

INSTITUTO ENSINAR BRASIL  
FACULDADE DOCTUM DE SERRA

ADRIANA SILVA PEREIRA  
VALDETE GONÇALVES DA SILVA

**CÂNCER: UMA ANÁLISE DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NA GRANDE  
VITÓRIA**

**SERRA  
2018**

ADRIANA SILVA PEREIRA  
VALDETE GONÇALVES DA SILVA  
FACULDADE DOCTUM DE SERRA

**CÂNCER: UMA ANÁLISE DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NA GRANDE  
VITÓRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Doctum de Serra, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Áreas de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. Me. Vinícius de Oliveira Muniz.

**SERRA  
2018**



## FACULDADES DOCTUM DE SERRA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

O Trabalho de Conclusão intitulado **CÂNCER: UMA ANÁLISE DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NA GRANDE VITÓRIA** elaborado pelas alunas ADRIANA SILVA PEREIRA e VALDETE GONÇALVES DA SILVA foi aprovado por todos os membros da banca examinadora e aceito pelo curso de Enfermagem das Faculdades Doctum de Serra como requisito parcial da obtenção do título de Bacharel em ENFERMAGEM.

Serra. \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

**Prof. Vinícius de Oliveira Muniz**  
(Orientador)

---

**Prof. Cíntia Pereira Ferreira Menezes**  
(Avaliador 1)

---

**Prof. Rosangela Aparecida Muller Barros**  
(Avaliador 2)

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele nada seríamos, por ter nos guiado nessa jornada tão difícil, não estaríamos hoje aqui se não fosse pelo amor de DEUS.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer primeiramente a Deus por ter nos sustentado, guiado esses longos cinco anos. Ter nos dado força e coragem nos momentos mais difíceis, onde longos plantões noturnos tumultuados com várias intercorrências e mesmo assim íamos para a faculdade adquirir mais conhecimento com o corpo cansado, querendo casa, mas tínhamos que nos sacrificar para ter um futuro promissor.

Aos professores por nos ensinarem o dom da sabedoria, em especial, ao meu orientador Prof. Vinícius Muniz por ter nos auxiliado com seu ensinamento prático e teórico aos demais professores que passaram pela nossa turma durante esses anos na nossa trajetória acadêmica.

Em especial a nossa família que nos incentivaram a seguir em frente nesses anos, nos apoiando de todas as formas, para não nos deixar fraquejar. Obrigado pela paciência, carinho, o sacrifício valeu a pena e hoje nós somos graduadas em enfermagem, o sonho que parecia impossível deus fez tornar-se realidade.

Aos professores formadores da banca examinadora pela presença e pelo apoio.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”.*

(Martin Luther King, 2000).

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CACON: Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

GEVS: Gerência Executiva de Vigilância em Saúde

INAC: Instituto Nacional do Câncer

INCA: Instituto Nacional do Câncer

IOM: Institute of Medicine

MS: Ministério da Saúde

NEVE: Núcleo Especial de Vigilância Epidemiológica

OMS: Organização Mundial da Saúde

PNAO: Política Nacional de Atenção Oncológica

QT: Quimioterapia

SBOC: Sociedade brasileira de Oncologia Clínica

SESA: Secretaria de Saúde

SIM: Sistema de Informação

SUS: Sistema Único de Saúde

UICC: União Internacional contra Câncer

UNACON: Serviço de Alta Complexidade em Oncologia

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Estágios da carcinogênese.....	17
<b>Figura 2</b> - Tipos de crescimento celular.....	18
<b>Figura 3</b> - Incidência de câncer no mundo.....	29
<b>Figura 4</b> - Incidência de Câncer nos Estados Brasileiros.....	30
<b>Figura 5</b> - Taxa de casos de câncer no Espírito Santo.....	31
<b>Figura 6:</b> Mortalidade por neoplasias nas regiões de saúde do Estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2016.....	32



## RESUMO

Atualmente, o câncer é considerado um grupo de doenças de maior gravidade e letalidade no mundo, ocupando a terceira causa de morte no ranking nacional, tornando-se uma pandemia, elevando taxas brutas de incidência e mortalidade. O estudo teve por objetivo descrever o perfil epidemiológico de pacientes acometidos pelo câncer no Brasil e na Grande Vitória, onde englobou-se ao objeto de estudo, o enfermagem oncológica, cuidados paliativos e tratamento Nano. Trata-se de uma revisão de literatura - de caráter descritivo e analítico - com análise sistemática de dados epidemiológicos de abordagem quali-quantitativa, com o intuito de entender o processo de acometimento do câncer no Mundo, no Brasil, no ES e na Grande Vitória; além de descrever o processo envolvido pelos pilares da enfermagem, cuidados paliativos e tecnologia NANO, família, Conclusão: Conclui-se que na fase terminal da doença cancerígena, os profissionais de enfermagem têm que prestar total assistência à família, quanto aos cuidados paliativos, com a intenção de ofertar conforto e dignidade em seus últimos momentos ao paciente oncológico de forma respeitosa.

**Palavras-chaves.** Epidemiologia. Câncer. Enfermagem Oncológica.

## **ABSTRACT**

Currently, cancer is considered a group of diseases of greater severity and lethality in the world, occupying the third cause of death in the national ranking, becoming a pandemic, raising gross rates of incidence and mortality. The objective of the study was to describe the epidemiological profile of cancer patients in Brazil and Greater Vitória, where the subject of study, oncological nursing, palliative care and Nano treatment was included. This is a literature review - with a descriptive and analytical character - with a systematic analysis of quantitative qualitative epidemiological data, aiming to understand the process of cancer involvement in the World, Brazil, ES and Greater Vitória; and to describe the process involved in the nursing pillars, palliative care and NANO technology, family, Conclusion: It is concluded that in the terminal stage of the cancerous disease, nursing professionals must provide full family assistance in palliative care with the intention to offer comfort and dignity in the last moments to the cancer patient in a respectful way.

**Key words.** Epidemiology. Cancer. Nursing Oncology.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
<b>2.1.1 Objetivo Específico</b> .....	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
3.1 HISTÓRIA DO CÂNCER E A ONCOGÊNESE.....	14
3.2 O CÂNCER NO MUNDO, NO BRASIL, NO ESPÍRITO SANTO E NA GRANDE VITÓRIA.....	20
3.3 ENFERMAGEM, CUIDADOS PALIATIVOS E TRATAMENTO NANO.....	21
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	28
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	28
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	33
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	34

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer representa um grupo de doenças que provoca grande transtorno, dor e sofrimento ao paciente e seus familiares. Estima-se que sua incidência para o biênio 2018-2019 é de seiscentos mil novos casos de câncer no Brasil (INCA, 2018).

O sedentarismo - fator importante neste momento - é inconveniente e desencadeia inúmeras patologias. Muitas pessoas tem um estilo de vida desregrado atribuído a consumo excessivo de álcool e tabaco, além de uma alimentação inadequada. Em consequência deste fato, várias doenças surgem com o passar dos anos e o câncer é uma delas (CASTRO-VÁSQUEZ; ARELLANO-GÁLVEZ, 2010).

Atualmente, um dos tipos de câncer que mais provoca óbito é o câncer do colo do útero e de mama nas mulheres, em contrapartida, o câncer de próstata tornou-se um “verdadeiro pesadelo” para os homens, ocupando o primeiro lugar na classificação geral por gênero (INCA, 2012).

O controle do câncer encontra-se diretamente relacionado às ações de promoção, e no tipo de prevenção primária que é a detecção precoce do agravo, sendo que a ausência de informações favorece o surgimento e desenvolvimento da doença (LIMA et al, 2009).

O câncer é uma questão séria a ser discutida nos setores relacionados à saúde pública e privada, visto que os profissionais de saúde devem estar aptos para atuar nesta situação na tentativa de diminuir taxas de incidência e prevalência (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

Descobrir o câncer tardiamente necessita de um suporte e apoio por parte de uma inserção de cuidados paliativos, visto que o indivíduo encontra-se fragilizado. Mesmo com os grandes avanços tecnológicos e científicos que tendem a proporcionar o manejo clínico para vários tipos de câncer, o medo da doença ainda é forte e mostrado cada vez mais pelos índices altos de mortalidade. Quando envolve família, então, por sua vez causa um grande impacto no cotidiano e na dinâmica familiar que necessita de uma orientação e apoio do profissional enfermeiro (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2011).

Michael Foucault já dizia em sua obra “O Surgimento da Clínica” de 1974, que a família é o melhor mecanismo de encarar e tratar a doença em um indivíduo, disse ainda que est contato, acelera o processo de cura. No caso do câncer, nada mais humano e sensível seguir esta teoria de grande impacto social (FOUCAULT, 1974).

O estado terminal está relacionado à dor, desconforto geral, medo e angústia, conforme relatos de vítimas. Devido ao estigma de que a doença põe a vida em risco, os transtornos psíquicos são frequentes, levando à diminuição da qualidade de vida (GRANER, JUNIOR, ROLIM, 2010; VENEGAS, ALVARADO; 2010).

Justifica-se, portanto, este trabalho, através de dados assustadores e alarmantes para toda a humanidade. Em 2017, morreram 8,8 milhões pessoas no mundo, 596 mil no Brasil, 1.475 no ES e na Grande Vitória foi de 1.055 mortes. A taxa de mortalidade geral por câncer, a cada mil habitantes no ES foi de 30% e na Grande Vitória foi de 56% (INCA, 2017).

De acordo com esta premissa, pergunta-se: como os profissionais de enfermagem podem contribuir no que concerne aos cuidados paliativos ao portador de câncer e seus familiares?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever o perfil epidemiológico de pacientes acometidos pelo câncer no Brasil e na Grande Vitória.

#### **2.1.1 Objetivo Específico**

Descrever, minuciosamente, o perfil epidemiológico do câncer, contextualizado por dados estatísticos de uma maneira descritiva e explicativa focando sempre, na explicação analítica dos números e do conteúdo temático desenvolvido.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 HISTÓRIA DO CÂNCER E A ONCOGÊNESE

No ano de 400 a.C. Hipócrates, considerado o pai da medicina, estudou algumas coisas sobre tumor e o nomeou como Karkinos (câncer em latim), pois o mesmo apresentava-se com veias intumescidas que circundavam a parte afetada lembrando as patas de um caranguejo enterrado na areia. Segundo estudiosos esta doença provém desde o período das múmias egípcias, no ano de 3.000 a.C. Segundo Hipócrates, o corpo humano é formado por quatro fluidos: bílis negra, bílis amarela, sangue e fleum (SONTANG, 1984:16) (SILVA, 2005).

O câncer ou neoplasia dependendo da situação tem sido considerado, em 2018, uma das doenças de maior gravidade associado à morte eminente. Por ser um capítulo sobre a história do câncer e do processo de oncogênese, vale ressaltar, que não é uma doença nova, pois, apresentou-se em algumas múmias egípcias no passado (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

O grego Cláudio Galeno, que acreditava nessa teoria, achava que o câncer era a exacerbação de um desses fluidos, onde denominou como bílis negra. Essa associação entre o câncer e a bílis negra perdurou até o século XIX, que é o momento em que o estudo do câncer, patologicamente falando, se configurou de fato (INCA, 2014).

As células que apresentam câncer sofrem mutações e espalham-se por diversos órgãos. De acordo com Maitre (2013), os fatores genéticos influenciam mais do que os ambientais no que tange ao surgimento do câncer no ser humano. São células com capacidade de replicação, apresentando crescimento desordenado do tecido celular, formando-se genes doentes que podem acarretar tumores. Podem ser classificadas como benignas ou malignas, quando fora de controle no organismo, causando aumento de morbidade e mortalidade dos pacientes.

Classifica-se benigno quando permanece no local de origem, ou seja, quando não invade tecidos adjacentes e não se dispersa para tecidos distantes, tendo tratamento com chance maior de cura (RODRIGUES, 2012).

O tratamento inicia-se com uma remoção cirúrgica, onde o tumor encontra-se restrito a um órgão ou apenas uma parte dele. É um dos métodos primários, pois em alguns casos, a cirurgia é utilizada para diagnosticar a doença, onde o material coletado é enviado para uma biópsia, a fim de que o resultado seja conclusivo. As células malignas espalham-se para várias partes do corpo formando as metástases, de forma desordenada. Seu tratamento é mais intenso e difícil (RODRIGUES; CAMARGO, 2010).

A Oncogênese é um processo de formação de células cancerígenas que pode durar uma média de 10 anos para chegar a um centímetro e se proliferar, tornando-se um tumor com um conseqüente processo proliferativo, que segue as seguintes etapas: início, promoção, progressão e inibição do tumor cancerígeno (VIEIRA, 2013).

Ferreira e colaboradores (2013) define o câncer como consequência de alterações moleculares, a qual resulta nas alterações na fisiologia celular que, em última instância, seja responsável pela biologia celular do câncer. Os proto-oncogenese são genes que geralmente auxiliam a célula cancerosa a crescer. Ao sofrerem mutações, os genes fazem cópia das células, formando um gene "ruim". Quando esse fenômeno acontece na célula, elas crescem sem controle, podendo desencadear o câncer (INCA, 2015).

Estas alterações acontecem quando o organismo é exposto a diversos fatores carcinogênicos, com função de acelerar a multiplicação de células cancerosas. Não há como identificar se a exposição ao carcinógeno vai influenciar o desenvolvimento do câncer, tendo cada organismo resposta individualizada a sua exposição (INCA, 2012).

A resposta individual ao carcinogênico é definida com o tempo de exposição e sua influência a essa dose. Com a exposição a carcinogênicos as células passam pelo processo de mutação espontânea, não alterando o desenvolvimento normal da população celular. Esses fenômenos acrescentam danos, erros na redução e reordenamento cromossômicos e sua ação das polimerases e das recombinantes considerando a vigilância imunológica como mecanismo de correção e exclusão das células mutantes (INCA, 2015).

A maioria das mutações que desencadeiam um câncer envolve oncogêneses. Estas



mutações podem ser adquiridas ou herdadas, além disso, são ativadas por rearranjos cromossômicos ou duplicação do tumor. Rearranjos cromossômicos consistem em cromossomos alterados, que colocam um gene ao lado do outro, permitindo que um possa ativar o outro. Enquanto que o processo de duplicação consiste em cópias de um gene, onde ocorre a produção em maior quantidade de determinadas proteínas. Além disso, existem os genes supressores do tumor (MANCINI, 2012).

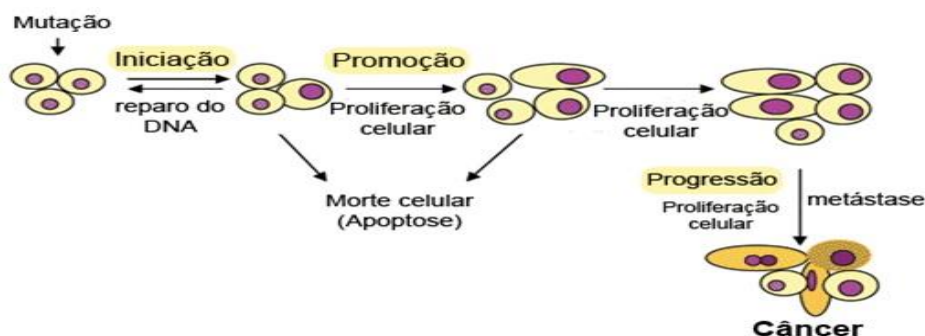
Genes supressores do tumor são genes que retardam a divisão das células, não tendo o controle do funcionamento das células, retardando a divisão normal das células recessivas, não identificando as proteínas que funcionam no controle na divisão celular, induzindo a morte celular por apoptose (morte celular programada) (PINTO et al, 2002).

A Instabilidade genômica pode ocorrer em maior ou menor número ao condicionar o fenômeno de mutação, podendo ser fundamental nos processos iniciais de carcinogênese. Inicia-se de forma espontânea ou provocada pela ação de agentes carcinogênicos, envolvendo fatores físicos (raios-X e gama; raios ultravioletas), biológicos (vírus do papiloma (HPV); vírus Epstein-Barr) e químicos (benzeno, amianto, agrotóxicos; hidrocarbonetos policíclicos aromáticos) (INCA, 2015).

Os fatores físicos tendem a lesionar o DNA afetado modificando sua estrutura, provocando morte ou alterações, de forma a prejudicar os mecanismos no que tange ao crescimento celular. Os fatores biológicos modificam os proto-oncogenes e a mutação celular. Servem para determinados tecidos, porém são seletivos, ou seja, escolhem quais tecidos a serem infectados. Podem ter uma ação lenta, como o vírus do herpes e do HPV, como podem agir rapidamente se for o vírus da leucemia de células T humano. Enquanto que os fatores químicos causam lesão permanente ao DNA do paciente oncológico (INCA, 2015).

As células passam por mutações na formulação de uma nova célula. Essas alterações celulares podem surgir como alterações nos genes que regulam a proliferação e diferenciação da morte do celular. As células mutantes passam pelo mecanismo de controle e o corpo passa a não reconhecê-las, desenvolvendo uma massa tumoral conhecida como câncer (MOREIRA, 2013). Observe a figura 1 a

seguir:



**Figura 1:** Estágios da carcinogênese

Fonte: MOTA (2013).

Este é o primeiro estágio da carcinogênese, onde as células passam a sofrer modificações de alguns de seus genes. Nesta fase as células aproximam-se, geneticamente alteradas, sendo que nesta iniciação ainda não há como identificar o câncer, clinicamente falando (BRASIL, 2013).

No segundo estágio da carcinogênese, as células sofrem alterações geneticamente dos agentes cancerígenos e transformam-se em malignas, de forma gradual e letal. É essencial um período longo e continuado do agente cancerígeno promotor. Em alguns estágios de alimentação, exposição excessiva e prolongamento de hormônios, esses fatores auxiliam na transformação das células malignas no processo inicial (INCA, 2012).

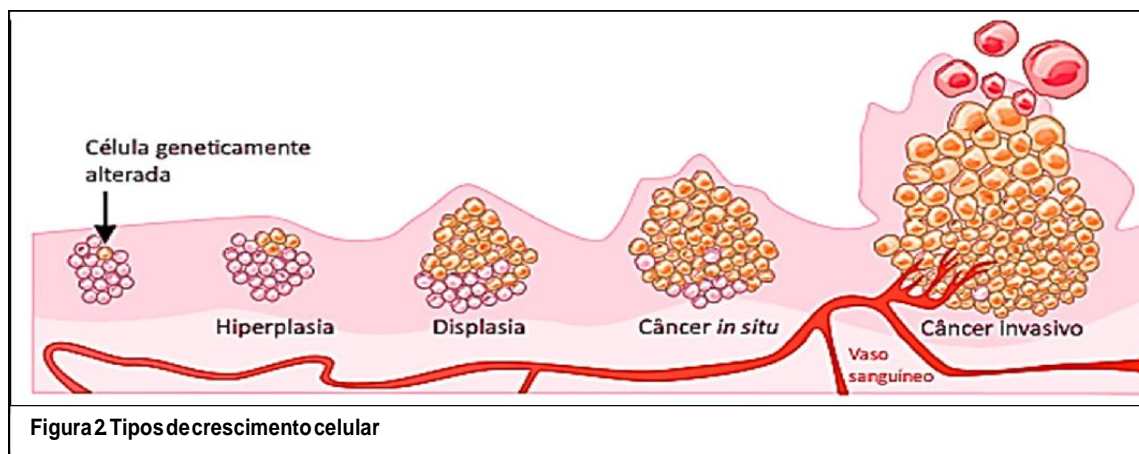
O terceiro estágio ou estágio de progressão consiste na multiplicação descontrolada e irreversível de células modificadas. Nesta fase o câncer encontra-se implantado e vai crescendo até surgir determinadas manifestações clínicas (VIEIRA, 2013).

Quando o tumor for detectado será necessário ser classificado de acordo com o local onde foi encontrado. Esse método chama-se estadiamento, onde consta a evolução da doença na qual o estágio encontra-se (VIEIRA, 2013).

Conforme a figura 2 abaixo:

A proliferação celular pode ser controlada ou não controlada. No crescimento controlado, tem-se um aumento localizado e autolimitado do número de células de tecidos normais que formam o organismo, causado por estímulos fisiológicos ou patológicos. Nele, as células são normais ou com pequenas alterações na sua forma e função, podendo ser iguais ou diferentes do tecido onde se instalam. O efeito é reversível após o término dos estímulos que o provocaram. A hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos bastante significativos de como esse tipo de crescimento

celular pode se apresentar em um organismo (Figura 2). No crescimento não controlado, tem-se uma massa anormal de tecido, cujo crescimento é quase autônomo, persistindo dessa maneira excessiva após o término dos estímulos que o provocaram. As neoplasias (câncer in situ e câncer invasivo) correspondem a essa forma não controlada de crescimento celular e, na prática, são denominadas tumores (GÓES, 2012, p. 2).



**Figura 2:** Tipos de crescimento celular.  
Fonte: GÓES (2012).

O estadiamento é a forma que o médico determina o avanço do câncer no indivíduo. Nele sabe-se em qual processo está o tumor, sua extensão e a sua localização. Esse tipo de informação é utilizado em quase todos os tipos de câncer e essas informações serão usadas para ajudar no planejamento do tratamento, podendo determinar possível prognóstico do paciente. O prognóstico pode ser semelhante para tipos de cânceres com o mesmo estadiamento. E em sua maioria seu tratamento é o mesmo. O estadiamento é aquilo que pode ser decidido em determinado caso ou discutir possíveis ações terapêuticas (INCA, 2015).

O estadiamento é muito importante para que a equipe médica saiba a extensão do tumor e sua localização, e então, adotar o tratamento mais apropriado. Um exemplo, para os tumores em estágio inicial pode ser feita a radioterapia ou cirurgia oncológica; enquanto tumores em fases mais avançadas utilizam o tratamento denominado quimioterapia. Contudo, nem todos os tumores podem ser estadiados, como, por exemplo, o da leucemia (VIEIRA, 2013).

O sistema de classificação TNM (T: para os tumores primários; N: Para os linfonodos, onde o câncer passa a espalhar para outros gânglios linfáticos; M: Para metástase, onde o câncer passa e espalhar para outras partes do corpo, distantes um do outro) sendo utilizado como ferramenta, para os médicos estadiarem

diferentes tipos de tumores cancerígenos, com base em determinadas normas. O American Joint Committee On Câncer (AJCC) e a União Internacional de Controle do Câncer (UICC) utilizam esse sistema de classificação, juntamente com a maioria dos médicos (INCA, 2015).

A palavra T no sistema de estadiamento obtém informação sobre aspecto do tumor primário e seu tamanho desenvolvido no órgão, em que fora lesionado pelo tumor. A numeração vem logo após do T (exemplo: T1, T2, T3, T4), descrevendo o possível tamanho do tumor e onde se alastrou. Quanto maior a numeração, maior será o tumor e a disseminação nos órgãos próximos (INCA, 2015).

Dois fatores podem determinar a variação do estadiamento ao diagnóstico:

- O tempo que a pessoa leva até descobrir o câncer. Logo se vê a importância da prevenção precoce, indicado para cada idade, para que o tumor seja diagnosticado o mais rápido possível.
- E a capacidade inerente do tumor em expandir e formar metástase, mesmo que esteja pequeno no tamanho (INCA, 2015).

O tumor começa no estágio 0, e vai passando pelo estágio I, passando ao estágio II, seguindo para estágio o III e por último, o estágio IV considerado já como metástase. Alguns tumores cancerígenos de aspecto biológico são bem mais agressivos podendo apresentar metástase bem precoce, driblando a ordem lógica relatada do estadiamento acima, passando para um estágio III ou logo para um IV sem passar pelas fases antecedentes (INCA, 2015).

A classe médica costuma, como protocolo, passar diferentes exames e testes que vão determinar o estágio do câncer. O exame físico é um forte aliado para ajudar a detectar o tumor, também se usam exames de imagem, raios-X, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassom, pet scan e esses exames podem dar precisão na localização do tumor e onde está disseminando. Para confirmação do diagnóstico de câncer é necessário fazer uma biopsia, sendo realizada pelo médico removendo fragmentos do tumor que serão estudados através de microscópio (INCA, 2015).

### 3.2 O CÂNCER NO MUNDO, NO BRASIL, NO ESPÍRITO SANTO E NA GRANDE VITÓRIA

De acordo com INCA (2018), a incidência de pessoas com câncer tem aumentado de forma significativa nas últimas décadas e a tendência é o surgimento de novos casos não apenas no Brasil, mas em todas as partes do mundo. Há vários tipos de câncer: pulmão, mama, colo de útero, fígado, intestino, leucemias e outros. Alguns são causados por inúmeros fatores (genéticos e ambientais).

A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Houve um discreto predomínio do sexo masculino tanto na incidência (53%) quanto na mortalidade (57%). De modo geral, as maiores taxas de incidência foram observadas nos países desenvolvidos (América do Norte, Europa Ocidental, Japão, Coreia do Sul, Austrália e Nova Zelândia). Taxas intermediárias são vistas na América do Sul e Central, no Leste Europeu e em grande parte do Sudeste Asiático (incluindo a China).

As menores taxas são vistas em grande parte da África e no Sul e Oeste da Ásia (incluindo a Índia). Enquanto, nos países desenvolvidos, predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto), nos países de baixo e médio desenvolvimento ainda é alta a ocorrência de tipos de câncer associados a infecções (colo do útero, estômago, esôfago, fígado). Além disso, apesar da baixa incidência, a mortalidade representa quase 80% dos óbitos de câncer no mundo (FERLAY et al., 2013 apud INCA, 2018).

Atualmente, Ferlay e colaboradores (2013) citado por Inca (2018), relatam que os cânceres de maior incidência são os de pulmão, mama, intestino e próstata, em ordem decrescente. Portanto, pode-se afirmar que o câncer permanece como uma doença que atinge proporções preocupantes para as políticas de saúde pública.

Dentre os tipos de cânceres existentes, atualmente, o de maior índice entre os homens é o câncer de próstata e entre as mulheres predomina o de mama e o de pulmão. Na concepção de Haddad (2010), o câncer de mama é, atualmente, o maior responsável pelo número de óbitos entre as mulheres. Infelizmente, muitas delas não têm um diagnóstico precoce e descobrem a doença em estágio avançado, assim como outras pessoas vítimas de outros tipos de câncer.

No Brasil, tais tipos de câncer acima citados também fazem parte da tabela de predominância. Na região Sudeste, a estimativa de novos casos de câncer de próstata e de mama gira em torno de 30.808 e 30.880, respectivamente. As políticas públicas de cada país necessitam ser mais eficientes no processo de detecção precoce, visto que o índice é bem elevado, através de campanhas de impacto informando as formas de prevenção para a população (INCA, 2018).

No Estado do Espírito Santo e na região da Grande Vitória, a estimativa de novos casos de câncer também é alarmante. Somente em relação ao câncer de próstata, a estimativa é de 1.510 entre os homens de 50 a 79 anos e quanto ao câncer de mama é de 1.130 casos entre as mulheres de 39 a 65 anos. Isto tem que servir de subsídios para que as políticas públicas do Estado tenham a preocupação de realizar estratégias, com o intuito de prevenir o surgimento da doença e/ou minimizar este índice através de ações educativas e informativas, além do fornecimento a população de exames diagnósticos complementares, a fim de que a população obtenha um diagnóstico precoce e maior chance de cura (INCA, 2018).

Segundo o INCA (2011) é fato que o quanto mais cedo for detectado o câncer, mais eficaz torna-se o tratamento. Faz-se necessário que a pessoa procure ajuda profissional para que obtenha todas as informações e apoio, com o objetivo de saber como lidar com a doença e com o tratamento.

O diagnóstico acontece através da anamnese onde se realiza a busca ativa através da história clínica, exame físico, testes laboratoriais e exames complementares, como: colonoscopia, mamografia, laringoscopia, endoscopia digestiva alta, e outras tecnologias necessárias em cada caso. Após o diagnóstico concluído, o médico responsável pelo paciente decidirá quais os métodos de tratamento e o paciente também contará com a assistência de enfermagem tanto no decorrer de todo o processo da doença quanto aos cuidados paliativos, como veremos a seguir (INCA, 2011).

### 3.3 ENFERMAGEM, CUIDADOS PALIATIVOS E TRATAMENTO NANO

A enfermagem encontra-se cada vez mais presente no que tange a assistência e apoio ao paciente oncológico, pois é desafiada constantemente a buscar novos

conhecimentos, com o objetivo de promover o cuidado mais humanizado e, dessa forma, favorecer a qualidade das intervenções no processo de saúde e doença segundo Bonfim e colaboradores (2012).

É de fundamental importância que o enfermeiro esteja frente a estes cuidados para com esses pacientes oncológicos, pois assim este torna-se também parte deste processo. Além disso, cabe a ele auxiliar os familiares, dar um suporte e orientá-los sobre os cuidados paliativos e a fase terminal da doença (SILVA; SUDIGURSKY, 2008).

Na opinião de Vasconcelos e colaboradores (2011), o processo de cuidar exige dos enfermeiros habilidades e conhecimentos a serem aplicados, desde o acolhimento ao paciente e sua família; realização da sistematização da assistência de enfermagem em todo o seu contexto, além de orientar aos mesmos sobre os cuidados diários conforme a necessidade e o quadro do paciente.

Deve fornecer a família um plano de alta contendo informações sobre como o paciente e a família deve proceder no que tange aos cuidados com medicamentos, medidas de conforto, orientação à família quanto a busca de apoio psicológico, entre outros (VASCONCELOS et al, 2011; BONFIM et al, 2012).

O enfermeiro atua em diversas abordagens disponíveis na área da saúde na qual possa fazer ações, na prevenção ou promoção da saúde, uma vez que sua prática assistencial, seus conhecimentos sobre fatores de risco para o câncer e ações de promoção da saúde estão direcionados ao processo de adoecimento e de saúde da população (GURGEL et al, 2011; SANTOS et al, 2011; MELO et al, 2012).

O enfermeiro em oncologia necessita estar sempre se capacitando em relação aos novos medicamentos e para o tratamento individualizado de cada paciente. Ao ser hospitalizado o paciente pode sentir-se inseguro com relação aos procedimentos médicos, levando a uma expectativa de que novos incidentes possam ocorrer (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2011).

Deve prestar atendimento de excelência ao paciente e treinar seus colaboradores a prestarem um atendimento de qualidade e que possam ter empatia no atendimento prestado, tendo papel de organizar, coordenar, orientar cada paciente

individualmente e seus familiares durante o tratamento (DOCHTERMAN, BULECHEK, 2008; VASCONCELOS et al, 2011).

Assim, as intervenções podem ser classificadas com o objetivo de atender a mudanças nos processos cognitivos, nos comportamentos, nos hábitos e estilos de vida dos indivíduos bem como direcionadas ao público que poderá influenciar usuários, profissionais da saúde e o sistema de saúde (YABROFF; MANGAN; MANDELBLATT, 2003).

Ressalta-se que a prática de enfermagem, mesmo sendo permeada de diversas funções, está voltada apenas para uma finalidade nos serviços de saúde, o cuidado de enfermagem. Sendo muito importante para melhor atendimento ao paciente, fundamental para qualidade e diminuição de erros cometidos na administração da medicação e melhor atendimento ao paciente (MATUMOTO et al, 2011).

Segundo Avanci e colaboradores (2009), a atuação dos profissionais frente aos pacientes oncológicos é uma preocupação nacional, evidenciada pela criação da Política Nacional de Atenção Oncológica pelo Ministério da Saúde brasileiro, que contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

O enfermeiro tem que desempenhar ações sociais, prover o cuidado, estabelecer empatia pra realização de prática que possa auxiliar a adesão terapêutica pra cada paciente individualizado e favorecendo seus serviços prestados para o paciente, devendo possuir ferramentas capazes de concretizar essa “sensibilização” como a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, e habilidades para desenvolver uma assistência de qualidade, humanizada, integral, sistematizada e, sobretudo efetiva acerca das demandas de saúde da população assistida (WESTPHAL, 2009; MATUMOTO et al, 2011).

Na assistência ao paciente oncológico, é necessário o reconhecimento das reais necessidades de saúde do paciente e da sua família, para serem definidas e executadas as estratégias de intervenção adequadas (PIRES et al, 2013).

O diagnóstico e prognóstico requer empatia do profissional na preparação do paciente, principalmente onde não tem locais com estruturas para atender de forma



individualizada para dar a notícia do diagnóstico, se é positivo ou negativo para câncer. Apesar da revelação do diagnóstico ser de competência legal médica, verifica-se que o enfermeiro, por ter maior contato com os pacientes, tem maiores condições de conhecer as suas reais necessidades para receber determinadas informações (AMADOR et al, 2011).

De acordo com Pradebon e colaboradores (2011), a interdisciplinaridade viabiliza a integração de saberes entre as diferentes vertentes da área da saúde juntamente com os seus saberes, favorecendo o relacionamento entre as diferentes profissões. A integralidade das ações em saúde favorece a atuação responsável dos profissionais envolvidos no processo de cuidado do paciente.

Na visão de Pires e colaboradores (2013), a essência do enfermeiro resume em prestar cuidados específicos à saúde do paciente envolvendo aspecto psicossocial, ambiental, espiritual individualmente a cada paciente, a convivência e o difícil tratamento oncológico, fazem com que os pacientes se sintam frágeis, debilitados, e despertando o sentimento do cuidar, com empatia na no emocional e física.

Conforme Pires e colaboradores (2013), o enfermeiro tem que ter preparo emocional e psicológico para atender de maneira coerente cada paciente individualmente, sem expor sua doença e vida pessoal, julgar-se percepção para cada patologia, com atendimento de qualidade, oferecendo apoio e conhecimento em todo tratamento oncológico.

Todos os usuários que possuem câncer têm estabelecido pela lei 12.732 de novembro de 2012, garantia de ser atendido no período igual ou menor que 60 dias, no sistema de saúde de todo Brasil (BRASIL, 2012).

Orientar ainda, que a assistência na alta complexidade deva ocorrer por meio de unidades e centros de assistência de alta complexidade em oncologia (Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro 2005) portarias que sevem com auxilio no cuidado e tratamento de paciente oncológico (BRASIL, 2005).

Apesar de grandes avanços tecnológicos, no diagnóstico, tratamento e cura, o câncer está relacionado ao paciente com dor, sem esperança, medo e morte. O tratamento é doloroso em consequência aos vários efeitos colaterais; transtornos

psicológicos; não aceitação da doença e desinformação sobre a mesma. Além disso, segundo Alves e colaboradores (2012), esses pacientes têm medo de ficar dependentes da família e dos profissionais da saúde.

Para enfrentar estas situações, o paciente oncológico deve ter o apoio do profissional enfermeiro concomitante a equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde, para que possa compreender sua nova situação de vida e possa receber uma assistência de qualidade, com o intuito de minimizar os efeitos do tratamento, como a dor, o medo, a angústia, principalmente quando o mesmo encontra-se na fase terminal da doença (MOREIRA et al, 2015).

Nesta fase terminal, alguns profissionais médicos acreditam que fornecer conforto ao paciente oncológico é o ideal, visto que a doença está progressiva e o tratamento não surte mais o efeito desejado e esperado. Com isto, conta com o apoio dos profissionais de enfermagem para a realização de cuidados paliativos (MOREIRA et.al, 2015).

Ao definir o termo cuidados paliativos é fundamental que haja uma abordagem multidisciplinar, para que se possa obter uma assistência de qualidade, tendo como foco, o intuito de amenizar e controlar os sintomas de ordem física, psicológica, social e espiritual ao paciente oncológico. Trata-se de oferecer ao paciente uma qualidade de vida, enquanto vida houver (OLIVEIRA; SILVA, 2010).

Todavia, sabe-se que apesar de todo o avanço tecnológico no campo da medicina em relação a inúmeras doenças, a cura do câncer ainda é o grande desafio para muitos pesquisadores. Com isto, muitos pacientes oncológicos não têm a cura e os profissionais médicos acabam optando pelo processo de cuidados paliativos juntamente com a família, a fim de proporcionar um final de vida digno ao portador de câncer, evitando a hospitalização e desgaste emocional para o mesmo (TAMBORELLI et al., 2010).

De acordo com Salimena e colaboradores (2013), a paliatividade consiste no cuidado que muitas pessoas começam a experimentar, com certo prolongamento de suas vidas com um cuidado de qualidade, por parte da equipe de enfermagem e, com isso, o médico destaca muito bem o quão importante é esse cuidado paliativo. Através desta premissa, os cuidados paliativos obtêm certo apoio dos familiares,

visto que a pessoa portadora de câncer em fase terminal terá uma qualidade de vida e uma morte digna e respeitosa.

No conceito de Lima e colaboradores (2009), os cuidados paliativos são utilizados em vários países, em diversas instituições hospitalares. Apesar de ser um tema conhecido, faz-se necessário que os profissionais de saúde, principalmente profissionais de enfermagem obtenham mais conhecimento sobre o assunto. Desta forma proporcionarão um cuidado mais humanizado e com o olhar holístico ao paciente oncológico.

Com isso, propor medidas de conforto e de alívio da dor é fundamental para que este paciente seja menos afetado por conjuntos de estressores, sendo que a maioria apresenta dores intensas, tornando-os fragilizados. Também faz parte dos cuidados paliativos, o incentivo ao portador de câncer a realizar algumas atividades diárias, para que o mesmo não perca sua autonomia e não sinta-se tão dependente de seus familiares e da equipe de profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2011).

Este processo de cuidados paliativos entra em vigor quando os diversos tipos de tratamento para o câncer não surtem mais efeito, inclusive a nanotecnologia. A nanotecnologia foi apresentada pelo físico Richard Feynman em 1959, com o intuito de disponibilizar a manipulação de materiais atômicos e moléculas individuais com função de produção de materiais nano estruturados em micro-objetos em aplicações reais (VELOSO, 2010 apud FREITAS; LIMA; ARÇARI, 2011).

Nanotecnologia refere-se a um termo pejorativo usado para definir um conjunto de técnicas e processos de preparação, manipulação, característica e controle de moléculas, para a construção de novos materiais em 17 escalas nanométricas, com novas dimensões inerentes (ALENCAR, 2008).

O aparecimento da nanotecnologia obteve profundo impacto na investigação científica e em varias áreas da saúde e principalmente na área oncológica. Este método auxilia nos estágios iniciais com prognostico mais ágil da doença, controlando e permitindo a detecção rápida e sensível de células malignas em estágios iniciais, tendo como finalidade atingir só as células doentes e não as células sadias (FREITAS; LIMA; ARÇARI, 2011).

Com uma tecnologia sendo inovada a cada dia e surgindo novos estudos e terapias que possam ser usadas como substitutas da quimioterapia, acelerando o tratamento farmacocinético e melhorando o aumento da circulação sanguínea, surge também uma expectativa do prolongamento da vida de pacientes com câncer através da combinação de expansão de avanços da nanotecnologia e biomateriais (EUGENIO; PARREIRA, 2011).

Em um futuro próximo, esta tecnologia pode vir a curar doenças como a AIDS, podendo ser usada em substituição ao tratamento convencional, visto que o tratamento convencional como a quimioterapia e a radioterapia deixam os pacientes debilitados e fracos por causarem graves efeitos adversos (COIMBRA, 2013).

Os cientistas vêm desenvolvendo estudos que usam nanocarregadores lipídicos cujos fármacos contêm citotóxicos utilizados no tratamento do câncer, na fórmula de lipossomas de (Adriamicina e Doxorrubicina). Esses são os primeiros nanocarregadores, aprovados por trazerem uma sequência de quimioterápicos no tratamento de câncer de ovário, sendo o quimioterápico (Placitaxel) misturado a albumina usado no tratamento de câncer de pâncreas e mama (DUARTE et al, 2018).

Segundo Duarte e colaboradores (2018), o uso de nanocarregadores objetiva que a droga possa potencializar peculiaridades farmacológicas nos compostos que geralmente são usados no tratamento de câncer. Em sua maioria, os fármacos foram liberados para uso clínico e outros continuam em fase final de teste para liberação clínica. Futuramente, os oncologistas poderão contar com arranjos especiais de nanocarregadores, que irão ajudar nos resultados terapêuticos.

Enquanto não ocorrem tais avanços com relação à nanotecnologia para o tratamento de câncer, a medicina deve seguir com o que o mercado atual oferece, buscando fornecer uma atenção especializada e humanizada ao paciente oncológico, assim como os demais profissionais de saúde. Dentro deste contexto em ofertar uma assistência respeitosa ao portador de câncer, surgem os cuidados paliativos, pois, apesar de muitos seres humanos não aceitarem a morte, a mesma faz parte da evolução humana (COMBINATO; QUEIROZ, 2006).

## **4 METODOLOGIA**

Revisão sistemática de literatura, descritiva e exploratória de caráter qualitativo, com o intuito de descrever o perfil epidemiológico de pacientes acometidos pelo câncer no mundo, no Brasil, no ES e na Grande Vitória, incluindo aspectos tecnológicos, familiares, profissionais e cuidados paliativos.

Além do mais, este tipo de pesquisa, possibilita a explicação de dados epidemiológicos e de fatores que circundam o contexto de desencadeamento da doença em questão. Explicar, de forma qualitativa, dados estatísticos, torna-se a pesquisa (LAKATOS; MARCONI, 2010).

A revisão bibliográfica é descritiva porque descrever as características de uma população, podendo surgir sobre diversos tipos de pesquisa são exemplo de pesquisas mercadológicas e de opiniões (BARROS; LEHFELD, 2007).

A revisão bibliográfica também foi exploratória por ter estabelecido critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma determinada pesquisa, visando oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipótese (BERVIAN; CERVO; SILVA, 2007).

Segundo Lakatos e Marconi (2010), a revisão sistemática de literatura auxilia o pesquisador a ter uma visão mais ampla sobre o tema proposto e fornece meios para que o mesmo possa realizar uma análise crítica sobre o tema proposto.

Realizou-se um levantamento bibliográfico com base de dados SciELO, revista acadêmica de enfermagem, Google acadêmico, Lilac, manuais do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Espírito Santo.

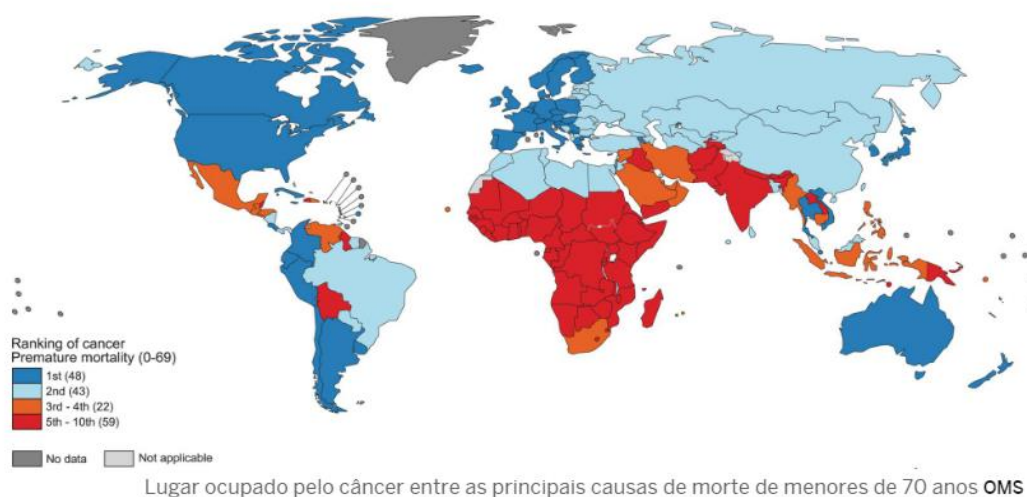
No total foram analisados 27 artigos que variaram de 2006 a 2018; 9 manuais de importância nacional e mundial.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados analisados correspondem ao panorama atual da incidência e prevalência dos números de cânceres no mundo, no Brasil, no estado do Espírito Santo e na Grande Vitória. A intenção foi proporcionar uma justificativa qualitativa no que tange

tais dados (INCA, 2018).

A figura 3 logo abaixo representa a incidência do tipo de câncer mais comum no mundo, no Brasil em ordem crescente.



**Figura 3:** Incidência de câncer no mundo

Fonte: BRAY et al (2015) apud GLOBOCAN (2018).

De acordo com Bray (2015) apud Globocan (2018), a figura 3 acima demonstra que 1 em cada seis mulheres e 1 para cada 6 homens pelas estimativas desenvolverão o câncer durante sua vida. Estima-se que em todo o mundo, 43, 8 milhões de pacientes com câncer morrem após 5 anos que descobrem a doença.

O aumento de casos novos de câncer ocorre em decorrência do crescimento populacional e o aumento da expectativa de vida dos seres humanos. Com isto, o índice de pessoas idosas vem aumentando consideravelmente causando impacto social e econômico. As altas taxas de câncer estão relacionadas ao estilo de vida (BRAY et al, 2015 apud GLOBOCAN, 2018).

Campanhas de prevenção no Norte da Europa por exemplo, obtiveram efeito positivo, pois houve um decréscimo de câncer de pulmão. Isto acontece também no Brasil, visto que certos tipos de regiões em nosso país tem maior prevalência por alguns tipos de cânceres do que outras. Regiões onde as pessoas têm mais acesso ao serviço público de saúde, as chances de sobrevivência são maiores do que em regiões onde a saúde pública encontra-se precária e deficiente, como podemos visualizar na figura 4, os principais tipos de cânceres que atinge o país na diversas

capitais brasileiras (BRAY et al, 2015 apud GLOBOCAN, 2018).

Estados	Próstata	Mama Feminina	Cólon e Reto	Traqueia, Brônquio e Pulmão	Estômago	Colo do Útero	Cavidade Oral
Acre	140	80	40	70	70	90	20
Amapá	90	60	30	50	80	110	20
Amazonas	580	420	280	370	460	840	110
Pará	1.060	740	500	510	740	860	220
Rondônia	340	200	130	180	140	130	60
Roraima	70	50	20	30	40	40	20
Tocantins	420	180	110	130	100	230	50
Alagoas	630	560	180	230	160	320	140
Bahia	4.280	2.870	1.370	1.100	1.170	1.230	760
Ceará	2.730	2.200	940	1.140	1.320	990	480
Maranhão	1.220	720	330	410	420	1.090	130
Paraíba	1.170	880	320	370	470	370	240
Pernambuco	3.050	2.680	1.060	1.080	930	1.030	560
Piauí	950	600	280	300	210	430	130
Rio Grande do Norte	1.090	800	370	390	410	320	230
Sergipe	700	550	210	210	160	250	140
Distrito Federal	850	1.020	670	390	300	290	180
Goias	2.210	1.670	1.150	1.020	570	580	450
Mato Grosso	1.080	680	400	420	270	340	190
Mato Grosso do Sul	1.190	830	600	470	320	280	210
Espírito Santo	1.510	1.130	730	580	460	250	410
Minas Gerais	6.730	5.360	3.160	2.570	2.170	890	1.440
Rio de Janeiro	6.950	8.050	4.690	3.140	1.660	1.340	1.700
São Paulo	14.890	16.340	12.060	7.650	4.790	1.940	3.990
Paraná	5.480	3.730	2.350	2.370	1.590	820	1.130
Rio Grande do Sul	6.210	5.110	3.180	4.360	1.350	840	1.100
Santa Catarina	2.600	2.190	1.200	1.730	930	470	590
Brasil	68.890	59.790	26.280	21.970	21.990	16.270	14.790

**Figura 4:** Incidência de Câncer nos Estados Brasileiros

Fonte: INCA, 2018.

Conforme a figura acima, os tipos de cânceres mais comuns no Brasil são o de próstata, mama, cólon e reto. Meneses e colaboradores (2013) relata que o câncer de próstata é o mais comum no homem, devido ao déficit do autocuidado e pode está correlacionando ao conceito que muitos homens têm de que não necessitam de cuidados médicos, e por isso, muitos descobrem a doença em estado avançado.

Entretanto, o câncer de mama, cólon e reto vem aumentando de forma assustadora, visto que atinge mulheres de várias classes sociais, porém, mulheres com baixa poder aquisitivo têm menos condições de realizar exames periódicos devido a dificuldade de obter uma consulta médica e o encaminhamento e agendamento para a realização dos mesmos. As falhas encontradas nas gestões no que concerne a atenção primária de saúde favorecem para a ausência de rastreamento e detecção precoce do tumor. Com isto, o índice de câncer torna-se elevado em todo o país (INCA, 2018).

Assim como em outras regiões e estados brasileiros, a região Sudeste, mais especificamente, o estado do Espírito Santo vem sofrendo com a alta incidência de casos novos de câncer, segundo a estimativa do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2018 (INCA, 2018).

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	1.510	74,47	87,04	160	87,44	74,77	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	1.130	55,71	55,63	140	71,76	59,35
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	250	12,32	11,27	20	9,96	7,97
Traqueia, Brônquio e Pulmão	370	18,08	20,24	30	18,73	24,25	210	10,38	9,46	20	11,59	10,49
Cólon e Reto	330	16,48	17,47	50	26,21	25,04	400	19,55	18,11	60	27,76	19,97
Estômago	310	15,39	13,29	20	13,46	8,27	150	7,51	5,85	20	8,64	5,63
Cavidade Oral	310	15,52	14,58	30	16,52	13,72	100	4,75	4,01	**	4,47	3,05
Laringe	130	6,57	6,72	20	9,53	9,06	30	1,37	0,91	**	0,85	0,55
Bexiga	150	7,45	8,02	**	7,91	7,12	50	2,44	2,10	**	4,12	2,65
Esôfago	250	12,47	12,13	20	11,57	10,50	70	3,26	2,64	**	3,62	2,58
Ovário	-	-	-	-	-	-	110	5,61	4,74	20	9,52	7,29
Linfoma de Hodgkin	30	1,65	1,54	**	2,22	1,75	20	0,91	1,02	**	0,44	0,49
Linfoma não Hodgkin	120	5,72	5,62	20	9,12	8,28	100	5,06	4,44	**	7,88	5,74
Glândula Tireoide	**	0,69	1,44	**	0,69	1,54	130	6,36	7,18	20	10,22	8,33
Sistema Nervoso Central	120	5,86	6,34	**	5,98	5,86	110	5,35	5,71	**	5,62	4,71
Leucemias	110	5,65	5,68	**	5,05	4,56	80	3,96	4,06	20	4,56	4,59
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	80	4,10	4,42	**	9,10	7,80
Pele Melanoma	60	3,11	3,27	**	5,89	6,07	110	5,25	3,86	**	6,50	3,91
Outras Localizações	640	31,53	31,64	60	36,44	34,93	570	28,16	23,89	60	29,23	21,93
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	4.450	219,88	232,71	470	264,44	242,17	3.700	181,88	197,39	470	234,16	193,93
Pele não Melanoma	1.660	81,90	-	240	137,48	-	1.730	84,94	-	80	40,38	-
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>6.110</b>	<b>301,91</b>	<b>-</b>	<b>710</b>	<b>399,47</b>	<b>-</b>	<b>5.430</b>	<b>266,92</b>	<b>-</b>	<b>550</b>	<b>274,02</b>	<b>-</b>

**Figura 5:** Taxa de casos de câncer no Espírito Santo

Fonte: INCA, 2018.

De acordo com o INCA (2018), fatores como estilo de vida, sedentarismo, obesidade; consumo de tabaco e álcool excessivo; falta de informação; déficit no autocuidado e ausência de atividade física favorecem para o alto nível de pessoas com câncer no Estado do Espírito Santo.

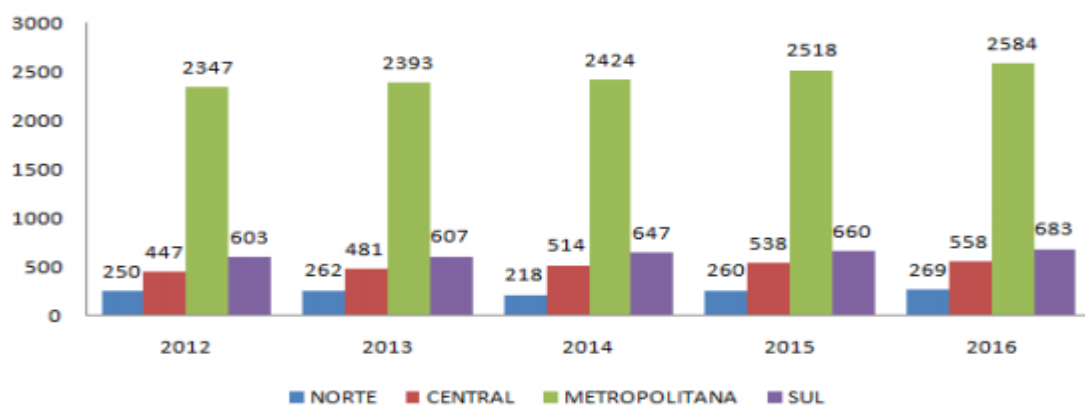
O uso do etanol pode desencadear câncer de faringe, esôfago, fígado, cólon e reto e mama, pois, o mesmo atua no intestino como solvente, auxiliando a entradas de substâncias carcinogênicas em células sadias. Outro fator importante é o início precoce da atividade sexual e variedade de parceiros para ambos os sexos. Isto aumenta as chances de expor-se a vírus carcinogênicos como o HPV, através da relação sexual (INCA, 2017).

Estes e outros fatores aumentam os riscos do surgimento de algum tipo de câncer em nosso corpo. Na figura 6 abaixo, podemos detectar o índice de mortalidade por



neoplasias em 04 principais regiões do Estado do Espírito Santo (Norte, Central, Metropolitana e Sul) no ano de 2017.

**Gráfico 01: Mortalidade por neoplasias nas regiões de saúde do estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2016.**



Fonte: SIM/Tabnet/ES - consolidados até o mês de junho/2017.

**Figura 6:** Mortalidade por neoplasias nas regiões de saúde do estado do Espírito Santo no período de 2012 a 2016.

Fonte: SIM/Tabnet – consolidados até o mês de junho/2017.

Segundo o Inca (2018), o número de pessoas acometidas pelo câncer ocorrer em toda região do estado, onde 2018 três municípios apresentaram um crescimento, sendo eles: Marilândia, Governador Lindenberg e Rio Novo do Sul. Em 2017, constou-se o óbito de 1.475 pessoas em todo Estado. Em 2016 ocorreram 1.373 óbitos por vários tipos de câncer. Estima-se que em 2018 ocorram 6110 novos casos em todo Espírito Santo e serão, aproximadamente, 1.510 novos casos de câncer de próstata e 1.130 novos casos de câncer de mama (CALDEIRAS, 2018).

Esta estimativa deve servir de alerta para os gestores das políticas públicas do Estado de Espírito Santo visando proporcionar uma rede assistencial mais ampla, a fim de rastrear casos novos de câncer e possivelmente evitar o surgimento do mesmo (INCA, 2017).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura utilizada para o embasamento teórico deste estudo mostrou que o câncer tornou-se uma das principais causas de óbitos em todo o mundo. No Brasil, o mesmo tem atingido proporções alarmantes em todo o território brasileiro. O Estado do Espírito Santo encontra-se dentro deste contexto.

O objetivo do estudo foi analisar o perfil epidemiológico de pacientes acometidos pelo câncer no Brasil e na Grande Vitória, englobando o tratamento Nano, assim como a assistência de enfermagem, no que refere-se ao apoio a família e ao paciente oncológico quanto aos cuidados paliativos na fase final da doença.

Tanto a nível nacional quanto ao nível do estado do Espírito Santo, os tipos de cânceres mais comuns são: câncer de próstata, de mama, de cólon e reto em consequência a hábitos inadequados quanto a alimentação; sedentarismo; consumo excessivo de álcool, drogas e cigarro; obesidade; e outros mais.

O câncer traz inúmeras alterações na vida do ser humano. A pessoa ao receber o diagnóstico de câncer, em muitos casos desenvolve sentimentos negativos, como negação e depressão. Isto faz com que a doença possa vir acelerar-se mais rápido. Nestas horas, o apoio familiar e de profissionais de enfermagem faz-se imprescindível visto que necessitam de motivação para combater a doença e lutar pela vida.

Contudo, alguns pacientes descobrem a doença em estágio muito avançado. Começam a apresentar desânimo e seu estado imunológico fica mais susceptível. Muitos médicos optam em colocar o paciente oncológico no processo de cuidados paliativos, dando alta hospitalar visando proporcionar conforto e alegria por estar perto dos seus nos momentos finais de vida.

Conclui-se que na fase terminal da doença cancerígena, os profissionais de enfermagem têm que prestar total assistência à família, quanto aos cuidados paliativos, com a intenção de ofertar conforto e dignidade em seus últimos momentos ao paciente oncológico de forma respeitosa.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. S. M. **Modelo de prospecção de tecnologias portadoras de futuro aplicado à nanotecnologia**. 2008. 193 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Escola de Química, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

ALVES, M. V. M. F.F. et al. Morte e morrer em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais de saúde. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 17, n. 3, p. 543-548, jul./set. 2012.

AMADOR, D.D.; et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto Contexto Enferm**, 20(1): 94-101. 2; 2011.

AVANCI, B. S.; et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 13(4): 708-716, 2009.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de metodologia científica**. 2ª São Paulo: Pearson. 2007.

BERVIAN, P. A.; CERVO, A. L.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BONFIM, D. Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.6, p.1462-70, 2012.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Tema**. Brasília: IBGE, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. 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).2013.

CASTRO-VASQUEZ, M. C.; ARELLANO-GALVEZ, M. C. Acceso a la información de mujeres com VPH, displasia e câncer cervical in situ. **Salud Pública de México** 2010; 52(3):207-212.

COIMBRA, A. B. **Nanotecnologia na saúde: aplicações e perspectivas**. 2013. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/32191/1/Monografia%20Andr%C3%A9%20Brito%20Coimbra.pdf>>. Acesso novembro 2018.

COMBINATO, D.S.; QUEIROZ, M.S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia**. 2006; 11(2): 209-216.

COSTA, A. M.; SILVA, V. V. **Estratégias nanotecnológicas para diagnóstico e tratamento do câncer**. 2017. Disponível em: <[http://seer.ufms.br/index.php/sameamb/article/download/4137/pdf\\_23](http://seer.ufms.br/index.php/sameamb/article/download/4137/pdf_23)>. Acesso outubro 2018.

CALDEIRAS, B. **Três municípios do Espírito Santo tem o câncer como principal causa de óbitos visto**. 2018. Disponível em: <<http://eshoje.com.br/tres-municipios-do-es-tem-o-cancer-como-principal-causa-de-obitos>>. Acesso outubro 2018.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DUARTE, A. V.; et al. Progressos da nanotecnologia no tratamento tumoral: uma revisão sistemática. **Rev. Mult. Psic.** v.12, N. 40. 2018.

EUGENIO, J.; PARREIRA, D. B. **Nanopartículas para aplicação oncológica**, 2011. INPI. Governo de Portugal.

FREITAS, F.J.; LIMA, A. A.; ARÇARI, D. P. **Nanotecnologia empregada no tratamento do câncer**. 2011. Disponível em: <[http://unifia.edu.br/revista\\_eletronica/revistas/gestao\\_foco/artigos/ano2011/trat\\_cancer.pdf](http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/gestao_foco/artigos/ano2011/trat_cancer.pdf)>. Acesso novembro 2018.

GURGEL, M. G. I.; et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 610-615, 2011.

GÓES, C. **Fundamentos de oncologia**. 2012. Disponível em: <[http://www.colegiogregormendel.com.br/gm\\_colegio/pdf/2012/textos/3ano/biologia/7.pdf](http://www.colegiogregormendel.com.br/gm_colegio/pdf/2012/textos/3ano/biologia/7.pdf)>. Acesso outubro 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>. Acesso novembro 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIMA, A. P. et al. Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisão de literatura. **Cienc Cuid e Saúde**. Out/Dez. 2009. 8(4):699-706.

MACHADO, F. S.; PINHO, I.G. de; LEITE, C. V. A prevenção do câncer de mama pela atenção primária sob a ótica de mulheres com esta patologia. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 2, n. 2, p. 271-283, nov./ dez. 2009. Disponível em: <[http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2\\_2/lani\\_Flavia\\_e\\_Celina.pdf](http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/lani_Flavia_e_Celina.pdf)>. Acesso em set 2018.

MANCINI, T. I. **Avaliação de desequilíbrios genômicos em rearranjos cromossômicos aparentemente equilibrados**. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/21983>>. Acesso novembro 2018.

MATUMOTO, S.; et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, jan/fev 2011.

MELO, M.C.S.; et al. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p.389-398, 2012.

MOREIRA, J. N. S. A. **Sistemas de base nanotecnológica em oncologia: desafios e oportunidades**. 2013. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/24868/1/Sistemas%20de%20base%20nanotecnol%C3%B3gica%20em%20oncologia.pdf>>. Acesso novembro 2018.

MOREIRA, T. M. M.; et al. **O cuidado clínico de enfermagem**. Fortaleza: EdUECE, 2015.

MOTA, W. **Processo de carcinogênese**. Disponível em:  
<<http://patoneoplasia.blogspot.com/2013/06/processo-de-carcinogenese.html>>.  
Acesso outubro 2018.

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, M. J. P. Autonomia em cuidados paliativos: conceitos e percepções de uma equipe de saúde. **Acta Paul Enferm** 23(2):212-7, 2010.

PINTO, F. N.; et al. Mutação do gene p53 induzindo predisposição hereditária ao câncer: relato de um caso da síndrome de Li-Fraumeni\*. 2002. **Rev Med** (São Paulo) jan./dez.;81(1/4):42-6, 2002.

PIRES, L.; et al. Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 4, n. 1, p. 54-57, 2013.

PRADEBON, V. M.; et al. A teoria da complexidade no cotidiano da chefia de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n  1, p.13-22, 2011.

SALIMENA, A. M. O.; et al. Mulheres portadoras de câncer de colo de útero: percepção da assistência de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.** jan/abr; 4(1):909-920, 2014.

SANTOS, D. B. A.; LATTARO, R. C. C.; ALMEIDA, D. A. **Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura**. 2011.  
Disponível em:  
<<http://www.libertas.edu.br/revistalibertas/revistalibertas1/artigo05.pdf>>. Acesso novembro 2018.

SILVA, S. de S.; AQUINO, T. A. A. de; SANTOS, R. M. dos. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-89, dez. 2008. Disponível em:  
<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S18085687200800020006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18085687200800020006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso outubro 2018.

SILVA, E. P.; SUDIGURSKY, D. Concep es sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm** 21(3):504-8, 2008.

TAMBORELLI, V.; et al. O papel da enfermagem e da fisioterapia na dor em pacientes geriátricos terminais. **Geriatrics & Gerontologia**. v.4, n.3, p.146-153, 2010.

VASCONCELOS, C. T. M. et al. Integrative review of the nursing interventions used for the early detection of cervical uterine cancer. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 437-444, 2011.

VIEIRA, R. J.D.C. **Oncogênese e progressão do melanoma: análise mutacional e estudo clínico retrospectivo**. Coimbra: [s.n.], 2013. Tese de doutoramento. Disponível em: <[www:http://hdl.handle.net/10316/23643](http://hdl.handle.net/10316/23643)>. Acesso setembro 2018.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Gastão Wagner de Souza Campos; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Junior; Yara Maria Carvalho. (Org). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p.635-667.

YABROFF, K.R; MANGAN, P.; MANDELBLATT, J. Effectiveness of Interventions to Increase Papanicolaou Smear Use. **J Am Board Fam Pract**, v.16, n.3, may-jun, p.188-203, 2003.