

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ACOMPANHADOS POR UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL DE ARAGUARI - MG

HEALTH CONDITIONS AND SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE OF ONCOLOGIC PATIENTS ASSISTED BY A NONGOVERNMENTAL ORGANIZATION IN ARAGUARI – MG

Nº DOI: 10.5935/2447-8539.20180008

Rosana de Cássia Oliveira; Victor Peixoto Radi; Daizy Maria Rezende; Rubens Nascimento de Azevedo Junior.

RESUMO

O câncer é um problema mundial de saúde pública, é evolutivo e produz muitas comorbidades. E no Brasil, essa realidade é semelhante. Nesse sentido, esse trabalho objetivou conhecer o perfil sociodemográfico e condições de saúde de pacientes oncológicos em tratamento domiciliar acompanhados por uma Organização Não Governamental do município de Araguari-MG. O estudo é de corte transversal com dados coletados por meio de questionário semiestruturado e realizado de fevereiro a abril de 2018. Dos 36 pacientes entrevistados, 52,8% foram do sexo feminino, com maior prevalência de câncer na quinta década de vida (33,3%), 64% de pele clara e com renda até três salários mínimos (86,2%). Os cânceres primários mais prevalentes foram o de próstata (33,3%) e o de mama (27,8%). 80,6% dos pacientes afirmaram histórico familiar de câncer. 91,7% dos pacientes não fazem uso de protetor solar e 47,2% usam ou já utilizaram tabaco ao longo da vida. Quanto ao ordenamento do discurso (conselhos do paciente oncológico), espiritualidade com 35,2% e otimismo (30,9%) foram as falas mais frequentes. As dificuldades vivenciadas mais relatadas foram relacionadas à extensão/intensidade dos sintomas clínicos (48,8%) e às dificuldades do tratamento (36,2%). Diante dos dados, reforça-se a importância de implantação e manutenção mais políticas preventivas, o olhar humanizado dos profissionais de saúde e rapidez no atendimento das demandas dos pacientes oncológicos.

Palavras-chave: Perfil. Pacientes. Câncer. Araguari

ABSTRACT

Cancer is a worldwide public health problem; it is an evolving process and causes many comorbidities. And in Brazil, this reality is similar. On this way, this work aimed at identifying the sociodemographic profile and health conditions of cancer patients undergoing home health care and assisted by a non-governmental organization of the county of Araguari-MG. A cross-sectional study with the data collected by semi-structured questionnaire and was carried out, from February to April 2018. Among the 36 interviewed patients, 52.8% were female, with a higher prevalence of cancer in the fifth decade of life (33.3%), 64% had a fair complexion, and 86.2% had income of up to three minimum wages. The most prevalent primary cancers were prostate cancer (33.3%) and breast cancer (27.8%). A family history of cancer was reported by 80.6% of respondents. 91.7% of patients do not use sunscreen and 47.2% use or have used tobacco throughout their lives. As to the advice from the cancer patient, the most frequent speeches were spirituality (35.2%) and optimism (30.9%). The most commonly reported difficulties were related to the extent and intensity of clinical symptoms (48.8%) and the difficulties of treatment (36.2%). Against the data, the importance of the implementation and maintenance of preventive policies is reinforced, the humanized view of health professionals and celerity in meeting the demands of cancer patients.

Keywords: Profile. Patients. Cancer. Araguari

INTRODUÇÃO

O câncer compreende um grupo de mais de 100 doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado de células que possuem a capacidade de disseminar-se entre os tecidos e órgãos adjacentes à estrutura afetada inicialmente (BATISTA et al., 2015).

As neoplasias têm crescido em todo o mundo e ocupam a segunda causa de morte na maioria dos países, com projeções de em breve ultrapassar as doenças cardiovasculares (OLIVEIRA, 2013). É considerada uma doença crônica de relevância para a saúde pública devido a sua alta incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares, consequências para os pacientes e familiares, bem como demandas de cuidado para os profissionais de saúde (BRATEIBACH et al., 2013).

No mundo, em 2014, os tipos de cânceres mais incidentes foram: pulmão 1,8 milhão, mama 1,7 milhão, intestino 1,4 milhão e próstata 1,1 milhão. Quanto à incidência por sexo, nos homens, os mais comuns foram: pulmão 16,7%, próstata 15,0%, intestino 10,0%, estômago 8,5% e fígado 7,5%. Nas mulheres foram: mama 25,2%, intestino 9,2%, pulmão 8,7%, colo do útero 7,9% e estômago 4,8%. Sua origem se dá por condições multifatoriais, ou seja, por várias causas, as herdadas e as induzidas por diversos agentes ambientais. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (INCA, 2014). Contudo, a maior parte dos cânceres (80%) está associada ao meio ambiente no qual se encontram inúmeros fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). As modificações desencadeadas no meio ambiente pelo próprio homem, os hábitos e o estilo de vida adotados pelas pessoas, podem determinar vários tipos de cânceres (HENDGES, et al., 2013).

Spence & Johnston (2003) observaram que diversos fatores além da predisposição genética estão envolvidos no desenvolvimento do câncer. Eles apresentaram uma relação entre fatores causais e porcentagem de mortes por câncer. Observaram que o tabagismo representa 30%, alimentação 30%, agentes infecciosos 5%, álcool 3%, vida sedentária 3%, radiação ultravioleta 2% e poluição do ar 2%. Esta mesma observação foi ratificada pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA (2012) que ainda acrescentou que o surgimento do câncer também depende da intensidade e duração da exposição das células aos agentes causadores da carcinogênese. No Brasil, o Ministério da Saúde, visando a assistência integral ao paciente oncológico, publicou a Portaria nº 874/GM, instituindo a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa portaria tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença, bem como a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, e ainda, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O impacto de um possível diagnóstico de câncer, a confirmação da doença e do seu tratamento; especialmente a qui-

mioterapia e a radioterapia, influem diretamente no estilo de vida do indivíduo (MACHADO; SAWADA, 2008). Batista et al. (2015) observaram que a demora no diagnóstico resulta em um atraso no início do tratamento e isto está diretamente associado ao maior crescimento tumoral, com conseqüente redução das chances de cura do paciente. Desse modo, vários aspectos devem ser considerados para um tratamento efetivo e possível cura, como a rapidez no diagnóstico e os meios de reabilitação física, social e psicológica, constituindo um importante incentivo na luta contra esta doença (MACHADO; SAWADA, 2008). Nesse sentido, é imprescindível que a rede de atenção à saúde conte com profissionais capacitados no diagnóstico precoce, na terapêutica e apoio às pessoas com câncer (BATISTA et al., 2015).

O câncer é invasivo, evolutivo e produz muitas complicações e comorbidades. A isso se somam os efeitos colaterais advindos do tratamento antineoplásico e até as reações adversas causadas pelo tratamento paliativo (MELGAÇO et al., 2011). Tudo isso impõe grande sofrimento e impacto emocional ao paciente e seus familiares, principalmente quando evolui para um estágio avançado, sem nenhuma perspectiva de cura. Assim, quando o paciente atinge o estágio de terminalidade, o cuidado deixa de ter como premissa a preservação da vida e torna-se imperativo a maximização do conforto e a preservação da dignidade do paciente (FREIRE, 2014).

No Brasil, embora o SUS garanta o diagnóstico e todo o tratamento do câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), nem sempre o acompanhamento integral do paciente nas instituições de saúde ocorre. Geralmente, após o estabelecimento da conduta terapêutica no serviço de oncologia, muitos pacientes retornam aos seus lares para continuarem o tratamento em domicílio, muitas vezes devido à própria ausência de vagas no sistema de saúde.

Nessa perspectiva, objetivou-se conhecer o perfil sociodemográfico e de condições de saúde de pacientes oncológicos em tratamento domiciliar do município de Araguari – MG, que são acompanhados por uma organização não governamental (ONG).

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO, POPULAÇÃO E DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

A pesquisa constou de um estudo quali-quantitativo de corte transversal, de caráter observacional-descritivo em pacientes oncológicos da área urbana da cidade de Araguari-MG.

A relação dos pacientes oncológicos de Araguari liberados para tratamento domiciliar pelo Hospital do Câncer de Uberlândia é encaminhada para a ONG Semente Esperança pela Secretaria Municipal de Saúde. A partir desse momento, eles passam a integrar um dos grupos de pacientes cadastrados na ONG: “Pendentes” (Aguardando Acompanhamento – incluindo os distritos de Piracaíba, Alto São João e Área Rural, N= 271), “Assistidos” (incluindo Amanhece, N = 307), “Manutenção” (incluindo Amanhece, N= 236), “Alta” (N = 163), “Cuidados Paliativos” (N = 22) e “Óbitos” (N = 420). Os dados utilizados referem-se à relação de pacientes do mês de janeiro de 2018.

Inicialmente, a amostra foi estimada em 80 pacientes. Contudo, arbitrar um tamanho adequado de amostra envolve conhecimento da natureza das medidas realizadas, do plano de análise de erro aceitável para estimativas, bem como também da viabilidade de coleta de dados, que envolve, entre outros fatores, da disponibilidade de casos a serem estudados (PEREIRA et al., 2000). Nesse sentido, considerando a fragilidade física e emocional dos entrevistados, bem como a dinamicidade da lista de nomes, com alguns pacientes em óbitos ou com endereços desatualizados, optou-se por um tamanho amostral mínimo de 5% dentre os grupos “Pacientes Assistidos e em Manutenção”.

A cada grupo de visitantes da ONG com 20 ou mais pacientes foi sorteado o nome de um paciente por área de acompanhamento (5%), a ser avaliado. Visitadores com menos de 20 pacientes foram reagrupados de modo a facilitar o sorteio e ampliar a área urbana monitorada. Em caso de número decimal, foi feito o arredondamento para o próximo número inteiro. Dessa forma, da lista total dos 535 pacientes (Assistidos e em Manutenção, sem os pacientes do Distrito de Amanhece), 36 foram entrevistados nessa pesquisa. Em seguida foi realizado o contato telefônico para agendar a visita. Quando o paciente já tinha ido a óbito, mais um nome de paciente era sorteado no seu lugar naquele grupo de visitantes, sem reposição, por meio da função randômica no Microsoft Excel® utilizando-se o modo “Aleatório”.

LOCAL, COLETA DE DADOS E CRITÉRIOS ÉTICOS

Os pesquisadores colheram dos dados dos pacientes em seus domicílios, durante a visita semanal da ONG. Ao final dos procedimentos habituais dos visitantes, os pacientes foram consultados sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e perspectivas. Após o aceite em participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi lido e disponibilizado. Somente após, realizou-se a coleta de dados que ocorreu de fevereiro a abril de 2018.

O preenchimento do questionário, devido às circunstâncias clínicas em que se encontravam muitos pacientes, ocorreu no local onde o paciente encontrava-se instalado. As perguntas foram feitas de forma cuidadosa (tom de voz e expressão

corporal adequada), de modo reservado de todos os demais participantes da visita e na presença de seus cuidadores, quando assim requisitados pelos próprios pacientes.

Foi utilizado um questionário semiestruturado com perguntas objetivas e discursivas acerca de indicadores sociodemográfico e de saúde. Após ouvir as respostas dos pacientes/cuidadores, estas foram transcritas para o questionário pelos próprios pesquisadores.

Foram incluídos nesse estudo pacientes acima de 18 anos, com consciência preservada, com capacidade de comunicação, residentes na área urbana de Araguari e que aceitaram participar da pesquisa.

No que se refere à confidencialidade e a privacidade das informações dos pacientes, a presente pesquisa se encontra sob a égide da Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram agrupados por frequência absoluta de ocorrência e apresentados por meio de tabelas e/ou gráficos pelo programa Microsoft Excel® e comparados com dados existentes na literatura. Os dados qualitativos por sua vez foram avaliados segundo a metodologia da “análise de conteúdo” proposta por Bardin (apud ARAÚJO; SILVA, 2007). Essa metodologia permite decompor o relato dos entrevistados de forma a produzir indicadores quali-quantitativos sobre o discurso narrado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das diversas causas de morte no mundo, o câncer é a única que continua a crescer independente do país ou continente e, nos países em desenvolvimento, é atualmente responsável por uma entre dez mortes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Dos 36 pacientes entrevistados, 52,8% são do sexo feminino e 47,2% do sexo masculino (Tabela 01). O maior número de indivíduos afetados do sexo feminino também foi observado por Andrade et al. (2013) em um estudo sociodemográfico de pacientes atendidos no Serviço de Oncologia da cidade de Pelotas-RS. A diferença de incidência de câncer entre os sexos no presente estudo reflete a origem sexo-específica de alguns tipos de cânceres. Sozinhos, os cânceres de mama, ovário e útero somaram 36,1%.

A média de idade dos pacientes em tratamento foi de 64,1 anos, com média de idade de diagnóstico de câncer de seis anos antes (58,1). Observou-se um aumento de prevalência a partir dos 41 anos (22,2%), evoluindo para 33,3% na década seguinte e retornando a 22,2% a partir dos 61 anos. A prevalência máxima de cânceres na quinta década de vida também foi observada por Oliveira et al. (2006) e por Parada et al. (2008). A carcinogênese é um processo de múltiplas etapas, onde a maioria dos tumores surge devido ao acúmulo gradual de mutações que se acumulam no DNA, ao longo da vida (VIDEIRA et al., 2002). Assim, esse acúmulo de mutações se reflete no final da vida adulta, com maior prevalência após os 50 anos.

Para a cor da pele, 64% se declararam de pele branca. Popim et al. (2008) em um estudo de medidas preventivas de câncer de pele e perfil demográfico da cidade de Botucatu, também observou que o maior número de entrevistados foram de pele branca. Em outro estudo, Brateibach et al. (2013) e Andrade et al. (2013) também observaram que pacientes de pele branca e casados, representaram a maioria dos entrevistados. No presente estudo, metade dos pacientes afirmaram estar casados (Tabela 01).

Atualmente considera-se a América Latina como a mais urbanizada das regiões menos desenvolvidas do mundo, sendo que esta urbanização tem sido acompanhada de pobreza urbana maciça, o que tem contribuído para o agravamento das disparidades sociais (GUERRA et al., 2005). Um dos vários indicadores díspares associados à pobreza é o próprio câncer, principalmente para àqueles altamente ligados ao estilo de vida. Isso também foi observado na presente pesquisa, com a maioria dos pacientes (86,2%) com renda até três salários mínimos. Andrade et al. (2013) também observou essa tendência, com 71,2% dos entrevistados com renda até três salários mínimos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017) dos 8,8 milhões de indivíduos que morrem por ano no mundo de câncer a maioria são de países de baixa e média renda.

Quanto à profissão, 30,7% disseram integrar cargos trabalhadores classificados no grupo de serviços gerais (Auxiliar de Serviços Gerais, Cantoneira, Costureira, Doméstica, Faxineira e Vendedora).

Tabela 01: Fatores sociodemográficos avaliados na população oncológica em tratamento domiciliar no município de Araguari-MG, janeiro de 2018 (N=36).

Fator	N	%	Média de Idade*
Sexo			
Feminino	19	52,8	-
Masculino	17	47,2	-
Idade*			
30-40	01	03	64,1
41-50	03	8,3	-
51-60	12	33,3	-
61-70	11	30,5	-
71-80	03	8,3	-
> 80	06	16,6	-
Idade do diagnóstico*			
30-40	02	5,5	58,1
41-50	08	22,2	-
51-60	12	33,3	-
61-70	08	22,2	-
71-80	06	16,8	-
> 80	0	0	-
Cor da pele			
Branca	23	64	-
Parda	10	27,8	-
Negra	02	5,5	-
Amarela	01	2,7	-

Estado civil			
Casado	18	50	-
Solteiro	07	19,5	-
Separado	04	11,1	-
União estável	04	11,1	-
Viúvo	03	8,3	-
Renda bruta familiar			
Até 1 salário mínimo	07	19,4	-
De 1 a 3 salários mínimos	24	66,8	-
De 3 a 5 salários mínimos	03	8,3	-
Mais de 5 salários mínimos	02	5,5	-
Profissão			
Serviços gerais	11	30,7	-
Construção civil	04	11,1	-
Do lar	04	11,1	-
Maquinista/motorista	04	11,1	-
Funcionário público	02	5,5	-
Lavrador	02	5,5	-
Mecânico	02	5,5	-
Professor	02	5,5	-
Bancário	01	2,8	-
Cabeleireiro	01	2,8	-
Eletricista	01	2,8	-
Encanador	01	2,8	-
Sapateiro	01	2,8	-

* Em anos.

Ao avaliar os tipos de cânceres primários diagnosticados nos pacientes do presente estudo, observou-se que os dois tipos mais frequentes foram o de próstata (33,3%) e de mama (27,8%), respectivamente (Figura 01). Esses dados estão de acordo com o estudo de perfil de pacientes com câncer feito

por Soares et al. (2015), a partir de 60.202 entrevistas disponibilizadas pela Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013. Eles observaram que o câncer de próstata foi o mais comum entre os homens com 36,9%, e o de mama, com 23% para as mulheres.

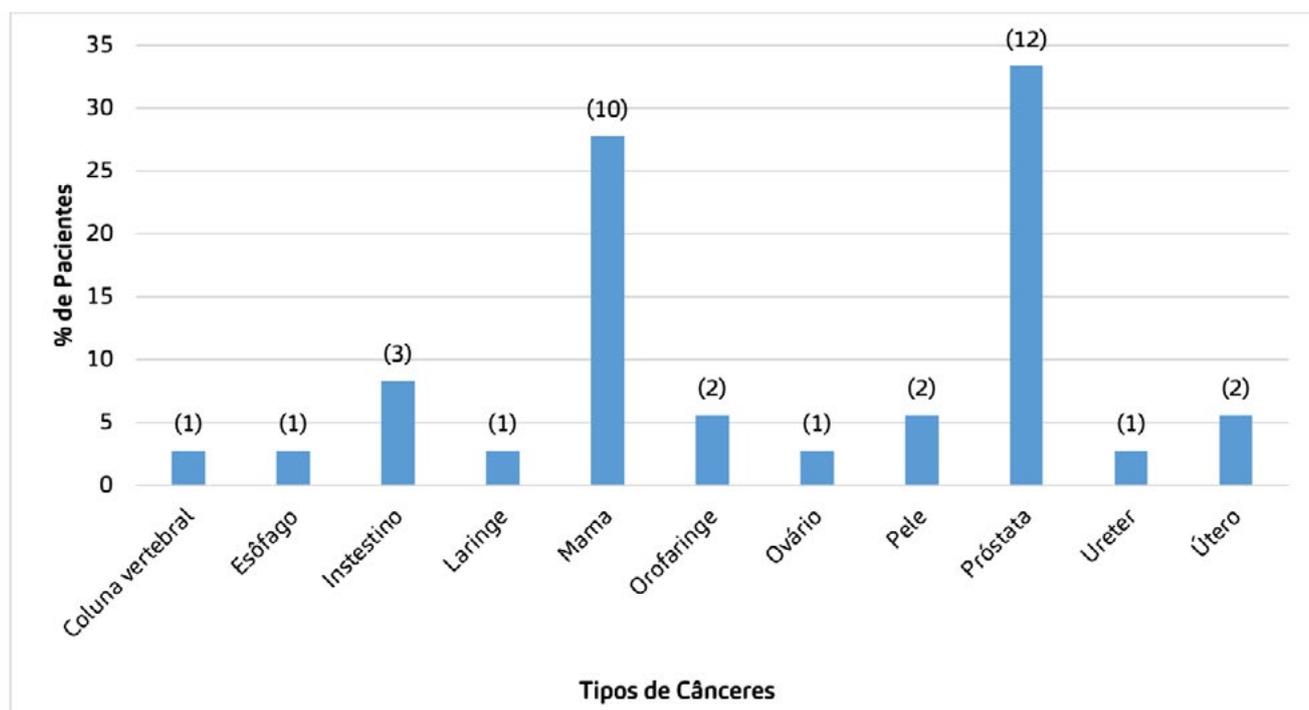


Figura 01: Distribuição dos tipos de cânceres primários em pacientes oncológicos assistidos pela ONG Semente Esperança, no município de Araguari-MG. Mês de referência: janeiro de 2018 (N =36).

Segundo o INCA (2018) o câncer de próstata é um dos tipos mais comuns de cânceres em homens e atinge em sua grande maioria, a terceira idade. A idade também é citada por Pina et al. (2006), que afirmam que à medida que essa avança, sobe também a proporção de pacientes com câncer de próstata com piores fatores de prognóstico de recidiva. Nesse estudo, a idade média de diagnóstico dos pacientes com câncer de próstata foi de 63,4 anos.

Culturalmente, o homem evita ir ao médico. Associado ao constrangimento do local onde se encontra a próstata, e principalmente do tipo de exame clínico realizado, quando ele procura o serviço de saúde, geralmente o prognóstico é ruim.

Na fase inicial, o câncer de próstata pode não apresentar sintomas. Quando apresenta, os mais comuns são a dificuldade de eliminação da urina, necessidade de urinar mais vezes e sangue na urina (BRASIL, 2017).

A maior parte das neoplasias de próstata é do tipo adenocarcinoma (95%), podendo ainda existir casos de sarcoma, carcinomas epidermóides e de células transicionais, porém muito raros. O processo destrutivo do carcinoma resulta na ruptura da arquitetura normal prostática. Isso é responsável pela liberação na corrente sanguínea de uma proteína específica produzida na próstata, o antígeno prostático específico (VIEIRA et al., 2012). Os exames para identificação desse câncer são o de toque retal, no qual o médico avalia tamanho, forma e textura da próstata. Esse exame permite palpar as partes posterior e lateral da próstata. O outro é um exame de sangue que avalia a quantidade do antígeno prostático específico (PSA). Níveis altos dessa proteína podem significar doenças benignas da próstata, mas também o câncer (BRASIL, 2017).

Migowski & Silva (2010) em um estudo a partir de 258 pacientes do Instituto Nacional do Câncer do Rio de Janeiro, de 1990 a 1999, avaliaram a sobrevida de pacientes com adenocarcinoma de próstata localizado e observaram que, a sobrevida dos pacientes, do diagnóstico ao óbito, variou de 5 a 10 anos.

O câncer de mama por sua vez, é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no Brasil e no mundo, depois do de pele não melanoma, respondendo por cerca de 28% dos casos novos a cada ano (INCA, 2018). Em Araguari, a frequência de câncer de mama observada na população amostrada (27,7%, Figura 01) foi semelhante aos dados estimados para o Brasil no ano de 2018.

O câncer de mama que é induzido por fatores ambientais, ou seja, sem associação com o fator hereditário, representa mais de 90% dos casos de câncer de mama em todo mundo (TIEZZI, 2009). Ele é relativamente raro antes dos 35 anos, mas acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos. Esse dado corrobora com a idade média de diagnóstico de 52,9 anos para as pacientes com câncer de mama no presente estudo.

Tiezzi (2013) relatou uma taxa de sobrevida global em cinco anos de 98% para pacientes com diagnóstico em estágio clí-

nico inicial (I), sendo essa taxa reduzida se o diagnóstico for feito com o estadiamento mais avançado. Observou ainda o predomínio do diagnóstico de câncer de mama em estágios avançados no estado de São Paulo (51,2%), no período de 2000 a 2005.

Soares et al. (2015) compararam a taxa de sobrevivência de pacientes com câncer de mama que utilizavam o sistema público e privado de saúde. Aquelas com diagnóstico nos estágios III e IV (mais avançado) acompanhadas pelo sistema público apresentaram sobrevida global significativamente inferior quando comparadas ao subgrupo do sistema privado. O diagnóstico tardio é altamente discrepante se a casuística de países desenvolvidos for analisada. Segundo dados do Surveillance Epidemiology, and End Results (SEER), do National Cancer Institute nos Estados Unidos, entre 302.763 casos registrados de 1988 a 2001, somente 5,6% deles foram diagnosticados no estágio III. No Reino Unido, onde o sistema de saúde é público, 59,6% das ocorrências de câncer de mama são diagnosticadas em estágio inicial (TIEZZI, 2013).

Apesar dos esforços para aumentar o número de mamógrafos no Brasil e detectar tumores não palpáveis, o tempo médio para diagnóstico e início do tratamento das pacientes com tumores palpáveis supera 180 dias, em grande parte do país. O déficit de mamografias associado à falta de referências secundárias para a realização da biópsia ambulatorial culmina com atrasos no diagnóstico (GEBRIM, 2016). O rastreamento com mamografia reduz o risco de morte pela doença na ordem de 20% (TIEZZI, 2013). A terapêutica dos casos avançados, além de mais onerosa, apresenta chances de cura inferiores a 30%, sendo que a detecção precoce e principalmente o tratamento em estágios iniciais aumentam substancialmente as chances de cura, diminuindo também o gasto com o tratamento (GEBRIM, 2016).

O terceiro tipo de câncer primário mais frequente nesse estudo foi o de intestino (8,3%). Esse dado é equivalente ao relatado pelo INCA, na estimativa do câncer no Brasil em 2014, para ambos os sexos (INCA, 2014). O câncer de intestino, bem como os de trato aerodigestivo superior (nesse estudo, representados pelos cânceres de esôfago, laringe e orofaringe que totalizaram 11,1%), tem aumentado muito nas últimas décadas em função do aumento da exposição aos fatores de risco atuais, como o tabaco, álcool, mate e dieta inadequada, em toda a América Latina (GUERRA, 2005).

Cânceres envolvendo o sistema reprodutivo feminino (útero e ovário) também se apresentaram com frequência total significativa (8,3%). O câncer de útero está diretamente associado ao papilomavirus humano (HPV) e encontra-se atualmente bem documentado (GUERRA, 2005), inclusive com políticas públicas de imunização de jovens adolescentes a partir de 2014. Já o câncer de ovário, que ocorre mais em mulheres peri e pós-menopausadas, está correlacionado principalmente à mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 (ROSAS et al., 2013).

O câncer mais incidente entre os brasileiros é o de pele não melanoma, tipo menos agressivo e que pode ser tratado a nível ambulatorial (PARADA et al., 2008), fato que resulta em

uma baixa mortalidade por esse tipo de câncer. Nesse estudo, o câncer de pele representou apenas 5,5% dos cânceres observados, índice que corrobora o diagnóstico precoce desse tipo de câncer no município, bem como reflete a fase de coleta de dados desse estudo como pós diagnóstico e intervenção clínica.

Quanto à presença de familiares (parente biológico de 1º ou 2º grau) acometidos com câncer, 80,6% dos pacientes oncológicos relataram ter ao menos um familiar já diagnosticado com câncer (Figura 02). Desses, 79,3% eram parentes em 1º grau.

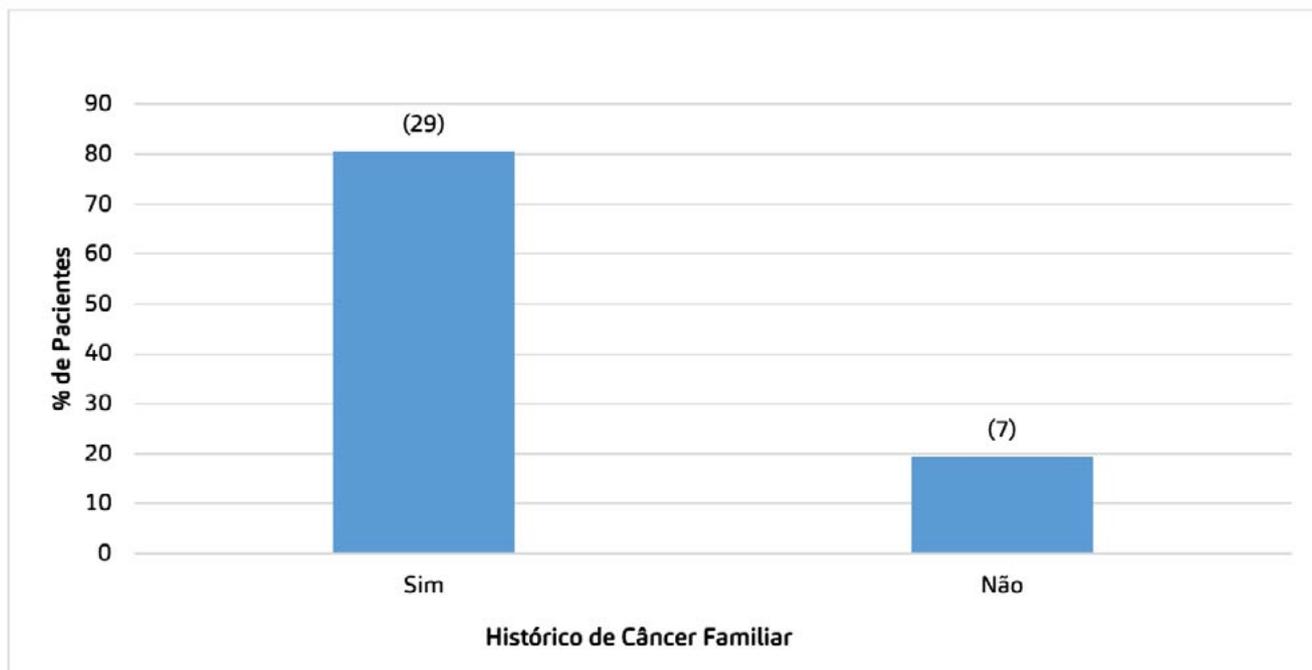


Figura 02: Relato da presença de câncer nas famílias dos pacientes em tratamento oncológico assistidos pela ONG Semente Esperança, no município de Araguari-MG (N=36).

Os fatores de risco para o câncer podem ser induzidos pelo meio ambiente ou ser hereditários. A maioria dos casos está relacionada ao meio ambiente (cerca de 80%), onde encontramos um grande número de fatores de risco. A hereditariedade por sua vez (histórico familiar), é responsável por cerca de 20% desses cânceres, contudo, pela alta repetibilidade familiar (ALMEIDA, 2006; GRIFFITHS et al, 2016). Assim, observa-se uma incongruência com relação ao alto número de casos familiares de câncer informado pelos pacientes e os dados disponíveis na literatura. Quatro explicações para essa falta de correlação são apresentadas. Primeira: que o estado psicológico dos pacientes respondentes, em função do intenso sofrimento que está vivendo esteja alterado, fazendo-os "imaginar" outros casos de câncer na família. Segunda: que os familiares desses pacientes estejam igualmente submetidos a uma exposição maciça de fatores de risco ambientais (externos), acabando por também desenvolverem câncer (por mutações novas) e contribuindo de forma equivocada (devido ao parentesco familiar) para o aumento do índice observado de câncer hereditário, nessas famílias. Terceira: que na área urbana de Araguari exista uma alteração (para mais) do índice esperado para os cânceres hereditários. Quarta: que o número amostral tenha sido muito baixo, a ponto de interferir de forma significativa na baixa incidência de cânceres induzidos (ambientais). Contudo, esta última explicação com ressalva, uma vez que o perfil dos tipos de cânceres primários obtidos neste estudo é equivalente ao de estudos anteriores

com grande número amostral. De toda forma, para melhor compreender esses dados, um novo experimento deverá ser delineado, partindo-se para a investigação detalhada de recorrência (até com mapeamento de genes específicos) de cânceres nessas famílias, e ainda aumentando-se a amostra populacional.

Os cânceres se desenvolvem em múltiplas etapas ao longo dos anos. Dessa forma, alguns tipos de câncer podem ser evitados pela própria eliminação da exposição aos fatores determinantes (FACINA, 2014).

Dos pacientes entrevistados, 55,6% relataram que praticavam exercícios físicos no mínimo três vezes por semana, com duração mínima de 40 minutos (Figura 03). Contudo, o hábito regular de atividade física durante toda a vida, fora as atividades cotidianas que muitas vezes também são relatadas como exercícios diários pelos entrevistados, não é uma rotina fácil de estabelecer. Desse modo, acredita-se que esse valor esteja superestimado. Segundo o American Institute for Cancer Prevention (apud RUBIN et al., 2010), fatores como a nutrição, a atividade física e a composição corporal desempenham importante papel na prevenção/predisposição de vários tipos de câncer. Assim, o estabelecimento de rotina de exercícios físicos e orientação nutricional em Unidades Básicas de Saúde do município representaria um importante passo na redução do sedentarismo e obesidade e, consequentemente, do câncer.

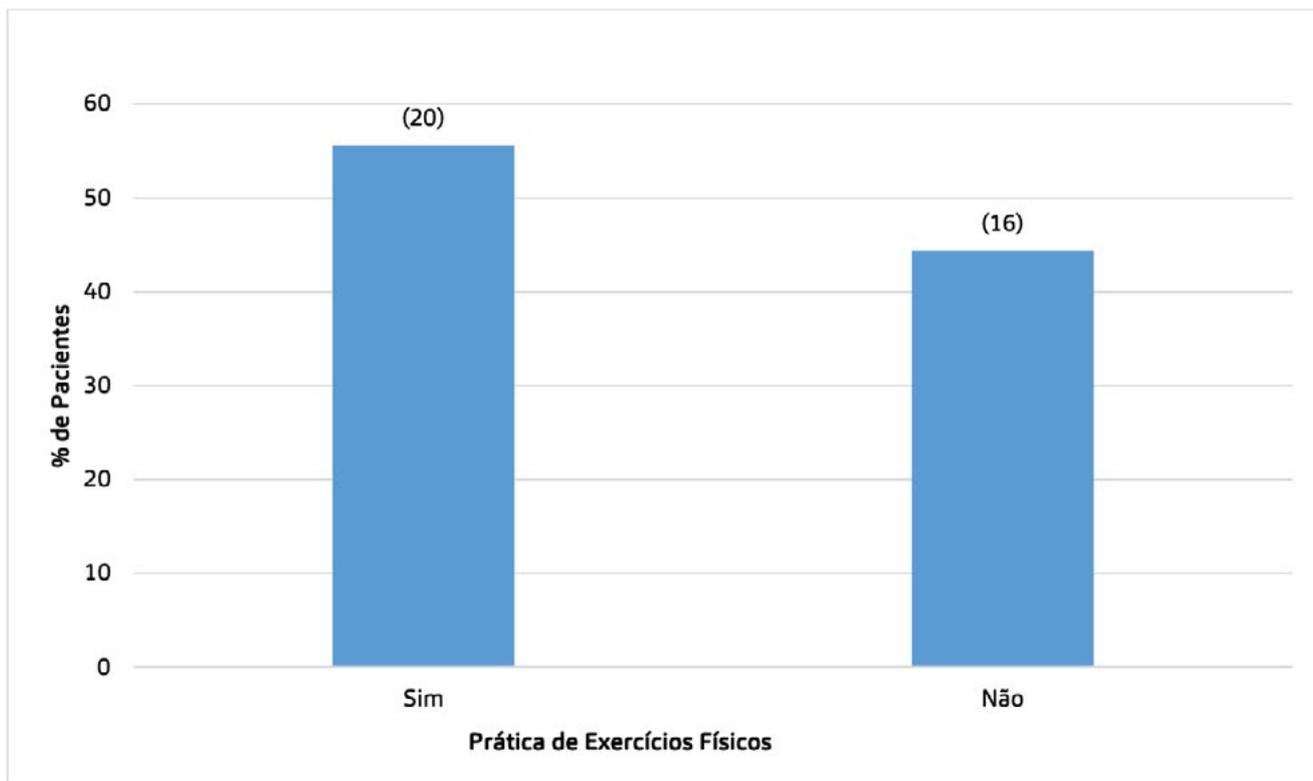


Figura 03: Prática pregressa de exercícios físicos relatada pelos pacientes em tratamento oncológico assistidos pela ONG Semente Esperança, no município de Araguari-MG (N=36).

Em relação à utilização de protetor solar, apenas 8,3% referiram fazer uso de forma regular (Figura 04). O câncer de maior incidência no Brasil é o de pele não-melanoma (SOUZA et al., 2011). Apresenta-se sob a forma de carcinoma basocelular e epidermóide com 70% e 25 % dos casos, respectivamente. Contudo, como esses cânceres são diagnosticados precocemente, o índice de cura é elevado. As pessoas de pele clara,

que vivem em locais de alta incidência de luz solar, são as que apresentam maior risco. Considerando que mais da metade da população brasileira tem pele clara, se expõe ao sol seja por trabalho ou por lazer, as vezes até de forma descuidada, e ainda pelo fato do país situar-se numa zona de alta incidência de raios ultravioleta, nada mais previsível do que a alta ocorrência de câncer de pele (POPIM et al., 2008).

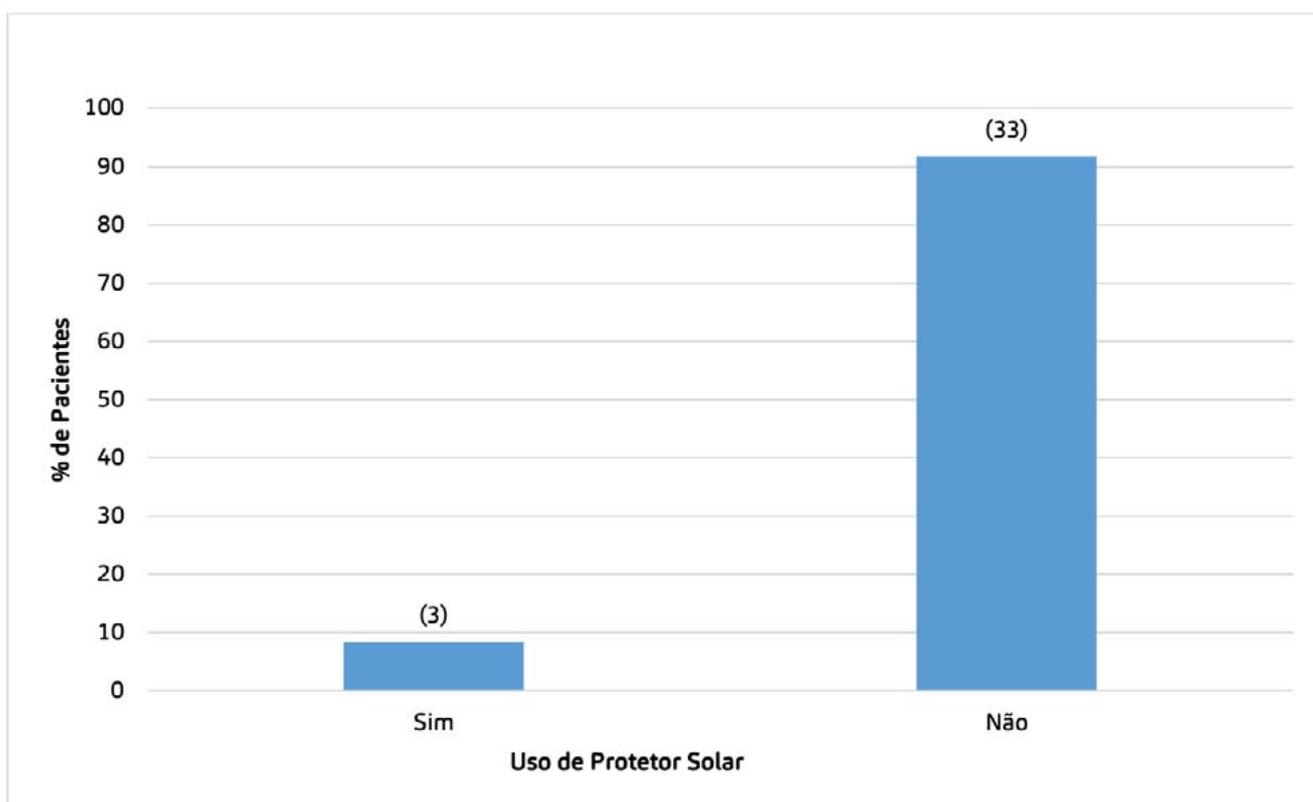


Figura 04: Uso de protetor solar pelos pacientes em tratamento oncológico assistidos pela ONG Semente Esperança, no município de Araguari-MG (N=36).

De acordo com o relato dos pacientes, a frequência do consumo de frutas e verduras mais significativa foi a de sete vezes por semana com 50% e 63,8%, respectivamente (Figura 05). Assim, em relação ao consumo de refrigerantes e frituras observou-se o uso regular de dois grupos alimentares (frutas e verduras) que comprovadamente têm um papel protetor contra o câncer (HORTA et al., 2016), especialmente contra os cânceres orofaríngeos, estômago, intestino, cólon e reto. Contudo, não foi estimada a correlação entre o tipo de câncer apresentado com o consumo desses grupos de alimentos devido ao número amostral. Outro fator a ser considerado, é que esse consumo regular de frutas e verduras reflita pontualmente o papel social da ONG Semente Esperança na doação desses alimentos, não sendo um hábito contínuo da vida pregressa dos pacientes. Desta forma, para esse indicador, o modelo de estudo adotado (corte transversal) associado ao número amostral talvez não tenha sido o mais adequado,

uma vez que a carcinogênese é um processo lento e gradual ao longo de anos.

A alimentação é responsável sozinha por 30% dos cânceres atuais (SPENCE; JOHNSTON, 2003). O seu papel na predisposição compreende uma exposição contínua ao longo dos anos por múltiplos grupos de alimentos (enlatados, frituras, refrigerantes, excesso de carboidratos, entre outros). Contudo, mudança de hábitos alimentares não é um processo fácil. O conhecimento nutricional representa um processo cognitivo individual relacionado à informação sobre alimentação e nutrição e possibilita a elaboração de intervenções que visam a melhorar os conhecimentos e, conseqüentemente, as atitudes e hábitos alimentares (RUBIN et al., 2010).

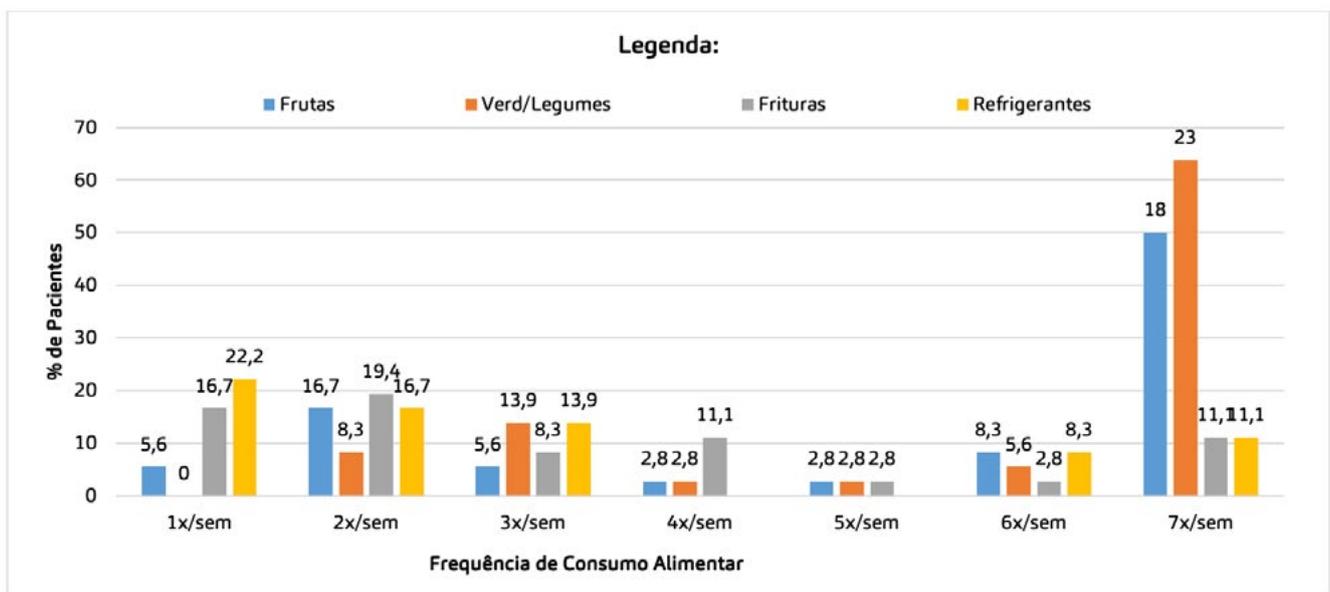


Figura 05: Consumo alimentar dos pacientes em tratamento oncológico assistidos pela ONG Semente Esperança, no município de Araguari-MG (N=36).

Com relação ao tabagismo, 27,8% relataram ser fumantes, com consumo médio diário de 20 cigarros, 19,4% referiram ex-tabagismo e 52,8% negaram ter fumado ao longo da vida (Figura 06).

O tabagismo é o principal fator de risco para carcinoma epinocelular (CEC) de cabeça e pescoço. Tal risco é correlacionado com a intensidade e duração do hábito de fumar. O cigarro contém nitrosaminas e hidrocarbonetos policíclicos carcinogênicos genotóxicos que podem aumentar o risco de doença. Tais elementos podem alterar o perfil molecular dos indivíduos e causar mutações predisponentes à carcinogênese (GALBIATTI et al., 2013). O mesmo risco se aplica aos cânceres de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, bexiga e pâncreas (HENDGES et al., 2013; PRADO, 2014).

O uso do tabaco tem diminuído nos últimos anos no Brasil (INCA, 2015). Entretanto, a idade é uma variável fundamental na epidemiologia do câncer, com um longo período de latência para a exposição à fumaça do tabaco. As primeiras exposições geralmente ocorrem no início da adolescência e o diagnóstico de câncer, de modo geral, ocorrendo três décadas após o início da exposição (WÜNSCH FILHO et al., 2010).

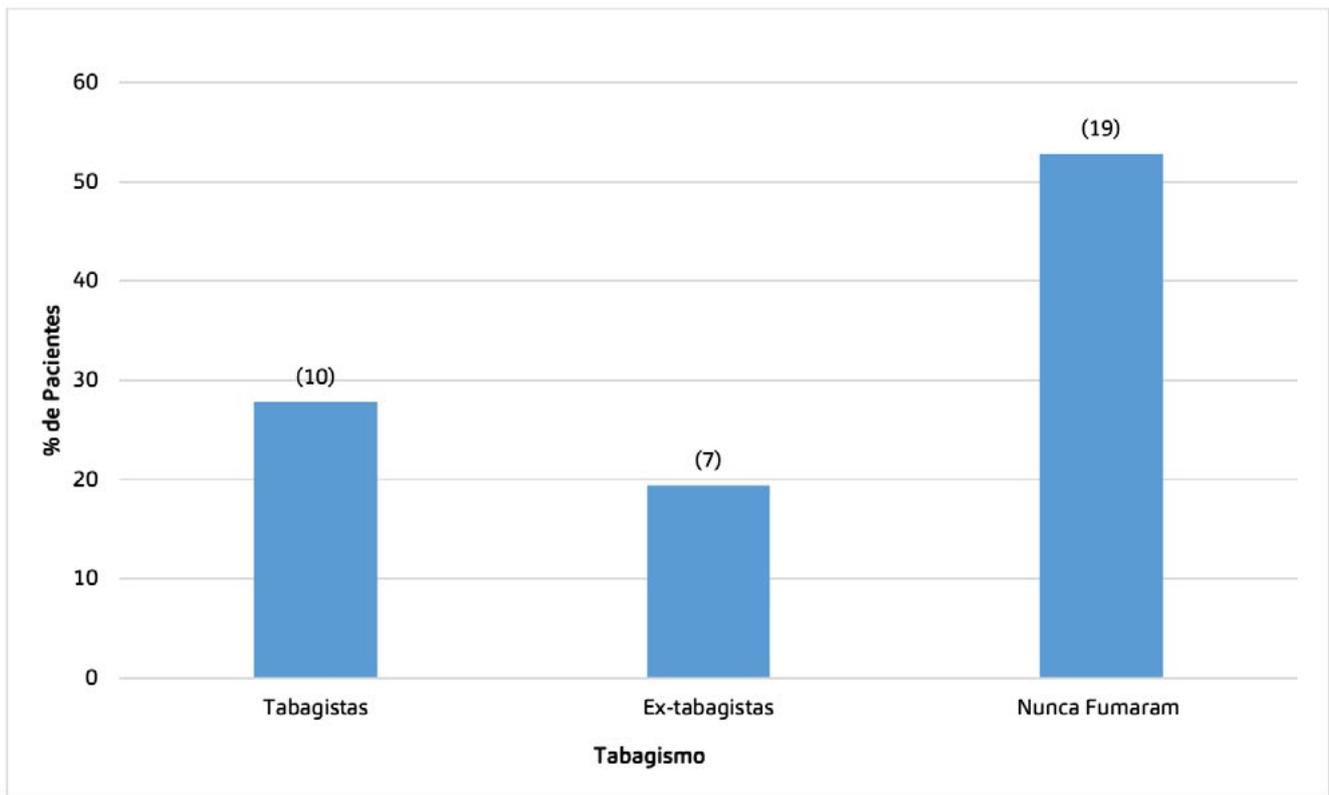


Figura 06: Uso de tabaco pelos pacientes em tratamento oncológico assistidos pela ONG Semente Esperança, no município de Araguari-MG (N=36).

Das doenças crônicas degenerativas, o câncer é uma das que mais trazem transtornos aos indivíduos e seus familiares. Sofrimentos de diversas dimensões acometem tanto os portadores da doença como seus familiares e cuidadores. Entender o impacto do câncer nos indivíduos é essencial para estabelecer estratégias de cuidados (SILVA; HORTALE, 2006).

Da análise do discurso dos pacientes sobre conselhos a outras pessoas em virtude da vivência do tratamento do câncer, destacam-se cinco categorias de relatos após o desmembramento do discurso, (N=68 falas). A "espiritualidade" com 35,2%, "otimismo" 30,9%, "apoio familiar" com 14,8%, "busca rápida por tratamento/prevenção" 13,2%, e a última, que agrupa falas diversas e pouco frequentes em "outros", com 5,9% (Tabela 02).

Em um estudo feito por Araújo e Silva (2007) em uma instituição hospitalar privada da cidade de São Paulo, com 39 pa-

cientes oncológicos sem prognóstico de cura, foi observado o papel significativo que a comunicação e o relacionamento interpessoal assumem na terminalidade. Em seguida, foi observada a relação de confiança estabelecida com os profissionais de saúde e cuidadores, bem como reafirmaram o desejo de não conversar apenas sobre a doença, mas sim valorizavam a comunicação verbal otimista e alegre e a presença compassiva do outro que traz consolo e conforto. Esses dados corroboram com os observados no presente estudo. As quatro categorias mais frequentes de relatos assumiram uma distribuição semelhante, reforçando o papel da fé e do discurso positivo durante o tratamento, do relacionamento pessoal com os familiares, amigos e os próprios profissionais da saúde, e ainda de conselho por busca de prevenção do câncer ao longo da vida e rapidez no tratamento, após o diagnóstico.

Relatos	Grupos de Falas				
	Espiritualidade	Otimismo	Apoio familiar/outros	Busca rápida por tratamento / prevenção	Outros
N = 68	35,2% (24)	30,9% (21)	14,8% (10)	13,2% (9)	5,9%(4)

Tabela 02: Ordenamento da análise do discurso sobre conselhos a outras pessoas de pacientes oncológicos em tratamento domiciliar no município de Araguari-MG, (N=68 relatos).

A espiritualidade (ter fé) foi o principal conselho dado pelos pacientes oncológicos nesse estudo. Em um estudo feito por Steinhauser et al. (apud PERES et al., 2007), a espiritualidade também foi reportada como o aspecto mais importante para pacientes no final da vida.

A dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional associada ao câncer. Embora não existam muitos estudos que avaliem a influência da religiosidade e da espiritualidade em pacientes com dor, esta dimensão de fato assume grande importância para pacientes oncológicos. Sinclair et al. (2006), reportaram que, medidas de religiosidade e espiritualidade se comportam como fatores preditivos de bem-estar e suporte social em doenças crônicas. Assim, o conselho “ter fé” de quem está vivenciando o câncer pode ser definido como aquilo que traz significado e propósito à vida das pessoas (PERES et al., 2007).

Nesse sentido, constata-se a importância dos visitantes da ONG Semente Esperança que rotineiramente estão em contato com os pacientes oncológicos. Eles representam a âncora de apoio para os momentos de dificuldades (apoio

material em certa medida, psicológico e também espiritual) enfrentadas pelos pacientes e familiares.

Quanto às dificuldades vivenciadas pelos pacientes, as mais relatadas foram aquelas relacionadas à extensão e intensidade dos sintomas clínicos (48,8%), bem como as dificuldades do tratamento quimioterápico, radioterápico e/ou cirúrgico com 36,2% (Tabela 03). A multiplicação descontrolada e a invasão desordenada dos tecidos normais pelas células tumorais provoca uma disfunção orgânica que pode levar o órgão afetado à falência (ALMEIDA, 2006). Isso geralmente resulta em diversos processos dolorosos para os pacientes, com uma extensa lista de sintomas clínicos, dependendo dos órgãos afetados. Em adição, na luta pela cura, o paciente também se defronta com os tratamentos que são tão dolorosos quanto à própria doença. Não raras vezes, os pacientes enfrentam a toxicidade terapêutica das drogas utilizadas na quimioterapia, as queimaduras provocadas pela radioterapia e as dificuldades de pós-cirúrgicos, muitas vezes recorrentes e com um corpo já debilitado pela própria doença. Ou seja, o enfrentamento de todas essas dimensões repercute na fragilidade do paciente e de seus familiares.

Relatos	Grupos de Falas			
	Sintomas Clínicos	Tratamento (aspectos técnicos)	Dificuldades financeiras	Outros
N = 80	48,8% (39)	36,2% (29)	10% (8)	5% (4)

Tabela 03: Ordenamento da análise do discurso sobre dificuldades vivenciadas pelos pacientes oncológicos em tratamento domiciliar no município de Araguari-MG, (N=80 relatos).

Humanizar a experiência da dor, sofrimento e perda, talvez seja uma das melhores formas de contribuição dos profissionais da saúde para pacientes em terminalidade (ARAÚJO; SILVA, 2007). Nesse sentido, observa-se que a simples presença dos visitantes da ONG Semente Esperança aos pacientes oncológicos assume um papel preponderante na sua melhoria da qualidade de vida.

Nesse sentido, com o envelhecimento da população brasileira, associado ao aumento inerente dos cânceres com a idade, torna-se fundamental a real implantação de políticas públicas de prevenção ao câncer, de apoio adequado aos pacientes em tratamento oncológico que estão fora das instituições de saúde, bem como aumentar o apoio às ONGs que dão suporte a essa população.

CONCLUSÃO

Os indicadores sociodemográfico mais relevantes desse estudo mostram que o sexo mais acometido foi o feminino, com maior prevalência de cânceres na quinta década vida, maioria dos pacientes com renda até três salários mínimos e de pele clara.

Os tipos de cânceres mais prevalentes foram o de próstata, mama, intestino, vias gastro/respiratórias superiores e aparelho genital feminino (colo de útero e ovário), respectivamente. Os dados observados foram equivalentes aos encontrados na população geral. Contudo, considerando a presença de tumores com alta predisposição ambiental (intestino, vias aéreas gastro/respiratórias e colo de útero), reforça-se a importância de políticas preventivas, especialmente nas áreas da alimentação, uso de álcool e tabaco, sexo seguro e vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV).

A maioria dos pacientes afirmou histórico familiar de câncer, que não faz uso de protetor solar e aproximadamente metade usam ou já utilizaram tabaco ao longo da vida.

Quanto à análise do discurso sobre conselhos a outras pessoas, as falas reforçam o papel da fé, do discurso positivo e do relacionamento interpessoal durante o tratamento, e ainda aconselham a busca de prevenção contra o câncer ao longo da vida e rapidez no tratamento, após o diagnóstico. Já para as dificuldades enfrentadas, as mais relatadas foram àquelas relacionadas à extensão e intensidade dos sintomas clínicos, bem como as dificuldades do tratamento quimioterápico, radioterápico e/ou cirúrgico. No discurso do paciente, constata-se a importância da ONG Semente Esperança para a sua melhoria de qualidade de vida.

Diante do exposto, torna-se fundamental o reforço das políticas de prevenção ao câncer na atenção primária de saúde no município (educação em saúde), bem como, o olhar atento dos profissionais e gestores da saúde quanto à humanização e rapidez no atendimento das demandas dos pacientes oncológicos em tratamento domiciliar.

AGRADECIMENTO

À ONG Semente Esperança pela confiança e apoio na execução dessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. R. C. de. *Farmacêuticos em oncologia: uma nova realidade*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- ANDRADE, F. P.; MUNIZ, R. M.; LANGE, C.; SCHWARTZ, E.; GUANILO M. E. E. Perfil sociodemográfico e econômico dos sobreviventes ao câncer segundo o grau de resiliência. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 22(2): 476-484, Abr-Jun, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a25.pdf>>. Acesso: 02/05/2018.
- ARAÚJO, M.M.T. de; SILVA, M.J.P.da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 41(4): 668-674, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400018>. Acesso em: 01/05/2018.
- BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Ver. Enferm UFSM*, 5(3): 499-510, Jul/Set, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15709/pdf>>. Acesso em: 02/05/2018.
- BRASIL. Saúde do homem: saiba como se prevenir contra o câncer de próstata. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/educacao/saude/2017/11/saude-do-homem-saiba-como-se-prevenir-contr-o-cancer-de-prostata>>. Acesso em: 30/05/2018.
- BRATEIBACH, V.; DOMENICO, E. L. B.; BERLEZI, E. M.; LORO, M. M.; ROSANELLI, C. L. S. P.; GOMES, J. S.; KOLANKIEWICZ, A.C. B. Sintomas de pacientes em tratamento oncológico. *Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre*, 6(2): 102-109, Mai/Ago, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/faenfi/article/view/12604>>. Acesso 04/04/2018.
- FACINA, T. Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Brasil). Rio de Janeiro: INCA, 124p., 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 05/05/2018.
- FREIRE, S. F. C. O. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf>. Acesso em: 28/04/2018.
- GALBIATTI, A. L. S.; PADOVANI-JUNIOR, J. A.; MANÍGLIA, J. V.; RODRIGUES, C. D. S.; PAVARINO, E. C.; GOLONI-BERTOLLO, E. M. Câncer de cabeça e pescoço: causas, prevenção e tratamento. *Braz. J. Otorhinolaryngol*, 79(2), São Paulo, Mar/Apr, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942013000200018>. Acesso em: 24/05/2018.
- GEBRIM, L. H. A detecção precoce do câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 32(5), Rio de Janeiro, May, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X.C0010516>>. Acesso em: 28/05/2018.
- GRIFFITHS, A. J. F. et al. *Introdução à Genética*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
- GUERRA, M. R.; GALLO, C. V. de M.; MENDONÇA, G. A. e S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51(3): 227-234, 2005. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/revisao1.pdf>. Acesso: 01/01/2018.
- HENDGES, D. J. B.; STOLL, R. R.; MORESCHI, C. A influência de hábitos e estilo de vida no surgimento de neoplasias malignas – uma revisão de literatura. *Revista Destaques Acadêmicos. CCBS/UNIVATES*, 5(03), 2013. Disponível em: <<http://univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/288>>. Acesso em: 01/02/2018.
- HORTA, R. N.; KAHL, V. F. S.; SARMENTO, M. S.; NUNES, M. F. S.; PORTO, C. R. M.; ANDRADE, V. M.; FERRAZ, A. de B. F.; SILVA, J. da. *Genetics and Molecular Biology*, 39(1): 122-128, 2016. Efeitos protetores do suco de acerola na genotoxicidade induzida pelo ferro in vivo. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27007905>>. Acesso em: 02/02/2018.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso em: 10/09/2017.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf>. Acesso em: 15/09/2017.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 09/12/2017.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. Tipos de câncer: Próstata. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018-v11.pdf>>. Acesso em: 09/12/2018.

inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em: 01/02/2018.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 17(4): 750-757, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01040702008000400017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso: 06/03/2018.

MELGAÇO, T. B.; CARRERA, J. S.; NASCIMENTO, D. E. B.; MAIA, C. S. F. Polifarmácia e ocorrência de possíveis interações medicamentosas. *Rev. Para. Med.*, 25(1), 2011. Disponível em: ><http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2011/v25n1/a2585.pdf>>. Acesso em: 04/01/2018.

MIGOWSKI, A.; SILVA, G. A. Sobrevida e fatores prognósticos de pacientes com câncer de próstata clinicamente localizado. *Rev. Saúde Pública*, 44(2): 344-352, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44_n2/16.pdf>. Acesso em: 30/05/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção da prevenção ao câncer e rede de assistência no Brasil. Portaria 741, de 19 de dezembro de 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html>. Acesso em: 08/12/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 02/01/2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. PORTARIA Nº 874, DE 16 DE MAIO DE 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em 03/02/2018.

OLIVEIRA, L. R.; RIBEIRO-SILVA, A.; ZUCOLOTO, S. Perfil da incidência e da sobrevida de pacientes com carcinoma epidermóide oral em uma população brasileira. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 42(5):385-392, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpm/v42n5/a10v42n5.pdf>>. Acesso em 22/09/2018.

OLIVEIRA, M. G. M e S. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s2/1980-5497-rbepid-18-s2-00146.pdf>>. Acesso em: 29/04/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Programas nacionais de controle do câncer: políticas e diretrizes orientadoras. 2a Ed. Genebra: World Health Organization, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/publications/nccp2002/en/>>. Acesso em: 09/02/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Câncer mata 8,8 milhões de pessoas anualmente no mundo. Organização Mundial da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>>. Acesso em: 04/05/2018.

PARADA, R.; ASSIS, M.; SILVA, R. C. F.; ABREU, M. F.; SILVA, M. A. F.; DIAS, M. B. K.; TOMAZELLI, J. G. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Rev. APS*, 11(2):199-206, 2008. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/263/100>>. Acesso em: 02/02/2018.

PEREIRA, J. C. R.; PAES, A. T.; OKANO, V. Espaço aberto: Questões comuns sobre epidemiologia, estatística e informática *Revista do IDPC*, São Paulo, 7:12-17, 2000. Disponível em: <<http://www.lee.dante.br/pesquisa/metodologia/revista-idpc-2000.pdf>>. Acesso em: 04/04/2018.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. C. L. Q.; LESSA, P. S.; CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. Psiqu. Clíq.*, 34(1): 82-87, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a11v34s1.pdf>>. Acesso em: 01/05/2018.

PINA, F. M.; LUNET, N.; DIAS, M. M. Carcinoma da próstata e envelhecimento: aspectos preocupantes. *Arq Med, Porto*, 20(5-6): 153-160, set., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132006000400002>. Acesso em: 28/05/2018.

POPIM, R. C.; CORRENTE, J. E.; MARINO, J. A. G.; SOUZA, C. A. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4): 1331-1336, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400030>. Acesso em: 24/04/2018.

PRADO, B. B. F. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. *Ciência e Cultura*, 66 (01), São Paulo, 2014. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252014000100011>. Acesso em: 10/01/2018.

ROSAS, M. S. L.; SILVA, B. N. M.; PINTO, R. G. M. P.; SILVA, B. V.; SILVA, R. A.; GUERRA, L. R.; SOARES, G. C. M. T.; CASTRO, H.C.; LIONE, V. O. F. Incidência do câncer no Brasil e o potencial uso dos derivados de estatinas na cancerologia experimental. *Rev. Virtual*

- de Quím. 5(2): 243-265, 2013. Disponível em: <<http://rvq.s bq. org. br/ imagebank/ pdf/ v5n2a11. pdf>>. Acesso em: 09/02/2018.
- RUBIN, B. de A.; STEIN, A. T.; ZELMANOWICZ, A. de M.; ROSA, D. D. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama no sul do Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 56(3): 303-309, 2010. Disponível em: <<http://www. accbc. com. br/ enviados/ 201010520265. pdf>>. Acesso em: 04/03/2018.
- SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(10): 2055-2066, out, 2006. Disponível em: <<http://www. scielo. br/ pdf/ csp/ v22n10/ 04. pdf>>. Acesso em: 01/04/2018.
- SINCLAIR, S.; PEREIRA, J.; RAFFIN, S. Uma revisão temática da literatura sobre espiritualidade em cuidados paliativos. *Palliat Med.* 9(2): 464-479, 2006. Disponível em: <<https://www. ncbi. nlm. nih. gov/ pubmed/ 16629575>>. Acesso em: 02/03/2018.
- SOARES, L. R.; FREITAS-JUNIOR, R.; OLIVEIRA, J. C. A detecção precoce do câncer de mama e o impacto do rastreamento mamográfico nas taxas de sobrevivência. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20(10): 3285-3286, Out., 2015. Disponível em: <http://www. scielo. br/ scielo. php? script= sci_ arttext& pid= S1413-81232015001003285& lng=en& nrm= iso>. Acesso em 28/05/2018.
- SOUZA, R. J. S. P.; MATTEDI, A. P.; CORRÊA, M. P.; REZENDE, M. L.; FERREIRA, A. C. A. Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo – Brasil. *An. Bras. Dermatol.*, 86(4), Rio de Janeiro, July/Aug., 2011. Disponível em: <http://www. scielo. br/ scielo. php? script= sci_ arttext& pid= S0365-05962011 000400005>. Acesso em: 10/05/2018.
- SPENCE, R. A. J.; JOHNSTON, P. G. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- TIEZZI, D. G. Epidemiologia do câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, 31 (5): 213-215, Maio, 2009. Disponível em: <<http://dx. doi. org/ 10. 1590/ S0100-72032009000500001>>. Acesso em 28/05/2018.
- TIEZZI, D. G. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: ainda há tempo para refletirmos. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* Rio de Janeiro, 35(9): 385-387, Set., 2013. Disponível em: <http://www. scielo. br/ scielo. php? script= sci_ arttext& pid= S0100-72032013 000900001& lng=en& nrm= iso>. Acesso em: 28/05/2018.
- VIDEIRA, R. S.; DEBONI, M. C. Z.; ARAÚJO, C. A. de S.; OKAMOTO, A. C.; MELHADO, R. M. Oncogenes e desenvolvimento do câncer. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, 6(1): jan/abr, 2002. Disponível em: <<file:///D:/Downloads/1155-4258-1-PB.pdf>>. Acesso em: 04/02/2018.
- VIEIRA, S.; CARLOS et al. *Oncologia básica*. Teresina: Fundação Quixote, 324p, 2012.
- WÜNSCH FILHO, F.; MIRRA, A. P.; LÓPEZ, R. V. M.; ANTUNES, L. F. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol* 13(2): 175-87, 2010. Disponível em: <<http://www. scielo. br/ pdf/ rbepid/ v13n2/ 01. pdf>>. Acesso: 10/09/2018.