



**MARIA CRISTINA AGUIAR**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS A  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL**

**Sinop-MT  
2018**

**MARIA CRISTINA AGUIAR**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS A  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Sinop – FASIPE, como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>: Dr. Marcela A. P. Popolin

**MARIA CRISTINA AGUIAR**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS A  
PACIENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Enfermagem – FASIPE - Faculdade de Sinop, como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

**Dr. Marcela A. P. Popolin**  
Professora Avaliadora  
Departamento de Enfermagem - FASIPE

---

XXXXX  
Professor (a) Avaliador (a)  
Departamento de Enfermagem - FASIPE

---

XXXXX  
Professor (a) Avaliador (a)  
Departamento de Enfermagem - FASIPE

---

**Ms. Luís Carlos Damian Preve**  
Coordenador do Curso de Enfermagem  
FASIPE – Faculdade de Sinop

## **DEDICATÓRIA**

Primeiramente a Deus que me deu a vida, e mesmo quando às vezes, em alguns momentos minhas forças foram pequenas, com todo o seu amor, me acolheu em seus braços, me fortalecendo e me fazendo acreditar que podemos realizar sonhos quando acreditamos que somos capacitados por Ele a seguir em frente em busca das nossas conquistas.

## **AGRADECIMENTOS**

- Agradeço a Deus, que me criou, como sua imagem e semelhança, tem me dado forças para seguir em frente, mesmo em meio a tantas dificuldades encontradas ao longo da caminhada.
- A minha família linda, que mesmo ausente, está sempre presente, torcendo para que eu consiga atingir os meus objetivos.
- A minha orientadora, a Prof<sup>a</sup> Dr. Marcela A. P. Popolin que com sua dedicação se empenhou para que o meu esforço fosse recompensado com a minha vitória, através do ensino, me transmitindo conhecimento técnico/científico além de experiência profissional, contribuindo assim, para a minha formação.
- A todos aqueles que, de alguma forma contribuíram para que este projeto se tornasse a realização de um sonho.

## **EPÍGRAFE**

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la  
como arte, requer uma devoção tão exclusiva,  
uma preparo tão rigoroso, quanto a obra de  
qualquer pintor ou escultor.

Pois o que é tratar da tela morta ou do frio  
mármore comparado ao tratar do corpo vivo,  
O templo do Espírito de Deus?  
É uma das artes;  
Poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingalele.

AGUIAR, Maria Cristina. **Assistência de enfermagem em cuidados paliativos a pacientes oncológicos em fase terminal**. 2018. 58 folhas. Monografia de Conclusão de Curso – FASIPE – Faculdade de Sinop.

## RESUMO

O Câncer representa na sua maioria uma grande classe de doenças que exibe um crescimento e divisão celular descontrolado. São capazes de se multiplicar de forma rápida invadindo tecidos e órgãos. Em tecidos não circulatórios, esse crescimento celular não controlado produz massas celulares chamadas de tumores. Nesta fase muitos pacientes não apresentam um prognóstico para melhora, é necessário criar ações que vão ajudar este paciente a ter uma vida digna com cuidados especiais e com equipe multidisciplinar que irá ajudá-lo a enfrentar estes momentos. Para tanto se fez necessário destacar a atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos ao paciente oncológico em fase terminal. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória, a partir de livros disponíveis na biblioteca da Fasipe de Sinop-MT e artigos disponíveis nas bases de dados Scielo, Pulmed e no Google Scholar, coletados no período de Agosto de 2017 a Junho de 2018, utilizando as palavras-chave Cuidado de enfermagem, Câncer e Cuidados paliativos, selecionando artigos, livros, teses, dissertações e manuais que contemplassem a temática, no idioma Português, de 2001 a 2017. Pode-se verificar que a assistência de enfermagem pode ser efetivada por profissionais qualificados que prestem cuidados paliativos a pacientes oncológicos de forma inovadora, fundada em conhecimento científico e teórico. Visando melhorar a qualidade de vida desse paciente bem como de seus familiares, procurando prevenir e aliviar o sofrimento, avaliar o nível de dor e sofrimento, além de ter a capacidade de lidar com aspectos espirituais, psicológicos, sociais e físicos, assim, deve-se priorizar a humanização, o respeito pela autonomia e dignidade do paciente e familiares, de forma a oferecer a excelência na assistência de enfermagem. Para que ambas as partes possam ser beneficiadas pelo trabalho que o profissional exerce. Dessa forma, essa experiência o ajudará a tornar-se uma pessoa com sabedoria que a cada dia poderá com a sua essência ajudar de forma íntegra outras pessoas.

**Palavras-chave: Assistência de Enfermagem. Câncer. Cuidados Paliativos.**

AGUIAR, Maria Cristina. **Oncology patients with no cure possibilities and palliative care in palliative care.** 2018. 58 leaves. Course Conclusion Monograph - FASIPE - Faculty of Sinop.

### **ABSTRACT**

Cancer mostly represents a large class of diseases that exhibit uncontrolled growth and cell division. They are able to multiply quickly by invading tissues and organs. In non-circulatory tissues, this uncontrolled cell growth produces cell masses called tumors. At this stage many patients do not present a prognosis for improvement, it is necessary to create actions that will help this patient to live a dignified life with special care and multidisciplinary team that will help him to face these moments. Therefore, it was necessary to highlight the role of nurses in palliative care to end-stage cancer patients. This is an exploratory bibliographic research, from books available in the Fasipe library of Sinop-MT and articles available in the Scielo, Pulmed and Google Scholar databases, collected from August 2017 to June 2018, using Key words nursing care, cancer and palliative care, selecting articles, books, theses, dissertations and manuals that contemplate the theme in the Portuguese language, from 2001 to 2017. It can be verified that nursing care can be carried out by professionals who provide palliative care to cancer patients in an innovative way, based on scientific and theoretical knowledge. Aiming to improve the quality of life of this patient as well as his family members, seeking to prevent and alleviate suffering, assess the level of pain and suffering, as well as being able to deal with spiritual, psychological, social and physical aspects, to prioritize humanization, respect for the autonomy and dignity of the patient and family, in order to offer excellence in nursing care. So that both parties can be benefited by the work that the professional exercises. In this way, this experience will help you to become a person with wisdom that every day can with its essence help other people in an integral way.

**Keywords:** Nursing Assistance. Cancer. Palliative care.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Câncer de mama .....	21
<b>Figura 2-</b> Localização da próstata e a evolução do tumor .....	22
<b>Figura 3-</b> Processo de carcinogênese.....	25
<b>Figura 4-</b> Equipamento de radioterapia .....	36

## LISTA DE TABELA

<b>Tabela 1-</b> Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais comuns.....	20
---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1-</b> Principais diferenças entre tumores benignos e malignos .....	26
<b>Quadro 2-</b> Principais diferenças microscópicas entre as neoplasias malignas e benignas....	31
<b>Quadro 3-</b> Principais diferenças macroscópicas entre neoplasia maligna e benigna .....	31

## LISTA DE ABREVIACES

AB - Ateno Básica;

CA - Câncer;

CP - Cuidado Paliativo;

DNA - cido Desoxirribonucleico;

ESF - Estratégia Saúde da Família;

HPV - Papiloma Vírus Humano;

INCA - Instituto Nacional do Câncer;

IST - Infecção sexualmente Transmissível;

OMS - Organização Mundial da Saúde;

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde;

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica;

PNAO - Política Nacional de Atenção Oncológica;

PNH - Política Nacional de Humanização;

PNPDTC - Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer;

PNPS - Política Nacional de Promoção  Saúde;

QV – Qualidade de vida;

SUS - Sistema nico de Saúde;

VOs - Vírus Oncolticos.

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Problematização.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2 Justificativa .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>15</b>
1.3.1 Objetivo Geral .....	16
1.3.2 Objetivos Específicos .....	16
<b>1.4 Metodologia.....</b>	<b>16</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Câncer.....</b>	<b>18</b>
2.1.1 Origem e Desenvolvimento de uma Neoplasia .....	23
<b>2.2 Causas e Fatores de Risco para o Câncer.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 Manifestações Clínicas .....</b>	<b>29</b>
<b>2.4 Diagnóstico .....</b>	<b>30</b>
<b>2.5 Prevenção .....</b>	<b>32</b>
<b>2.6 Tratamento.....</b>	<b>33</b>
2.6.1 Tratamento Quimioterápico.....	34
2.6.2 Tratamento Radioterápico .....	35
2.6.3 Tratamento Cirúrgico .....	36
2.6.4 Terapia Viral Oncolítica .....	37
<b>2.5 Cuidados Paliativos ao Paciente Oncológico sem Possibilidade de Cura.....</b>	<b>38</b>
<b>2.6 Assistência de Enfermagem ao Paciente Oncológico sem Possibilidade de Cura.....</b>	<b>41</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo relata o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer (CA) é a segunda causa de morte no Brasil, o INCA aponta ainda que o CA é uma doença progressiva crônica que traz ao paciente dores e sofrimento profundos tanto emocional quanto espiritual. Quando apresenta um diagnóstico precoce, em muitos casos, pode ser tratado com progresso para a cura. Porém, sua detecção tardia, diminui as chances de regressão tumoral e sobrevida do indivíduo afetado (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2011).

O câncer (CA) representa uma grande classe de doenças, todos exibindo um crescimento e divisão celular desordenados. Em tecidos não circulatórios, esse crescimento celular não controlado produz massas celulares chamadas de tumores. Tumores malignos ou cancerosos são aqueles a partir dos quais células se destacam e migram para outras partes do corpo, originando tumores secundários, processo esse denominado de metástase. Tumores benignos ou não cancerosos não sofrem metástase, permanecendo em seu local de origem (CARNEIRO, 2013).

A divisão celular, como todos os outros processos biológicos, está sob controle genético. Certos genes devem regular o processo de divisão celular em resposta aos sinais ambientais. Esses genes regulatórios estão, sem dúvida, sujeitos a mutações, assim como outros genes. Esse controle genético é exercido por duas classes de genes específicos: os proto-oncogenes e os genes supressores de tumor. Os primeiros regulam o crescimento celular e a diferenciação normais, enquanto os últimos regulam o crescimento anormal, inibindo-o. Conjuntamente, alterações nessas duas classes de genes explicam bem a proliferação celular descontrolada vista nos cânceres humanos (BORGES; OSÓRIO; ROBINSON, 2001).

Nesse sentido é significativo o aumento dos Cuidados Paliativos, que passam a ser de absoluta necessidade na fase final da doença, se tornando indispensáveis e complexos, que demandam uma atenção especial e continuada ao doente e à sua família, prevenindo o sofrimento da morte. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu em 2002, Cuidados

Paliativos (CP) como a promoção da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares em presença de doenças que comprometem a continuação da vida, oferecendo precaução e alívio do sofrimento, promovendo avaliação, diagnóstico e tratamento da dor e problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (PAIVA; JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014; ZUCOLOTTO; MACHADO; FIORIN, 2016).

Cuidados Paliativos são práticas voltadas para fase final da vida de um paciente sem possibilidades de cura. É uma nova especialidade da área da saúde que oferece mudanças nos modelos e conceitos sobre a doença, o corpo e a morte. O principal objetivo dos CPs não é buscar a cura nem adiantar ou prolongar a morte do paciente, mas viabilizar um controle da sintomatologia que acarreta problemas físicos e psicológicos próprios da doença em sua fase avançada e da condição de incurabilidade (PAIVA; JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

Teixeira e Fonseca (2007), concluem que o CA no homem é responsável por muito sofrimento. Consequentemente, alto custo e muitos esforços são dirigidos para o estudo desta doença. Doença muito antiga, o CA foi relato pelos egípcios, indianos e persas, trinta séculos a. Cristo (a.C) quando descobriram tumores malignos. Ainda no século IV a.C. na escola hipocrática grega, estudiosos descreveram tais tumores como sendo, um artefato de consistência dura, que retirados, por vezes reapareciam, se espalhando para diferentes locais do corpo, o que causava a morte do indivíduo. Os hipocráticos viam o câncer como um desarranjo natural dos fluidos orgânicos e não como uma doença causada por alterações celulares.

Quando o paciente está no estágio terminal, é importante ressaltar, que o cuidado com a preservação da vida se torna menos relevante do que a promoção do conforto no seu sentido máximo e amplo resguardo da dignidade do indivíduo. Os sofrimentos físicos, espirituais e psicossociais experimentados pelo paciente, acontecem ao mesmo tempo em que outras situações de enfrentamento inerentes à doença, fato que determina um nível mínimo de Qualidade de Vida (QV) e vulnerabilidade, necessitando atenção especial dos profissionais de saúde (PAIVA; JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

## **1.1 Justificativa**

Segundo Smeltzer et al. (2012), o CA não é uma doença com causa única, apresenta um conjunto distinto de doenças multifatoriais com diversas manifestações, diagnósticos, tratamentos e prognósticos. Sendo assim, a assistência de Enfermagem na doença oncológica envolve todas as faixas de idade e características e é realizada em vários contextos de cuidado em saúde.

A elevada morbimortalidade do CA requer à necessidade de capacitação da assistência de Enfermagem em CP, principalmente ao paciente em fase terminal da doença, uma vez que o enfermeiro presta cuidado direto e integral. Assim, deve-se priorizar a humanização, o respeito pela autonomia e dignidade do paciente, bem como de seus familiares, de forma a oferecer a excelência na assistência de Enfermagem, proporcionando qualidade de vida ao paciente (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2011).

Daronco et al. (2014), evidenciam um aumento nos índices de câncer em todo o mundo e grande parte com diagnóstico na fase adiantada da doença, elevando o número de indivíduos que demandam CP, destacando assim a importância da assistência de Enfermagem no processo de fase terminal e a preparação do profissional para contribuir com o bem estar do paciente no momento final da vida.

Mediante o exposto justifica-se a necessidade da realização de estudo abrangendo conhecimentos sobre as doenças cancerígenas, suas causas e complicações, a fim de que possam ser desenvolvidas estratégias técnicas e científicas de acompanhamento pelo Enfermeiro ao paciente sem possibilidade de cura.

## **1.2 Problematização**

Desde o ano de 2003, o CA foi considerado um dos mais importantes problemas de saúde pública a nível mundial, sendo responsável pela segunda causa de mortalidade na população. Segundo a OMS, para o ano de 2030 serão 27 milhões de novos diagnósticos, 17 milhões de óbitos ocasionados por complicações da doença e 75 milhões de indivíduos afetados por alguma doença cancerígena necessitando de CP por ano, com acentuado aumento em países de classes média e baixa (DARONCO et al., 2014).

Quando o paciente apresenta um tumor maligno, dependendo da sua situação, esse pode ou não evoluir para a cura. Caso não evolua, o paciente é submetido a tratamentos que acaba debilitando em muito sua saúde, limitando assim o bom prognóstico da doença. Dessa forma, a equipe de enfermagem, juntamente com outros profissionais da área da saúde, tem como função, procurar melhorar a qualidade de vida desse paciente, bem como de seus familiares, buscando prevenir e aliviar o sofrimento, avaliar o nível de dor, além de ter a capacidade de lidar com aspectos espirituais, psicológicos, sociais e físicos (LIMA; NASCIMENTO, 2017).

Baseado na situação descrita, questiona-se: qual a atuação do profissional enfermeiro nos cuidados paliativos, ao paciente oncológico em fase terminal?



### **1.3 Objetivos**

#### **1.3.1 Objetivo Geral**

Destacar a atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos ao paciente oncológico em fase terminal.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Conceituar o Câncer, seus fatores de risco e agravos;

Apresentar diagnóstico e tratamento para o paciente oncológico terminal;

Descrever a assistência de enfermagem nos cuidados paliativos ao paciente oncológico.

### **1.4 Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória, realizada por meio de uma consulta no acervo da biblioteca da instituição Fasipe de Sinop-MT e nas bases de dados SCIELO, PULMED e no Google SCHOLAR, no período de agosto de 2017 a junho de 2018, utilizando as palavras-chaves “Cuidado de enfermagem”, “Câncer” e “Cuidados Paliativos” selecionando artigos, livros, teses, dissertações e manuais que contemplassem a temática, no idioma Português no período o 2008 a 2017.

Na pesquisa bibliográfica, buscaram-se problemas e justificativas da pesquisa a partir de citações que foram publicadas, serão analisados e discutidos os subsídios científicos, com a finalidade de saber se há respostas às questões propostas (SANTOS, 2011). Quanto às informações coletadas com base de dados *online*, deve-se observar a credibilidade das fontes. A pesquisa bibliográfica necessita da análise de possíveis contradições apresentadas pelas obras (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Ademais, abrange toda literatura já publicada referente ao tema de estudo, que traz publicações avulsas, livros, periódicos, jornais, revistas, monografias, teses, investigações, entre outros materiais. Bem como outros meios que tragam informações do referido tema, tendo a finalidade de esclarecer os fatos ao agente pesquisador (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A Pesquisa exploratória é considerada o procedimento inicial da pesquisa. Nesse foco, elaborou-se um problema que se tornou viés de investigação. Nesta etapa não houve necessidade de hipótese, mas exploração de conteúdo, com o objetivo de conceder a quem pesquisa, informações importantes para seus estudos, com o intuito de esclarecer ideias ou conceitos. Portanto, essa pesquisa concede interação entre pesquisador e o tema pesquisado.

Para a pesquisa é necessário que tenha planejamento flexível, sendo esta específica, abrangendo a qualidade e quantidade dos assuntos abordados (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

A presente revisão de literatura explanará a fim de responder aos objetivos específicos sobre a definição do conjunto de doenças denominado câncer, formas de prevenção, complicações, diagnóstico e tratamento, ressaltando a importância do conhecimento técnico e científico do enfermeiro, para que juntamente com equipe multidisciplinar, possa oferecer assistência em enfermagem humanizada e de qualidade ao paciente sem possibilidades de cura e seus familiares.

### **2.1 Câncer**

A palavra câncer tem origem grega (*karkínos*) que significa caranguejo, foi empregada pela primeira vez por Hipócrates, considerado o pai da medicina, que nasceu no ano de 460 e morreu em 377 a.C., portanto não é uma doença nova, visto que foi identificada em múmias egípcias, comprovando que já afetava a humanidade há mais de 3 mil anos a.C. Na atualidade, se dá o nome de CA a um conjunto com mais de 100 doenças, que têm como característica comum o crescimento e desenvolvimento desordenado de células, que se espalham por tecidos e órgãos vizinhos. Ao contrário das células normais, as cancerosas ao invés de morrerem se multiplicam de forma agressiva e formam mais células anormais causando distúrbios nas funções orgânicas (INCA, 2011).

O câncer é considerado um caso de saúde pública que ultimamente é responsável por milhões de mortes todo ano, geralmente há uma alta incidência em países desenvolvidos. Isso se dá por diferentes fatores como processo de industrialização, agentes físicos, químicos e biológicos, riscos ambientais, auto cuidado ineficaz e outros como diversidades sociais (GUERRA et al., 2008).

O CA, é um ação patológica que tem o seu início desencadeado através de mutações celulares de origem genética, que começam a produzir células atípicas e se proliferam no

organismo apresentando manifestações e formatos diferenciados, desobedecendo aos sinais de produção correta das células (SMELTZER et al., 2009).

Segundo Almeida et al. (2015), o CA se classifica conforme a célula de origem. O carcinoma é originado de células que recobrem o corpo e revestimentos internos. Os carcinosarcomas são tumores malignos de tecidos embrionários e teratomas. Sarcomas se formam nos ossos, tecido adiposo, tecido fibroso e músculo. Linfomas iniciam-se nos linfócitos, nas glândulas linfáticas e no sangue, podem ser Hodgkin e não-Hodgkin. A leucemia origina-se na medula óssea.

Segundo Brasil (2015), o desenvolvimento celular no organismo pode acontecer de forma controlada (metaplasia, hiperplasia e displasia) ou descontrolada (neoplasia). A definição das neoplasias oferece certa dificuldade pelo fato de ser por meio da biologia e morfologia do tumor, sua classificação considera os aspectos básicos da histogênese e do comportamento tumoral que divide-se em três tipos: benignos, limítrofes e malignos. O principal ponto para o estudo da neoplasia é estabelecer critérios de diferenciação apresentada em cada lesão, o que pode ser difícil em função de suas variações.

O mieloma é a malignidade nas células plasmáticas precursoras de anticorpos. Tumores das células germinativas se formam a partir dos testículos ou ovários. Melanomas originam-se da pele (melanócitos). Gliomas surgem de células do tecido cerebral ou da medula espinhal. Neuroblastomas são tumores pediátricos derivados de células malignas embrionárias neuronais primordiais, gânglios simpáticos, medula adrenal e outros pontos (ALMEIDA et al., 2015).

As neoplasias são doenças caracterizadas por grande alteração no sistema de regulação da diferenciação e proliferação celular. No corpo humano, a região colorretal é o ambiente mais comum para o desenvolvimento das neoplasias primárias, classificadas em adenomas ou adenocarcinomas, caracterizadas por mutações genômicas supressoras de tumor, causando o desequilíbrio na proliferação celular e a apoptose (OLIVEIRA, 2015).

O primeiro estágio em que o CA não hematopoiético pode ser classificado é o carcinoma *in situ* ou não invasivo. As células cancerígenas, nessa fase, são encontradas somente no local de origem. A maioria das doenças cancerígenas *in situ* é curável nesse período, se for diagnosticada e tratada. Na segunda fase em que o CA se torna invasivo, normalmente sofre metástase, migrando para outras áreas dos órgãos ou até mesmo do corpo (INCA, 2017).

Considerando os dados epidemiológicos relacionados ao câncer a tabela 1 demonstra a distribuição dos dez principais tipos de CA mais incidentes entre homens e mulheres (ALMEIDA et al., 2015).

**Tabela 1:** Distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais comuns.

HOMEM			MULHER		
Localização Primária	Casos	%	Localização Primária	Casos	%
Colo e Reto	16.660	7,8%	Colo e Reto	17.620	8,6%
Traqueia, Brônquios e Pulmão.	17.330	8,1%	Traqueia, Brônquios e Pulmão.	10.890	5,3%
Estômago	12.920	6,0%	Estômago	7.600	3,7%
Sistema Nervoso Central	5.440	2,5%	Sistema Nervoso Central	4.830	2,3%
Bexiga	7.200	3,4%	Colo de útero	16.340	7,9%
Esôfago	7.950	3,7%	Corpo do útero	6.950	3,4%
Laringe	6.360	3,0%	Glândula Tireoide	5.870	2,9%
Leucemias	5.540	2,6%	Linfoma não Hodgkin	5.030	2,4%
Oral	11.140	5,2%	Mama feminina	57.960	28,1%
Próstata	61.200	28,6%	Ovário	6.150	3,0%

**Fonte:** Adaptado de INCA (2015, p. 56).

Ainda neste contexto no Brasil, surgem cerca de 600 mil novos casos por ano de CA, com exceção do CA de pele não melanoma, que somam quase 180 mil casos novos. Contexto esse semelhante ao da América Latina e Caribe, que apresentam 61 mil casos novos de CA de próstata e 58 mil casos de CA de mama. Os tipos de CA mais frequentes na população masculina são os CA de próstata (28,6%), de pulmão (8,1%), de intestino (7,8%), de estômago (6,0%) e de boca (5,2%), já nas mulheres predominam os CA de mama (28,1%), de intestino (8,6%), de colo uterino (7,9%), de pulmão (5,3%) e de estômago (3,7%) (INCA, 2015).

Em sua maioria há uma resposta positiva ao tratamento, quando detectado precocemente. A doença é comum no Brasil e é responsável pelo maior número de óbitos,

podendo se desenvolver também no homem, embora seja uma raridade, apenas 1% dos casos diagnosticados (INCA, 2016).

Uma das formas mais graves da doença na mulher é o CA de mama que resulta da reprodução de células anormais da mama, formando um tumor possível de atingir outras partes do corpo ou órgãos, sendo heterogênea, multifatorial com base clínica e morfológica. No ano de 2002, a OMS divulgou a classificação para Tumores de Mama em sua 4ª edição, reconhecendo mais de vinte subtipos da doença (INCA, 2011).

Cerca de 80% dos tumores de mama surge no epitélio ductal, são os chamados, carcinoma ductal invasivo. Porém, existem outros tipos de carcinomas, que são o lobular, o micropapilar, o papilar, o tubular, o mucinoso e o medular. Envolve histórico familiar, fatores biológicos, endócrinos, reprodutividade, comportamento e estilo de vida (INCA, 2015).

Na fase adiantada, as metástases geralmente se dirigem para os pulmões, ossos, cérebro e fígado, menos comum ao estômago, porém, pode surgir mesmo após anos do diagnóstico e tratamento da fase inicial do tumor. A estatística de sobrevivência após o início da metástase no estômago é em média 14,58 meses, aumentando para 38 meses nos pacientes submetidos à cirurgia de remoção. Os sinais mais comuns são: nódulos na mama e na região axilar ou pescoço (normalmente indolor); alterações no mamilo; pele local avermelhada, com aparência de casca de laranja; secreção anormal da mama (Figura 1) (RODRIGUES et al., 2016; INCA, 2014).

**Figura 1:** Câncer de mama

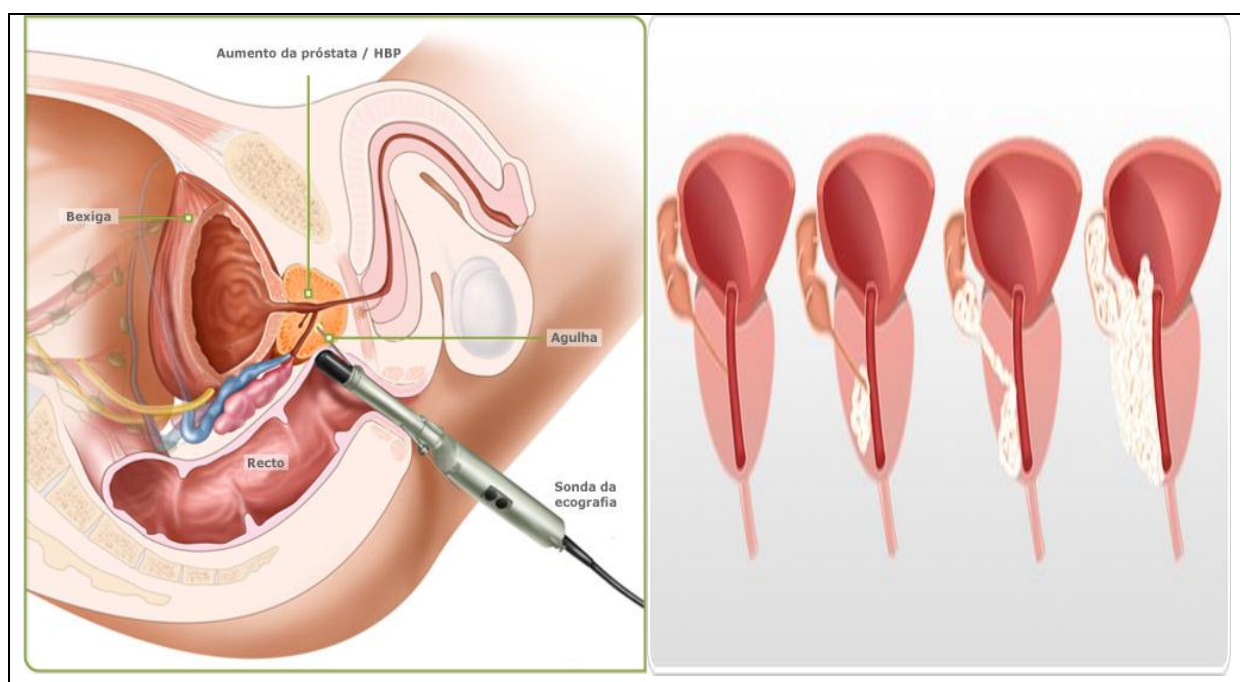


**Fonte:** Sedicias (2017, p. 02).

Igualmente o CA de colo do útero é um importante problema de saúde pública. No ano de 2012, foram diagnosticados 527 mil novos casos no mundo, configurando o quarto tipo de CA mais frequente, 70% desses ocorrem em regiões menos desenvolvidas, sendo um quinto, na Índia. A doença normalmente se apresenta por volta dos 30 anos de idade e o risco cresce muito até a faixa dos 50 anos acima (INCA, 2015).

Na população masculina o CA de próstata identificado na Figura 2, é o tumor mais comum e de grande importância. Apresenta-se com aspectos genéticos e características peculiares no diagnóstico e estadiamento, oferecendo diferentes métodos de tratamento e dependendo do seu estágio, oferece muitas possibilidades de cura (MATHEUS, 2015).

**Figura 2:** Localização da próstata e a evolução do tumor



**Fonte:** Júnior (2015 p. 04 e 05).

Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença é a idade. Cerca de três quartos dos casos surgem por volta dos 65 anos. Grande parte dos tumores tem o crescimento muito lento, muitas vezes não apresentando sinais e sintomas, nem oferecendo ameaça à saúde do homem. O risco de histórico familiar tem um maior entre homens que tenham registro de CA de próstata anteriores, sobretudo quando os casos ocorreram antes dos 60 anos de idade. As mutações originadas em alguns genes específicos, também estão diretamente associadas a um crescente do risco de desenvolver a doença (INCA, 2014).

Outro CA que apresenta alto índice de mortalidade mundial é o de pele não melanoma, sendo o mais comum no Brasil, correspondendo a 25% dos tumores malignos.

Contudo, oferece altas taxas de cura quando diagnosticado e tratado precocemente. Surge com frequência após os 40 anos de idade, acometendo mais as pessoas de pele clara por apresentarem maior sensibilidade aos raios solares. O CA de pele não melanoma apresenta tumores de diferentes linhagens, porém os mais incidentes são o carcinoma basocelular (menos agressivo) com 70% dos casos, e o carcinoma de células escamosas ou carcinoma epidermoide com 25% (INCA, 2011).

Segundo Sociedade Brasileira de Urologia (2008), o câncer de bexiga tem a posição de 4º em homens e mulheres em 9º lugar, podendo ocorrer em qualquer idade da vida de um indivíduo, mas com o índice elevado com o avanço da idade. Geralmente a doença é considerada superficial, pois apresenta recorrência de infecção urinária, persistindo limitados na mucosa por muito tempo. Neste caso é necessário que se realize um exame detalhado, para evitar que tumores associados e irritação crônica se estabeleçam.

De acordo com dados levantados, o câncer de esôfago está entre os dez mais incidentes no Brasil, sendo elevado entre os homens, o mais comum é o carcinoma proveniente de células escamosas e alguns infrequentes como adenocarcinoma e sarcomas de células, linfomas. Geralmente o CA de esôfago é desenvolvido na parte superior do músculo se originando das células escamosas, que se dá por consumo exagerado do tabaco e do álcool (INCA, 2017).

O CA da tireoide geralmente é maligno se originando do epitélio, entende-se como CDT o tumor maligno da tireoide de origem epitelial, constituído pelo carcinoma papilífero, sendo o principal representante desta divisão. De acordo com estudos há um aumento significativo desta patologia em várias partes do mundo sem incidência de homens e mulheres. O tratamento se dá inicialmente em ressecção da tiroide acompanhada por iodo radioativo (BRASIL, 2014).

O câncer de cabeça e pescoço são caracterizados por 2% de todos os outros tipos de câncer no Brasil, desses o CA de laringe ocupa 25%, após o tratamento e as possibilidades de cura serem esgotadas, pouco se sabe sobre a evolução desses pacientes. É importante conhecer mais sobre essa patologia e sua epidemiologia para que o indivíduo acometido possa ter uma sobrevida melhor (SOARES, 2010).

A leucemia é maligna, iniciando nas células ósseas, onde são produzidas as células sanguíneas. Divide-se em dois grupos que são os mieloides que se origina das células troncos, e os linfoides que é as células incapacitadas. É definida por aumento excessivo e acúmulo de células mieloides aparentemente normais. Há um aumento anual de 1,0 a 1,5/100.00 de pessoas, afetando principalmente adultos (BRASIL, 2014).



A mortalidade referente ao CA de traqueia, pulmão e brônquios eleva o risco com o aumento da idade, que varia entre 30 a 69 anos, geralmente afeta mais homens que mulheres. Este fator se dá pelo consumo de tabaco, ocorrendo a formação de nódulos devido à presença de substâncias nocivas presentes no cigarro, passando pela traqueia, atravessa os brônquios em direção ao pulmão (que por sua vez fica negro, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldades de respirar), alcançando os alvéolos (MOTTA, 2010).

Os linfomas não Hodgkin são neoplasias malignas que se constituem das células pertencentes ao sistema imunológico e são agressivos. Correspondem a 40% dos casos diagnosticados em outra situação e acomete mais os indivíduos com HIV, pode revelar-se nos ossos, linfonodos, tireoide, pele, sistema nervoso central, testículo entre outros. Geralmente o tratamento é a associação do LDGC B com CHOP (BRASIL, 2014).

O CA de boca acomete lábios e o interior da cavidade oral, geralmente o índice maior é em pessoas de pele clara, isto se dá ao fato de se exporem mais ao tabagismo, álcool e muito tempo a exposição solar. Caso uma lesão estiver evidente, alterada e permanecer por longo tempo, há maior probabilidade de se tornar maligna. As lesões assintomática duradouras devem ser investigadas (INCA,2017).

O CA ovariano é a condição maligna mais fatal com alto índice mundial, geralmente de origem epitelial ou o procedidos mullerianos. Podendo causar infertilidade, obesidade, provável reposição de hormônio, nuliparidade entre outros. A maioria das mulheres estão sujeitas a contrair a doença, o CA ovariano mata aproximadamente 140.000 mulheres por ano, é importante estar atenta aos sinais, sintomas, fatores e também a antecedentes familiares (BRASIL, 2014).

O CA de reto e colón ocasiona tumores malignos do intestino grosso. Acomete homens e mulheres embora tratável e normalmente curáveis quando diagnosticado a tempo. Os tumores colorretais são ocasionados de pólipos adenomatosos, geralmente são benignos do trato gastrointestinal, caso não tratados podem sofrer mutação, tornando-se malignos (INCA, 2017).

Os tumores acometidos no SNC é a neoplasia mais frequente na fase da infância. É importante um diagnóstico precoce para estar entrando com tratamento. Embora quando jovens, o diagnóstico pode demorar a sair, visto que a criança não consegue estar relatando sistematicamente sinais como diplopia ou cefaleia. Assim é necessário realização de exames, que são importantes para identificação de lesão intracraniana (BRASIL, 2014).

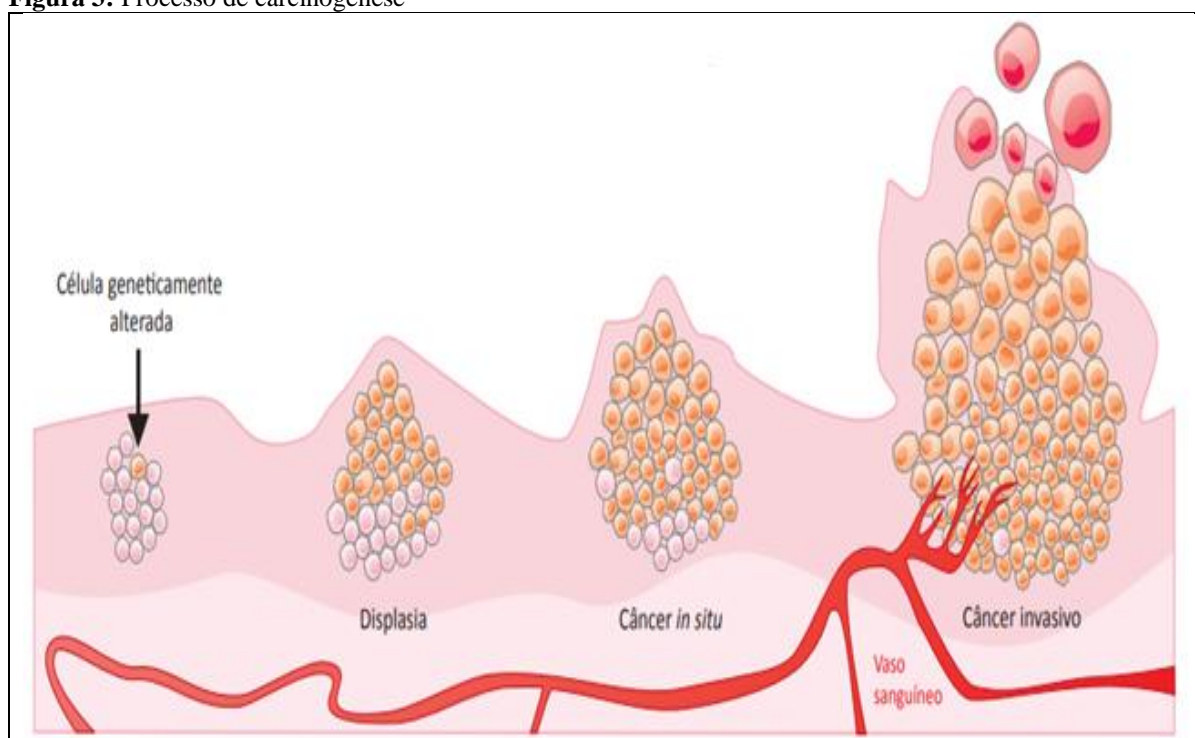
### 2.1.1 Origem e desenvolvimento de uma neoplasia

Para a ocorrência da doença podem ser considerados fatores externos ou internos ao organismo. Podem estar ligados aos maus costumes adquiridos ao longo da vida, seja de origem cultural, social ou meio ambiente, podendo ainda ser proveniente do meio interno, maior parte por fatores genéticos, no qual o organismo se defende de possíveis agressões sofridas internamente (INCA, 2011).

O processo de carcinogênese normalmente acontece de forma lenta, pode durar anos até que uma célula cancerígena se multiplique a ponto de se tornar um tumor detectável ou visível, passando por vários estágios. No decorrer de todo o processo, fatores mecânicos e imunológicos contribuem para que as células neoplásicas alcancem, se instalem e desenvolvam-se independente do tumor de origem, para então começar os processos de iniciação, promoção e progressão, resultando na formação do câncer capaz de invadir e se propagar para outros tecidos (HANSEL; DINTZIS, 2007; INCA, 2012).

Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. O terceiro e último estágio é o de progressão, caracterizado pela reprodução descontrolada de forma irreversível. Nessa fase a doença já está alojada e continua sua evolução até aparecerem os primeiros sinais e sintomas, conforme Figura 3 (ALMEIDA et al., 2015).

**Figura 3:** Processo de carcinogênese



Fonte: INCA (2017, p. 14).

A formação e diferenciação do CA compreendem algumas fases nas quais ocorre a modificação celular. O primeiro estágio ou carcinogênese é a fase de iniciação, no qual as células sofrem agressão do agente carcinogênico gerando alterações nos genes, mas não pode ser detectado clinicamente. O segundo estágio é a fase de promoção, no qual as células modificadas sentem o efeito do agente cancerígeno denominado oncopromotores, tornando-se maligna de forma gradual (ALMEIDA et al., 2015).

A partir do conhecimento da forma de evolução de alguns tumores, pode-se identificar a lesão quando ainda não se desenvolveu completamente. A malignidade do tumor depende da velocidade do crescimento celular, da localização, de fatores estruturais do indivíduo e fatores ambientais, entre outros. Segundo as características de cada tumor, pode ser detectado na fase pré-neoplásica (antes da doença se instalar), fase pré-clínica ou microscópica (assintomática) e fase clínica (com presença de sintomas) (INCA, 2011).

A fase pré-neoplásica é definida pela instalação de determinadas células-mãe, que têm a função de comunicar para as células filhas a propriedade do DNA da célula. Isso se dá por variação que podem ser causadas por fatores físicos, biológicos ou químicos. Dessa forma a pré-clínica é assintomática, as células que foram alteradas em seu organismo recebem o efeito dos agentes, se tornando malignas e na fase clínica acontece a proliferação descontrolada e irreversível das células que se alteraram, pode-se dizer que o câncer já está instalado, ocorrendo a aparição de sintomas (INCA, 2017).

É necessário um conjunto de propriedades biológicas e morfológicas das lesões neoplásicas para discriminar as formas benignas das malignas, mesmo que sejam de grupos heterogêneos e de limites indefinidos (Quadro 1) (INCA, 2012).

**Quadro 1:** Principais diferenças entre tumores benignos e malignos

<b>Tumores Benignos</b>	<b>Tumores Malignos</b>
Formados por células diferenciadas com estruturas típicas de origem.	Formados por células anaplásicas; atípicos; falta diferenciação.
Crescimento progressivo; possível regressão; mitoses normais raras.	Crescimento rápido; mitoses anormais numerosas.
Massa delimitada, expansiva; sem invasão nem infiltração dos tecidos circunvizinhos.	Massa pouco delimitada, invasivo; infiltração dos tecidos adjacentes.
Não há metástase.	Metástase frequentemente.

**Fonte:** INCA (2012, p. 20).

O período de latência do CA varia de acordo com a magnitude do incitação carcinogênico, com a apresentação ou não dos influentes oncopromotores, oncoaceleradores e oncoiniciadores, estão diretamente relacionados ao tipo e localização inicial do câncer. Os influentes oncoiniciadores são aqueles responsáveis por provocar o dano genético diretamente nas células, iniciando o processo de carcinogênese, os influentes oncopromotores agem sobre as células iniciadas, transformando-as em malignas e os influentes oncoaceleradores atuam na no estágio final do processo, multiplicando de forma descontrolada e irreversível as células alteradas (FRANCO et al., 2015; INCA, 2012).

Os tumores malignos possuem características peculiares distintas, incursão dos tecidos circunvizinhos e invasão à distância (metástase), que é o comprometimento à distância pelo tumor não associado à sua origem. A disseminação tumoral é dividida em cinco fases: fase 1- invasão e infiltração por células tumorais, por permeabilidade de vasos linfáticos e sanguíneos; fase 2- liberação de células neoplásicas na circulação; fase 3- sobrevivência celular na circulação; fase 4- retenção capilar nos órgãos distantes; fase 5- extravasamento dos vasos linfáticos ou sanguíneos e crescimento celular tumoral disseminado (INCA, 2014).

Não importa a fase em que o câncer é constatado inevitavelmente há necessidade de se considerar todo caso de acordo com a expansão do tumor. O procedimento empregado para classificar é apontado de estadiamento. O Estadiamento do câncer consiste em classificar o problema de acordo com o tamanho do tumor, no qual é utilizado para a qualificação e verificação de sua dimensão, evolução, se continua no órgão de origem ou se migrou. Pode ser classificado como clínico e patológico. No clínico é composto por dados coletados dos exames complementares pertinentes ao assunto e exame físico. O Estadiamento considerado patológico é baseado em dados cirúrgicos e exames anatômicos patológicos de achados das partes operadas, que irá determinar a proporção da doença com precisão (INCA, 2016).

Portanto, o Estadiamento se baseia no conhecimento do desenvolvimento do câncer, no qual os tumores são caracterizados por três principais fatores como o tamanho do tumor, quantidade de tumor existente e a localização do tumor primário. Podendo acontecer o desenvolvimento de linfonodos e a presença ou não de metástase (MOTTA, 2010).

O estadiamento clínico baseia-se na avaliação do volume e extensão do tumor primário, disseminação e metástase (quando houver). O exame histopatológico de biópsia para algumas neoplasias, por exemplo, de ovário e de pele é necessário, mesmo em fase de estadiamento clínico. Os mais de 100 tipos distintos de tumores malignos exibem um

comportamento biológico muito parecido em relação ao crescimento, invasão, disseminação (regional e sistêmica) e destruição dos tecidos e órgãos (BRASIL, 2015).

Para a ocorrência da doença podem ser considerados fatores externos ou internos ao organismo. Podem estar ligados aos maus costumes adquiridos ao longo da vida, seja de origem cultural, social ou ao meio ambiente, podendo ser proveniente ainda do meio interno, como fatores genéticos, no qual o organismo se defende de possíveis agressões sofridas internamente (INCA, 2011).

O tempo de evolução para que ocorra o desenvolvimento de cada fase da doença atual, varia de acordo com o andamento do crescimento tumoral existente e outros fatores denominantes essenciais do hospedeiro. A classificação das neoplasias malignas é fundamental para a definição do tratamento mais adequado que ajuda na sobrevivência do paciente (BRASIL, 2015).

## **2.2 Causas e Fatores de Risco para o Câncer**

Diversos fatores de risco podem oferecer subsídio para origem de uma mesma doença. Pesquisas revelam que o consumo de álcool e o uso do fumo, por exemplo, está associado ao câncer da cavidade bucal, entre outros, do aparelho respiratório e digestório. As doenças crônicas, como o CA, podem apresentar sinais e sintomas mesmo após muito tempo de uma exposição única a raios ionizantes, ou em condição contínua em casos de radiação solar. O CA de pele, por exemplo, pode ser resultado de uma exposição de anos sem proteção. Existem fatores de risco encontrados no próprio ambiente físico, de herança genética ou adquirido por hábitos comportamentais socioculturais. A alimentação, obesidade, vida sexual, ocupações laborativas, etilismo, radiações e medicamentos são os principais fatores de risco para o câncer (INCA, 2017).

A infecção pelo HPV (Papilomavírus Humano) é o principal fator de risco para originar o CA de colo de útero, em função de alterações intraepiteliais que podem evoluir para lesões precursoras deste tipo de CA. O HPV é a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de maior ocorrência e cerca de 291 milhões de mulheres no mundo são infectadas pelo vírus em algum momento da vida, o que equivale a uma prevalência de 10,4%. Dessas, mais de 90% tem uma regressão espontânea entre seis a dezoito meses. Hoje existem 13 subtipos HPV reconhecidamente oncogênicos, sendo mais comuns o HPV16 e o HPV18 (INCA, 2015).

Entre os fatores de risco de CA estão os hereditários e ambientais. Cerca de 80% dos casos são pertinentes ao meio ambiente, onde podem ser encontrados muitos fatores que contribuem para o risco de doença, são eles: água, terra e ar, o ambiente ocupacional, social e

cultural e o ambiente de consumo. As transformações ocasionadas pelo homem no meio ambiente, estilo de vida e hábitos podem ser determinantes para os mais diferentes tipos de doenças cancerígenas (ALMEIDA, et al., 2015).

Os fatores de risco mais presentes emplacados para causar o Câncer de mama em um indivíduo são: vida reprodutiva, envelhecimento, histórico familiar, alta densidade do tecido mamário, sedentarismo, sobrepeso, uso de álcool e exposição à radiação ionizante, má alimentação (INCA, 2015).

Portanto, um indivíduo que tem uma alimentação desequilibrada, que consome de forma exagerada gordura saturada e de forma desprovida fruta, legumes e verduras, tem maior probabilidade de estar adquirindo câncer. Alimentos com alto índice energético faz com que este indivíduo desenvolva obesidade, um dos fatores para diversos tipos de cânceres, pois são alimentos que têm calorias dobradas por gramas, assim, estar atento a essas pequenas coisas ajuda a diminuir o risco de adquirir câncer (INCA, 2017).

### **2.3 Manifestações Clínicas**

As primeiras manifestações clínicas das neoplasias variam de acordo com o local atingido, a pressão tumoral sofrida pelas estruturas imediatamente próximas, a funcionalidade do organismo frente à doença, a presença de sangramentos e as infecções secundárias relacionadas à doença. O descaso com os múltiplos sinais e sintomas pode ser decisivo para o desenvolvimento da forma maligna do CA, podendo ser associado a valores culturais ou falha no ato do cuidar de si, dessa forma, devem-se organizar arranjos internos, realizar atividades indicativas de autocuidado, solicitar auxílio na tentativa de alcançar o próprio bem-estar, bem como de familiares (BATISTA; MATTOS e SILVA, 2015).

De maneira geral o CA pode apresentar sinais e sintomas de acordo com a sua localização, como palidez, fadiga, dor óssea, hematomas, caroços (indolores), sangramento, febre, inchaço, sinais de afecções, perda de peso, tosse ou falta de ar, alterações oculares (estrabismo, pupila branca, perda de visão, hematoma ocular), edema abdominal, cefaleia, vômitos (com frequência no período da manhã), dor nos membros, perda de equilíbrio e coordenação, letargia, mudança de comportamento (isolamento) e tontura os sintomas e sinais apresentados pelo tumor no local são próprios do órgão e sistema atacado, pode ser anorexia, febre, emagrecimento, aparecimento de substâncias biológicas ativas causadas pelo tumor, achados clínicos de metástases à distância (INCA, 2017).

As manifestações clínicas mais frequentes nos pacientes oncológicos que necessitam de Cuidados Paliativos são: fadiga, dor, falta de apetite, vômitos, náuseas, edema, linfedema e

obstrução intestinal. Pacientes idosos com CA em estado avançado apresentam algumas comorbidades, devido aos problemas relacionados à idade e aqueles originados dos mais variados tipos de tratamento oncológico, na tentativa de cura e controle da doença (INCA, 2011).

## **2.4 Diagnóstico**

A pesquisa para o diagnóstico de CA tem início a partir do histórico clínico e exame físico com visualização da área afetada (quando possível), através de exames de broncoscopia, endoscopia alta e urológica, colonoscopia, colposcopia, laparoscopia, laringoscopia, mamografia, mediastinoscopia, pleuroscopia, retossigmoidoscopia entre outros imprescindíveis, como biópsia de regiões com notada alteração (INCA, 2012).

Não obstante os avanços tecnológicos/científicos obtidos na medicina nas últimas décadas, o CA ainda estigmatiza o homem, sendo visto como uma sentença de morte tanto pelo paciente quanto pelo profissional de saúde. Acredita-se que existe pouca importância direcionada para instruções nas habilidades e técnicas em difusão e avaliação psicossocial, com vistas ao atendimento adequado do paciente oncológico. Falta preparo dos médicos, o que muitas vezes, leva o paciente a ficar à margem do seu diagnóstico e tratamento, até mesmo sem o direito de escolher qual o método terapêutico e sua inclusão em grupos de CPs que lhe promovam uma melhor qualidade de vida. É de competência do médico a comunicação do diagnóstico ao paciente, exceto quando este é menor de idade ou possui alguma restrição física ou psicológica (GOMES; SILVA; MOTA, 2009).

Brasil (2015) ressalta que o exame citopatológico do colo uterino de Papanicolau é apenas uma triagem e não um diagnóstico de pesquisa para o câncer, por esta razão, em caso de qualquer alteração ou sugestão de malignidade deverá ser realizado o exame histopatológico para confirmação. Para a indicação terapêutica de câncer é necessária a confirmação de malignidade por meio de exames de citologia e histopatologia.

O exame histopatológico determina a extensão da doença e identifica os órgãos agravados e fundamentam informações sobre o desempenho biológico do tumor, escolha terapêutica, previsão de agravos, informações de estimativas para o prognóstico, avaliação de resultados do tratamento, investigação em oncologia, pesquisa básica, clínica, epidemiológica e outras, registro de resultados e troca de informações e estadiamento da doença (INCA, 2012).

O diagnóstico histológico microscópico configura o padrão ideal para diferenciação tecidual nos tumores malignos ou benignos direcionando para um resultado importante. O

tumor benigno é semelhante ao seu tecido de origem histológica e citologicamente. Sua estrutura macroscópica ou microscópica, por vezes, toma formas papilares ou polipoides, porém o seu epitélio de revestimento permanece inalterado. Já o tumor maligno pode se diferenciar do tecido originário, tanto na sua morfologia quanto na funcionalidade, incluindo anaplasia ou células atípicas, variação celular (tamanho, forma e núcleo), mitoses atípicas células bizarras (gigantes) conforme quadro 2 (HANSEL; DINTZIS, 2007; FRANCO et. al., 2015).

**Quadro 2:** Principais diferenças microscópicas entre as neoplasias malignas e benignas.

<b>Parâmetro microscópico</b>	<b>Neoplasias malignas</b>	<b>Neoplasias benignas</b>
Cromatina	Grosseiras	Delicada
Nucléolos	Atípicos, numerosos e anômalos	Típicos para o tipo celular
Forma e volume celular	Heterogêneo e pleomórficos	Homogêneas
Relação núcleo-citoplasmática	Geralmente aumentada	Próxima do normal
Diferenciação	Variável (discreta ou anaplásica)	Bem diferenciado
Invasão vascular	Frequente	Ausente
Mitoses	Frequentes e geralmente atípicas	Raras e normalmente típicas

**Fonte:** Franco et al. (2015, p. 272)

Franco et al. (2015), descrevem aspectos macroscópicos que expressam características importantes que proporcionam reconhecer as diferenças entre as neoplasias malignas e benignas (Quadro 3).

**Quando 3:** Principais diferenças macroscópicas entre neoplasia maligna e benigna.

<b>Parâmetro macroscópico</b>	<b>Neoplasias malignas (câncer)</b>	<b>Neoplasias benignas</b>
Aspecto da lesão	Mais heterogêneo (variável)	Mais homogênea
Equivalência com tecido normal adjacente	Frequentemente diferente	Frequentemente semelhante
Tipo de crescimento	Invasivo	Expansivo
Pseudocápsula	Ausente ou malformada	Normalmente presente
Interface tecido normal e neoplásico	Pouco definida	Bem definida
Simetria	Lesão mais assimétrica	Lesão mais simétrica
Velocidade de crescimento	Variável, normalmente rápido	Mais lento
Alterações degenerativas	Frequentes	Infrequentes
Evidências de disseminação	Frequentes (metástases)	Sempre ausentes

**Fonte:** Franco et. al. (2015 p. 271)



Para Paiva, Júnior e Damásio (2014), o diagnóstico do CA é de grande impacto emocional e psicológico na vida do paciente e seus familiares, refletindo negativamente, sobretudo quando evolui para o estágio avançado da doença, sem possibilidades de cura. Dessa forma, o diagnóstico precoce do CA é determinante para o aumento das chances de cura e a melhora da qualidade de vida do paciente.

As estratégias para a detecção precoce incluem rastreamento e diagnóstico, prevendo ações que envolvam testes simples a grupos populacionais para identificar ainda no início, lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas sintomáticas ou com sintomas como febre, nódulos, feridas, indigestão e rouquidão, ou lesões iniciais com dor, sangramento e obstrução de vias intestinais ou respiratórias (INCA, 2015).

Fermo et. al. (2014), sugerem que o momento do resultado diagnóstico do CA está ligeiramente associado a sentimentos de medo, desespero, tristeza, ansiedade e apreensão quanto ao futuro. É nesse período que o paciente e seus familiares necessitam de auxílio por parte de profissionais competentes, nas áreas de conhecimento técnico e científico, bem como, no que se refere ao apoio e assistência integral humanística.

A escolha para o tratamento nos casos de tumores primários de origem desconhecida pode ser definida de acordo com o tipo e subtipo celulares dos tumores metastáticos, realizada através de exames de citologia ou histopatologia. Em alguns casos de tumores primários ou metastáticos cerebral e de mediastino com depressão da veia cava superior, pode ser solicitado o exame clínico físico ou exame de imagem, o que justificará o início do tratamento, até mesmo de maneira emergencial, ainda que não se tenha a confirmação de malignidade (BRASIL, 2015).

## **2.5 Prevenção do Câncer**

A prevenção do CA é um conjunto de medidas que visam diminuir ou evitar a exposição a fatores que aumentam as chances de um indivíduo adquirir a doença. A prevenção com evidência nos fatores pertinentes ao modo de vida, em todas as faixas etárias e com operações de combate a influentes ambientais e ocupacionais cancerígenos pode apresentar efeitos positivos na diminuição do CA. É possível prevenir cerca de 40% das mortes, fazendo da prevenção um artifício essencial para todos os programas de controle da doença. Já que é uma doença na qual o processo se inicia com um agravo em um gene ou em um grupo de genes de uma determinada célula e prossegue quando as estruturas do sistema imunológico de reparação ou destruição celular fracassam (INCA, 2012).

As ações de prevenção na área da saúde podem produzir mudanças na evolução dos tumores, com diagnósticos precoces e a implementação de métodos terapêuticos no início da doença, tratando lesões pré-neoplásicas, evitando, assim, o surgimento de tumores. As neoplasias consideradas epiteliais no colo do útero é o carcinoma *in situ* que se desenvolve no tecido de origem, demarcado pela membrana basal. Já o carcinoma microinvasor é a neoplasia maligna que atravessa a membrana basal, alcançando profundidade inferior a 5 mm. O carcinoma invasor com infiltração é o que alcança a invasão mais profunda (INCA, 2016).

## 2.6 Tratamento

O Ministério da Saúde (MS) preconiza o Programa Nacional de Controle do Câncer, oferecendo diversas modalidades de tratamento que variam de acordo com o tipo de tumor e a fase em que se encontra. A meta do MS é, por meio do enfoque das modalidades terapêuticas, aumentar a possibilidade de cura, preservação dos órgãos, prolongamento e melhora na qualidade de vida do indivíduo. É fundamental ainda que o diagnóstico e o estadiamento sejam considerados como base para a escolha terapêutica adequada. A rede de serviços de oncologia deve possuir equipes de saúde com profissionais capacitados nas áreas clínica, cirúrgica, métodos diagnósticos, procedimentos de análises laboratoriais, exames de ultrassonografia e de imagens (OLIVEIRA; CRUZ; MATSUI, 2011).

O tratamento oncológico é um processo demorado, doloroso e que traz sofrimento, motivos que contribuem para a desistência de sua continuidade por parte do paciente. O tempo de duração entre o diagnóstico, evolução da doença e tratamento, ocasiona incertezas sobre o prognóstico, que afetam significativamente o paciente (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

Três métodos já são utilizados há algum tempo, quimioterapia, radioterapia e cirurgia, os quais são empregados em união ao tratamento das neoplasias malignas, com distinções que variam de acordo com a sua importância e indicação para cada caso. Poucas neoplasias malignas são tratadas com somente um desses métodos terapêuticos, ressaltando-se a relevância de um amparo integral pelos serviços oncológicos de radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica, com os demais serviços gerais, em âmbito hospitalar, regulamentada e habilitada, contemplada pelas portarias SAS/MS 741/2005, nº 361/2007 e nº 102/2012 (BRASIL, 2013).

Fatores esses que podem determinar um estado depressivo, que associado aos efeitos colaterais decorrentes das aplicações terapêuticas, desperta medo da morte, muitas vezes, levando o paciente a interromper o tratamento medicamentoso, evidenciando a necessidade de

intervenções de profissionais de saúde que esclareçam dúvidas e inseguranças pertinentes. Sendo assim, os profissionais de saúde atuantes em oncologia irão ajudá-los com as escolhas de práticas que auxiliarão no tratamento que irá melhor se adequar na vida do paciente (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

### 2.6.1 Tratamento Quimioterápico

A quimioterapia é o método de tratamento mais aplicado nas doenças cancerígenas e corresponde a um conjunto de drogas que age em várias fases do organismo celular, alcançando as células malignas e também as células saudáveis do corpo, é responsável por sintomas e reações como leucopenia, anemia, fadiga, apatia, alopecia, falta de apetite, diarreia, náuseas, vômitos, mucosites, perda de peso, hematomas que causam estresse, desconforto e sofrimento, necessitando na maioria das vezes de longas internações, razão pela qual há necessidade de interrupções no decorrer do tratamento (BRATEIBACH et al., 2013).

A quimioterapia pode ser aplicada combinada com outros métodos como a radioterapia ou a cirurgia, deve ser realizada por enfermeiros capacitados e auxiliares de enfermagem. A ação dos medicamentos ocorre de diferentes formas, sendo necessárias diversas drogas a cada administração. O tratamento pode ser por via oral (cápsulas, comprimidos ou líquidos), intravenoso, intramuscular, subcutâneo, intracranial, tópicos, de acordo com a necessidade de cada paciente (INCA, 2012).

Os principais agentes quimioterápicos ou antineoplásicos podem ser divididos nas seguintes categorias: agentes citotóxicos, agentes alquilantes e compostos correlatos que atuam através da formação de ligações covalentes com o Ácido Desoxirribonucleico (DNA), impedindo assim sua replicação; antimetabólitos que bloqueiam ou subvertem uma ou mais vias metabólicas envolvidas na síntese do DNA; antibióticos citotóxicos substâncias de origem microbiana que impedem a divisão das células nos mamíferos; derivados vegetais como alcaloides da vinca, que afeta especificamente a função dos microtúbulos e consequentemente a formação do fuso mitótico (RANG et. al, 2011).

Brasil (2015) relata que os quimioterápicos são um esquema terapêutico que podem ser aplicado em ciclos, com administração diariamente, semanalmente, quinzenalmente, ou cada três, quatro, cinco ou seis semanas. Também pode-se utilizar também de hormônios que incide no uso de substâncias análogas ou inibidoras de hormônios, empregadas no tratamento das neoplasias que estão sujeitas a estes, com aplicações diárias ou cíclicas, normalmente caracterizadas por uso prolongado. A maior sensibilidade ao tratamento hormonal está nos

tumores malignos carcinoma de mama, adenocarcinoma de próstata e o adenocarcinoma de endométrio.

Os efeitos adversos mais comumente observados são: mucosites, redução do número de células sanguíneas e alopecia. A fadiga, caracterizada pela persistente falta de energia e frequente cansaço, determina o desinteresse pelas atividades, antes praticadas com prazer, acompanhada de dispneia, prurido, perda do paladar, lentidão, desconcentração, irritabilidade. A dor e a exaustão são fatores agravantes para o paciente oncológico em tratamento (BRATEIBACH et al., 2013).

Oliveira (2015) destaca que a maior parte das drogas anticancerígenas empregadas na quimioterapia age sobre o ciclo celular. Em razão da inexistência de fármacos de ação específica para células tumorais, também as células saudáveis por igual modo, são mortas precocemente. Por serem assintomáticas, muitas vezes as neoplasias é tardiamente descobertas, o que diminui a eficácia do tratamento quimioterápico.

#### 2.6.2 Tratamento Radioterápico

Segundo Brateibach (et al., 2013), o método é utilizado nos tumores malignos, por oferecer sensibilidade à irradiação ionizante, em que as lesões moleculares são capazes de inibir a produção das células malignas. É a terapêutica mais indicada para tumores locais que não podem ser totalmente retirados ou que habitualmente retornam, após procedimento cirúrgico.

De acordo com o autor acima citado, podem apresentar sintomas como, mucosite oral por radiação, que consiste em uma manifestação muito comum durante o período de tratamento e até mesmo após o seu término. Geralmente o paciente apresenta disfagia, dor intensa, dificuldade para realizar higiene oral e falar, sendo necessária em alguns casos a interrupção do tratamento até a melhora do quadro inflamatório. O tratamento pode ocasionar lesões na pele, em função da radiação ionizante, denominadas de radiodermite, que se manifestam nas formas aguda ou tardia.

A radioterapia é um tratamento à base de radiações que destroem um tumor ou evitam o aumento das células. A aplicação é indolor e pode ser associada a outros métodos terapêuticos. Cerca de metade dos pacientes diagnosticados com câncer utilizam a radioterapia ocorrendo em grande parte o controle ou cura da doença. Em casos de incurabilidade, o tratamento auxilia na melhora da qualidade de vida, diminuindo o tamanho do tumor, aliviando a pressão, reduzindo a hemorragia, dores, entre outros sintomas. O

tamanho e localização do tumor, o estado do paciente e resultados dos exames, são fundamentais para determinar a quantidade de aplicações. Conforme figura 4 (INCA, 2012).

**Figura 4:** Equipamento de Radioterapia



**Fonte:** Godinho (2015 p. 01).

O objetivo da radioterapia é liberar a dose adequada de radiação em uma região tumoral, prevendo o menor agravo aos tecidos circunvizinhos saudáveis, que resultem na aniquilação do tumor, aumento da sobrevida e qualidade de vida a um baixo custo ao paciente. Podem ser aplicados os métodos de teleterapia e braquiterapia por profissionais capacitados, entre eles estão: o médico radioterapeuta, físico médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, dentista, técnico ou tecnólogo em radioterapia, técnico da sala de moldes, pessoal do apoio técnico e do apoio administrativo (MENEGUSSI, 2015).

### 2.6.3 Tratamento Cirúrgico

A finalidade do tratamento cirúrgico do câncer pode ser curativa ou paliativa. É indicado como curativo nos casos iniciais dos tumores sólidos, consistindo na retirada do tumor primário ou dos linfonodos da cadeia linfática do órgão originário. A margem de segurança da cirurgia oncológica varia segundo o local e formação histológica do tumor. O câncer em sua fase invasiva, requer uma ressecção maior, ao contrário dos tumores benignos (INCA, 2017).

A cirurgia para tratamento paliativo proporciona a redução da população de células tumorais e controla os sintomas que afetam a qualidade de sobrevida ou que representam risco à vida do paciente. Entre os tratamentos paliativos estão o controle de hemorragias e perfurações, a descompressão de determinadas estruturas vitais, desvio de circulações

digestivo, aéreo e urinário, alívio a dor, remoção de lesão em função de seu aspecto e odor (INCA, 2016).

Oliveira, Cruz e Matsui (2011), propõem que quanto menor o tumor, maior a velocidade de divisão, logo, apresentará maior sensibilidade ao tratamento à base de medicamentos antiláblicos (quimioterapia) e radiações (radioterapia), pois as células estarão menos tempo em repouso. Quanto mais precoce a aplicação de quimioterápicos ou radioterapia pós-cirúrgica, maior a eficácia, uma vez que o tumor possui mais células em fase de proliferação. Ressaltando que o tumor tendo uma parte erradicada, a tendência é continuar crescendo.

O câncer, em seu estágio inicial, oferece condições de controle e/ou cura por meio de intervenção cirúrgica, com indicação médica para o caso. A cirurgia deverá ser planejada, prevendo todos os cuidados quanto ao preparo cirúrgico do paciente, sobre possíveis mutilações e mudanças fisiológicas decorrentes do procedimento (INCA, 2017).

Conforme diz o autor acima citado, os princípios a serem observados referente a intervenção cirúrgica oncológica são incisão extensa e apropriada, estar isolando o tumor com compressas, proteção da ferida, efetivação de lista minuciosa de cavidades, laqueação das veias antes das artérias, manejo apropriado da área, dissecação centrípeta da peça operatória, remoção do tumor com margem de segurança e sem cortes, troca de luvas, campo operatório e instrumental, marcação com clipagem metálica para orientação do campo de radioterapia pós-cirúrgica.

A maior parte dos pacientes com diagnóstico de câncer, fatalmente passará por um procedimento cirúrgico, mesmo que seja uma técnica minimamente invasiva para realizar exames de biópsias e tratamentos de tumores através de punção, normalmente sem incisões, internação, manipulação de órgãos nem o uso de anestesia geral, o que permite o retorno breve do paciente aos seus afazeres de rotina, dando resultados diagnósticos e terapêuticos idênticos aos da cirurgia habitual e alívio dos sintomas (OLIVEIRA; CRUZ; MATSUI (2011).

Conforme os autores acima citados, tais técnicas dispensam uma estrutura de sala cirúrgica, diminuindo as filas que se formam a espera de tratamento. Em geral, são procedimentos conduzidos por imagens e outros recursos tecnológicos mais modernos. Embora sejam avaliadas como minimamente invasivas, devem ser assépticas, priorizando o cuidado com a segurança do cliente e deve estar inserido na assistência de enfermagem, já que todo procedimento não está livre de riscos.

#### 2.6.4 Terapia Viral Oncolítica

Está em desenvolvimento atualmente a terapia viral oncolítica, ou seja, o uso de vírus para destruição das células cancerígenas. Os vírus usados nessa estratégia são formulados de modo a atingir especificamente as células cancerosas sem afetar as células saudáveis do corpo, os anticorpos, que se ligam aos receptores específicos encontrados apenas nas células cancerosas, fixam-se aos vírus. Uma vez dentro do corpo, os vírus ligam-se às células cancerosas, infectando-as em seguida. As células cancerosas são destruídas, uma vez que os vírus promovem lise celular (TORTORA; DERRICKSON, 2013).

Para Faria (2010), o uso de vírus oncolíticos (VOs) é uma nova forma de eliminação ou reversão do desenvolvimento tumoral no organismo humano. Os VOs se multiplicam apenas nas células tumorais, promovem a lise celular, produzindo novos vírus, que invadem outras células tumorais em um processo sucessivo, até que sejam eliminadas. A viroterapia oncolítica apresenta mecanismos antitumorais que estão em estudos pré-clínicos e clínicos aplicados no tratamento dos cânceres, o método oferece, respectivamente, o benefício de ser citoreduzidor e proporcionar imunidade anticâncer específica em comparação à imunoterapia convencional. Os poxvírus são os mais utilizados para o tratamento contra o câncer por possuírem alta imunogenicidade.

Bezerra e Santos (2015), relatam que para combater a progressão de novos casos de câncer, foi descoberta e aperfeiçoada recentemente a viroterapia, que utiliza VOs, modificados geneticamente, capazes de entrar na célula ou tumor, fazendo a multiplicação e lise celular. É uma terapia biologicamente promissora aplicada no tratamento do câncer. Os avanços recentes na engenharia genética vêm promovendo a geração de VOs que podem empreender um conjunto de mutações em alguns tipos de câncer, entre eles, o câncer de pele antineoplásico.

### **2.7 Cuidados paliativos ao paciente oncológico sem possibilidade de cura**

As ações para o controle do câncer não devem se restringir apenas à prevenção, à detecção precoce, ao diagnóstico ou ao tratamento da doença, mas envolver também os cuidados paliativos. Todos os pacientes diagnosticados com doenças graves, progressivas e incuráveis devem recebê-los (INCA, 2017).

Geralmente os CP são utilizados quando um indivíduo se encontra com a doença em andamento avançado, excedendo as possibilidades de cura disponíveis, quando seu início é tardio os cuidados se tornam pouco satisfatórios. Para que este paciente possa ter uma

qualidade de vida adequada, sendo assim aconselha-se que o Cuidado Paliativo inicie do seu diagnóstico (SILVA, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de cuidados paliativos é considerado o ato de proporcionar amparo a pacientes por uma equipe multidisciplinar com a finalidade de promover qualidade de vida ao indivíduo e também aos familiares perante uma doença que ameaça a vida, prevenindo o sofrimento e promovendo o alívio com tratamento da dor e possíveis sintomas (INCA, 2010).

Como cuidados paliativos definem-se um conjunto de intervenções utilizadas em pacientes que não têm expectativa de cura, sendo necessário conhecimento da parte dos profissionais envolvidos em relação à doença para que as ações superem o controle de sinais e sintomas. A humanização na assistência transcende as práticas de cuidado que são isoladas e esporádicas em promoção a saúde, exige provisões institucionais direcionadas ao paciente (FONSECA; GEOVANINE, 2013).

A forma descrita como Paliativa é de origem Latim, *Pallium*, que é traduzida por proteção, manto, que diz respeito a proteger a quem a medicina curativa não acolhe mais, ou seja, já não faz mais efeito o tratamento medicamentoso. É direcionada a paciente sem a possibilidade de cura envolvendo ações por equipe multiprofissional, oferecendo-lhes um amparo de forma geral até o fim da vida (HERMES; LAMARCA, 2013).

Os Cuidados Paliativos são ativos em sua totalidade e devem ser oferecidos a pacientes e familiares quando o tratamento medicamentoso já não mais o beneficia, o foco está voltado para a qualidade de vida do paciente integrando aspectos multidisciplinares e interdisciplinares. Há a necessidade também de instituir e manter ativa as ações de serviços alusivas ao CP como oferta de assistência domiciliar, orientação à comunidade e famílias, para se obter e elevar o equilíbrio psicoemocional e a manutenção de uma vida digna e justa (BRASIL, 2011).

Devido à demanda progressiva de doenças crônicas-degenerativas entre a população, que aumenta gradativamente, nota-se a importância de inserir os cuidados paliativos, devem ser inseridos juntamente com a reorganização dos serviços, com o designo de oferecer e assegurar oferta de cuidado ao paciente (SOUZA, 2011).

O CP tem sua essência nas práticas que amenizam a angústia dos pacientes em estado terminal de suas vidas, levando amparo emocional e fazendo com que o mesmo não se sinta rejeitado e sozinho. Além do cuidado com ações totais para alívio da dor e fadiga, agregam-se ações voltadas aos problemas espirituais e psicossociais (PAZ, 2013).



A atuação de uma equipe multidisciplinar referente à CP é fundamental, pois com a avaliação e observação de comprometimento emocional e também de situações mentais, irá ajudar paciente e família a elaborar sentimentos que ajudará lidar com frustrações, medos e a morte. Auxiliará na minimização de conflitos internos, situações antigas entre paciente e família ou mesmo fatores que sejam inconscientes, reduzindo esses fatores e estreitando o relacionamento paciente e família (REZENDE, 2009).

Dessa forma, o cuidado paliativo expõe uma alternativa especializada para auxiliar paciente e família, oferecendo cuidado de forma antecipada, a fim de se prevenir determinadas complicações da doença, podendo favorecer a condição de vida e também na sobrevivência do paciente. Sendo assim, os profissionais podem antecipar determinados princípios que irão ajudar no auxílio da sua dor e autonomia (SILVA, 2016).

Nos cuidados paliativos pode-se encontrar procedimentos que fazem parte da equipe de saúde como ações de conforto oferecidos ao paciente, com o objetivo de amenizar determinados sinais que se tornaram desagradáveis pela doença ou em consequência do tratamento como dor, constipação, dispneia entre outros. Assim nos cuidados paliativos tem-se a ideia de amparo ou proteção (FONSECA; GEOVANINE, 2013).

Com o estudo dos perfis epidemiológicos juntamente com a assistência, o Cuidado Paliativo vem promover o quanto é possível uma qualidade de vida e bem estar. Com determinadas ações que sejam intensas e integrais a essas pessoas com doenças progressivas e irreversíveis. Sendo necessária uma ampla pesquisa para melhorar a gestão clínica referente a estes pacientes com essas necessidades (PAZ, 2013).

Ademais, faz parte da filosofia que abrange ações de promoção da vida. O que leva o profissional a realizar precocemente ações de cuidados e prevenção aos pacientes com câncer, percorrendo as fases que seguem o diagnóstico e tratamento. Isso significa que apesar de tudo, sobreviver é viver até o fim da vida a despeito do câncer, mesmo com as sequelas que ao longo do tempo aparecem e dos efeitos colaterais. Com isso as ações do enfermeiro envolve processo de cuidado que irá buscar uma vida melhor (SILVA, 2016).

O Cuidado Paliativo vem promover ainda o quanto possível, uma qualidade de vida e bem estar, com ações intensas e integrais a pacientes com doenças progressivas e irreversíveis (PAZ, 2013).

Um plano de cuidado deve ser elaborado tanto para o paciente quanto para a sua família, em cada visita ou consulta de acordo com o estado em que este paciente se encontra, pois independente da fase da doença é necessário estar seguro da situação e evolução no

momento, possibilitando a prevenção e antever determinados problemas (CARVALHO; PARSONS, 2012).

Cuidados paliativos envolvem o controle sintomático e a preservação da qualidade de vida, no qual inclui da parte dos profissionais que são multidisciplinares que agrega psicólogos, assistentes sociais, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, voluntários e enfermeiros, com ações como bom humor, empatia e compreensão da condição da pessoa envolvida (BRASIL, 2011).

## **2.8 Assistência de enfermagem ao paciente oncológico sem possibilidade de cura**

Quando o paciente entra no quadro que precisa de assistência qualificada nos cuidados paliativos, independente de onde esteja, seja no hospital ou em casa acompanhado de familiares, é função do enfermeiro desenvolver determinadas ações e traçar planos que irão nortear os cuidados como orientação quanto aos curativos, cateteres, sondas, o uso de medicamentos conforme orientação médica, facilitando a administração. Cuidados esses, que facilitará a vida de quem está cuidando (REZENDE, 2009).

Diante disso, a enfermagem entra para minimizar os fatores fisiológicos, para isso, há necessidade que tenha limites no tratamento terapêuticos, possibilitando que o paciente seja respeitado. Essas ações melhoram o aspecto biopsicossocial do paciente, uma vez que o mesmo preza uma melhor qualidade de vida (DIAS, 2014).

De acordo com estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para alcançar uma qualidade de vida é necessário haver um conjunto de características, com um padrão elevado de excelência profissional, abrangendo a eficiência na utilização de recursos, com risco reduzido ao paciente e uma satisfação elevada de ambas as partes. É importante haver um conjunto de propriedades e elementos como estrutura, processo e resultado, somado à assistência autêntica e igualitária, preservando os direitos do paciente de ser tratado como ser humano (SALLUM; PARANHOS, 2010).

A própria Constituição Brasileira oferece o amparo legal à humanização em seu art. 1º, inc. 3º, ao afirmar a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. Em relação aos enfermeiros, o código de ética dos profissionais de enfermagem quanto aos princípios fundamentais da profissão, em seu art. 3º, norteia a prática profissional para o respeito à vida, a dignidade e aos direitos do ser humano, em todas as suas dimensões (PADILHA, et al., 2010, p. 1329).

O Ministério da Saúde diz que compete ao enfermeiro especialista, promover metas que assegurem uma assistência de qualidade ao paciente oncológico que envolvam prevenção,

tratamento, orientação e reabilitação nos processos radioterápicos, pela sistematização da consulta de enfermagem. Ainda, conduzir parcerias com a equipe técnica de radioterapia, visando à execução das normas de radioproteção, garantindo a aplicação adequada da dosagem prescrita no sítio alvo, proporcionando um cuidado seguro e humanizado (BRASIL, 2015).

Portanto, a enfermagem deve fundar-se na aplicação de conhecimentos referentes a ciências biológicas, humanas e sociais, expandindo-se na busca de pesquisas teóricas e práticas, para que possa oferecer cuidados adicionais. Neste sentido, necessita buscar conhecimentos, visando à implementação do conjunto de procedimentos referentes a esta especificidade oncológica, para oferecer uma assistência qualificada (VIANA, 2011).

A assistência de enfermagem tem vários aspectos no que se refere ao método de cuidar, no qual o profissional tem inúmeras possibilidades de colocar em prática seu conhecimento, a partir de sua vivência diária. Na assistência humanizada, o profissional irá criar ações de acordo com as circunstâncias em que o indivíduo se encontra, aprimorando a eficácia e qualidade dos serviços prestados, resgatando o respeito à vida do mesmo (BRITO; CARVALHO, 2010).

A função do enfermeiro ao paciente submetido à radioterapia inclui a explicação dos objetivos do tratamento, a prevenção das complicações e a minimização dos efeitos adversos. Assim, o enfermeiro deve estar seguro no desempenho de suas ações, conhecer os princípios do tratamento, as medidas necessárias para atenuar a toxicidade presente no organismo, conhecer a história clínica, local de aplicação da irradiação, reproduzindo todas as informações em seu histórico de enfermagem. Buscando conhecimentos teóricos/práticos sobre a radioterapia, teleterapia, braquiterapia e radioproteção, por meio de cursos de especialização atualizada, pesquisas científicas e programas de controle de qualidade (BRASIL, 2015).

Pacientes em fase terminal da vida que necessita de cuidados avançados precisam de apoio emocional, que envolverá a família e paciente, através de diálogos, criação de vínculos, oportunizando espaço para verbalizarem seus medos, temores, preocupações e dúvidas. É a oportunidade de mostrar opções e caminhos a serem seguidos (SMELTZER et al., 2012).

As ações do profissional de enfermagem deve transcender sua essência no ato de cuidado em si, seja o tratamento curativo, de reabilitação, preventivo ou paliativo, pois a arte de cuidar faz parte da enfermagem, com ações de compromisso, conhecimento técnico-científico e sinceridade, é necessário que o profissional seja coerente, habilidoso, paciente e amoroso para cuidar de outro ser humano (REZENDE, 2009).

É fazer interagir o conhecimento técnico-científico com sensibilidade, ética, solidariedade e responsabilidade ao cuidar do paciente, envolvendo seus familiares e equipe de trabalho. A intenção é aliviar o sofrimento e a dor do paciente com empatia, em ação solidária, respeitando sua autonomia e dignidade, compreendendo o significado da vida e seus aspectos econômicos, éticos e culturais, educacionais e sociais, valorizando a dimensão humana em detrimento de sua doença (PADILHA et al., 2010).

Humanizar a assistência é adicionar valores para o ser humano, constituindo-o de forma completa e abrangente. No qual possam refletir a respeito de princípios e valores que irão nortear as ações do profissional atuante, bem como a dignidade, cuidado solidário e acolhedor ao foco principal que é o paciente (BRITO; CARVALHO, 2010).

A humanização ao paciente oncológico incide em empregar ações que irão permitir que paciente e família expressem seus sentimentos e temores, podendo de forma aberta resolverem as dificuldades entre si, identificando os pontos mais sensíveis onde há problemas, e assim ajudando-os de forma significativa, direcionando-os a ir atrás de solucionar os pontos relativamente difíceis (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

Humanizar responde pela convivialidade, pela solidariedade, irmandade, pelo amor e respeito, logo, humanizar, corresponde a cuidado. O cuidado humano e o cuidar são vistos como o ideal moral da enfermagem. Cuidado consiste de esforços transpessoais de ser humano no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrarem significado na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e auto cura, quando um sentido de harmonia interna é restaurada, independente de circunstâncias externas (WALDOW, 2010, p. 25).

Para os profissionais que irão trabalhar com humanização é primordial que haja transformações no que se refere ao atendimento humanizado. Sendo assim, pode-se dizer que a humanização irá favorecer o encontro entre pessoas que partilharão saberes, conceitos, calor humano, experiências vividas e poder, podendo ocorrer transformações em cada um de forma significativa (FARAH; SÁ, 2008).

Nessa conjuntura, a assistência humanizada ao paciente oncológico requer ações que promovam a verbalização por parte de todos, fornecer informações e esclarecimentos de dúvidas nas quais podem surgir. O profissional enfermeiro deve ser capaz de paramentar estes indivíduos ajudando-os e guiando-os a tomar decisões acertadas, favorecendo o auto cuidado e aceitação, como também viabilizando o ambiente para que se torne terapêutico (MARINHO; DOMINGUES; OLÁRIO, 2016).

O indivíduo com CA deve ser assistido em seus aspectos holístico e com ações multidisciplinares, proporcionando-lhe a humanização necessária para manter o seu emocional equilibrado. A chave para o sucesso da assistência prestada a este paciente é a comunicação, a forma como as informações e a interação da equipe são realizadas, pois é fundamental para a autonomia do indivíduo, visualizando-o em sua totalidade a partir dos aspectos bio-psico-socio-espirituais (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

Nota-se primordialidade que a humanização impõe, de forma individualizada atendimento às necessidades específicas do paciente que necessita de amparo, na busca da garantia de respeito e qualidade de bons serviços prestados, os quais nortearão as ações desenvolvidas através da assistência de enfermagem, com valorização da existência, do diálogo e da compreensão para com o paciente (ARAÚJO; PEREIRA; ANJOS, 2009).

É interessante que o profissional enfermeiro elabore planos de assistência ao paciente oncológico através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), norteados as ações de acordo com o método científico, buscando um atendimento diferenciado e direcionado para o paciente. Os planos de ações abordados pelo enfermeiro exigem dele conhecimento científico, bem como capacidade cognitiva, habilidades afetivas e psicomotoras para observar o quadro do paciente e elaborar suas ações de acordo com a necessidade do paciente (SILVA; MOREIRA, 2011).

O profissional de enfermagem deve conhecer e atender o paciente de forma integral, observando seu cotidiano e possíveis modificações, para promover uma assistência direcionada e pessoal ao doente, minimizando a necessidade do indivíduo, levando-o a conhecer até mesmo os princípios da bioética: beneficência, não-malevolência, justiça e autonomia (SALATI; HOSSNE; PESSINI, 2011).

A atuação do enfermeiro frente a pacientes oncológicos em cuidados paliativos demanda desenvolvimento de habilidades que abrangem aspectos sociais e emocionais. Sendo assim, é através do sorriso e bom humor por parte dos profissionais que deve transmitir alegria, pois a vida é uma carga preciosa que deve ser lidada com comunicação e cuidado afetivo (MARINHO; DOMINGUES; OLARIO, 2016).

O papel do enfermeiro frente às atuações referente à assistência de enfermagem engloba ações como observar os aspectos físicos, psicológicos e também espirituais, dessa pessoa que está sendo cuidada. Essas ações devem ser encaminhadas e realizadas por pessoas que tenham preparo para essa abordagem, bem como investigar cuidados necessários que irão atuar em prováveis complicações que possam surgir (INCA, 2011).

Nesse sentido, é importante que o profissional esteja habilitado para lidar com esses pacientes, oferecendo um atendimento distinto, calmo e disposto a escutar. Muitas vezes o profissional não vem preparado para as possíveis situações que possam surgir, a falta de informação interfere no desenvolvimento do trabalho. Por esta razão há necessidade de haver estudos que envolvam mais os profissionais enfermeiros, adequando-os a um desenvolvimento apropriado de suas ações frente ao paciente oncológico (MARINHO; DOMINGUES; OLARIO, 2016).

É importante ainda para atribuição dos cuidados que o profissional esteja ciente que cada pessoa é produto do meio onde vive, cada um tem uma história, crenças e valores, facilidades ou condições sociais, meios de acesso a saúde ou não. Dessa forma o profissional pode traçar planos para atribuir uma assistência de forma íntegra neste momento de fragilidade (SILVA, 2014).

As ações do enfermeiro também envolve a promoção do alívio da dor e sintomas que trazem sofrimento, identificando situações que promovam uma qualidade de vida. Bem como buscar ações que vão auxiliar o doente a ter uma sobrevida benéfica em que possa usufruir da vida e ambiente familiar (INCA, 2011).

O enfermeiro precisa ser empático para com o paciente, pois o vínculo favorece uma confiança maior entre as partes, visto que ele próprio é a ferramenta eficaz na arte de cuidar. Portanto, é imprescindível que ele transcenda ao seu próprio ser, produzindo cuidados terapêuticos e essenciais para a sobrevivência de pacientes oncológicos em cuidados paliativos, dispondo de valores, autoconsciência, ética e responsabilidade (REZENDE, 2009).

É importante haver mudança de atitude e ações por parte dos profissionais, isto envolve: cuidar com palavras utilizadas no decorrer da conversa, atenção ao que se diz ao paciente, sem desrespeitar o pensamento do mesmo; cumprimentar com sorriso, aperto de mão sem fingimento; observar o que se passa ao redor do paciente em si, para auxiliar em suas necessidades (PADILHA et al., 2010).

O enfermeiro como um ser que interage mais tempo com a família, em suas atribuições deve proporcionar suporte que amparem os familiares durante o processo de doença. Como também após o óbito e o luto, no qual deve respeitar a morte como parte natural do ciclo da vida e não antecipando ou até adiantando a mesma (INCA, 2011).

O enfermeiro na equipe de saúde é a pessoa que passa mais tempo com o paciente oncológico e também com seus familiares, implica-lhe a necessidade de desenvolver relacionamento de confiança, prestar atendimento físico e emocional, assim como, observar e

oferecer ao paciente caso ele precise de atendimento específico de outro profissional na área de saúde (FARAH; SÁ, 2008).

Igualmente, é relevante destacar que a assistência de enfermagem em relação ao paciente oncológico em cuidados paliativos envolve ações como o fornecimento de informações adequadas ao paciente e a família e abrange cuidado com infecções, prevenção de sangramento, precaução com a estomatite e de uma alimentação que venha suprir suas necessidades (POVEDA, 2017).

Ademais, a assistência de enfermagem a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, ultrapassa o ato de realizar métodos ou procedimentos que devam ser constantes, necessita também distinguir o indivíduo e sua família como um ser singular, no qual juntos estão evidenciando situações e compartilhando momentos difíceis de suas vidas (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

Visto que cada ser humano lida de formas distintas diante de certas circunstâncias, como o diagnóstico de câncer, no qual o sentimento de negação, medo, ansiedade, perda de controle e tristeza são comumente encontrados. O profissional de enfermagem se torna o mais próximo deste indivíduo, assim precisa estar apto para direcionar uma assistência qualificada e humanizada de forma a compreender as necessidades do doente durante o processo de cuidado (MARINHO; DOMINGUES; OLÁRIO, 2016).

Pacientes em fase terminal da vida que necessitam de cuidados avançados precisam de apoio emocional, que envolverá a família e paciente, através de diálogos e criação de vínculos, oportunizando espaços para verbalizarem seus medos, temores, preocupações e dúvidas. É a oportunidade de mostrar opções e caminhos a serem seguidos (SMELTZER et al., 2012).

Dessa forma, as ações de assistência de Enfermagem devem ser implementadas juntamente com os participantes da equipe que está inserida no tratamento oncológico, No qual visará à humanização prestada com o intuito de levar alívio, amenizando seu sofrimento evitando assim que mais doenças possam ser agregadas evitando maior incidência (COSTA; FILHO; SOARES, 2003).

Realizar promoção ao auto conforto pode ser uma tarefa intensa, onde suas ações podem ser rejeitadas pelo paciente, devido às implicações que a doença gera. Dessa forma a sensibilidade e o conhecimento do enfermeiro, nesse momento são essenciais para lidar com essas circunstâncias (REZENDE, 2009).

Dessa forma pode considerar que a enfermagem é uma profissão de ajuda ao paciente, porém complexa e multifacetada, podendo encontrar múltiplas maneiras de agregar

práticas em sua função. O aspecto mais importante do seu trabalho é o cuidar. Este é o ponto crucial da chamada Enfermagem, pois os profissionais atuantes necessitam ser dotados de moral, ética e acima de tudo, ser competentes (VIANA, 2011).

A assistência de enfermagem a pacientes oncológicos em cuidados paliativos transcende a doença em si. O enfermeiro deve estar apto para lidar com os sentimentos e sensações do paciente, da família e também saber lidar com seus próprios anseios que aflora diante da doença, mesmo que seja sem a possibilidade de cura. O profissional enfermeiro precisa controlar suas emoções e estar pronto a oferecer suporte a família quando ocorrer crises, quer sejam emocionais, físicas, entre outras (SMELTZER et al., 2011).

A assistência de enfermagem humanizada é baseada em compreensão das diferentes formas de cuidado. Essa compreensão são mudanças construídas ao longo do tempo, não somente por um indivíduo ou grupos de pessoas desconexas, mas de forma coletiva (MARINHO; DOMINGUES; OLÁRIO, 2016).

O profissional de enfermagem deve conhecer e atender o paciente de forma integral, observando seu cotidiano e as possíveis modificações, trazer soluções para promover uma assistência direcionada e pessoal ao doente, minimizando a necessidade do indivíduo, mesmo que sejam momentâneos, mas que sejam concretas e fiéis (SALATI; HOSSNE; PESSINI, 2011).

A assistência de enfermagem em pacientes oncológicos em cuidados paliativos também envolve o cuidado em seu local de residência, adequando o ambiente, facilitando a mobilidade do doente para que possa usufruir de um ambiente organizado e agradável. Incentivando-o ao autocuidado, autonomia e dignidade, estimulando a continuação e desenvolvimento de capacidades que vão contribuir para o seu bem estar (REZENDE, 2009).

O enfermeiro como um ser que interage mais tempo com a família, em suas atribuições deve proporcionar suporte que ampare os familiares durante o processo de doença como também após o óbito e durante o luto, no qual devem respeitar a morte como parte natural do ciclo da vida (INCA, 2011).

O enfermeiro precisa ser empático a quem está obtendo o cuidado, pois o vínculo favorece uma confiança maior entre as partes, visto que ele próprio é a ferramenta eficaz na arte de cuidar. Portanto, é imprescindível que ele transcenda ao seu próprio ser, produzindo cuidados terapêuticos e essenciais a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, dispondo de valores, autoconsciência, ética e responsabilidade (REZENDE, 2009).

É importante que os profissionais tenham postura, cuidando com a linguagem utilizada no decorrer da conversa, dando atenção ao que diz ao paciente, sem desrespeitar o



pensamento do mesmo; cumprimentar com sorriso, aperto de mão sem fingimento e atentar-se ao paciente e as queixas para auxiliar em suas necessidades (PADILHA et al., 2010).

O enfermeiro na equipe de saúde é a pessoa que passa mais tempo com o paciente oncológico e também com seus familiares, implica-lhe na necessidade de desenvolver relacionamento de confiança e prestar um atendimento físico e emocional, assim como, observar e oferecer ao paciente, caso ele precise, um atendimento específico de outro profissional de saúde (FARAH; SÁ, 2008).

A assistência de enfermagem a pacientes oncológicos em cuidados paliativos, transcende o da doença em si. O enfermeiro deve estar apto para lidar com os sentimentos e sensações do paciente, da família e também saber lidar com seus próprios anseios que afloram diante da doença, mesmo que sem a possibilidade de cura. O profissional enfermeiro precisa controlar suas emoções e estar pronto a oferecer suporte a família quando ocorrer crises, quer sejam emocionais e/ou físicas (SMELTZER et al., 2011).

Dessa forma, considera-se que a enfermagem é uma profissão complexa e multifacetada que visa auxiliar o paciente em todos os aspectos, encontrando múltiplas maneiras de agregar práticas em sua função. O aspecto mais importante do seu trabalho é o cuidar. Este é o ponto crucial da profissão, pois os profissionais atuantes necessitam ser dotados de moral, ética e acima de tudo, competência (VIANA, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo pode-se compreender que o câncer é desenvolvido através de mutações que ocorrem nas células de origem genética, no qual as células infectadas começam a proliferar no organismo e manifestar sinais que não são compatíveis, tornando-se tumores malignos, ocasionados por diferentes fatores como o processo de industrialização, agentes químicos, físicos e biológicos, riscos ambientais, autocuidado ineficaz e diversidades sociais.

Sendo assim, existem formas variadas de exibição do câncer como os carcinossarcomas que são tumores malignos de tecidos embrionários e teratomas. Sarcomas se formam nos ossos, tecido adiposo e fibroso e músculo. Linfomas nos linfócitos, nas glândulas linfáticas e no sangue, podem ser Hodgkin e não-Hodgkin. A leucemia origina-se na medula óssea.

Neste sentido as neoplasias são distinguidas por alteração no sistema de regulação da distinção e propagação celular. O colorretal é o local mais comum para desenvolver neoplasias primárias, classificadas em adenomas ou adenocarcinomas, distinguidas por mutações genômicas supressoras de tumor, que causa desequilíbrio na proliferação.

Para garantir uma assistência qualificada, os profissionais precisam garantir uma assistência humanizada, favorecendo pessoas com as experiências adquiridas na sua carreira profissional partilhando o seu saber, seus conceitos, calor humano, experiências vividas e realizando transformações em cada um de forma significativa.

Seria interessante que a maioria dos profissionais buscasse mais conhecimento sobre o assunto, procurando aprimorar seus métodos, inovando estratégias para que o paciente em cuidados paliativos possa sentir que verdadeiramente é respeitado, e assim sinta paz, conformidade e de modo que seus dias possam ter pelo menos a satisfação de saberem que foram dignamente cuidados.

Verificou-se também que um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença é a idade. No qual a maior parte dos casos surgem por volta dos sessenta e cinco anos. A maior parte dos tumores crescem lentamente e não mostra sinais e sintomas, não apresentando ameaça à saúde do indivíduo.

Para o diagnóstico de CA é importante considerar o histórico clínico do paciente e a realização de exame físico com visualização do local afetado através de exames de broncoscopia, endoscopia alta e urológica, colonoscopia, colposcopia, laparoscopia, laringoscopia, mamografia, mediastinoscopia, pleuroscopia, retossigmoidoscopia e biópsia de regiões com determinadas alterações. Para o tratamento devem ser realizados procedimentos como quimioterapia, radioterapia e cirurgia, com distinções que irão variar de acordo com cada caso.

Observou-se ainda que o tratamento oncológico é realizado também em procedimentos com quimioterapia, radioterapia e cirurgia, onde é inserido tratamento para as neoplasias malignas, com distinções que irão variar de acordo o caso. Lembrando que nesta fase há uma necessidade de assistência de forma geral para este paciente e também determinadas cirurgias, quando há necessidade.

Sendo assim, com a certeza impactante do diagnóstico o paciente como a família tem sofrimento tanto emocional quanto físico, decorrente da doença e do tratamento que são desgastantes, que os tornam vulneráveis, onde devem ser inseridos na assistência de CP que agrega cuidados médicos, técnicas especializadas utilizando ações humanistas que devem vir com uma dedicação por parte dos profissionais, entendendo e atendendo suas necessidades de forma integral.

Ademais, pode-se aprender que os cuidados paliativos transcendem o cuidado com infecções, as prevenções de sangramento, a precaução com a estomatite e uma alimentação que venha suprir as necessidades do paciente, proporcionam um cuidado especial ao mesmo em fase terminal e tem por finalidade promover sua qualidade de vida e de sua família. Assim, deve ser auxiliado em aspectos holísticos com ações multidisciplinares, a fim de desfrutar de uma vida digna, conservando com o profissional uma comunicação aberta e esclarecida, incentivando a sua autonomia.

Além disso, verificou-se a importância do enfermeiro garantir uma assistência humanizada, com ações que irão promover a convivialidade do paciente e seus familiares através de diálogos e criação de vínculo e espaços para verbalizarem seus medos, temores, preocupações e dúvidas, auxiliando o paciente de forma integral para promover uma assistência direcionada e individual ao doente, minimizando suas necessidades.

Nesse sentido, é importante que o profissional esteja habilitado para lidar com os pacientes, favorecendo esse cuidado com as experiências adquiridas na sua carreira profissional partilhando o seu saber, seus conceitos, calor humano, conhecimentos vividos e realizando transformações em cada um dos pacientes de forma significativa. Assim, as ações de assistência de Enfermagem devem ser implementadas juntamente com os participantes da equipe visando à humanização do atendimento com o intuito de amenizar o sofrimento do mesmo e elevar sua condição de vida.

Com isso, faz-se imprescindível que a assistência de enfermagem a doentes oncológico em fase terminal seja fundamentada em conhecimento científico e teórico para que ambas as partes possam ser beneficiadas pelo trabalho que o profissional exerce, visto que o câncer traz angústia para o indivíduo e sua família, bem como para os profissionais que criaram vínculo com o paciente durante o tratamento.

Sendo assim conclui-se que o câncer traz angústia para o indivíduo e sua família, bem como para os profissionais que permanecem com ele durante o tratamento, no qual houve a formação de um vínculo. Com isso, de acordo com o que foi coletado no trabalho, pode-se notar que a assistência de enfermagem a pacientes oncológico deve ser de forma inovadora.

Todavia, destaca-se a precisão de mais análises sobre o tema, para que os profissionais adquiram conhecimentos suficientes e proporcionem um cuidado adequado e diferenciado aos pacientes nessa fase, bem como para estimularem as instituições hospitalares a implantarem estratégias para atender cada vez mais pacientes em fase terminal de maneira humanizada. Nesse ínterim, espera-se que o presente estudo, venha contribuir de forma transparente e objetiva para o aperfeiçoamento do enfermeiro na assistência de enfermagem em cuidados paliativos a pacientes oncológicos em fase terminal, tão fundamental para manutenção de uma qualidade de vida digna.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Vera Lúcia de. et al. **Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o dna: uma introdução.** Belo Horizonte, 2015. Disponível em: [scholar.google.com.br](http://scholar.google.com.br). 03/10/2017.

ARAÚJO, Elizete Sampaio; PEREIRA, Luciene Lucio; ANJOS, Marcio Fabri dos. **Autonomia do Paciente com Doença Renal Crônica em Tratamento Hemodiálico: A Aceitação como Fator Decisório.** São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000800011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800011). Acesso: 20/09/17hs.

BATISTA, Delma Riane Rebouças; MATTOS, Magda de; SILVA, Samara Frizzeira da. **Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento.** Rondonópolis. Revista de enfermagem da UFSM, 2015.

BEZERRA, Marcos Alexandre; SANTOS, Nathália Alves dos. Combatendo o câncer de pele com um vírus geneticamente modificado. São Paulo, 2015. Disponível em: [www.nanocell.org.br](http://www.nanocell.org.br). Acesso em: 05/11/17.

BORGES-OSÓRIO, Maria Regina; ROBINSON, Wanyce Miriam. **Genética humana.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. 21. ed. Brasília, 2015a. **Manual de bases técnicas da oncologia.** SIA/SUS. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 12/11/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bases do Tratamento do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer.** Brasília. BRASIL, 2015b. Disponível em: [www.bvsmms.saude.gov.br](http://www.bvsmms.saude.gov.br). Acesso em: 06/11/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Caderno de Atenção Básica 2ª Edição.** Brasília – DF. BRASIL, 2013. Disponível em: [www.189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf](http://www.189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf). Acesso em:13/06/18.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação.** Brasília, 2013. **Manual de bases técnicas da oncologia.** SIA/SUS. Disponível em: [www.bvsmms.saude.gov.br](http://www.bvsmms.saude.gov.br). Acesso em: 24/10/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: [www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_cuidados\\_oncologicos.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf). 02/04/18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia.** Brasília - DF. BRASIL, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_oncologia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf). Acesso em: 13/06/18.

BRASIL. Ministério da. Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle de Sintomas**. Rio de Janeiro. INCA, 2011. Disponível em: [www.Saudedbvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_cuidados\\_oncologicos.pdf](http://www.Saudedbvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_cuidados_oncologicos.pdf). Acesso em: 02/04/18.

BRATEIBACH, Valdecir. et al. **Sintomas de pacientes em tratamento oncológico**. Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre, 2013. Disponível em: [revistaseletronicas.pucrs.br](http://revistaseletronicas.pucrs.br). Acesso em: 13/10/2017.

BRITO, Natalia Gonçalves; CARVALHO, Rachel de. **A Humanização Segundo Pacientes Oncológicos com Longo Período de Internação**. São Paulo-SP. HIAE, 2010. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt\\_1679-4508-eins-8-2-0221.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0221.pdf). Acesso em: 08/04/18.

CARNEIRO, Rita Jucielma Almeida. Contribuições da Oncologia e Invisibilidades na Formação do Enfermeiro: O Olhar do Graduando. *saúde.com- UFBA* 2013. Disponível em: [http://www.uesb.br/revista/rsc/v9/ed\\_v9supl3.pdf](http://www.uesb.br/revista/rsc/v9/ed_v9supl3.pdf). Acesso em 17/06/18.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de Cuidados Paliativos**. Ampliado e atualizado 2ª edição. São Paulo. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP, 2012. Disponível em: [www.biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf](http://www.biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf). Acesso em: 14/06/18.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro A.; DA SILVA, Roberto. **Metodologia Científica**. 6ª Edição. São Paulo: Peason Prentice Hall, 2007.

COSTA, Cleonice Antonieta; FILHO, Wilson Danilo Lunardi; SOARES, Narciso Vieira. **Assistência Humanizada ao Cliente Oncológico: Reflexões Junto à Equipe**. Brasília – DF. Rev Bras Enferm, 2003. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a19v56n3](http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a19v56n3). Acesso em: 18/01/18.

DARONCO, Vivian Fernanda et al. **Cuidados paliativos a pacientes oncológicos: percepções de uma equipe de enfermagem**. CiencCuidSaude. Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: [www.periodicos.uem.br](http://www.periodicos.uem.br). Acesso em: 24/08/17.

DIAS, Geyse Aline Rodrigues et al. **A Atenção Prestada por Enfermeiros em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa da Literatura**. Pará – PA. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Universidade Federal do Pará. UFPA, 2014. Disponível em: [www.periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/22712/16261](http://www.periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/22712/16261). Acesso em: 25/05/18.

FARAH, Olga Guilhermina Dias; SÁ, Ana Cristina de. **Psicologia Aplicada à Enfermagem**. Barueri- SP. Manole, 2008.

FARIA, Déborah Behr de. **Utilização de poxvírus oncolíticos no tratamento contra o câncer**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: [www.bibliotecadigital.ufmg.br](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br). Acesso em: 06/11/17.

FERMO, Vivian Costa. et. al. **O diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil: o caminho percorrido pelas famílias**. Florianópolis, 2014. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0054.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0054.pdf) Acesso em: 07/11/17.

FONSECA, Anelise; GEOVANINI, Fátima. **Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da área de Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro – RJ, 2013. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n1/17.pdf). Acesso em: 18/04/18.

FRANCO, Marcello. et. al. **Patologia: processos gerais**. 6. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

GODINHO, Beatriz. **Novas pesquisas sobre os efeitos da radioterapia após a remoção da próstata**. São Paulo, 2015. Disponível em: [www.bancodasaude.com](http://www.bancodasaude.com). Acesso em: 24/10/17.

GOMES, Cláudio Henrique Rebello; SILVA, Patrícia Veloso; MOTA, Fernando Freitas. **Comunicação do diagnóstico de câncer: uma análise do comportamento médico**. Montes Claros-MG, 2009. Disponível em: [www.scholar.google.com.br](http://www.scholar.google.com.br). Acesso em: 04/10/2017.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes**. Juiz de Fora – MG. Revista Brasileira de Cancerologia 2008. HANSEL, Donna E; DINTZIS, Renee Z. **Fundamentos de Rubin. Patologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

HERMES, Héliida Ribeiro Hermes; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. **Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2013. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a12.pdf). Acesso em: 14/05/18.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro INCA, 2010. Disponível em: [www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=474](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474). Acesso em: 19./04/18.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. Rio de Janeiro – RJ. INCA, 2011. Disponível em: [www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf). Acesso em: 13/05/18.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o controle do Câncer**. 3ª edição Atualizada. Rio de Janeiro. INCA, 2017. Disponível em: [www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-abc-3ed-8a-prova.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-abc-3ed-8a-prova.pdf). Acesso em: 13/06/18.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estadiamento**. Rio de Janeiro. INCA, 2016. Disponível em: [www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=54](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=54). Acesso em: 13/06/18.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 24/08/17.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Monitoramento das ações de controle do câncer de próstata**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 24/10/17.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 25/09/17.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: [www.inca.gov.br](http://www.inca.gov.br). Acesso em: 08/10/17.

JÚNIOR, Arilton Januário Bacelar. **Câncer de Próstata: métodos de diagnóstico, prevenção e tratamento**. Minas Geras, 2015. Em: [www.mastereditora.com.br](http://www.mastereditora.com.br). 11/10/17.

LIMA, Géssica dos Santos; NASCIMENTO, Neyce de Matos. **Oncologia: cuidados paliativos aos pacientes oncológicos**. Temas em Saúde. C. 17. Joao Pessoa, 2017. Disponível em: [www.temasensaude.com](http://www.temasensaude.com). Acesso em: 05/11/17.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO, Sabrina Silva da Mota Mendes; DOMINGUES, Katy Conceição Cataldo Muniz; OLÁRIO, Patrícia Silva. **Humanização da Assistência Frente ao Paciente Oncológico: Uma Revisão Integrativa**. Faculdade de Duque de Caxias – RJ. Revista EDUC, 2016.

MATHEUS, Wagner Eduardo. **Manual de Atualização e Conduta: câncer de próstata**. São Paulo: PlanMark, 2015.

MENEGUSSI, Gisela. **Física da Radioterapia**. Radioterapia. Instituto do Câncer do Estado e São Paulo, 2015. Em: [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br). Acesso em: 22/10/17.

MOTTA, Tatiane Cardoso. Estadiamento Avaliação de Resposta Tumoral. Rio de Janeiro. Universidade de São Paulo - USP, 2010. Disponível em: [www.edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1859/mod\\_resource/content/1/Estadiamento%20e%20Avaliação%20de%20Resposta%20%28Dra%20Tatiane%29.pdf](http://www.edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1859/mod_resource/content/1/Estadiamento%20e%20Avaliação%20de%20Resposta%20%28Dra%20Tatiane%29.pdf). Acesso em: 13/06/18.

OLIVEIRA, Bruna Martins. **O mecanismo de ação de agentes quimioterápicos em neoplasias de cólon e reto**. Americana, 2015. Disponível em: [www.fam.com.br](http://www.fam.com.br). Acesso em 07/11/17.

OLIVEIRA, Solange de Carvalho; CRUZ, Solange Cezário Gomes Ribeiro; MATSUI, Tomoko. **Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem: oncologia**. São Paulo: FUNDAP, 2011.

PADILHA, Katia Grillo et al. **Enfermagem em UTI: Cuidado ao Paciente Critico**. Barueri-SP: Manole, 2010.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; JÚNIOR, José Jailson de Almeida; DAMÁSIO, Anne Christine. **Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida**. Natal/RN. UFRN, 2014. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 10/09/17.

PAZ, Cassia Regina de Paula. **Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde: Novos Desafios**. São Paulo- SP. Escola de Enfermagem, USP, 2013. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/.../2013CassiaReginadePaulaPaz\\_Corrigido.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/.../2013CassiaReginadePaulaPaz_Corrigido.pdf). Acesso em 18/04/18.



POVEDA, Vanessa de Brito. **Modalidades de Tratamento do Câncer e Assistência de Enfermagem**. São Paulo- SP. Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem, 2017.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RANG, H. P et. al. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.  
Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade, Rio de Janeiro. RBMFC- 2014.  
Disponível em: [www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/718/595](http://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/718/595). Acesso em 14/05/18.

REZENDE, Henriqueta. UNIC. Unidade de Cuidados. **Manual de Cuidados Paliativos em Pacientes com Câncer**. Rio de Janeiro. Unati, 2009. Disponível em: [www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/manual.pdf). Acesso em 04/04/18.

RODRIGUES, Marcus Vinicius Rozo et al. **Metástases do cancro da mama no estomago: quando a gastrectomia é indicada**. Arquivos Brasileiros de Cirurgia. São Paulo. PCM, Rede, 2016. Disponível em: [www.Ncbi.nlm.nih.gov](http://www.Ncbi.nlm.nih.gov). acesso em; 27/09/17.

SALATI, Maria Inês; HOSSNE, William Saad; PESSINI Leocir. **Vulnerabilidade Referida Pelos Pacientes Renais Crônicos - Considerações Bioéticas**. São Paulo- SP. Revista - Centro Universitário São Camilo, 2011. Disponível em: [www.Saocamilo-Sp.Br/Pdf/Bioethikos/89/A10.Pd](http://www.Saocamilo-Sp.Br/Pdf/Bioethikos/89/A10.Pd). Acesso: 02/09/18.

SALLUM, Ana Maria Cacil; PARANHOS, Wana Yeda. **O Enfermeiro e as Situações de Emergência**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

SANTOS, Demétria Beatriz Alvarenga; LATTARO, Renusa Campos Costa; ALMEIDA, Denize Alves de. **Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura**. Revista de Iniciação Científica da Libertas. São Sebastião do Paraíso, 2011. Disponível em: [www.libertas.edu.br](http://www.libertas.edu.br). Acesso em 24/08/17.

SANTOS, Izequias Estevam dos. **Manual de Métodos e Técnicas de Pesquisa Científica**. Niterói: Impetus, 2011.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. **Câncer de Bexiga**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo. Sociedade Brasileira de Urologia, Sociedade Brasileira de Patologia, 2008. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/cancer-de-bexiga-parte-i.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cancer-de-bexiga-parte-i.pdf). Acesso: 14/06/18.

SEDICIAS, Sheila. **Sintomas do câncer de mama**. Pernambuco. UFPE 2017. Disponível em: [www.tuasaude.com](http://www.tuasaude.com). Acesso em: 15/11/17.

SILVA, Cinthia Pereira et al. **Significado dos Cuidados Paliativos para a Qualidade da Sobrevida do Paciente Oncológico**. Rio de Janeiro. Instituto Nacional do Câncer- INCA, 2016. Disponível em: [www.inca.gov.br/rbc/n\\_62/v03/pdf/05-artigo-significado-dos-cuidados-paliativos-para-a-qualidade-da-sobrevivencia-do-paciente-oncologico.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_62/v03/pdf/05-artigo-significado-dos-cuidados-paliativos-para-a-qualidade-da-sobrevivencia-do-paciente-oncologico.pdf). Acesso em:03/03/18.

SILVA, Marcelle Miranda da; MOREIRA, Marléa Chagas Moreira. **Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros**. Rio de Janeiro. Acta Paul Enferm 2011. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000200003&script=sci...tlnng](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000200003&script=sci...tlnng). Acesso em: 13/05/18.

SILVA, Mariana Lobato dos Santos Ribeiro. **O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos**. Fundação Faculdade de Medicina, 2014. Disponível em: [www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/718](http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/718). Acesso em: 12/10/17.

SMELTZER, Suzanne C, et al. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2012.

SMELTZER, Suzanne C. et. al. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2009.

SOARES, Thais Vidal. **Câncer de Laringe: Um Olhar Sobre a Qualidade de Vida**. Juiz de Fora – MG. Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais. UFJF, 2010. Disponível em: [www.riee.ufjf.emnuvens.com.br/riee/article/download/1479/1035](http://www.riee.ufjf.emnuvens.com.br/riee/article/download/1479/1035). Acesso em 13/06/18.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; FONSECA, Cristina Oliveira. **De doença desconhecida a problema de saúde pública. O INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Acesso em: 14/09/17.

TORTORA, Gerard J.; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de Anatomia e Fisiologia**. 12. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2013.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira. **Enfermagem em Terapia Intensiva: Práticas Baseadas em Evidências**. São Paulo- SP.: Editora Atheneu, 2011.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: Expressão Humanizadora da Enfermagem**. 3ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2010. Disponível em: [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf). 07/04/18.  
[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000800011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000800011). Acesso: 20/09/18.

ZUCOLOTTO, Sinara; MACHADO, Thais Cristina Kiefer; FIORIN, Bruno Henrique. **Cuidados paliativos como ferramenta de humanização para pacientes oncológicos: revisando a literatura**. VITÓRIA, 2016. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br). Acesso em: 09/09/17.