toxicidade hematológica (BONASSA; SANTANA, 2005; BRASIL, 2008a).

6.5 Terapêutica Radioterápica

A radioterapia é o tratamento localizado que utiliza a radiação ionizante para destruir ou inibir o crescimento de células neoplásicas ou doentes. Essa terapêutica pode ser usada de forma isolada, combinada com a cirurgia, com a quimioterapia, ou com ambas, é uma modalidade curativa efetiva para muitas neoplasias. E ainda pode ser utilizada em caráter exclusivo, adjuvante, curativo e paliativo (BRASIL, 2009; SALVAJOLI, 1999).

A radiação ionizante é qualquer partícula ou radiação eletromagnética que ao interagir com a matéria ioniza (causa perda ou ganho de elétrons) os átomos ou moléculas. A radiação é a propagação de energia através do espaço ou da matéria. A interação da radiação ionizante com o meio biológico inicia-se como um processo físico e passa aos estágios físico-químico e biológico na manifestação de seus efeitos, como a morte celular,

perda da função do órgão, mutagênese e carcinogênese (SALVAJOLI, 1999; SILVA, C.; SILVA, J.; CAMPOS, 2007).

Mas como a radiação ionizante ocasiona a lesão celular? O próximo tópico irá esclarecer isto.



Saiba mais

Você pode complementar seus conhecimentos com a leitura do Capítulo 7, intitulado Bases do Tratamento, da publicação Ações de enfermagem para o controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço, publicada pelo INCA. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>.

6.5.1 Mecanismo de ação da radioterapia

A lesão da célula pela radiação celular pode ser ocasionada por dois mecanismos. Um dos mecanismos ocorre pela ação direta sobre o DNA, a lesão ocasiona a morte celular. O outro mecanismo ocorre a partir da ação da radiação sobre moléculas adjacentes ou vizinhas às macromoléculas alvo. Essa ação forma radicais livres que são altamente reativos, essa reatividade também ocasiona a lesão no DNA (BRASIL, 2008a; DENARDI et al., 2008).

A radioterapia tem por principal finalidade causar a morte das células neoplásicas e liberar uma dose de radiação precisamente calculada, ou seja, reduzir os danos às estruturas vizinhas sadias ao tumor.

O uso terapêutico da radiação é um processo complexo que envolve algumas etapas:

- **Simulação:** nesta etapa, como o próprio nome diz, simulam-se as condições do tratamento. Exames radiográficos auxiliam a visualização e a definição da área a ser irradiada. Se necessário, há a construção de artefatos/moldes para posicionar e imobilizar a área irradiada;
- **Planejamento:** a partir dos cálculos obtidos na fase de simulação defini-se a dose diária e o período do tratamento;
- **Tratamento:** aplicação da dose calculada com acompanhamento multiprofissional (BRASIL, 2008a; DENARDI et al., 2008).

Na radioterapia, há duas modalidades distintas de tratamento, uma é a teleterapia e a outra é a braquiterapia (BRASIL, 2008a; DENARDI et al., 2008).

A teleterapia é a radioterapia que utiliza a radiação ionizante através de feixe externo, mantendo distância da pele que varia de 1cm a 1m. Representa 80% dos tratamentos com radiação. Os principais aparelhos utilizados na teleterapia são: o cobalto 60 e os aceleradores lineares (BRASIL, 2008a; DENARDI et al., 2008).

A braquiterapia é o tratamento radioterápico que utiliza fontes de radiação aplicadas a poucos centímetros do tumor ou dentro do tumor a ser irradiado. Pode ser utilizada como terapia exclusiva ou em associação terapêutica, dependendo do volume, do tipo e da localização do tumor. As associações terapêuticas mais comuns da braquiterapia envolvem a radioterapia externa, cirurgia, quimioterapia e hormonioterapia. Os radionucleotídeos utilizados atualmente pela braquiterapia no Brasil são: irídio-192, céσιο-137 e iodo-125 (BRASIL, 2008a; SILVA, C.; SILVA, J.; CAMPOS, 2007).

A toxicidade sobre os tecidos irradiados dependerá da radiosensibilidade ou tolerância do próprio tecido e do esquema terapêutico empregado. Outros fatores que podem influenciar no surgimento das toxicidades são: volume tumoral, dose administrada e fatores inerentes à condição clínica da pessoa em tratamento (SALVAJOLI, 1999).

O tratamento com radiação deve ser fracionado para que ocorra o reparo das células normais, após cada fração. O fracionamento aumenta a diferença na taxa de recuperação entre células normais e tumorais, o que melhora a oxigenação após cada fração (SALVAJOLI, 1999).

As células com função celular aumentada ou com menor grau de diferenciação celular são mais sensíveis à ação da radioterapia, em decorrência disto, surgem os efeitos colaterais. Veremos logo a seguir os principais efeitos colaterais.

Quanto aos efeitos resultantes à exposição às doses de radiação, há três categorias:

- **Efeitos genéticos:** sofridos pelos descendentes da pessoa exposta. Esses efeitos atingem especificamente as células sexuais masculinas e femininas, espermatozoides e óvulos. As mutações são transmitidas aos descendentes dos indivíduos expostos;
- **Efeitos somáticos:** primariamente sofridos pelo indivíduo exposto, destacam-se também os profissionais expostos. Sendo o câncer o resultado primário, diz-se muitas vezes efeito carcinogênico;

- **Efeitos in-útero:** devido à exposição do feto à radiação. Os efeitos podem ser: morte intrauterina, retardamento no crescimento, desenvolvimento de anormalidades e desenvolvimento de câncer. Os efeitos intrauterinos envolvem a produção de má formação em embriões em desenvolvimento. A má formação produzida não indica um efeito genético, pois quem está sendo exposto é o embrião e não as células reprodutivas dos pais. Os efeitos da exposição intrauterina dependerão do estágio de desenvolvimento fetal (SALVAJOLI, 1999; SILVA, C.; SILVA, J.; CAMPOS, 2007).

6.5.2 Radioproteção

No desenvolvimento da radioterapia se faz necessária a radioproteção, que consiste em um conjunto de padrões e métodos de proteção para as pessoas em tratamento ou não, profissionais e meio ambiente. As normas de radioproteção são estabelecidas por organizações internacionais, como a Comissão Internacional de Proteção Radiológica (ICRP) e a Agência Internacional de Energia Atômica (IAEA). No Brasil, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).

A radioproteção possui três princípios básicos:

- Justificação - quando houver atividade com exposição à radiação ionizante, deve-se justificá-la, levando-se em conta os benefícios advindos;
- Otimização - toda exposição deve manter o nível mais baixo possível da radiação ionizante, fator de proteção e segurança;
- Limitação da dose - as doses de radiação não devem ser superiores aos limites estabelecidos pelas normas de radioproteção de cada país (SOARES; FERREIRA, 2001).

A atuação dos profissionais de enfermagem, que trabalham com radiação ionizante, está descrita na Resolução COFEN n. 211.

6.5.3 Radioterapia no câncer de mama, colo de útero e próstata

Para o tratamento do câncer de mama, a radioterapia (teleterapia) é indicada a todas as mulheres que foram submetidas à cirurgia conservadora e à mastectomia, dentro dos seguintes critérios:

- Tumor maior que 5 cm ou que invade pele e músculos;
- Mais que 3 linfonodos positivos;
- Linfonodos com extravasamento extracapsular.

Também é recomendada a radioterapia adjuvante em mulheres com tumores T1-T2 grau 3 com invasão linfovascular e em mulheres com T1-T2, 1 a 3 linfonodos positivos, se em idade menor de 45 anos ou com mais de 25% dos linfonodos positivos ou, ainda, localização medial do tumor (BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).

Para tratamento do câncer de colo de útero, de acordo com o estadiamento da doença, utiliza-se a braquiterapia isolada ou a radioterapia externa associada à braquiterapia (BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).

Para tratamento do câncer de próstata, de acordo com o estadiamento da doença, utiliza-se braquiterapia com ou sem radioterapia externa ou somente radioterapia externa (BUZAID; MALUF; LIMA, 2012).

6.5.4 Toxicidade ou efeitos colaterais e os cuidados de enfermagem relacionados

As reações apresentadas pelos tecidos durante ou após o término do tratamento radioterápico são denominados reações ou efeitos agudos. As reações, verificadas meses a anos após a irradiação, são chamadas de reações ou efeitos tardios (BRASIL, 2008a).

Os efeitos e a sua intensidade dependerão da reação de cada pessoa tratada, da dose do tratamento, da área do corpo tratada, da extensão da área irradiada, do tipo de irradiação e do aparelho utilizado.

Os efeitos indesejáveis mais frequentes são:

- Fadiga;
- Perda de apetite;
- Reações da pele.

Os tecidos mais atingidos envolvem:

- A pele;
- A mucosa;
- O tecido hematopoiético;
- O tecido linfoide;
- O aparelho digestivo;
- O ovário.

As toxicidades aparecem geralmente na terceira semana de aplicação e desaparecem poucas semanas depois de terminado o tratamento. Há casos, porém, que podem durar por mais tempo (BRASIL, 2008a).

A seguir, você conhecerá os efeitos mais comuns e que exigem atenção dos enfermeiros que atuam nas diversas unidades de atenção à saúde, não somente nas unidades oncológicas.

I) Fadiga

As pessoas em tratamento radioterápico estão sujeitas à fadiga progressiva, o que pode implicar na diminuição da sua capacidade de trabalho (BRASIL, 2008a).

Confira os cuidados de enfermagem nos casos de fadiga:

- Orientar que o tratamento causará a fadiga, inevitavelmente. O início da fadiga surge aproximadamente na segunda semana do tratamento;
- Estimular o repouso e o relaxamento;
- Orientar para respeitar os próprios limites do corpo, evitando esforços físicos;
- Solicitar avaliação de nutricionista.

II) Pele

Algumas reações da pele são normais e esperadas com a radioterapia. A resposta inicial da pele sob a radiação fracionada é atribuída ao aumento do fluxo sanguíneo nos capilares, que irá resultar no eritema. A pele da área irradiada costuma desenvolver eritema, após duas semanas de curso do tratamento. Os cuidados e as orientações levam em consideração a avaliação inicial e sistemática do paciente pelo enfermeiro. Quando o campo de tratamento envolver regiões como: axila, virilha, períneo, área perirretal e inframamária, a reação da pele pode ocorrer mesmo com baixa dose (SALVAJOLI, 1999; SILVA, C.; SILVA, J.; CAMPOS, 2007). O ressecamento da pele (xerose) é caracterizado pela desidratação do extrato córneo e perda de água da camada superficial da pele (BRASIL, 2008a).

Confira os cuidados de enfermagem nos casos de reações da pele:

- Orientar que a pele irradiada necessitará ser protegida de qualquer fonte de irritação, trauma, fricção e agentes que possam provocar descamação;

- Orientar que a área tratada deve ser lavada com água morna e bolas de algodão, utilizando sabonete neutro;
- Orientar ingestão hídrica de dois litros de líquidos por dia;
- Orientar que a pele deve ser seca levemente e protegida do frio, calor e sol;
- Aconselhar o uso de roupas de algodão e o evitamento de roupas justas;
- Orientar para manter as unhas aparadas e limpas;
- Orientar os pacientes homens para não barbear a pele da área irradiada com lâmina;
- Orientar cuidados com o eritema e a pele seca, que incluem uma fina camada de creme ou loção hidrossolúvel, sem perfume (ou creme adotado pelo serviço). Não devem ser aplicadas na pele as preparações a base de álcool (fenol ou mentol). A vaselina ou preparações hidrossolúveis são difíceis de serem removidas da pele (uma camada fina de vaselina pode resultar em um aumento da dose irradiada na pele). Algumas drogas e agentes quimioterápicos como o fluorouracil e o methotrexate podem predispor a radiosensibilidade, sendo necessária atenção durante o tratamento;
- Orientar que, ao término da radioterapia, a pele recupera-se em algumas semanas e que a pele irradiada torna-se mais sensível ao calor e ao frio, sendo necessário continuar a proteger a pele, evitando exposição direta ao sol e usando protetor solar com fator máximo de proteção ao expor a área ao sol. A pele deve ser hidratada várias vezes ao dia com creme hidrossolúvel (BRASIL, 2008a; SILVA, C.; SILVA, J.; CAMPOS, 2007; SALVAJOLI, 1999).

III) Perda de apetite

Durante a radioterapia, a pessoa em tratamento pode apresentar perda de apetite, este sintoma pode ser decorrente da doença ou da própria terapêutica ou ainda por reações emocionais.

Confira os cuidados de enfermagem nos casos de perda de apetite:

- Orientar dieta fracionada e variada de acordo com as necessidades nutricionais e com a vontade da pessoa;
- Controlar o peso;
- Solicitar avaliação da nutricionista. Diante de dificuldades de deglutição solicitar avaliação do fonoaudiólogo;

- Orientar cuidados com o ambiente, para ser o mais agradável, confortável e tranquilo possível.

IV) Xerostomia

A irradiação das glândulas salivares poderá alterar a qualidade e a composição da saliva, ocasionando secura oral (xerostomia), desconforto oral noturno, disfagia, disfasia e sensibilidade aumentada às infecções orais e cáries dentárias. A diminuição da saliva é progressiva e inicia nos primeiros 15 dias de tratamento. Antes do início do tratamento, deve ser orientado tratamento odontológico e profilaxia.

Confira os cuidados de enfermagem nos casos de xerostomia:

- Orientar ingestão hídrica, cerca de 2 litros de líquidos por dia;
- Orientar uso de saliva artificial, goma de mascar e balas de hortelã ou “azedinhas”, sem açúcar;
- Orientar que, em alguns casos, a saliva torna-se mais espessa e altera o sabor dos alimentos. Cafeína, frutas e sucos cítricos, alimentos picantes e em extremos de temperatura, como gelados e quentes, devem ser evitados. O álcool e o fumo não devem ser consumidos ou devem ser reduzidos ao extremo;
- Solicitar avaliação de nutricionista e fonoaudiólogo;
- Orientar programa completo de cuidados orais, que inclui: escovação (escova com cerdas macias), bochechos, enxágue, massagem e uso de fita dental, quando não há riscos de sangramento. Após a escovação, o paciente deve enxaguar a cavidade oral com água bicarbonatada (SALVAJOLI, 1999; BRASIL, 2008a).

V) Mucosite

Inflamação da mucosa oral, caracterizada por eritema, ulceração, hemorragia, edema e dor. Efeito que acomete a maioria das pessoas submetidas à radioterapia na região cervicofacial. A associação da radioterapia e da quimioterapia aumenta a incidência da mucosite oral e esta surge a partir da segunda semana de tratamento radioterápico (BRASIL, 2008a).

Os cuidados de enfermagem descritos para mucosite na terapêutica quimioterápica, apresentados anteriormente, são os mesmos para pessoas em tratamento radioterápico. Esclarece-se apenas que em algumas instituições recomenda-se a aplicação diária de laser de baixa potência como medida preventiva e curativa. O laser tem a capacidade de promover a epitelização e tem propriedades analgésicas e anti-inflamatórias (BRASIL, 2008a).

VI) Estenose vaginal

A estenose vaginal resulta do acometimento da mucosa vaginal, dos tecidos conectivos e dos pequenos vasos sanguíneos, levando ao desenvolvimento de teleangectasia. A radioterapia ginecológica conduz à diminuição da espessura da mucosa vaginal, ausência de lubrificação, formação de aderências e fibroses, resultando na perda da elasticidade vaginal. Essas alterações são intensificadas pela ausência ou diminuição da função ovariana induzida pela radioterapia, que pode provocar uma deficiência estrogênica. A combinação desses efeitos, em longo prazo, além de levar à disfunção sexual, pode dificultar os exames ginecológicos clínicos de rotina, indispensáveis no seguimento clínico dessas mulheres (SILVA et al., 2010).

Confira os cuidados de enfermagem nos casos de estenose vaginal:

- Orientar cuidados de higiene vaginal;
- Orientar fisioterapia vaginal (exercício diário com seringa ou prótese peniana lubrificada);
- Esclarecer quanto às consequências da braquiterapia sobre a vagina e quanto à necessidade dos exercícios de fisioterapia vaginal;
- Orientar o parceiro sexual sempre que possível ou desejado sobre a fisioterapia vaginal.

6.6 Hormonioterapia

Alguns tumores, especialmente os tumores da mama, do colo do útero, da próstata, da tireoide e do endométrio, são influenciados quanto ao crescimento e ao funcionamento pelo nível de hormônio circulante no organismo. Nesses casos, a ação dos hormônios ou dos antagonistas hormonais poderá controlar a carcinogênese ou crescimento tumoral. Para o uso dos hormônios ou dos antagonistas hormonais se faz necessária a presença de receptores hormonais, por este fato são realizados exames **imuno-histoquímicos**. A hormonioterapia, em geral, é uma terapêutica de longa duração (BONASSA, 2005; BRASIL, 2011b).

A **imuno-histoquímica** é a utilização de técnicas que detectam moléculas (antígenos) teciduais. Combina técnicas histológicas, imunológicas e bioquímicas objetivando identificar componentes celulares ou tissulares através da reação de anticorpos específicos.

O tratamento oncológico hormonal pode incluir a administração de hormônios - terapêutica aditiva (estrogênios, progestogênios, androgênios); a ablação hormonal por tratamento cirúrgico; o uso de agentes anti-hormonais, que inibem os efeitos dos hormônios naturais e; o uso de substâncias inibitórias da síntese dos hormônios (BONASSA, 2005; BRASIL, 2011b).

6.6.1 Hormonioterapia no câncer de mama e próstata

O INCA recomenda, como hormonioterápicos, para o tratamento do câncer de mama e da próstata, os seguintes medicamentos (BRASIL, 2011b):

- Para controle do câncer de mama: tamoxifeno (antiestrogênico), acetato de megestrol (progestogênico), anastrozol (inibidor da aromatase);
- Para controle do câncer de próstata: flutamida (antiandrogênico), bicalutamida (antiandrogênico não esteroidal), acetato de ciproterona (antiandrogênico, progestogênico e antigonadotrópico), goserelina (análogo sintético do LHRH natural – hormônio luteinizante e agonista/antagonista GnRH – hormônio gonadotrófico).



Saiba mais

Você poderá encontrar outras formas terapêuticas hormonais para o câncer de mama e de próstata no Manual de Bases Técnicas em Oncologia (BRASIL, 2011b).

Os principais efeitos colaterais ocasionados pelo uso dos hormonioterápicos são:

I) Tamoxifeno

Principais efeitos colaterais: náuseas, rash cutâneo, tonturas, ondas de calor (fogachos), sintomas de menopausa (BONASSA; SANTANSA, 2005).

II) Acetato de megestrol

Principais efeitos colaterais: sangramento vaginal, alterações menstruais, amenorreia, aumento da frequência urinária, retenção hídrica, ondas de calor, tromboflebite, edema, hipertensão, diarreia, constipação, erupção cutânea, cefaleia, letargia, alterações de humor, aumento do peso e do apetite (BONASSA; SANTANSA, 2005).

III) Anastrozol

Principais efeitos colaterais: náuseas, vômitos, diarreia, constipação, cólicas abdominais, anorexia, xerostomia, rash cutâneo, cefaleia, vertigem, depressão, parestesia (BONASSA; SANTANSA, 2005).

IV) Flutamida

Principais efeitos colaterais: ginecomastia, sensibilidade mamária. Quando associada ao uso de um antagonista LHRH, podem surgir: ondas de calor, diminuição da libido, impotência, diarreia, náuseas, vômitos (BONASSA; SANTANSA, 2005).

V) Bicalutamida

Principais efeitos colaterais: rash cutâneo, prurido, ondas de calor, dor na mama, ginecomastia, dor generalizada (BONASSA; SANTANSA, 2005).

VI) Acetato de ciproterona

Principais efeitos colaterais: oligoespermia ou azospermia durante o tratamento, inibição da ovulação, redução da função adrenocortical, cansaço, diminuição da vitalidade e da capacidade de concentração (BONASSA; SANTANA, 2005).

VII) Goserelina

Principais efeitos colaterais: rash cutâneo, sudorese, acne, seborreia e cefaleia em mulheres, depressão, ondas de calor, diminuição da libido nos homens, impotência, aumento da libido nas mulheres, vaginite (BONASSA; SANTANA, 2005).

Todos os procedimentos de hormonioterapia do câncer de mama indicados na terapêutica paliativa, neoadjuvante ou adjuvante exigem receptor positivo, que significa presença estabelecida de pelo menos um dos dois receptores hormonais tumorais (para estrogênios ou para progesterona), podendo estar a mulher em pré ou em pós-menopausa. Sendo o receptor hormonal tumoral desconhecido, a hormonioterapia não deverá ser autorizada para o câncer de mama. A dosagem de receptor tumoral hormonal não é exigência para a hormonioterapia do adenocarcinoma de próstata (BRASIL, 2011b).



Saiba mais

Outras informações sobre a hormonioterapia no câncer de mama, você poderá encontrar no **Controle do Câncer de mama**: documento de consenso. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>.

Os principais cuidados de enfermagem durante a terapêutica hormonal são:

- Durante a consulta de enfermagem, investigar se a mulher está fazendo uso de hormônios sem a prescrição do oncologista, caso esteja, encaminhar imediatamente para avaliação médica;
- Orientar o uso de método contraceptivo e encaminhar para consulta médica;
- Orientar sobre atuação, modo de administração e efeitos colaterais dos hormonioterápicos e sobre os cuidados relacionados durante o tratamento;
- Orientar que os efeitos colaterais podem acontecer e que são reversíveis após descontinuação do tratamento;
- A cada consulta, investigar se os homens, em uso de hormônios que causam a supressão da testosterona, estão tomando a medicação na dose e no horário prescrito. É importante reforçar as orientações quanto ao uso correto, continuamente;
- Orientar mulheres em uso de tamoxifeno para procurarem atendimento médico caso surja sangramento vaginal;
- Orientar o horário da ingestão dos medicamentos, reforçando a necessidade de manutenção dos horários prescritos. Ressalta-se que comprimidos de anastrozol não devem ser mastigados e caso uma dose seja esquecida, dose adicional não deve ser tomada, apenas deve-se retornar ao tratamento habitual;
- Administrar analgésicos, conforme prescrição, nas pessoas em uso de goserelina e que apresentem dor óssea;
- Administrar a goserelina no subcutâneo da parede abdominal superior, seguindo as instruções do fabricante;
- Orientar as pessoas em uso de flutamida que a medicação deve ser preferencialmente administrada com o estômago vazio, porém se houver intolerância gastrointestinal, deve ser administrada junto com as refeições (BONASSA; SANTANA, 2005).

6.7 Resumo

Nesta Unidade, tínhamos como objetivo compreender as modalidades terapêuticas para o tratamento do câncer de mama, do colo de útero e da próstata, bem como os cuidados de enfermagem relacionados. Acreditamos que neste momento você tenha aprendido muito, mas lembre-se que este tema é extremamente vasto, muito ainda pode ser estudado. Nesta direção, compreendemos que a cirurgia no câncer pode ser utilizada no diagnóstico, estadiamento, prevenção, reconstrução e tratamento.

A quimioterapia é uma terapêutica sistêmica, destaca-se como sua finalidade o tratamento das micrometástases pelo seu próprio caráter sistêmico, mas como consequência disto ocasiona os indesejáveis efeitos colaterais. A radioterapia é um tratamento localizado, podendo ser realizado por meio da teleterapia ou da braquiterapia, e a hormonioterapia é utilizada como tratamento dos tipos de cânceres influenciados pelo nível de hormônio circulante no organismo.

6.8 Fechamento

Apresentamos um resumo sobre as seguintes modalidades terapêuticas: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Estas modalidades terapêuticas e outras são complexas e abrangentes. Nossa intenção foi aproximar você do tema e dos conceitos e cuidados essenciais à pessoa em tratamento do câncer de mama, colo de útero e próstata.

6.9 Recomendação de leitura complementar

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Fisiopatologia do câncer. In: _____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-aprendizagem. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA. 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>.

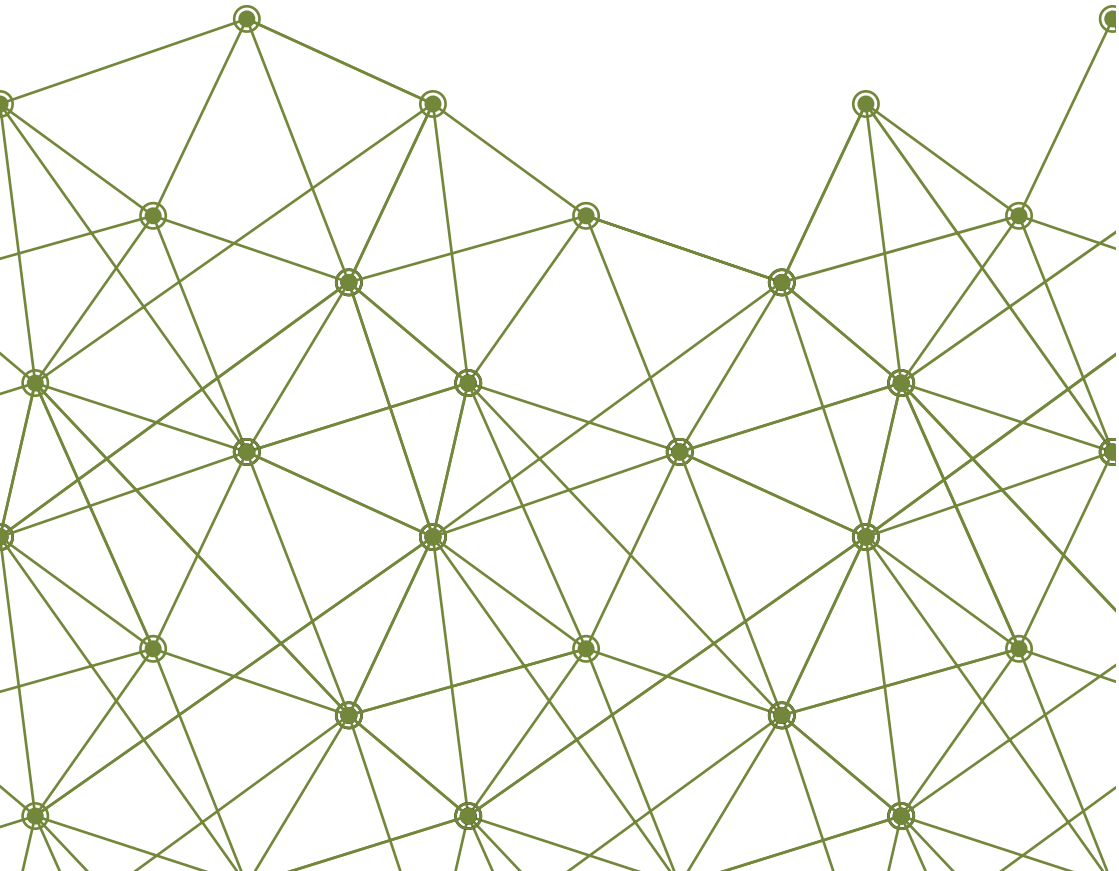
_____. Instituto Nacional do Câncer. Bases do tratamento. In: _____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-aprendizagem. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA. 2008. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>.

_____. Instituto Nacional do Câncer. Neoplasia. In: _____. Instituto Nacional do Câncer. **Manual de Bases Técnicas da Oncologia – SIA/SUS**: sistema de informações ambulatoriais. 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/manual_oncologia_13edicao_agosto_2011>.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de mama**: documento de consenso. 2004. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Pesquisas Oncológicas. **Toque**: orientações a pacientes mastectomizadas, Florianópolis: [s.n], 2010. Disponível em: <http://centrodeestudoscepon.com.br/2010/download/livro_cancer_toque.pdf>.

UNIDADE 7



Unidade 7 – Sistematização da assistência de enfermagem na atenção à pessoa com câncer de mama, câncer de colo do útero e tumores da próstata

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como uma ferramenta para o cuidado ao usuário em tratamento oncológico, em especial àqueles com câncer de mama, câncer de colo do útero e tumores de próstata.

7.1 Introdução

Ao considerar a complexidade do atendimento oncológico, que exige do enfermeiro responsabilidades, competências e conhecimentos técnicos científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal, a **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)** será utilizada para ajudar você no cuidado ao usuário, bem como para contribuir com a melhoria da assistência prestada (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2008).

Nesse sentido, serão apontados tópicos essenciais para o planejamento da assistência qualificada ao usuário nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A SAE é um método para a organização do trabalho de enfermagem, com o objetivo de nortear o cuidado com base no conhecimento científico (BARROS et al., 2009). Ela ocorre por meio do **Processo de Enfermagem (PE)** e a sua implementação deve ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem (atenção primária, secundária ou terciária), seja público ou privado.

O **Processo de Enfermagem** é um método sistematizado para avaliar o estado de saúde do usuário, diagnosticar suas necessidades de cuidado e formular um plano de cuidados. Após ser implementado, este plano deve ser avaliado quanto à sua efetividade (NANDA, 2010).

Lembre-se de que a organização do Processo de Enfermagem, prevista pela Resolução n. 358/2009, está organizada em cinco fases: 1) Coleta de dados; 2) Diagnóstico; 3) Planejamento; 4) Implementação; e 5) Avaliação.



Saiba mais

Para rever a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências, consulte a página do COFEN. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>.

Vale lembrar ainda que essas fases ocorrem de forma concomitante e inter-relacionada. Além de ser sistematizado, o PE é humanizado na medida em que os cuidados prestados se baseiam nas necessidades levantadas (ALFARO-LEFREVE, 2005).

A implementação do PE envolve toda a equipe de enfermagem e cabe ao enfermeiro a liderança na execução e na avaliação do PE e, privativamente, o diagnóstico de enfermagem e a prescrição de enfermagem. Ao técnico de enfermagem cabe a participação na execução do PE, sob a supervisão do enfermeiro (COFEN, 1987).

Diante do exposto, nesta unidade, abordaremos a SAE/PE e tomaremos como referência as necessidades de saúde do usuário em tratamento oncológico. O PE é pensado para o indivíduo, a família, o grupo e até para uma comunidade, no entanto, nesta Unidade, daremos maior destaque para sua aplicação ao usuário.

7.2 Sistematização da Assistência de enfermagem

Abordaremos a SAE detalhando as etapas do PE. Será apresentada a avaliação clínica do usuário em tratamento oncológico, conforme suas necessidades de saúde, destacando algumas condutas mais comuns para o monitoramento dessas pessoas.

O uso do PE proporciona um trabalho intelectual, permite que o profissional reflita sobre suas ações e questione as atitudes tomadas, participando de forma mais ativa no tratamento (NASCIMENTO et al., 2012).

Sua operacionalização pode ser norteada por modelos teóricos ou teorias de enfermagem. As teorias estimulam o raciocínio crítico e contribuem para focalizar problemas, metas, resultados e conceitos. Além disso, integra o saber cotidiano da prática com as bases científicas, o que proporciona um cuidado mais seguro e eficiente (NASCIMENTO et al., 2012).

Diante de várias teorias existentes, como o enfermeiro pode escolher uma para aplicar no seu contexto de trabalho?

A escolha de uma teoria para nortear o PE passa por uma avaliação que identifique a que melhor sustente a prática, ou seja, o ideal é optar por uma teoria que ajude a compreender a realidade local e possibilite atuar nela de modo a proporcionar mudanças.

Além disso, a escolha de uma teoria ou referencial teórico não é uma ação individual do enfermeiro, mas precisa ser compartilhada pela equipe de enfermagem e os demais profissionais também devem ser considerados, de modo que todos possam atuar de forma harmônica e orientada por um mesmo olhar e; dependerá da cultura da instituição e dos profissionais e usuários por ela atendidos.

A seguir, abordaremos as fases da SAE/PE, considerando as necessidades de saúde dos usuários em tratamento oncológico. Acompanhe.

7.2.1 Coleta de dados

Nessa etapa é realizada a coleta de informações sobre a situação de saúde do usuário em tratamento oncológico. O levantamento dos dados poder ser feito mediante a utilização de um roteiro sistematizado, denominado histórico de enfermagem. O histórico de enfermagem permite que a assistência seja direcionada ao atendimento das necessidades em sua globalidade, e ao mesmo tempo permite contemplar a individualidade, considerando as crenças e valores específicos (GUTIERREZ et al., 2002).

Nesse momento, buscam-se evidências de alterações orgânicas, físicas ou emocionais, bem como fatores de risco que possam contribuir para problemas de saúde relacionados à doença.

Na coleta de dados de usuários em tratamento oncológico, é preciso conhecer como a condição se integra à vida da pessoa, suas dificuldades em relação ao manejo da doença e as expectativas em relação ao serviço e a equipe de saúde. Essas informações subsidiarão o planejamento das atividades de educação em saúde e as ações de enfrentamento da doença e de autocuidado.

Os dados poderão ser obtidos de modo direto, com o próprio usuário durante o atendimento, ou de modo indireto, a partir de informações fornecidas pelo prontuário de saúde ou por familiares ou acompanhantes.

A coleta de dados é a primeira etapa da SAE/PE e será a base para as fases seguintes, pois será a partir dos dados coletados que os diagnósticos de enfermagem serão elaborados. Ressalta-se que as conclusões provenientes dessa etapa nortearão o plano de cuidados e, portanto, devem ser elaboradas com bastante critério (ALFARO-LEFREVE, 2010).

A coleta de dados se dá em dois momentos distintos: o primeiro momento consiste na entrevista a partir da qual o enfermeiro terá acesso aos dados subjetivos, que são aqueles informados pelo usuário ou seus familiares ou pessoas próximas. O segundo momento é o exame físico por meio do qual a enfermeira coletará dados objetivos, utilizando a inspeção, palpação, percussão e ausculta, além de dados obtidos no prontuário.

Para ficar mais claro, vamos trabalhar as etapas da SAE/PE por meio de exemplos da prática clínica. Neste momento, vamos eleger um caso clínico relacionado ao tratamento cirúrgico do câncer de mama, mas o raciocínio se estende aos demais cânceres, bem como aos diferentes níveis de assistência e fase do tratamento. Vamos lá?

Imagine uma situação hipotética de uma paciente no 2º dia de pós-operatório de mastectomia simples e linfadenectomia axilar direita.

1) Entrevista: deve contemplar questões relacionadas ao estado geral (Como se sente?) e relacionadas à presença de dor. Dados obtidos: paciente refere estar bem, sem queixas algicas; receosa em movimentar o membro superior direito, mantendo-o junto ao corpo; mostra-se preocupada em relação à alta hospitalar, pois, segundo relato, não sabe como irá realizar o curativo nem como manusear o dreno em casa. Foi tranquilizada, sendo informada de que receberá essas informações antes da alta e demonstrou-se disposta a aprender. O(a) acompanhante relatou que a paciente chorou bastante a ausência da mama e manifestou desejo de reconstrução (BRASIL, 2008a).

II) Exame Físico: observar estado geral, condições do curativo e dreno, SSVV. Dados obtidos: curativo oclusivo, limpo, presença de dreno tubular em linha média axilar à direita, sem obstrução, drenando secreção serossanguínea (120 ml nas 24 horas), temperatura axilar 36,5°C; FC=82bpm; FR=22mpm; PA=130/80mmHg. Na ausculta observa-se expansibilidade pulmonar a direita diminuída (BRASIL, 2008a).

Cada tipo de câncer (câncer de mama, câncer do colo do útero e tumores da próstata) possui as suas especificidades, sendo importante atentar-se a elas durante a avaliação clínica, além da interpretação de exames mais comuns em cada caso.

7.2.2 Diagnóstico de Enfermagem

Para elaboração do Diagnóstico de Enfermagem, os dados coletados deverão ser agrupados e interpretados para a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos que representam as respostas do usuário em tratamento oncológico. A partir desse momento, é possível o planejamento de intervenções que objetivam o alcance de resultados esperados.

Os diagnósticos de enfermagem são interpretações dos dados coletados que são usados para orientar as etapas seguintes. Por meio deles identificam-se os problemas de saúde reais ou potenciais, os quais são passíveis de resolução por meio de ações de enfermagem.

Por ser o diagnóstico a base do atendimento, a enfermeira precisa desenvolver habilidades para diagnosticar, ou seja, para fazer diagnósticos adequados e precisos. Esta habilidade envolve a coleta precisa de dados, o conhecimento clínico e a atenção ao contexto em que o usuário está inserido (GARCIA; NÓBREGA, 2009; SILVA; MOREIRA, 2011).

Como você pode decidir sobre que abordagem da SAE/PE utilizar? A decisão, como já destacado, não é algo que se possa tomar isoladamente, mas deve ser compartilhada pela equipe de enfermagem. Para fazer esta escolha, é necessário que a equipe se prepare, aprofunde seus conhecimentos sobre referenciais teóricos e classificação diagnóstica, reconhecendo as especificidades de seu contexto.

Retomando nossa situação hipotética, alguns diagnósticos podem ser elaborados a partir dos dados coletados:

-
- Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo cirúrgico (mastectomia com linfadenectomia axilar) e presença de dispositivo de drenagem;
 - Mobilidade física prejudicada relacionada à linfadenectomia e ao receio de dor à movimentação, caracterizada por posicionamento do MSD junto ao corpo;
 - Distúrbio na imagem corporal relacionado à perda da mama, caracterizado por choro e desejo de reconstrução mamária;
 - Disposição para o controle do regime terapêutico, caracterizado por interesse em receber orientações antes da alta hospitalar (BRASIL, 2008a).
-

7.2.3 Planejamento de Enfermagem

Uma vez estabelecido o Diagnóstico de Enfermagem, você deverá planejar o cuidado aos usuários em tratamento oncológico e sua família. A resolução do COFEN n. 358/2009, define esta etapa como a determinação de resultados que se espera alcançar, além das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas.

É preciso que sejam definidas metas e que sejam traçados objetivos de modo claro. Devem ser:

- Alcançáveis;
- Mensuráveis;
- Limitados em relação ao tempo para alcance de resposta positiva.

O desenvolvimento de metas e de um plano de cuidado será elaborado para ajudar na resolução dos problemas da pessoa em condição crônica, ou seja, dos diagnósticos de enfermagem. Nesta etapa, é preciso estabelecer quais as metas a serem alcançadas, de modo que a ação de enfermagem possa ajudar a modificar o problema de saúde que a pessoa está enfrentando. O planejamento será operacionalizado por meio da prescrição de enfermagem.

Confira a seguir a prescrição de enfermagem para os diagnósticos elaborados na situação hipotética descrita.

1. Risco de infecção relacionado a procedimento invasivo cirúrgico (mastectomia com linfadenectomia axilar) e presença de dispositivo de drenagem:
 - monitorar sinais e sintomas de infecção da incisão cirúrgica (inchaço, vermelhidão, separação das bordas da incisão, presença de drenagem purulenta, febre) três vezes ao dia;
 - tomar medidas para prevenção da infecção relacionadas ao circuito de drenagem (lavar as mãos antes e depois da manipulação do dreno, manter o curativo no óstio do dreno limpo, protegendo-o durante o banho) duas vezes ao dia e sempre que necessário;
 - utilizar técnica asséptica nos procedimentos de curativo (lavar as mãos antes e depois e utilizar material estéril) uma vez ao dia e sempre que necessário (BRASIL, 2008a).
2. Mobilidade física prejudicada relacionada à linfadenectomia e ao receio de dor à movimentação, caracterizada por posicionamento do MSD junto ao corpo:
 - orientar a paciente a apoiar confortavelmente o braço afetado sobre um travesseiro ao sentar-se ou reclinar-se;
 - providenciar e fornecer orientações por escrito sobre os exercícios com o membro de acordo com a fase de pós-operatório;
 - supervisionar e orientar a realização dos exercícios três vezes ao dia (BRASIL, 2008a).
3. Distúrbio na imagem corporal relacionado à perda da mama, caracterizado por choro e desejo de reconstrução mamária:
 - encorajar a paciente a verbalizar os sentimentos sobre a aparência e as percepções do impacto sobre o estilo de vida (durante o curativo e alta);
 - orientar quanto à possibilidade de uso de sutiã adaptado com enchimento nesse período inicial (durante o curativo);
 - explicar sobre a possibilidade de reconstrução da mama (durante o curativo) (BRASIL, 2008a).
4. Disposição para o controle do regime terapêutico caracterizado por interesse em receber orientações antes da alta hospitalar:
 - orientar quanto aos cuidados da ferida operatória;
 - cuidados com o circuito de drenagem, inclusive curativo no local de inserção do dreno;

- realização de exercícios, cuidados e precauções com o membro superior direito, necessários para prevenir complicações;
- ensinar a mensurar o volume de drenagem;
- orientar quanto ao possível acúmulo de seroma após a retirada do sistema de drenagem, explicando que esta ocorrência faz parte do processo normal de cicatrização;
- fornecer folheto instrucional e reforçar a importância da continuidade do tratamento (BRASIL, 2008a).

7.2.4 Implementação

A Resolução do COFEN n. 358/2009 define esta etapa como a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Nesse momento, é realizada a Prescrição de Enfermagem, de incumbência privativa do enfermeiro. Consiste na concretização do plano por meio de intervenções, ou seja, é a execução da prescrição de enfermagem.

As ações prescritas pelo enfermeiro são, muitas vezes, executadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem que compõem a equipe, sob a supervisão daquele. Lembre-se de que durante esta etapa novas informações vão sendo obtidas e poderão levar ao estabelecimento de novos diagnósticos.

7.2.5 Avaliação

A avaliação, de acordo com a Resolução do COFEN n. 358/2009, é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do usuário em tratamento oncológico e sua família, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados, nela verifica-se a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. Esta etapa avalia, por meio da evolução do usuário, se as intervenções propostas atingiram as metas estabelecidas ou não. É importante destacar que esta etapa avalia as respostas ao cuidado de enfermagem.

Há muitas formas de registro do PE que precisam ser amplamente discutidas, não somente pela equipe de enfermagem, mas também com outros profissionais e com a gerência do serviço, uma vez que estes registros deverão ser acessíveis a todos e fazer parte do prontuário de saúde (COFEN, 2009).

A SAE/PE são desenvolvidos em momentos distintos e inter-relacionados que se complementam, sendo eles: a consulta de enfermagem, os grupos educativos e a visita domiciliar, que iremos abordar mais especificamente no Módulo IX.

Para reforçar a aplicabilidade prática da SAE/PE na assistência oncológica, vamos explorar mais um exemplo com você, agora pensando no câncer do colo do útero. Imagine a SAE em uma consulta de enfermagem na ESF, durante a realização do exame preventivo (Papanicolaou). Acompanhe os procedimentos.

1. Na **primeira etapa** (Coleta de dados): investiga-se o estado de saúde da usuária por meio de dados diretos e indiretos usando instrumento de coleta (Formulário do SISCOLO); questiona-se aspectos relevantes (início da vida sexual, número de parceiros sexuais, hábitos de vida); realiza-se o exame Papanicolaou e registra-se os dados anormais;
2. A **segunda etapa** (Diagnóstico de enfermagem): é baseada nas respostas clínicas reais e potenciais da cliente. A partir dessas respostas serão selecionadas as intervenções. Exemplo de Diagnóstico de enfermagem: Risco para controle ineficaz do regime de terapia preventiva, relacionado à falta de conhecimento das formas de acompanhamento e evidenciado por expressão verbal;
3. Na **terceira etapa** (Planejamento de enfermagem): são planejados os resultados esperados da assistência de enfermagem no intuito de evitar, corrigir ou minimizar os problemas detectados. Exemplo: a cliente demonstrará conhecimento sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, bem como das ações de prevenção;
4. Na **quarta etapa** (Implementação): são definidas as prescrições de enfermagem, incluindo data, ação realizada e informando quem irá realizá-la. Exemplo: orientar a usuária sobre as suas dúvidas relacionadas ao exame preventivo e sobre a importância da prevenção do câncer do colo do útero;
5. A **quinta etapa**: consiste na avaliação da assistência prestada, baseada na mudança de comportamento da cliente, que inclui o comparecimento na unidade para conhecimento do resultado do Papanicolaou, a adoção de comportamentos preventivos e a adesão ao controle periódico do exame preventivo.

Utilizamos como exemplo a SAE numa consulta de enfermagem realizada com uma mulher. Do mesmo modo, o enfermeiro não pode perder a oportunidade de abordar os homens, no sentido de orientá-los sobre os fatores de riscos e medidas de prevenção relacionadas ao câncer de próstata, assim como identificar a presença desses fatores e sinais e sintomas que indiquem alterações.

7.3 Resumo

Vimos nesta Unidade que a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) auxilia no cuidado prestado ao paciente oncológico e contribui para a melhoria da assistência, uma vez que se baseia no conhecimento científico.

A SAE corre por meio do Processo de Enfermagem (PE) e percorre cinco fases concomitantes e inter-relacionadas, a saber: coleta dos dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação. Além de ser sistematizado, o PE é humanizado na medida em que os cuidados prestados se baseiam nas necessidades levantadas.

Destacamos que a implementação da SAE deve ocorrer em todos os ambientes em que seja realizado o cuidado profissional de enfermagem. Dessa forma, elegemos duas situações hipotéticas da prática clínica em oncologia, uma no ambiente hospitalar e outra numa unidade de Estratégia da Saúde da Família, para percorrer as cinco fases da SAE.

7.4 Fechamento

Apresentamos alguns aspectos da SAE/PE, dialogando com você sobre sua aplicabilidade na atenção aos usuários em tratamento oncológico, tanto numa situação hospitalar quanto na atenção básica. Como você se sentiu? Ficou clara para você a importância da SAE/PE?

Destacamos que este conteúdo não é suficiente para elaborar uma proposta para seu local de serviço, caso a SAE/PE ainda não faça parte da sua realidade! Ressaltamos a necessidade de buscar apoio em pessoas com experiência ou em textos sobre a temática. Nossa intenção foi levantar a importância desta e apontar alguns caminhos iniciais!

7.5 Recomendação de leitura complementar

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a mulheres mastectomizadas. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 319-26, abr./jun. 2010.

Encerramento do Módulo

Chegamos ao final de mais um Módulo! Como já indicado na apresentação, tratamos aqui de uma especialidade abrangente e complexa e, neste caso, optamos por esmiuçar alguns aspectos e por indicar para estudos concomitantes ou posteriores outros aspectos.

Iniciamos nossa discussão demonstrando a importância de compreendermos os conceitos de acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro na atenção à pessoa com câncer de mama, do colo do útero e da próstata. Após, focalizamos a atuação interdisciplinar, ao abordarmos e contextualizarmos o conceito da interdisciplinaridade na atenção à saúde.

No transcorrer do presente módulo, buscamos sempre reforçar a inserção das pessoas próximas ao enfermo e a influência dos aspectos culturais e psicossociais do viver com câncer. Neste sentido, conduzimos você a decifrar as mudanças ocasionadas pela doença no cotidiano da vida da pessoa com o diagnóstico e da família. Além disso, discorreremos acerca desta, entendendo-a como sistema e como cuidadora.

Tratamos também do estigma do câncer, das fases psicológicas, da influência dele na sexualidade, na imagem corporal, na autoestima da pessoa. Outras temáticas que não poderiam ser negligenciadas referem-se à questão dos direitos sociais da pessoa com câncer, da sobrevivência à doença e da reabilitação e (re)inserção social.

Buscamos também, neste módulo, mostrar o que temos de atualizações na oncologia, quando o assunto é protocolos para a detecção precoce do câncer de mama, colo do útero e próstata e fluxo de atendimento nos diferentes níveis de atenção à saúde. Evidenciamos também a importância do autocuidado relacionado ao câncer de mama, do colo do útero e tumores da próstata no que se refere à prevenção e detecção precoce, bem como durante o tratamento e a reabilitação.

Neste ínterim, chegamos às modalidades terapêuticas e aos cuidados de enfermagem. Ou seja, pretendemos que você tenha obtido um panorama e uma compreensão da finalidade, do mecanismo de ação, dos principais efeitos colaterais ou toxicidades e dos cuidados de enfermagem relacionados à terapêutica cirúrgica, quimioterápica, radioterápica e hormonioterápica, que são principais terapêuticas utilizadas no tratamento do câncer de mama, colo de útero e próstata.

Finalizamos com a temática da sistematização da assistência de enfermagem como uma ferramenta para o cuidado ao usuário em tratamento oncológico. Para isso, consideramos ao longo do módulo a complexidade do atendimento oncológico, que exige do enfermeiro responsabilidades, competências e conhecimentos técnicos científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal.

Referências

- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **Resolução – RDC n. 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.
- _____. **Resolução – RDC n. 220**, de 22 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento de Terapia Antineoplásica. Brasília, 2004a.
- _____. **Resolução – RDC n. 306**, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília, 2004b.
- _____. **Resolução – RDC n. 67**, de 8 de dezembro de 2007. Aprova o Regulamento Técnico sobre as Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para uso humano em farmácias e seus anexos. Brasília, 2007.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- _____. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ALTHOFF, R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 25-43.
- ANDRAUS, L. M. S.; MINAMISA, V. A. R.; MUNARI, D. B. Cuidando da família da criança hospitalizada. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, v. 14, n. 2, p. 54-60, 2004.
- ANJOS, A. C. Y.; ZAGO, M. M. F. A experiência da terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**. v. 14, p. 33-40, 2006.
- ANTTILA, A. et al. Cervical cancer screening policies and coverage in Europe. **European Journal of Cancer**, v. 45, n. 15, p. 2649-2645, 2009.
- ARAÚJO, I.; PAÚL, C.; MARTINS, M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no autocuidado. **Rev. Esc. Enferm.** USP. São Paulo, v. 45, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a11.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2012.

ARBYN, M. et al. Trends of cervical cancer mortality in the Member States of the European Union. **European Journal of Cancer**, v. 45, n. 15, p. 2640-2648, 2009.

BARROS, A. L. B. L. et al. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul. Enferm.** v. 22, n. esp., p. 864-867, 2009.

BLECHA, F. P.; GUEDES, M. T. S. Tratamento da radiodermatite no cliente oncológico: subsídios para intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 2, p. 151-163, 2006.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008a. 628p. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>>. Acesso em: 9 out. 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004b. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2012.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Direitos sociais da pessoa com câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Orientacoespacientes/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. 104p. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Diretrizes_rastreamento_cancer_colo_uterio.pdf> Acesso em: 28 set. 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **História da oncologia clínica no Instituto Nacional do Câncer**: INCA. Rio de Janeiro: INCA, 2008b.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Plano de Ação para Redução da Incidência e Mortalidade por Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2010a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/sumario_colo_uterio_versao_2011.pdf>. Acesso em: 28 set. 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer da Próstata**: Documento de Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 24p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf>. Acesso em: 16 out. 2012.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Reabilitação**. 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=106>. Acesso em: 21 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS: sistema de Informações Ambulatoriais**. 13 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2011b. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/manual_oncologia_13edicao_agosto_2011.pdf>. Acesso em: 9 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS, Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BEDELL, C. Sexuality, body image, and cancer. In: NEVIDJON, B. M.; SOWERS, K. W. (Org.). **A nurse's guide to cancer**. Philadelphia: Lippincott, 2000. p. 272-283.

BONASSA, E. M. A. B.; SANTANA, T. R. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRITO, N. T. G.; CARVALHO, R. A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação. **Einstein**, v. 8, n. 2, p. 221-7, 2010.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. especial, p. 152-7, 2006.

BUZAID, A. C.; MALUF, F. C.; LIMA, C. M. R.. **Manual de oncologia clínica do Brasil**. 10. ed. São Paulo: Dendrix, 2012.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 5, p. 614-21, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a clínica ampliada em equipes de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, C. S. A necessária atenção à família do paciente oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 1, p. 87-96, 2008.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J. S. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez., p. 495-500, 2008.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Decreto nº 94.406**, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro: COFEN, 1989.

_____. **Resolução nº 210**, de 1º junho de 1998. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterápicos antineoplásicos. Rio de Janeiro: COFEN, 1998.

_____. **Resolução nº 257**, de 12 de julho de 2001. Acrescenta dispositivo ao Regulamento aprovado pela Resolução COFEN 210/1998, facultando ao enfermeiro o preparo de drogas quimioterápicas antineoplásicas. Rio de Janeiro: COFEN, 2001.

COSTA, C. A.; LUNARDI, F. W. D.; SOARES, N. V. Assistência de Enfermagem ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 56, n. 3, p. 310-314, mai./jun. 2003.

CREPALDI, M. A. et al. (Org.) **Temas em Psicologia Pediátricas**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

DE CARLO, M. M. R. P. et al. Terapia Ocupacional em contexto Hospitalares. **Prática Hospitalar**, v. 18, n. 43, p. 158-164, 2006.

DELISA, J. A. A History of Cancer Rehabilitation. **Cancer Suppl.** v. 92, n. 4, p. 949-970, aug. 2001.

DENARDI, U. A. et al. **Enfermagem em radioterapia: atlas e texto**. São Paulo: Lemar, 2008.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./mar. 2004.

_____. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, p. 754-757, 2005.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. da. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002. p. 11-24.

FIALKA-MOSER, V. et al. Cancer Rehabilitation. Particularly with aspects on physical impairments. **J. Rehabil. Med.**, v. 35, p. 153-62, 2003.

FONTES, C. A. S; ALVIM, N. A. T. Cuidado humano de enfermagem à cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 16, n. 2, p. 193-199, 2008.

FUNCAMP (Fundação Desenvolvimento da UNICAMP). **Licitação n. 0741-2007**: relatório Técnico contendo os guidelines selecionados e as respectivas linhas e cuidado, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Guidelines_2.pdf>. Acesso em: 28 set. 2012.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GIMENES, M. G.; CARVALHO-MAGUI, M. M. M. J.; CARVALHO, V. A história da psico-oncologia no Brasil. In: ANGERAMI-CAMON, V. (Org.). **Psicologia da saúde**: um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000. p. 47-71.

GNATTA, J. R. et al. O uso da aromaterapia na melhora da autoestima. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2012.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres com câncer de mama: ações de autocuidado durante a quimioterapia. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro. v. 17, n. 4, p. 575-580, out./dez., 2009.

GUTIERREZ, B. A. O. et al. Histórico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. **Sistema de assistência de enfermagem**: evolução e tendências. São Paulo: Ícone, 2002. p. 131-64.

HOLMAN, H.; LORIG, K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. **Public. Health Reports**, Rockville, v. 119, p. 239-243, 2004.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLIGERMAN, J. Fundamentos para uma política nacional de prevenção e controle do câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 1, jan./fev./mar. 2002.

KLÜBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LANGHORNE, M. E.; FULTON J. S.; OTTO, S. E. **Oncology nursing**. 5. ed. Mosby: Elsevier, 2007.

LENHARD JUNIOR, R. E.; OSBEEN, R. T.; GANSLER, T. **Rehabilitation and Survivorship**. The American Cancer Society's Clinical Oncology. Atlanta (US): The American Cancer Society, 2001.

MARIUTTI, M. G.; DE ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 20-26, 2007.

MARTINI, A. M. et al. Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 329-243, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7163/5073>>. Acesso em: 16 out. 2012.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2012.

MELO, M. C. B. et al. A família e o processo de adoecer de câncer bucal. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 10, n. 3, p. 413-19, set./dez., 2005.

MENOSSI, M.,J.; LIMA; R. A. G.; CORRÊA, A. K. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 3, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000300025&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 28 set. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: protocolo Viva Vida. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 5. ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil, 2001b.

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Lisboa: Stória Editores; 2001a.

MULLAN, F. Preface: The Culture of Survivorship. **Semin. Oncol. Nurs.**, v.17, n. 4, p. 234-235, nov. 2001.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto Contexto - Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2012.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificação 2009-2011. NANDA International. Tradução Regina Machado Garcêz. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

NASCIMENTO, L. K. A. S. et al. Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 177-185, mar. 2012.

OLIVEIRA, R. R.; MORAIS, S. S.; SARIAN, L. O. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2012.

OTTO, S. E. **Enfermagem em oncologia**. Tradução Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica. 3. ed. Loures: Lusociências, 2000.

PARO, D.; PARO, J.; FERREIRA, D. L. M. O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica. **Arq. Ciência Saúde**, v. 12, n. 3, p. 151-7, jul./set., 2005.

PAVARINI, S. C. I. et al. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 326-35, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm>. Acesso em: 15 out. 2012.

PEDROLO, F. T.; ZAGO, M. M. F. A imagem corporal alterada do laringectomizado: resignação com a condição. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 46, n. 4, p. 407-15, 2000. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/artigo6.pdf>. Acesso em: 16 maio 2012.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RADÜNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros**: o cuidador de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout. Florianópolis: UFSC. 2001.

REZENDE, V. L. et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 51, n. 1, p. 79-87, 2005.

RIBEIRO, A. F.; SOUZA, C. A. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 17, n. 1, p. 22-26, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.cienciasdasauade.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL3_jan-mar_2010.pdf>. Acesso em: 16 maio 2012.

RIZZOTTO, M. L. F. As políticas de saúde e a humanização da assistência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abr. 2002.

ROSA, L. M. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem**. Florianópolis, 2011. 182 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2011.

SALES, C. A. S. et al. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 4, p. 616-621, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a04.htm>>. Acesso em: 16 maio 2012.

SALVAJOLI, J. V. **Radioterapia em oncologia**. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

SANTOS, A. M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 464-70, 2010.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte e prática da organização de aprendizagem**. São Paulo (SP): Best Seller, 1998.

SILVA, F.; CORREA, I. Doença crônica na infância: vivência do familiar na hospitalização da criança. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 10, n. 1, jan./mar. 2006.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.**, v. 24, n. 2, p. 172-178, 2011.

SILVA, M. P. P. et al. Métodos Avaliativos de Estenose Vaginal. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 56, n. 1, p. 71-83, 2010.

SILVA C. R. S., SILVA J., CAMPOS, J. C. et al. Noções básicas de enfermagem oncológica. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Programa de atualização em enfermagem**: saúde do adulto (PROENF). Porto Alegre: Artmed: Panamericana, 2007.

SMELTZER, S. C. et al. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Tradução Antônio Francisco Dieb Paulo, José Eduardo Ferreira de Figueiredo, Patrícia Lydie Voeux. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOARES, M. C.; FERREIRA, C. A. **A importância do conhecimento sobre radioproteção pelos profissionais da radiologia**. Florianópolis: Núcleo de Tecnologia Clínica, 2001.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 75-82, 2008.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 29, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2012.

WHO (World Health Organization). **Cancer control**. Knowledge into Action. WHO Guide for Effective Programmes. Early Detection. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

VIANNA, M. C.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre cuidados de enfermagem para a alta de pacientes prostatectomizados. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 8, n. 2, p. 269-273, abr./jun. 2009.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. de S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, abr. 2006.

Minicurriculo das autoras

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Doutor em Enfermagem, com ênfase em Filosofia, Saúde e Sociedade pela UFSC. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9247403670441395>>.

Ana Maria de Almeida

Professor Associado. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Pesquisador 2 do CNPq, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (GPMS) cadastrado no Diretório do CNPq.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9615263183487191>>.

Vera Radünz

Doutor em Filosofia da Enfermagem pela UFSC. Professor Associado da Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa C&C – Cuidando e Confortando.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3946667050022396>>.

Luciana Martins da Rosa

Doutora em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Oncológica. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3468001612501207>>.

Simone Mara de Araujo Ferreira

Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço na plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4357731492951589>>.

Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues

Doutoranda e Mestre em Ciências pelo Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9685826892810606>>.

Leila Maria Marchi Alves

Professor Doutor. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Oficina de Projetos em Esfigmomanometria (OPE) cadastrado no Diretório do CNPq.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2851641325583993>>.

Maria Lucia Zanetti

Professor Associado. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Pesquisador 1D do CNPq, líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Diabetes Mellitus cadastrado no Diretório do CNPq.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0831377626806159>>.



Ministério da
Saúde



RET-SUS
Rede de Escolas Técnicas do SUS

