

ANAIS DO II CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA

Realização:



Apoio:



ORGANIZADORES II CMO

Alexandre Cardoso Santos
Anna Karolyne Duarte Grandó
Bárbara Letícia Rodrigues Bicalho
Bianca Ribeiro Martínez
Brunna Cristina Silva Barbosa
Carla Dayana Durães Abreu
Daiane Franciele Dias Ferreira
Darliane Soares Silva
Fabiana Almeida Miranda
Flávio Marconiedson Nunes
Fylipe Guimarães Barbosa
Gabryele Rodrigues Silva Ramos
Guilherme Veloso Ramos
Igor Miqueias Pereira dos Santos
Jaqueline Rodrigues
João Matheus de Almeida Silva
João Pedro Paulino Ruas
Jordana Sabrina Alves Cerqueira
Juliana Andrade Pereira
Júlio César Figueirêdo Júnior
Laura Renata Cesário Silva
Letícia Diniz Cunha
Letícia Rocha Oliveira Matos
Lidylara Lacerda Araújo Carvalho
Lincoln Valério Andrade Rodrigues
Luiz Felipe Lopes
Maria Aparecida da Rocha
Maria Gabriela Costa Franca
Maria Izabel de Azevedo Ferreira
Michael Vinicius da Silva

Natália Oberhofer Nascimento
Nattallia Dias de Freitas
Paulo Henrique de Medeiros Júnior
Raissa Raquel Ferreira Freitas
Renata Carvalho Soares
Tatiane Cristina Silva Macedo
Thais Emanuelle Gonçalves Nunes
Thaís Santos Neves
Thiago Araújo Magalhães
Thiago Vinícius dos Santos Ferreira
Vaneska Cordeiro Teixeira
Wendel Lucas Ferreira

INTEGRANTES DA COMISSÃO CIENTÍFICA

Juliana Andrade Pereira
**Coordenadora Científica do II Congresso
Multidisciplinar de Oncologia**

- João Pedro Paulino Ruas
- Fylipe Guimarães Barbosa

ORGANIZADORES DOS ANAIS

- Juliana Andrade Pereira;
- João Pedro Paulino Ruas;
- Leandro Mendes Pinheiro da Silva.

- Diego Andreazzi Duarte
Diretor da Revista Acervo Saúde
- Antônio Prates Caldeira
Coordenador do Curso de Medicina Das FIP-MOC

INTEGRANTES DA BANCA AVALIADORA

- Juliana Andrade Pereira;
- Bruno Porto Soares;
- Henrique Nunes Pereira;
- Leandro Mendes Pinheiro da Silva;
- Júlio César Figueirêdo Júnior.

PROGRAMAÇÃO DO II CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA



AUDITÓRIO DAS FIP-MOC

2º CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA

PROGRAMAÇÃO

20/04 SEXTA

17:30h - Credenciamento

18h - Importância do Suporte Multiprofissional na Oncologia Pediátrica > Eliana Cavacami

19h - De Fisioterapeuta à Paciente - O Que eu Aprendi Com o Câncer > Camila Porto Carvalho Gonçalves

20h - Cuidar Quando Curar Não é Mais Possível > Priscila Bernadina

21/04 SÁBADO

MANHÃ

08h - Trabalhos Científicos

09h - Diagnóstico do Câncer - Do Medo ao Tratamento > Cláudio Henrique Rebello

09:50h - Coffee Break

10h - Suporte ao Paciente Com Mucosite Oral Induzida por Quimioirradiação > Breno Amaral

11h - Depoimento - Mãe (Danielle Ribeiro Trindade) e Filha em Tratamento (Marcela Ribeiro)

TARDE

14h - Habilidades e Competências do Nutricionista na Oncologia > Marilena Antunes Uramoto

15h - A Importância do Acompanhamento Psicológico no Tratamento Oncológico > Ana Laura Ferreira Costa

16h - Atuação Fonoaudiológica em Oncologia: Uma visão Multidisciplinar > Maria Gisele Freire Versiani

17h - Emergência Oncológica: Manejo da Neutropenia Febril em Pacientes Adultos > Dilma da Mata Borges

18h - Coquetel de Encerramento

APRESENTAÇÃO:

APOIO:



APRESENTADOR DO EVENTO



PATROCINADORES

- Clínica São Miguel;
- Revista Acervo Saúde, Medcel;
- Café 3 Corações, Joy Essências,
- Superior Curso;
- Odontologia Maykon Cardoso;
- Clínica Tudo Orto.

SUMÁRIO

I APRESENTAÇÃO.....	12
II RESUMO DE APRESENTAÇÃO ORAL.....	13
1ºLugar: Câncer de mama: Representações sociais de mulheres cadastradas na saúde da família.....	14
2º Lugar: Mastectomia: Uma percepção da auto-imagem de mulheres da saúde da família	16
3º Lugar: Tumor cerebral e qualidade de vida: percepções de pacientes cadastrados na saúde da família	18
III RESUMO SIMPLES.....	20
1.Análise da mortalidade por leucemia linfoideinfanto-juvenil no brasil de 2005 a 2015.....	21
2.Aspectos psicológicos relacionados ao tratamento cirúrgico do câncer de próstata.....	24
3.A visão da enfermagem nos cuidados paliativos: Uma revisão de literatura	26
4.A espiritualidade exerce alguma função na cura do cancer? Uma revisão de literatura	28
5.Câncer de mama: Percepção das mulheres sobre os cuidados de enfermagem.....	30
6.Carcinoma neuroendócrino de grandes células pulmonares: Uma revisão de literatura.....	32
7. Concepção da auto imagem em pacientes mastectomizadas	34
8. Comunicação de más notícias: Técnicas e preparo profissional	36
9.Cuidados de enfermagem prestados a um paciente oncológico submetido à terapia nutricional enteral: Relato de experiência	38
10.Cuidados paliativos no cancro de colo de útero: Relato de caso.....	40

11.Estado nutricional de pacientes oncológicos	42
12.Importância do diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil: Uma revisão literária.....	44
13.Impacto da vacinação contra o HPV no câncer de colo uterino.....	46
14. Influência da reposição hormonal associada ao câncer de mama: Revisão sistemática	48
17.Manejo farmacológico da dor em pacientes oncológicos: Uma revisão literária.....	50
18.Metástase cerebral e seu impacto na qualidade de vida.....	52
19.Mortalidade por câncer de mama em minas gerais: Importância do rastreamento.....	54
20.Pespectiva da enfermagem na prática de cuidados paliativos em oncologia pediátrica: Uma revisão de literatura.....	57
21.Perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino.....	60
22.Processo de enfermagem à um paciente com adenocarcinoma gastrico com metastase hepática: Um relato de experiência.....	62
23.O olhar da enfermagem frente ao câncer de pele em idosos: Relato de experiência.....	64
24.Sentimentos vivenciados pelo portador de câncer: Uma revisão de literatura.....	66
25.Tratamento do câncer endometrial de baixo risco: Uma revisão de literatura.....	68
RESUMO EXPANDIDO.....	71
1.As práticas de enfermagem no incentivo ao autocuidado em pacientes oncológicos	72
2.Avaliação nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama	78
3.A importância da realização do rastreamento do câncer de pulmão no Brasil	82
4.Carcinoma Verrucoso em Mucosa Jugal: Relato de caso	87
5.Caracterização sociodemográfica das crianças e adolescentes oncológicos atendidos em um hospital de referência no Norte de Minas Gerais	90

6.Como cuidar de quem cuida? Estratégias para prevenção e enfrentamento de doenças psicossociais em trabalhadores da oncologia	94
7.Complicações orais manifestadas em pacientes oncológicos e a conduta do cirurgião-dentista: Uma revisão de literatura	99
8.Cravo da índia e seu efeito antitumoral: Revisão sistemática	103
9. Diagnóstico diferencial dos tumores abdominais na infância	108
10.Dificuldades enfrentadas por familiares no convívio com portadores de esquizofrenia: Uma revisão sistemática	110
11. Efeitos da glutamina na gravidade dos sintomas da mucosite oral em pacientes com câncer de cabeça e pescoço: Uma revisão	113
12.Entraves à realização do Papanicolau sob a ótica feminina e conseqüente impacto na eficácia do rastreamento do câncer de colo uterino	117
13.Enfermeiros na atenção ao homem com câncer de próstata: Uma revisão de literatura	122
14.Fatores determinantes da troca do Tubo Orotraqueal para a Traqueotomia em pacientes vítimas de AVC/AVE em provável longa permanência	126
15.Linfoma de Hodgkin: Perfil epidemiológico em Minas Gerais, Brasil Mortalidade por CCU: Uma análise entre regiões do Brasil	130
16.Mortalidade por CCU: Uma análise entre regiões do Brasil	135
17.Perfil epidemiológico das mulheres acometidas pelo câncer de mama no Brasil	140
18.Próteses Bucomaxilofacias e sua importância para a reabilitação de pacientes após cirurgia oncológica	144
19.Processo de enfermagem relacionado a uma paciente com leucemia promielocítica aguda: Relato de experiência	148
20.Qualidade de vida entre mulheres submetidas aos tratamentos para câncer de mama: Uma revisão	152
21.O uso da terapia Fotodinâmica em pacientes submetidos à radioterapia	158
22.Voz e deglutição pós Laringectomias: Uma revisão	162
20.Qualidade de vida entre mulheres submetidas aos tratamentos para câncer de mama: Uma revisão	146
21.O uso da terapia Fotodinâmica em pacientes submetidos à radioterapia	151
22.Voz e deglutição pós Laringectomias: Uma revisão	155

APRESENTAÇÃO II CONGRESSO MULTIDISCIPLINAR DE ONCOLOGIA

Trata-se de um evento com caráter científico, ocorrido nos dias 20 e 21 de abril de 2018 no auditório das FIP-MOC, organizado pelos **acadêmicos das Faculdades Integradas Pitágoras, Fasi, Funorte, Unimontes e Santo Agostinho**, com presença de **300 participantes**.

O 2º Congresso Multidisciplinar de Oncologia. É um evento de cunho educacional e social que visou alicerçar e disseminar o conhecimento nas mais diversas áreas da saúde. Além disso, teve uma proposta de confluência dos métodos de ensino e as diferentes visões sobre conteúdos essenciais da oncologia. Contou com palestrantes renomados que ministraram palestras com temas pertinentes que atingem todos os acadêmicos e profissionais da saúde.

RESUMO
APRESENTAÇÃO ORAL

CÂNCER DE MAMA : REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES CADASTRADAS NO SAÚDE DA FAMÍLIA

Nayara Teixeira Gomes¹, Valeria Gonçalves de Araújo², Jeniffer Juliana Cardoso Costa³, Isabel Cristina⁴, Agna Soares Silva Menezes⁵, João Alves Pereira⁶

¹Enfermeira- Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras – FIP-MOC, Especialista em Saúde da Família pela SOEBRAS- Referência Técnica da Atenção Primária Saúde- Preceptora da Coordenação do PET-SAÚDE Funorte-Montes Claros-MG.

²Enfermeira - Graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pela Consultoria Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão (CBPEX). Especialista em Urgência Emergência pelo Instituto Prominas. Enfermeira da Atenção Primária de Montes Claros. Tutora Virtual da Faculdade Unyleya.

³Enfermeira-Graduada pelas- Faculdades Unidas do Norte de Minas. Enfermeira no Pronto Atendimento Municipal Alpheu de Quadros de Montes Claros - MG.

⁴Enfermeira- Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras – FIP-MOC, Especialista em Gestão Pública com Ênfase em Saúde da Família pelas Faculdades Pitágoras FIP-MOC. Enfermeira da Atenção Primária de Montes Claros.

⁵ Enfermeira- Graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros-Residente em Saúde da Família-Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI.

⁶ Enfermeiro- Graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros - Especialista em Atenção Básica pela UFMG- Coordenador do Núcleo de Atenção Primária Saúde-Secretaria Estadual de Saúde –SES/MG Montes Claros.

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de câncer de mama, tal como todo o processo de tratamento está culturalmente associado ao conceito de morte, trata-se de um processo doloroso, que atinge não só a mulher que teve a propagação do câncer pelo organismo, mas reflete nos demais setores de sua vida, especialmente no âmbito familiar¹. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como impulso discutir acerca do câncer de mama no Brasil, levando em consideração os principais reflexos advindos do diagnóstico da doença, bem como de seu tratamento no âmbito social, emocional e principalmente no âmbito familiar². **Objetivo:** Levantar os principais impactos do câncer de mama para a mulher. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido com mulheres com diagnóstico de câncer de mama no município de Montes Claros/MG, que foram submetidas a uma entrevista com questões relacionadas a particularidades envolvidas no contexto pesquisado. Os dados obtidos passaram pelo processo de análise de conteúdo conforme o preconizado por Bardin³, no qual o pesquisador busca entender profundamente as características e informações que estão por trás dos fragmentos das respostas. **Resultados e discussões:** Do discurso das entrevistadas, emergiram quatro categorias temáticas: “Reação ao receber a notícia do diagnóstico”, “Apoio dos familiares”, “Impactos físicos” e “Apego à fé/espiritualidade”. **Considerações finais:** Esse estudo nos possibilitou ampliar a nossa compreensão acerca dos sentimentos e reações emocionais vivenciados pelas mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama. Através das falas das participantes, percebemos que muitas vezes com diagnóstico confirmado de câncer de mama, as primeiras reações são: o choque, devido ao impacto que a

notícia causa nas mulheres; a falta de informações necessárias quanto aos cuidados ou o que fazer e preocupação por se tratar de algo que até então não tinham vivenciado. Outra questão importante percebida é que o apoio familiar é muito importante para a aceitação, tratamento e recuperação. As mulheres entrevistadas que receberam apoio dos familiares se sentiram melhor e mais confiantes. Todas se apegaram à fé para passar por esse período crítico. Consideraram vital a espiritualidade para a cura ou tratamento do câncer de mama. Enfim, segundo as mesmas, a estratégia de enfrentamento que mais teve efeito concreto.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Saúde da Mulher. Família.

Referencias

1.Ferrazza A; Muniz RM; Pinto BK *et al.* A sobrevivência ao câncer na perspectiva da família. Revista de Enfermagem UFPE OnLine – REVOL. ISSN: 1981-8963. DOI: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201611. Disponível em: file:7021-84004-1-PB.pdf. Acesso em: 16 Mar 2017.

2.Maia F;E da S. A família frente aos aspectos do câncer. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 14, n. 50, p.66, out./dez., 2016. Doi: 10.13037/rbcs.vol. 14, n50.3801, ISSN 2359-4330. Disponível em: <file:///C:/Users/DGA/Downloads/3801-13470-1-PB.pdf> Acesso em: 16 Mar 2017.

3- Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, LDA; 2009.

MASTECTOMIA: UMA PERCEPÇÃO DA AUTOIMAGEM DE MULHERES DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nayara Teixeira Gomes¹, Isabel Cristina ², Valeria Gonçalves de Araújo ³, Jeniffer Juliana Cardoso Costa ⁴, Agna Soares Silva Menezes⁵, João Alves Pereira⁶

¹Enfermeira- Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras – FIP-MOC, Especialista em Saúde da Família pela SOEBRAS- Referência Técnica da Atenção Primária Saúde- Preceptora da Coordenação do PET-SAÚDE Funorte-Montes Claros-MG.

²Enfermeira- Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras – FIP-MOC, Especialista em Gestão Pública com Ênfase em Saúde da Família pelas Faculdades Pitágoras FIP-MOC. Enfermeira da Atenção Primária de Montes Claros.

³Enfermeira - Graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pela Consultoria Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão (CBPEX). Especialista em Urgência Emergência pelo Instituto Prominas. Enfermeira da Atenção Primária de Montes Claros. Tutora Virtual da Faculdade Unyleya.

⁴ Enfermeira-Graduada pelas- Faculdades Unidas do Norte de Minas. Enfermeira no Pronto Atendimento Municipal Alpeu de Quadros de Montes Claros - MG.

⁵ Enfermeira- Graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros-Residente em Saúde da Família-Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI;

⁶Enfermeiro- Graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros - Especialista em Atenção Básica pela UFMG- Coordenador do Núcleo de Atenção Primária Saúde-Secretaria Estadual de Saúde –SES/MG Montes Claros.

RESUMO

Introdução: O aparecimento do câncer na vida da mulher se caracteriza como um acontecimento marcante, provocando uma série de modificações que interferem na forma como se sentem em relação a si mesmas e no modo como vêem a vida¹. Isso se dá pelo fato de essa patologia desencadear questões existenciais, como a idéia de aproximação da morte, além de acarretar dor e sofrimento². O método utilizado para impedir o desenvolvimento do câncer de mama é a mastectomia, que consiste em um método cirúrgico agressivo e traumático que traz grandes conseqüências tanto psicológicas como físicas a vida e saúde da mulher³. As conseqüências psicológicas para uma mulher que passa por uma mastectomia são tão dolorosas quanto o fato de possuir um câncer. Seu sofrimento vai além da doença, uma vez que a cirurgia mamária traz consigo uma perda da feminilidade com a retirada do seio. Após a realização da mastectomia são desencadeadas o medo á preocupação e ansiedade entre as mulheres submetidas à cirurgia apesar de terem passado por todo procedimento cirúrgico

Objetivo: compreender as percepções que as mulheres têm sobre a mastectomia, os sentimentos vividos por elas. **Método:** O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa, de corte transversal utilizando a pesquisa de campo, que visa discorrer acerca das percepções de mulheres passaram pelo processo de mastectomização. Esse material foi submetido à análise de conteúdo conforme preconizado por Bardin⁴. **Resultados e Discussão:** Do discurso das entrevistadas, emergiram cinco categorias temáticas: “Percepção de si mesma”, “Apoio conjugal e sexualidade”, “Reação ao diagnóstico”, “Alterações vivenciadas na rotina e trabalho após a cirurgia” e “Eu e o olhar do outro”. **Conclusão:** Percebeu-se que a maioria das mulheres conseguiu passar pela mastectomia com tranqüilidade, pois receberam apoio da família, em relação ao diagnóstico relataram choque emocional ao receber o resultado. As

mulheres relataram que depois da mastectomia não puderam voltar a trabalhar o que lhes ocasionou sentimento de inutilidade, com relação a vida social, elas se sentiam muito incomodadas. o estudo justifica-se por contribuir para o estabelecimento de novas perspectivas, de que nem sempre a mastectomia esta relacionado a sofrimentos, mas sim acontecimentos que são solucionados com apoio espiritual, familiar e da ciência. E, sobretudo novas estratégias para acolhimento dessas mulheres na rede de saúde.

Palavras-Chave: Mastectomia. Mulheres. Autoimagem. Emoções. Controles formais da sociedade.

Referencias

- 1.Ferreira RMB, Lemos MF. A mulher e o câncer de mama: um olhar sobre o corpo adoecido. *Perspectivas em Psicol*,2016;20(1):178-201.
- 2.Bernardes C, Bittencourt JVOV, Parker AG,LuizKR,Vargas MAO. Percepção de enfermeiros(o)s frente ao paciente oncológico em fase terminal. *Rev. baiana de enfer*,2014;jan/abr, v. 28(1), p. 31-1.
- 3.Braga AKG, Santos TLC,Magalhães MAV. Processo de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas. *Rev. inter*, 2016 jan/mar, v. 9, n. (1), p. 216-23
- 4.Fontanella BJB, LuchesiBM ,Saidel MGB, Ricas J; Turato E R, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011 fev; 27(2): 389-94.

TUMOR CEREBRAL E QUALIDADE DE VIDA: PERCEPÇÕES DE PACIENTES CADASTRADOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Isabel Cristina Alves Pereira¹, Nayara Teixeira Gomes², Valeria Gonçalves de Araújo³, Jeniffer Juliana Cardoso Costa⁴, Agna Soares Silva Menezes⁵, João Alves Pereira⁶

¹Enfermeira- Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras – FIP-MOC, Especialista em Gestão Pública com Ênfase em Saúde da Família pelas Faculdades Pitágoras FIP-MOC. Enfermeira da Atenção Primária de Montes Claros.

²Enfermeira- Graduada pelas Faculdades Integradas Pitágoras – FIP-MOC, Especialista em Saúde da Família pela SOEBRAS- Referência Técnica da Atenção Primária Saúde- Preceptora da Coordenação do PET-SAUDE Funorte-Montes Claros-MG.

³Enfermeira - Graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pela Consultoria Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão (CBPEX). Especialista em Urgência Emergência pelo Instituto Prominas. Enfermeira da Atenção Primária de Montes Claros. Tutora Virtual da Faculdade Unyleya.

⁴Enfermeira-Graduada pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas. Enfermeira no Pronto Atendimento Municipal Alpehu de Quadros de Montes Claros - MG.

⁵Enfermeira- Graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros-Residente em Saúde da Família-Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Saúde Ibituruna- FASI;

⁶Enfermeiro- Graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros - Especialista em Atenção Básica pela UFMG- Coordenador do Núcleo de Atenção Primária Saúde-Secretaria Estadual de Saúde –SES/MG Montes Claros.

RESUMO

Introdução: As neoplasias podem ser definidas como proliferações celulares anormais, pois há descontrole da produção dessas células, submetendo o organismo a efeitos agressivos causado por elas. Pacientes com tumores cerebrais sofrem alterações neuropsiquiátricas e físicas devido a efeitos colaterais severos, tanto da doença quanto do tratamento, sendo em alguns casos alterações irreversíveis¹. Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, que engloba todos os conceitos, e o que acha necessário e adequado para viver bem e satisfeito². O diagnóstico do câncer tem um efeito altamente impactante na vida social, empregatícia e familiar do indivíduo³. **Objetivo:** A proposta desse estudo é avaliar a qualidade de vida na percepção dos pacientes portadores de tumor cerebral. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo de caráter qualitativo. A população estudada foi composta por pacientes portadores de tumor cerebral cadastrados nas equipes de saúde da família na cidade de Montes Claros-MG. Para a realização deste estudo foi utilizado o método de entrevista semiestruturada, que possuiu questões norteadoras sobre o assunto. Para a realização das entrevistas foi solicitado um levantamento de dados através da coordenação de saúde da família de Montes Claros MG. Posteriormente foi realizado transcrição das falas, categorização e análise do conteúdo, segundo Bardin para melhor compreensão dos sujeitos entrevistados. Para o autor a análise de conteúdo é uma análise crítica a fim de explorar mais a fundo todos os dados informados. **Resultados e discussão:** A partir das entrevistas, surgiram 4 temáticas que foram categorizadas: “O significado de qualidade de vida”, “Diagnóstico X Qualidade de vida”, “Diagnóstico e as mudanças na relação social”, “Os medos”, pois a temática nos permitiria o melhor estudo para compreensão da real situação dos pacientes. **Considerações:** O presente estudo possibilitou a

compreensão das alterações que um tumor cerebral pode causar na vida de um indivíduo, antes do diagnóstico e do desenvolvimento do tumor.

Palavras-Chave: Tumor cerebral. Qualidade de vida. Câncer. Pacientes.

Referencias

1-Prado GM., Zavanelli AC, Junior EGJ *et al.* O cuidador de paciente com neoplasia cerebral maligna primária: os desafios do cuidado. Arch Health Invest,2014; 3(5): 16-23. Disponivelem: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/795/1072>. Acesso em: 15 maio. 2017.

2-Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, 2012; 26(2): 241-50. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rbefe/article/view/45895>. Acesso e 15 maio. 2017.

3-Terra FS, Costa AMDD, Damasceno LLet *al.* Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. RevBrasClin Med. 2013; 11(2):112-7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n2/a3564.pdf> . Acesso em: 18 maio. 2017.

RESUMO SIMPLES

ANÁLISE DA MORTALIDADE POR LEUCEMIA LINFOIDE INFANTO-JUVENIL NO BRASIL DE 2005 A 2015

Iara Cristina Vieira Ribeiro¹; Isadora Prado de Araújo Vilela¹; Georgia Nascimento Silva¹; Maria Fernanda Galdino Freitas¹; Maria Elvira Maia Ferreira²; Leda Teixeira³.

¹ Acadêmicos de medicina Funorte-ICS.

² Acadêmica de medicina Unimontes, bolsista bic/uni.

³ Orientadora.

RESUMO

Introdução: A principal Leucemia que acomete a faixa etária infanto-juvenil é a Leucemia Linfóide (LL), e, dentre os subtipos dessa neoplasia, citam-se a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) e Leucemia Linfóide Crônica (LLC)¹. A LLC é extremamente rara na infância, ficando, portanto, incluída no subgrupo das LLAs¹, o tipo predominante de leucemia da criança², sem que isto afete as taxas de incidência deste subgrupo. Sendo assim, LLA representa a maioria dos casos das LL (99%), de forma que o diagnóstico desta na faixa etária infanto-juvenil se torna sinônimo de LLA³. A LLA é uma neoplasia primária da medula óssea caracterizada pela infiltração de blastos nesse local, gerando alteração da linhagem linfóide. Em relação à epidemiologia, acomete, frequentemente, meninos leucodermas, de 2 a 5 anos de idade⁶. Alguns fatores de risco estão associados a esta patologia, como a radiação ionizante^{7,8}; produtos químicos e imunodeficiências⁸; anomalias cromossômicas constitucionais, como síndrome de Down, síndrome de Bloom, anemia de Fanconi e ataxia-telangiectasia^{9,10}; além de polimorfismos genéticos¹¹. **Objetivo:** Identificar as taxas de mortalidade da Leucemia Linfóide infanto-juvenil no Brasil em 10 anos e relacionar os dados encontrados com a idade da criança ao diagnóstico, assim como reconhecer os fatores determinantes do prognóstico da doença. **Materiais e Métodos:** Este trabalho é de cunho descritivo em que foi realizada uma revisão de literatura a partir da análise de 12 artigos, de 1991 a 2017, selecionados nas bases de dados SciELO, Pubmed e Medline, além da avaliação de dados de mortalidade disponíveis no Atlas On-line de Mortalidade, no site do Inca. **Resultado e Discussão:** De 2005 a 2010, 2.509 crianças e adolescentes, de 0 a 15 anos, morreram devido à Leucemia Linfóide. De 2011 a 2015, esse índice foi de 2.045 óbitos. As menores taxas de mortalidade ocorreram de 0 a 2 anos, com 8,52%, de 2005 a 2010, e 7,92%, de 2011 a 2015. Foram observadas maiores taxas de mortalidade aos seis anos de idade, com 194 óbitos, seguido pela idade de dezesseis anos, com 184 casos de óbito¹². Acredita-se que esse pico durante a adolescência seja gerado pelo maior número de rearranjos cromossômicos pelo tratamento ser inadequado nessa faixa etária¹³. Com os protocolos atuais de terapêutica, a LL tem altas chances de cura, sendo mais de 70% das crianças curadas em até 3 anos^(2,4). Ademais, a maioria dos cânceres pediátricos apresentam uma eficácia de custo no tratamento e um ótimo prognóstico quando detectado precocemente^{4,14}. Apesar dos benefícios acarretados pelo tratamento, podem surgir sequelas nesses indivíduos, como o ganho de peso, que pode gerar síndromes metabólicas e doenças cardiovasculares¹⁴ e neutropenia, que aumenta a susceptibilidade a infecções¹⁵. **Conclusão:** Levando em consideração a alta incidência na população infantil, torna-se indispensável à identificação e análise da incidência de LL de forma a contribuir beneficentemente para a elaboração de estratégias de detecção precoce e ações de saúde voltadas para pacientes infanto-juvenis oncológicos, visando melhor prognóstico da doença.

Palavras-chave: Leucemia Linfoide Aguda, Infantojuvenil, Mortalidade, Tratamento.

Referências

- 1.Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International classification of childhood cancer, third edition. *Cancer*. V.67; p.103:1457; 2005.
- 2.Pedrosa F; Lins M. Leucemia Linfoide Aguda: uma doença curável. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. V 2; n 1; p 63-68; jan-abr, 2002.
- 3.Silva FF, Zandonade E, Zouain-Figueiredo GP. Analysis of childhood leukemia mortality trends in Brazil, from 1980 to 2010. *J Pediatr (Rio J)*. V.92; p. 90:558; 2014.
- 4.Laks D; Langhi F; Wagner MB; Garcia PCR. Avaliação da sobrevida de crianças com leucemia linfocítica aguda tratadas com o protocolo Berlim- Frankfurt- Munique. *J Pediatr*. V 79; n 2; p 149-158; 2003.
- 5.Borim LNB; Ruiz MA; Conte ACF; Camargo B. Estado nutricional como fator prognóstico em crianças portadoras de Leucemia Linfocítica Aguda. *Rev Bras Hematol Hemoter*. V 22; n 1; p 47-53; 2000.
- 6.Elman I, Silva MEMP. *Revista Brasileira de Cancerologia*. V 53; n 3; p 297-303; 2007.
- 7.Noshchenko AG, Moysich KB, Bondar A, Zamostyan PV, Drosdova VD, Michalek AM. Patterns of acute leukaemia occurrence among children in the Chernobyl region. *Int J Epidemiol*. V 30; n 1; p. 125-129; 2001.
- 8.Schumacher HR, Alvares CJ, Blough RI, Mazzella F. Acute leukemia. *Clin Lab Med*. V 22; n 1; p 153-92; 2002.
- 9.German J. Bloom's syndrome. *Dermatol Clin*. V 13; n 1; p. 7-18; 1995.
- 10.Sacchi N. Leukaemia in Down's syndrome. *Leukemia*. V 5; n 9; p 822-823; 1991.
- 11.Pui CH, Robison LL, Look AT. Acutelymphoblasticleukaemia. *Lancet*.V 371; n 9617; p 1030-1043; 2008.
- 12.Brasil.Ministério da Saúde. Atlas On-line de Mortalidade [acesso em: 07 abr 2018]. Disponível em:<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/pages/Modelo10/consultar.xhtml;jsessionid=D46E598C23BAA0C83CBC2678804CCAA7#panelResultado>.
- 13.Tai EW; Ward KC; Bonaventure A; Siegal DA; Coleman MP. Survival Among Children Diagnosed With Acute Lymphoblastic Leukemia in the United States, by Race and Age, 2001 to 2009: Findings From the CONCORD-2 Study. *Cancer*. P 5178- 5189; 2017.
- 14.Bhakta N; Martiniuk ALC; Gupta S; Howard SC.The cost effectiveness of treating paediatric cancer in low-income and middle-income countries: a case-study approach using acute lymphocytic leukaemia in Brazil and Burkitt lymphoma in Malawi. *Arch Dis Child*. V 98; p 155-160; 2013.
- 15.Silva FF; Zandonade E; Figueiredo GPZ. Analysis of childhood leukemia mortality trends in Brazil, from 1980 to 2010. *J Pediatr*. V 90; n 6; p 587-592; 2014.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Isabela Miranda Queiroz¹; Everton Gustavo Costa de Oliveira¹; Rafael José Capuchinho Rocha¹; Larissa Nascimento Antunes¹; Ivan Ivens Brito¹; Pedro Henrique Guimarães Pereira².

¹Acadêmico(a) do Curso de Graduação em Medicina. Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE).

² Urologista. Docente do curso de Medicina. Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE).

RESUMO

Introdução: Câncer de próstata é a neoplasia mais comum em homens na Europa, Estados Unidos e Brasil. Sua incidência aumentou consideravelmente após a evolução dos métodos diagnósticos e implementação do Antígeno Prostático Específico (PSA), ocorrendo também diagnósticos em fases mais precoces, favorecendo o tratamento curativo e, conseqüentemente, maior sobrevida e período de convívio com os efeitos negativos do tratamento que pioram a qualidade de vida do paciente.^(1, 2, 3) **Objetivo:** Avaliar o impacto dos efeitos colaterais da prostatectomia, terapêutica do câncer de próstata, na qualidade de vida do paciente. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão descritiva de literatura, com busca nas bases de dados Scielo, PubMed, Lilacs, com os descritores Prostatectomy, Postoperative Complications e Psychosocial Impact. Incluídos artigos em português, espanhol e inglês, pesquisas em humanos, entre 2009 e 2018. Excluídas as revisões de literatura. **Resultado e Discussão:** Encontrados 20 artigos, dos quais sete preencheram os critérios desta revisão. Muitos homens convivem com sentimentos de ansiedade e tristeza no momento do diagnóstico do câncer de próstata e, conforme a escolha terapêutica, vivenciam efeitos colaterais que causam alteração no bem estar físico e psicológico.⁽⁴⁾ São tratamentos disponíveis para o câncer de próstata: radioterapia, hormonioterapia e prostatectomia radical, sendo esta responsável por diversos sintomas pós operatórios, como espasmos vesicais dolorosos, fadiga, infecção de ferida operatória, constipação, disfunção erétil e incontinência urinária.^(2, 4) Mais de 30% dos pacientes com câncer de próstata são submetidos à prostatectomia. Desses, cerca de 58% apresentam disfunção erétil, trazendo grande impacto na qualidade de vida, gerando angústia e diminuindo a auto-estima. Cerca de 20% dos homens com ereções funcionais aos 3 meses após a cirurgia perdem-na até o sexto mês. Contudo, 90% desses pacientes recuperam as ereções funcionais até um ano de pós operatório. Não obstante, há o declínio da função sexual em longo prazo, relacionado à idade avançada, fatores inerentes ao tratamento e à doença. São fatores que influenciam no retorno da ereção após a cirurgia: grau de preservação dos nervos e das artérias pudendas acessórias, idade do paciente, comorbidades prévias e uso de medicamentos que interferem na ereção (antidepressivos, anti-hipertensivos, hipnóticos, etc.)^(5, 2) O fornecimento de informações a respeito da doença, tratamentos e efeitos colaterais permite que o paciente participe da escolha terapêutica, facilita a adaptação às mudanças pós-tratamento, diminui a ansiedade e melhora a qualidade de vida e satisfação do paciente e do(a) parceiro(a). Estudos recentes demonstram muita insatisfação por parte dos pacientes em relação ao grau de informação dado a eles.^(4, 5, 3) Além disso, boa parte dos pacientes escondem as dificuldades emocionais que aparecem após a cirurgia, resistindo a busca de apoio psicológico. Outrossim, apesar das taxas crescentes de prevalência em homens prostatectomizados após anos de cirurgia, a disfunção erétil só é discutida com o paciente, na maior parte das vezes, nos momentos iniciais do tratamento.⁽²⁾ **Conclusão:** Portanto, percebe-se a necessidade de tratamento multidisciplinar que assegure atenção a estes pacientes,

informações acerca da doença e do tratamento, bem como o auxílio no enfrentamento, a longo prazo, dos efeitos colaterais da terapêutica cirúrgica.

Palavras-chave: Prostatectomy. Postoperative Complications. Psychosocial Impact.

Referências

1. Ferrer M; Guedea F; Suárez JF; de Paula B; Macías V; Mariño A; et al. Quality of life impact of treatments for localized prostate cancer: Cohort study with a 5 year follow-up. *Radiotherapy and Oncology*. Vol. 108; p 306-313; Aug, 2013.
2. Azevedo C; Malta LRF; Braga PP; Chavez GM; Lopes MR; Penha CS. A percepção de homens e companheiras acerca da disfunção erétil pós-prostatectomia radical. *Texto contexto - enferm*. Vol. 27 (1); Mar, 2018.
3. Oraá N; Cruzado JA; Ossola G; Martínez, N.; Sánchez, M.; Martínez, F.J. Efectos del tipo de tratamiento y grupo de riesgo en la calidad de vida y la información en pacientes con cáncer de próstata. *Psicooncología*. Vol. 14(2-3); p 241-254; 2017.
4. Mata LRF; Carvalho EC; Gomes CRG; Silva AC; Pereira MG. Autoeficácia e morbidade psicológica no pós-operatório de prostatectomia radical. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Vol 23(5); p 805-813; set.-out. 2015.
5. Katz D; Bennett NE; Stasi J; Eastham JA; Guillonneau BD; Scardino PT; Mulhall JP. Chronology of erectile function in patients with early functional erections following radical prostatectomy. *J Sex Med*. Vol 7(2 Pt 1); p 803-97; Feb, 2010.

A VISÃO DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Valéria Gonçalves de Araújo¹; Nayara Teixeira Gomes²; Jeniffer Juliana Cardoso Costa³; Juneo Carlos de Carvalho Boas⁴; Yara Gonçalves Araújo Xavier⁵; Ana Emília Gonçalves Araújo⁶.

¹Bacharel em Enfermagem - Faculdades Unidas do Norte de Minas. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pela Consultoria Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão (CBPEX). Especialista em Urgência Emergência pelo Instituto Prominas. Enfermeira da Atenção Primária de Montes Claros. Tutora Virtual da Faculdade Unyleya.

²Enfermeira- graduada pelas FIP- MOC, Especialista em Saúde da Família pela SOEBRAS- Referência Técnica da Atenção Primária Saúde- Preceptora da Coordenação do PET-SAUDE Funorte-Montes Claros-MG

³Bacharel em Enfermagem - Faculdades Unidas do Norte de Minas. Enfermeira no Pronto Atendimento Municipal Alpheu de Quadros.

⁴Bacharel em Serviço Social pelas Faculdades Integradas do Norte de Minas (FUNORTE) Assistente Social no CREAS Pirapora/MG.

⁵Bacharel em Psicologia pela FASI- Faculdade de saúde Ibituruna. Especialista em Necessidades Especiais e Políticas de Inclusão pelo Instituto Prominas.

⁶Bacharel em Serviço Social pela UNOPAR - Universidade do Norte do Paraná. Especialista em docência do Ensino Superior com Ênfase em EAD pela UNICEAD e em Psicopedagoga Clínica e Institucional pela FAVENE. Licenciatura plena em NORMAL SUPERIOR – UNIMONTES.

RESUMO

Introdução: O câncer se tornou um problema de saúde pública mundial de grande relevância epidemiológica⁽¹⁾. De acordo com a OMS cuidados paliativos trata-se de oferecer o paciente que é portador de alguma doença que ameaça a qualidade de vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, para isso requer identificação precoce avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁽²⁾. **Material e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica caráter exploratório-descritivo de natureza qualitativa. Utilizou-se para seleção do material a biblioteca eletrônica online SciELO (Scientific Electronic Library Online). Com os descritores neoplasia, cuidados paliativos e enfermagem foram encontrados 77 artigos. Em seguida feito leitura minuciosa para seleção dos materiais que versassem sobre o assunto proposto nesta pesquisa. Deste material foram selecionados 09 artigos, os quais os dados foram utilizados na discussão visando atingir o objetivo proposto pelo presente artigo. **Resultados e Discussão:** O cuidado prestado pela enfermagem ao paciente em situação terminal deve ser guiado por ações que visam atender as necessidades da família levando em conta que poderão aparecer inúmeras demandas⁽³⁾. A enfermagem tem encontrado dificuldade o atendimento de pessoas com cuidados paliativos devido há inúmeros questões, como a ausência de leitos diferenciados para esse perfil de clientela; a deficiência no âmbito da formação profissional, destacando a dificuldade em lidar com a temática morte, bem como a influência do modelo curativista; déficit de recursos materiais e humanos, incluindo a carência da equipe multidisciplinar voltada para atendimento das necessidades no final da vida; e o cuidado desumanizado⁽⁴⁾. Observa-se que o enfermeiro cita sobre cuidados paliativos com objetividade, reforçam a importância do olhar diferenciado para este paciente, com priorização da qualidade de vida não só para o paciente mas também para os familiares⁽⁵⁾. A enfermagem frisa ainda a necessidade de um serviço de apoio psicológico par profissionais que atuam neta área, pois estes profissionais tendem a sofrer e até se esgotar emocionalmente durante a jornada de trabalho⁽⁶⁾. **Conclusão:** Mesmo diante de inúmeras dificuldades encontradas, os profissionais da enfermagem propõe estratégias com o intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente. A equipe busca capacitação implantação da

educação permanente, difundindo a temática dos cuidados paliativos. Observa-se ainda a necessidade de criação de leitos diferenciados visando ampliar a oferta de cuidados paliativos melhoria no uso de recursos ofertados pelo SUS, criação de políticas públicas e formação de redes.

Palavras-Chave: Neoplasia. Cuidados paliativo. Enfermagem.

Referências

1. Da Silva MM *et al* . Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2012 Set [citado 2018 Abr 13]; 21(03): 658-666.
- 2.ROSSARD A. Os cuidados paliativos como política pública: notas introdutórias. Cad.-EBAPE.BR, Rio de Janeiro , v. 14, n. spe, p. 640-655, jul. 2016 .
- 3.Da Costa TF; Ceolim MF. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm. (Online) [Internet]. 2010 Dez [citado 2018 Abr 13] ; 31(4): 776-784.
4. Da Silva MM *et al*. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015 Set [citado 2018 Abr 13] ; 19(3): 460-466.
- 5.Fernandes MA et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Set [citado 2018 Abr 13] ; 18(9): 2589-2596.
- 6.Avanci BS *et al*. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2009 Dez [citado 2018 Abr 13] ; 13(4): 708-716.

A ESPIRITUALIDADE EXERCE ALGUMA FUNÇÃO NA CURA DO CANCER? UMA REVISÃO DE LITERATURA

Valéria Gonçalves de Araújo¹; Nayara Teixeira Gomes²; Jeniffer Juliana Cardoso Costa³; Juneo Carlos de Carvalho Boas⁴; Yara Gonçalves Araújo Xavier⁵; Ana Emília Gonçalves Araújo⁶.

¹Bacharel em Enfermagem - Faculdades Unidas do Norte de Minas. Especialista em Auditoria em Serviços de Saúde pela Consultoria Brasileira de Ensino Pesquisa e Extensão (CBPEX). Especialista em Urgência Emergência pelo Instituto Prominas. Enfermeira da Atenção Primária de Montes Claros. Tutora Virtual da Faculdade Unyleya.

²Enfermeira- graduada pelas FIP- MOC, Especialista em Saúde da Família pela SOEBRAS- Referência Técnica da Atenção Primária Saúde- Preceptora da Coordenação do PET-SAUDE Funorte-Montes Claros-MG

³Bacharel em Enfermagem - Faculdades Unidas do Norte de Minas. Enfermeira no Pronto Atendimento Municipal Alpheu de Quadros.

⁴Bacharel em Serviço Social pelas Faculdades Integradas do Norte de Minas (FUNORTE) Assistente Social no CREAS Pirapora/MG.

⁵Bacharel em Psicologia pela FASI- Faculdade de saúde Ibituruna. Especialista em Necessidades Especiais e Políticas de Inclusão pelo Instituto Prominas.

⁶Bacharel em Serviço Social pela UNOPAR - Universidade do Norte do Paraná. Especialista em Docência do Ensino Superior com Ênfase em EAD pela UNICEAD e em Psicopedagogia Clínica e Institucional pela FAVENE. Licenciatura plena em NORMAL SUPERIOR – UNIMONTES.

RESUMO

Introdução: O câncer é o nome dado ao acúmulo desordenado de células em um determinado local, que gera mais de 100 doenças, e elas podem ser divididas em benignas ou malignas. Essa diferenciação vai depender do tecido/órgão de origem, seja de início epitelial é denominado carcinoma, tecidos conjuntivos são os sarcomas. A possibilidade de metástase também diferencia os diversos tipos de câncer. Os inúmeros tipos de câncer podem ter causas internas e externas, sendo que as causas internas estão ligadas diretamente à genética, tendo ainda ligação com a capacidade do organismo se defender de agressões externas. Cada indivíduo tem suas questões culturais, e a religiosidade faz parte desse elemento simbólico sendo que, sem perceberem, em algumas ocasiões agem com base em pontos de vistas religiosos¹. A religiosidade pode ser definida como fator de prevenção de doenças, redução de óbito ou impacto de diversas doenças, demonstrando influência sobre a saúde física².

Material e Métodos: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica caráter exploratório-descritivo de natureza qualitativa. Utilizou-se para seleção do material a biblioteca eletrônica online SciELO (Scientific Electronic Library Online). Com os descritores religiosidade, neoplasia e cura foram encontrados 17 artigos. Em seguida feita leitura minuciosa para seleção dos materiais que versassem sobre o assunto proposto nesta pesquisa. Deste material foram selecionados 12 artigos, os quais os dados foram utilizados na discussão visando atingir o objetivo proposto pelo presente artigo. **Resultados e Discussão:** A religiosidade desempenha um importante papel no enfrentamento do tratamento do câncer, e a identificação, por parte da enfermagem, dos pacientes que utilizam desse enfrentamento espiritual auxilia na escolha de adequadas intervenções da assistência de enfermagem³. Deve-se ter cuidado espiritual não somente com o paciente, mas também com toda a família, pois todos necessitam desses cuidados cada um com sua peculiaridade, sendo que com essas descobertas possa auxiliar os enfermeiros a iniciar a prestação de cuidado espiritual⁴. Este cuidado pode ainda aperfeiçoar práticas de humanização para atender pacientes que estejam ameaçados a prosseguir com sua vida. Há ainda a necessidade de ministrar capacitações para os profissionais de saúde a fim de que esses profissionais ultrapassem os limites técnicos estabelecidos pela oncologia⁵.

Conclusão: A religiosidade tem desempenhado um importante papel no tratamento e na cura do câncer não só para o paciente, mas também para os familiares que o acompanham no seu tratamento. Ainda há uma deficiência de profissionais que atuem com os cuidados que são geridos por protocolos e a mesmo tempo associe o cuidado espiritual.

Palavras-chave:Religiosidade. Neoplasia .Cura.

Referências

- 1 .Valente, Gabriela Abuhab. A religiosidade na prática docente. Rev. Bras. Estud. Pedagog., Jan 2017, vol.98, no.248, p.198-211. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2176-66812017000100198&script=sci_abstract . Acesso em 11/03/2018.
- 2 .Guimarães Hélio Penna, Avezum Álvaro. O impacto da espiritualidade na saúde física. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2007 [citado 2018 Mar 11] ; 34(Suppl 1): 88-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11/03/2018.
- 3.Mesquita Ana Cláudia, Chaves Érika de Cássia Lopes, Avelino Carolina Costa Valcanti, Nogueira Denismar Alves, Panzini Raquel Gerhke, Carvalho Emilia Campos de. A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 Abr [citado 2018 Mar 11] ; 21(2): 539-545. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692013000200539&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 11/03/2018.
- 4 .KiyancicekZohre, CaydamOzdenDedeli. Spiritual needsandpracticesamongfamilycaregiversofpatientswithcancer. Acta paul. enferm. [Internet]. 2017 Dez [citado 2018 Mar 11] ; 30(6): 628-634. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002017000600628&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em 11/03/2018.
- 5.Benites, Andréa Carolina; Neme, Carmen Maria Bueno; Santos, Manoel Antônio dos. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. Estud. psicol. (Campinas), Campinas , v. 34, n. 2, p. 269-279, jun. 2017.

CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Viviane Dias Souto¹, Natália Hiany Fonseca Santos¹; Wallisson Freitas Ribeiro¹; Patrícia Fernandes do Prado²

¹Graduação em Enfermagem e Universidade Estadual de Montes Claros

²Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros

RESUMO

Introdução: O câncer de mama representa a segunda neoplasia mais habitual no mundo e é a que mais acomete as mulheres. Ser diagnosticado com câncer, abala toda a estrutura emocional da mulher e de sua família, podendo esta, desenvolver algum transtorno psíquico, dentre eles a depressão. A equipe de enfermagem tem um papel importante na prestação do cuidado desses pacientes com base em métodos científicos e cuidado humanizado⁽¹⁾. **Objetivo:** Identificar a percepção das mulheres portadoras de Câncer de mama acerca dos Cuidados de Enfermagem. **Material e Método:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medline. Para a coleta dos dados utilizou-se os descritores “câncer de mama”, “percepção”, “cuidados de enfermagem”, “saúde da mulher” e como critérios de inclusão, artigos publicados entre 2014 a 2017 no idioma português, inglês e espanhol e disponíveis na íntegra. Das 173 publicações encontradas, foram selecionados para análise 2 artigos relacionados ao tema que obedeciam aos critérios de inclusão deste estudo. **Resultado e Discussão:** Os resultados apontam para o reconhecimento e percepção das mulheres portadoras de câncer de mama sobre o cuidado humanizado prestado pelos profissionais de enfermagem que visam não apenas desempenhar atividades rotineiras com técnicas e procedimentos, mas também desenvolver uma assistência que pautada no alívio dos problemas oriundos das modalidades de tratamento, dentre eles a cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e imunoterapia⁽²⁾⁽³⁾. Os cuidados de enfermagem percebidos pelas mulheres consistem em carinho, dedicação, cuidados paliativos prestados, informações sobre a patologia, estímulo do autocuidado, apoio emocional. Estudos apontam que alguns profissionais de enfermagem preferem apenas prestar o cuidado técnico e científico, tendo atitude de imparcialidade na construção do vínculo com essa clientela. As produções científicas direcionadas para a mulher com câncer de mama concentram-se em maior número de publicações referentes às dificuldades enfrentadas para o tratamento, o apoio da família desde o diagnóstico até as estratégias de cuidado⁽²⁾⁽³⁾. Percebe-se uma escassez de estudos que abordem a percepção dessas mulheres sobre os cuidados de enfermagem. **Conclusão:** As mulheres com câncer de mama perceberam o cuidado de enfermagem de modo humanizado, possibilitando refletir sobre a assistência prestada por esse profissional, que deve considerar que essas pacientes trazem consigo angústias, medos, dúvidas e incertezas durante o tratamento.

Palavras – chave: Câncer de Mama. Percepção. Cuidados de Enfermagem. Saúde da Mulher.

Referências

- 1.Costa WB; Vieira MRM; Nascimento WDM; Pereira LB; Leite MTS. A mulher com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. Rev. Min. Enferm. V. 16; n 1; p 31-37; jan/mar, 2012.
- 2.Paiva ACPC; Salimena AMO. O olhar da mulher sobre os cuidados de enfermagem ao vivenciar o câncer de mama. HU Rev. V.42; n.1; p 11-17; jan/jun, 2016.
- 3.Didoné PH; Aumondi C; Ascari RA. Percepção do paciente oncológico sobre a prática de cuidados de enfermagem. Cultura de los cuidados. 3^a Cuatrimestre. n.49; p. 14-24; 2017.

CARCINOMA NEUROENDÓCRINO DE GRANDES CÉLULAS PULMONARES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Gilbert Uriel Braga Fernandes¹, Juliana Andrade Perreira², Lucas Patrick Silva Batista³, Júlio César Figueiredo Júnior⁴

¹ Discente em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas– FUNORTE

² Esp. Em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Unimones, Mestrado em Ensino e Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

³ Discente em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- FUNORTE.

⁴ Pós-Graduando em Programa Saúde da Família e Protocolo de Manchester pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais - IPEMIG

RESUMO

Introdução: O Carcinoma Neuroendócrino de Grandes Células Pulmonares é um carcinoma de elevada mortalidade, mesmo em estágios mais iniciais, e de difícil diagnóstico. Muito relacionado ao tabagismo e a pessoas de mais idade, principalmente, acima dos 65 anos. É um carcinoma que representa cerca de 3,5% dos Câncer Pulmonares- incluindo de não pequenas células e de pequenas células- o que indica que usando os valores do INCA- Instituto Nacional do Câncer- como base, teremos, diagnosticados, 1094 novos casos no Brasil (3,5% de 31.270) e 63 mil no mundo (3,5% de 1,82 milhão), um valor significativo, ainda mais se considerar a elevada mortalidade ⁽¹⁾. **Objetivo:** Devido a deficiência de materiais em português sobre esse tema, o presente estudo, visou sintetizar através desse artigo, as melhores informações disponíveis em línguas estrangeiras. **Materiais e Métodos:** É um artigo derivado de uma pesquisa qualitativa de viés acadêmico que teve como metodologia a busca de informações em fontes críveis, confiáveis e reconhecidas, com posterior tradução e análise, buscando um contexto mais próximo ao do Brasil, e, por último, transcrição e síntese das principais ideias. **Resultados e Discussão:** O cancro neuroendócrino de grandes células pulmonares é um carcinoma dotado de extrema agressividade, mesmo dentro do grupo dos cânceres de pulmão, para se ter uma ideia, no estágio I, um estágio que, teoricamente, possui um bom prognóstico na maioria dos Cânceres, apenas 33% dos Pacientes sobrevivem por 5 anos, número, esse que reduz ainda mais no estágio II e III, respectivamente, apenas, 23% e 8%, dos pacientes sobrevivem, no estágio IV, não foi encontrado dentro da literatura estudada, sobreviver por 5 anos, com a maioria dos pacientes vivendo apenas 12 meses em média ⁽²⁾. Essa alta taxa de mortalidade se dá principalmente, pelo diagnóstico, quase sempre tardio devido a uma sintomatologia pouco presente nas fases iniciais e intermediárias, e quando se tem sintomas, são inespecíficos o que atrasa mais o diagnóstico, isso somado a uma morfologia atípica que apresenta células de elevado tamanho, associado a campos de necrose, com padrão granular variável de cromatina, podendo ter padrões de diferenciação celular típicos de carcinomas escamóides e de adenocarcinomas ao mesmo tempo, com alto poder de disseminação e um tratamento de baixa eficácia ⁽³⁾. Apesar de que um artigo do ano de 2005, propôs o uso de cirurgia aliado à quimioterapia e/ou radioterapia multimodal desde os estágios iniciais da Neoplasia, com melhores taxas de sobrevida e de cura ^(4,5). **Considerações Finais:**

A rápida evolução e a mortalidade do Câncer Neuroendócrino de Grandes Células Pulmonares, aliado a pequena e insuficiente quantidade de artigos e texto em português sobre o tema, mostrou que essa importante neoplasia é subestimada, mesmo que possa, oferecer valiosas informações sobre o temível grupo dos carcinomas neuroendócrinos, conhecidos pela pouca diferenciação celular, alto poder mitótico, grande disseminação e prognóstico ruim. Reforçando a importância desse artigo e, possíveis sucessores, para os agentes de saúde, e por conseguinte, aos pacientes, os quais muitos, tanto agentes como usuários dos sistemas de saúde públicos ou privados, não tem acesso as fontes estrangeiras, seja pela barreira da língua, por tempo ou por fatores financeiros, possibilitando, pelo conhecimento, uma melhor vida a vítima.

Descritores: Carcinoma Neuroendócrino de Grandes Células Pulmonares. Taxa de sobrevivência. Sintomatologia. Diagnóstico. Histologia. Patologia. Tratamento. Prognóstico.

Referências

- 1- ESCUÍN J.S.C, Diagnóstico y tratamiento de los tumores pulmonares neuroendócrinos. *Elsevier España* [Periódico Online] 2014 [Citado 2018 Abril 05]; 50(9):392–396. Disponível em <http://www.elsevier.es>
- 2- MORENA, F. *et al.* Pulmonary Large-Cell Neuroendocrine Carcinoma From Epidemiology to Therapy. *Journal of Thoracic Oncology*, v. 10, n. 8, p. 1133-1139, Agosto, 2015.
- 3- YAMAZAKI S *et al.* Clinical responses of large cell neuroendocrine carcinoma of the lung to cisplatin-based chemotherapy. *Lung Cancer Journal* [Periódico Online]. 2005 [Citado 2018 Abril 05]; 49:217–23. Disponível em <http://www.lungcancerjournal.info>.
- 4- WIRTZ LJ; Carter MR; Jänne PA; Johnson BE. Outcome of patients with pulmonary carcinoid tumors receiving chemotherapy or chemoradiotherapy. *Lung Cancer Journal* [Periódico Online]. 2004; 44:213–20. Disponível em <http://www.jto.org>
- 5- KAYANI I *et al.* A comparison of ⁶⁸Ga-DOTATATE and ¹⁸F-FDG PET/CT in pulmonary neuroendocrine tumors. *J Nucl Med*. 2009; 50:1927–32.

CONCEPÇÃO DA AUTOIMAGEM EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Ébula Miranda Rodrigues¹, Julio César Figueirêdo Júnior², Gleydson Pablo Silva Oliveira³, Larissa Dandara Ferreira de Saouza⁴, Gilbert Uriel Braga Fernandes⁵, Juliana Andrade Pereira⁶

¹ Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

² Pós-Graduando em Programa Saúde da Família e Protocolo de Manchester pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais – IPEMIG

³ Especialista em Gestão e Auditoria em Saúde pelas Faculdades Integradas Pitágoras

⁴ Enfermeira pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁵ Graduando em Medicina pelas Faculdades Unidas de Norte de Minas – FUNORTE

⁶ Esp. Em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Unimones, Mestrado em Ensino e Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

RESUMO

Introdução: O cancro é a evolução irregular (maligna) de células no organismo e isso ocorre em muitos órgãos, podendo se disseminar (metástase) de um órgão para outro. Sendo assim essas células podem se multiplicar com muita agilidade tornando-se incontroláveis, formando tumores que significam um acúmulo de células enfermas ⁽¹⁾. Dentre as várias classes de cancro existe o cancro de mama ou carcinoma mamário que aparece como nódulos nos seios, podendo ser descoberto com um autoexame realizado pela própria paciente 2. Caracteriza-se como incomum o aparecimento do cancro de mama antes dos 35 anos de idade, mas acima dos 35 anos, a ocorrência aumenta progressiva e rapidamente ⁽²⁾. O cancro de mama é classificado mundialmente como o segundo com maior ocorrência sendo correspondido por 22% de casos novos anualmente. Dados do Ministério da Saúde indicam que Minas Gerais apresenta uma taxa de 42,46 casos novos para cada 100.00 mulheres. No Brasil o cancro de mama já é classificado como problema de saúde pública e como a segunda fundamental causa de morte de mulheres no país. O surgimento do cancro na vida da mulher se define como um acontecimento importante, ocasionando uma série de alterações que interferem na maneira como se sentem em relação a si mesmas e na forma como veem a vida. Isso ocorre pelo fato dessa doença desencadear indagações existenciais, como a noção de proximidade da morte, além de causar dor e sofrimento ⁽³⁾. **Objetivo:** Descrever sobre as percepções de mulheres que vivenciaram o processo de mastectomia. **Matérias e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, no qual foi levantado dados através da Coordenação de Saúde da Família de Montes Claros -MG. **Resultados e Discussão:** A princípio o convívio que as mulheres fundam com o seu corpo depois da operação, se observando em frente a um espelho, com absentismo de um ou dos dois seios, fazendo com que elas tenham uma afeição de estranheza e desgosto, retrato corporal pode ou não ser lesada pela retirada da mama, mas encontra-se mulheres como as que foram questionadas onde que a mastectomia não atingiu de modo tão violento, pois acompanhavam uma crença que as tornavam mais fortes ^(4,5). **Considerações Finais:** Tal estudo nos proporcionou crescer nosso conhecimento a respeito dos sentimentos e reações emocionais vivenciados por pacientes que tiveram o diagnóstico para retirada da mama e a percepção de cada uma delas, visto que a maioria conseguiu passar pela neoplasia com serenidade, pois tiveram apoio familiar, que é de suma relevância nesse contexto. Para essas mulheres a religião foi essencial, as participantes relatam que se

aproximaram muito de Deus e que pela fé estavam curadas. Houve alterações consideráveis na rotina das mulheres mastectomizadas, uma vez que tiveram de mudar ou se ausentar de suas atividades laborais e domésticas, precisando readaptar-se a nova situação imposta, sobre a visão da sociedade. Elas se sentiram inseguras e desprotegidas, já que as pessoas as apontavam nas ruas, por causa da ausência da mama ou no decorso do tratamento no qual necessitavam colocar um lenço sobre a cabeça.

Descritores: Mastectomia. Mulheres. Autoimagem. Emoções . Controles formais da sociedade.

Referências

- 1.Ferreira RMB; Lemos MF. A mulher e o câncer de mama: um olhar sobre o corpo adoecido. *Perspectivas em Psicol*,2016;20(1):178-201.
- 2.Bernardes C *et al.* Percepção de enfermeiros(o)s frente ao paciente oncológico em fase terminal. *Rev. baiana de enfer*,2014 jan/abr, v. 28(1), p. 31-1.
- 3.Braga AKG; Santos TLC; Magalhães MAV. Processo de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas. *Rev. inter*, 2016 jan/mar, v. 9, n. (1), p. 216-23
- 4.Monteiro IN; Mangali KR. Pensamentos e sentimentos de mulheres que passam pela mastectomia radical. *Tra. de Conclu. de Curso* .2015 fev/set.
- 5.Lago EA *et al.*. Sentimento de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. *Rev.ciên e saúde*, 2015 set/fev, v. 8, (1), p. 15-8.

COMUNICAÇÃO DE MÁZ NOTÍCIAS: TÉCNICA E PREPARO PROFISSIONAL

Jéssica Pimenta Araújo ¹; Natália Lopes de Paula Andrade ¹; Jéssica Daiane da Cruz Santos¹;
Túlio Lopes de Paula Andrade ¹; Denilson Procópio de Castro ^{1 2}

¹ Acadêmicos de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

² Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Pós graduado em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Tecnologia Internacional – Facinter/Uniter

RESUMO

Introdução: Dentro da área da saúde uma das situações mais delicadas e encaradas com certa dificuldade pela maioria dos profissionais desta área é a transmissão de más notícias. Devido ao fato de estar envolta por aspectos emocionais, trata-se de uma tarefa complexa e complicada, o que requer experiência profissional a partir do desenvolvimento de competências e técnicas. Embora objeto de estudo a nível internacional, o tema ainda é pouco abordado por professores e estudantes no Brasil, o que gera o despreparo dos profissionais^(1,2,3). Diante da complexidade, importância e escassez de estudos concernentes à transmissão de más notícias, viu-se necessária a confecção deste artigo objetivando contextualizar e auxiliar o profissional quanto a este assunto. **Objetivo:** identificar e avaliar as dificuldades encontradas em comunicar más notícias como também os passos necessários para uma boa comunicação das mesmas destacando o principal protocolo empregado: Protocolo Spikes. **Material e Métodos:** foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas Scielo, Pubmed e Lilacs, por meio das palavras chave: notícias; comunicação; cuidados paliativos, em português e inglês, entre o período de publicação de 2010 a 2016, sem restrição de idioma. A partir dos artigos selecionados, foi feita uma revisão da literatura. **Resultado e Discussão:** As formas de comunicação envolvem diversos fatores contextuais e são adaptativas. Portanto, a qualidade do processo de comunicação depende do nível de adequação da técnica comunicativa em cada contexto. Além do uso do bom senso, é necessário que haja habilidade ao transmitir más notícias. O despreparo dos profissionais de saúde na transmissão, leva a inúmeras consequências como instabilidade na relação médico-paciente, dificuldades na adesão ao tratamento e agravamento do quadro clínico^(2,4,5). Alguns autores sugerem que a comunicação é melhor efetuada se guiada por protocolos organizados de forma estruturada, como grande exemplo, há o protocolo SPIKES^(4,5). Basicamente, os protocolos existem para auxiliar os profissionais de saúde na comunicação de uma má notícia baseando-se principalmente na empatia e nos seus pontos-chave. Entretanto, esses protocolos são desconhecidos pela maioria dos profissionais de saúde por não estarem inseridos nos cursos de formação profissional, fazendo com que esses profissionais utilizem seus próprios métodos de comunicação, o que muitas vezes não gera um bom resultado^(6,7). **Conclusão:** uma boa comunicação e forma adequada para transmissão de más notícias entre o profissional de saúde e o paciente e seus familiares gera benefícios na adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida desses pacientes. Ao passo que as más notícias estão sempre presentes no cotidiano do médico, faz-se necessário ter um instrumento protocolado para auxiliar o seu trabalho. Embora demonstrado que a aquisição de estratégias de comunicação compete também à formação médica, o assunto ainda é pouco estudado nos cursos de Medicina brasileiros. Tendo isso em vista, é necessário que as instituições de ensino dos profissionais de saúde insiram em suas grades curriculares disciplinas que possuam o objetivo de ensinar e preparar os seus alunos na obtenção de técnicas adequadas para a transmissão de más notícias.

Palavras-chave: notícias; comunicação; cuidados paliativos.

Referências

- 1.Araujo JA, Leitão EMP. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridadecuidadosa. Rev HUPE [periódico online] 2012 [citado 2018 Mar 09]; 11(2):58-62.Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=327.
- 2.Lino CA; Augusto KL; Oliveira RAF; Feitosa LB; Caprara, A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. Rev. bras. educ.med.[online] 2011[citado 2018 Mar 09]; 35(1):52-57.
- 3.Jucá, NBH *et al.* Acomunicação do diagnóstico "sombrio" na relação médico-paciente entre estudantes de Medicina: uma experiência de dramatização na educação médica. Rev Bras Educ Med,[online] 2010 [citado 2018 Mar 09]; 34(1), 57-64.
- 4.Cruz, CO; Riera, R. Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. Diagn. Tratamento [online], 2016 [citado 2018 Mar 09]; 21(3):106-8.
- 5.Bonamigo EL, Destefani AS. A dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. Revista Bioética [online] 2010 [citado 2018 Mar 09];18(3):725 – 42.
- 6.Silva,CM *et al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). Ciênc. saúde coletiva [Internet]2011 [citado 2018 Mar 09]; 16(1): 1457-1465.
- 7.Abbaszadeh, A *et al.* Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysisof Medicine. J Med Ethics Hist Med. [online]2014 [cited 2018 Mar 09];7:18.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS A UM PACIENTE ONCOLÓGICO SUBMETIDO À TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natália Hiany Fonseca Santos¹; Daniel Vinícius Alves Silva¹; Viviane Dias Souto¹; Patrícia Oliveira Silva¹; Viviane Carrasco²

¹Graduação em Enfermagem e Universidade Estadual de Montes Claros

²Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas e Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros

RESUMO

Introdução: As necessidades nutricionais dos pacientes com câncer podem variar de acordo com o tipo e localização do tumor, o grau de estresse, a má absorção e as necessidades de ganho de peso ou anabolismo⁽¹⁾. A desnutrição deve ser prevenida e tratada, pois, o estado nutricional (EN) prejudicado aumenta a chance de complicações e piora na evolução clínica dos clientes⁽²⁾. O enfermeiro exerce papel importante na administração, monitorização e, sobretudo, na identificação dos pacientes que apresentam risco nutricional⁽³⁾. A Terapia Nutricional Enteral (TNE) é adotada para manutenção ou recuperação do EN de pacientes que possui o sistema digestivo íntegro, porém a ingestão oral parcial ou totalmente prejudicada⁽⁴⁾. O Ministério da Saúde, através de portarias, guia a atuação da enfermagem em Nutrição Enteral e orienta as Boas Práticas de Administração da TNE e Parenteral⁽⁵⁾. A Resolução do Cofen nº 277 de 2003 aprova as normas de procedimentos a serem utilizadas pela equipe de Enfermagem na terapia nutricional⁽⁶⁾. **Objetivo:** Descrever a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem nos cuidados de enfermagem prestados a um paciente oncológico submetido à TNE. **Relato de caso:** O conhecimento teórico-científico de habilidades técnicas é essencial para assistência ao paciente com necessidades nutricionais. Nas práticas hospitalares houve a oportunidade de vivenciar a rotina de TNE, sendo possível orientar e acompanhar a evolução dos clientes oncológicos em uso de suporte nutricional, proporcionando-os uma assistência humanizada. A assistência individualizada permitiu uma visão holística, observando o restabelecimento do quadro nutricional dos pacientes. Ressalta-se que as orientações aos clientes/cuidadores que farão uso da TNE em domicílio é de extrema importância para uma assistência efetiva. O enfermeiro, além de atividades assistenciais como introdução do cateter enteral, testes de posicionamento e instalação da dieta, realiza ações de maneira multiprofissional, a exemplo a educação em saúde, seja no hospital ou na atenção básica. Destaca-se que com a TNE há melhora na resposta imunológica, diminuição de complicações clínicas, reduções de custos e do tempo de internação. Concluiu que a maior preocupação em relação à terapia nutricional em pacientes com câncer é o estado nutricional e as alterações metabólicas, pois o estado nutricional debilitado prejudica a resposta ao tratamento. **Conclusão:** Pacientes com câncer que demandam aporte nutricional necessitam de cuidado humanizado e orientações. É necessário que essa temática esteja inclusa no ensino ao profissional enfermeiro, não se restringindo a questões técnicas, mas aperfeiçoar-se na estruturação do currículo de enfermagem com

capacitações pedagógicas que sejam construídas para o conhecimento vinculado a realidade da população. Destaca-se a importância dos pacientes por acompanhamento de uma equipe multiprofissional, com uma assistência humanizada e a avaliação de cada um de forma individual e holística.

Palavras-chave: Nutrição enteral. Enfermagem. Experiência. Neoplasia.

Referências

- 1-Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/IBNO_completo_2.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- 2- UNICAMP. Cuidados de enfermagem: procedimentos padronizados para pacientes adultos. São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.hc.unicamp.br/servicos/emtn/manual_enfermagem_2004.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.
- 3- Medeiros RKS, Ferreira Júnior MA, Pinto DPSR, Santos VEP, Vitor AF. Assistência de enfermagem a pacientes em uso de sonda gastrointestinal: revisão integrativa das principais falhas. Rev. Cubana Enfermer. [Internet] 2014;30(4). [acesso em 07 fev 2018].
- 4- Nascimento NG, Borges EL, Donoso MTV. Evidence based nursing care to patients with gastrostomy. R. Enferm. Cent. O. Min. [Internet] 2015;5(3):1885-97 [acesso em 06 fev 2018].
- 5- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria n. 272, de 8 de abril de 1998. Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. Brasília; 1998.
- 6- Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN- 277/2003. Dispõe sobre a ministração de Nutrição Parenteral e Enteral e Aprovação das normas de procedimentos a serem utilizadas pela equipe de Enfermagem na Terapia Nutricional. Brasília; 2003 [acesso em 05 fev 2018].

CUIDADOS PALIATIVOS NO CANCRO DE COLO DE ÚTERO: RELATO DE CASO

Ébula Miranda Reis¹, Fernanda Viana de Moraes², Smith Evangelista Caldeira³, Gilbert Uriel Braga Fernandes⁴, Juliana Andrade Pereira⁵, Júlio César Figueirêdo Júnior⁶

¹Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

²Pós-Graduando em Programa Saúde da Família e Protocolo de Manchester pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais - IPEMIG

³Discente em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI

⁴Discente em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

⁵Esp. Em Saúde da Família, Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Unimones, Mestrado em Ensino e Saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

⁶Pós-Graduando em Programa Saúde da Família e Protocolo de Manchester pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais - IPEMIG

RESUMO

Introdução: O cancro pode ser determinado com mudanças que acontecem no código genético da célula, que convertem em uma doença crônica identificada pelo desenvolvimento irregular das células ⁽¹⁾. A herança genética é encarregada por 5 a 10% dos cânceres e a grande parte ocorre por causa de determinantes ambientais de origem química, física ou biológica, que foram se acumulando durante toda a vida de uma pessoa. Considerado como uma questão de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, é provável que ocorra para os anos seguintes um impacto na população de 80% dos mais de 20 milhões de novas ocorrências esperadas para 2025. Pesquisa realizada no mundo todo em 2012 apontou que 60% dos 14 milhões de novas ocorrências esperadas, aconteçam em países em desenvolvimento. A incidência do cancro do colo do útero ocorre especialmente devido a infecção originada pelo Papiloma vírus humana (HPV), que é uma infecção sexualmente transmissível muito comum ⁽²⁾. O cancro do colo uterino é a neoplasia mais eventual entre as mulheres, ficando atrás somente para cancro de mama e colorretal ⁽³⁾. Acredita-se que esta neoplasia é uma das causas de morte mais preveníveis entre as mulheres, no entanto é muito comum entre pessoas com baixa escolaridade, baixa renda e difícil acesso a saúde, no qual apontam maior índice de morte. **Objetivo:** Compreender as vantagens dos cuidados paliativos para clientes da oncologia. **Matérias e Métodos:** As informações deste trabalho foram obtidas através de uma revisão de prontuário. **Resultados e Discussão:** O cancro de colo de útero é a terceira neoplasia mais frequente entre mulheres, perdendo apenas do cancro de mama e colorretal. A estimativa de casos novos em 2016 foi de 16.340. Segundo a sua mortalidade, é a quarta causa de morte pacientes femininas com cancro. A diminuição da taxa de mortalidade do cancro de colo de útero está diretamente associada com o diagnóstico prévio de lesões locais no colo uterino. Isso é atingido através do rastreamento pelo teste de Papanicolau, cervicografia, colposcopia e teste voltado para a identificação do DNA do vírus Papiloma Humano (HPV), tendo como objetivo que a infecção pelo HPV está comprovadamente associada com o aparecimento desse cancro ^(4,5). **Considerações Finais:** Na área da saúde da mulher o exame papanicolau é uma relevante ferramenta usada pelo Ministério da Saúde para o rastreio de cancro de colo de útero, tática utilizada primeiramente pela atenção primária. No caso apontado foi o primeiro instrumento usado para o diagnóstico

do cancro. O cuidado paliativo pode ser definido como um cuidado total e ativo a clientes que não reagem mais a tratamentos terapêuticos, tendo como objetivo supremo a contenção da dor e outros sintomas relacionados, da mesma forma em que são tratados os problemas sociais e espirituais, sendo capaz de certificar aos clientes e familiares uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Câncer. Cuidados paliativos. Paciente.

Referências

1. Munhoz M. P. *et al.* Efeito do exercício físico e da nutrição na prevenção do câncer. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 37, n. 2, p. 09-16, Maio-Agosto, 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. *2016: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
3. Okamoto C. T. *et al.* Perfil do Conhecimento de Estudantes de uma Universidade Particular de Curitiba em relação ao HPV e Sua Prevenção. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 611-620, Dec. 2016
4. Madeiro A *et al.* Tendências da mortalidade por câncer do colo do útero no Piauí, 2000-2011. *Cad. saúde colet.*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 282-285, Sept. 2016
5. Benoulaid M. *et al.* Skin metastases of cervical cancer: two case reports and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*. v. 10, n. 265, p.3-4, Sep, 2016

ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Manoela dos Santos Silva¹; Abigail Duarte Matias²; Aline Lopes Nascimento³; Éryka Lopes Toledo³; Patrícia Dawylla de Freitas Soares⁴; Suzi Alice de Souza⁵; Paula Karoline Soares Farias⁶

¹Nutricionista. Pós-graduada em Nutrição e Metabolismo na Prática clínica e Desportiva – FUNORTE.

²Zootecnista. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

³Acadêmica de nutrição. Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI.

⁴Nutricionista. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

⁵Nutricionista. Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE.

⁶Docente do curso de nutrição. Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI/Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE.

RESUMO

Introdução: O câncer é uma doença crônica não transmissível (DCNT) caracterizada pelo crescimento celular desordenado, respondendo por cerca de 20% das mortes por DCNT no Brasil¹. Tal patologia assim como seu tratamento pode comprometer diretamente o estado nutricional do indivíduo². **Objetivo:** analisar o perfil nutricional de pacientes oncológicos. **Material e Método:** Foram realizadas pesquisas em bases de dados no Google acadêmico e Scielo, dando ênfase aos trabalhos publicados nos últimos 20 anos. **Resultado e Discussão:** Foi realizada uma pesquisa com 101 pacientes, na Casa de Acolhimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia (CAPOS), no período de junho a setembro de 2011. Na avaliação antropométrica, o IMC revelou que 22 (21,8%) indivíduos estavam desnutridos, enquanto 52 (51,48%) estavam eutróficos, 18 (17,82%) pacientes com sobrepeso e 09 (8,91%) se apresentaram obesos. A partir do IMC, correlacionou-se o estado nutricional do paciente com o tipo de câncer por ele apresentado, mostrando que as neoplasias de esôfago, cabeça e pescoço e pulmão foram as que mais se associaram com o processo da desnutrição¹. Outro estudo foi realizado no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Sua amostra foi constituída de 50 pacientes de ambos os sexos, acima de 18 anos de idade, com diagnóstico de câncer, e em tratamento quimioterápico. A coleta de dados foi realizada no período de março a julho de 2007. Pela avaliação antropométrica, OIMC médio foi de 25+-4,08 Kg/m², no qual cinco pacientes estavam com desnutrição (10%), 22 (44%) na faixa da normalidade, 16 (32%) pacientes com sobrepeso e 7 (14%) pacientes com algum grau de obesidade. Apesar da diferença amostral em cada tipo de tumor, pode-se observar um maior índice de excesso de peso nos pacientes com neoplasias: mamária, uterina e de cólon, pela medida do IMC². **Conclusão:** Embora o câncer seja uma patologia grave que pode influenciar diretamente o estado nutricional do paciente, frente aos trabalhos analisados, verificou-se uma maior prevalência de pacientes eutróficos. A desnutrição, assim como, o sobrepeso e a obesidade variaram de um estudo para o outro, talvez pelo tipo e localização do tumor, ou até mesmo, pelo estágio da doença. Sendo assim, o acompanhamento nutricional do indivíduo deve ser realizado com vistas a promoção, bem como a recuperação de sua saúde.

Palavras-chave: Neoplasias. Quimioterapia. Estado Nutricional. Antropometria.

REFERÊNCIAS

1. Rubin BA, Stein AT, Zelmanowicz AM, Rosa DD. Perfil Antropométrico e Conhecimento Nutricional de Mulheres. Rev. Bras. Cancerol. V. 56, n. 3, p. 303-309; 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v03/pdf/03_artigo_perfil_antropometrico_conhecimento_nutricional_mulheres_cancer_mama_sul.pdf>. Acesso em: 02 Abr. 2017.

2. Tartari RF; Busnello FM; Nunes CHA. Perfil Nutricional de Pacientes em Tratamento Quimioterápico em um Ambulatório Especializado em Quimioterapia. Rev. Bras. Cancerol. V. 56, n. 1, p. 43-50; 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v01/pdf/07_artigo_perfil_nutricional_paciente_oncologico.pdf>. Acesso em: 02 Abr. 2017.

3. Brito LF, Silva LS, Fernandes DD, Pires RA, Nogueira ADR, Souza CL, Cardoso LGV. Perfil Nutricional de Pacientes com Câncer Assistidos pela Casade Acolhimento ao Paciente Oncológico do Sudoeste da Bahia. Rev. Bras. Cancerol. V. 58, n. 2, p. 163-171; 2012. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v02/pdf/06_artigo_perfil_nutricional_pacientes_cancer_assistidos_casa_acolhimento_paciente_oncologico_sudoeste_bahia.pdf. Acesso em: 02 Abr. 2017.

IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTOJUVENIL: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Bruna Queiróz Vieira¹; Pedro Henrique Souza Reis²; Pâmela Samaralise Mendes de Souza³; Juliana Andrade Pereira⁴

¹ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

² Graduado em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

³ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

⁴ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte, Especialista em Saúde da Família e Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Universidade Estadual do Norte de Minas- Unimontes

RESUMO

Introdução: O câncer infantojuvenil se caracteriza por ser um grupo de doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais, podendo ocorrer em qualquer parte do corpo⁽¹⁾. Nas duas primeiras décadas de vida, não são conhecidos fatores de risco que isoladamente determinem maior probabilidade de aparecimento do câncer, sendo que o seu desenvolvimento está intimamente relacionado a fatores genéticos herdados ou mutações adquiridas ainda sem causa certa. É, portanto, uma doença não prevenível nessa faixa etária⁽²⁾. De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), no Brasil, em 2014, essa doença foi a oitava causa de morte entre crianças de 0 a 4 anos e a segunda causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos^(2,3,4). Os tipos mais frequentes são as leucemias, seguidas pelos tumores do sistema nervoso central e os linfomas^(1,2,3). Atualmente, as taxas de cura ficam em torno de 70%, desde que seja diagnosticado precocemente e o tratamento seja realizado em centro especializado^(1,4,5). **Objetivo:** Discutir sobre a importância do diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil, a fim de melhorar o prognóstico dos pacientes acometidos, aumentando as taxas de cura e sobrevida. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura através de pesquisa de artigos e outros materiais nos indexadores SciELO e LILACS, publicados entre 2011 e 2017. **Resultados e Discussão:** O câncer em crianças e adolescentes é caracteristicamente diferente daquele que surge nos adultos. Origina-se, predominantemente, de células embrionárias, apresentando curto período de latência e, em geral, crescimento rápido, com maior caráter invasivo, sendo de grande relevância a rápida suspeita diagnóstica e o ágil encaminhamento para início do tratamento, para que se obtenham melhores resultados⁽¹⁾. Isso porque ele apresenta melhores respostas ao tratamento, desde que descoberto precocemente⁽⁵⁾. O melhor prognóstico nessa faixa etária depende de estratégias de diagnóstico precoce e da continuidade da assistência, através da terapêutica adequada em tempo hábil⁽¹⁾. Esse diagnóstico é, muitas vezes, dificultado, devido à apresentação clínica com sinais e sintomas inespecíficos, comuns a outras doenças benignas mais frequentes na infância^(2,5), manifestando-se por sintomas gerais, que inviabilizam a sua localização, como febre prolongada, vômitos, emagrecimento, sangramentos, adenomegalias generalizadas, dor óssea em todo o corpo e palidez⁽²⁾. Ainda pode se manifestar por sinais e sintomas mais localizados, como cefaléias, alterações visuais, dores abdominais e dores osteoarticulares⁽²⁾. É uma doença que causa desequilíbrio físico, emocional e social em toda a família, sendo interpretada de diferentes formas, de acordo com o estágio e com a compreensão da doença⁽⁴⁾. **Conclusão:** Sendo uma doença com altas taxas de cura, se diagnosticada precocemente, é imprescindível que os profissionais de todos os pontos da Rede de Atenção à

Saúde estejam capacitados para relacionar os achados clínicos à idade, sexo, tempo de evolução e outros dados do paciente, para que se possa suspeitar corretamente e conduzir o caso de maneira rápida e eficaz, possibilitando maiores taxas de cura e sobrevida.

Palavras-chave: Criança. Adolescente. Diagnóstico precoce. Prognóstico.

Referências

1. Semtchuck ALD, Genovesi FF, Santos JL. Los cuidados paliativos en oncología pediátrica: revisión integradora. Rev. Uruguay de Enfermería [periódico online] 2017 [citado em 2018 abril 13]; 12 (1): 87-101. Disponível em: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/216/210>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Protocolo de diagnóstico precoce para oncologia pediátrica. 1ª ed. Brasília: INCA; 2017. [Recurso eletrônico]. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/protocolo-de-diagnostico-precoce-do-cancer-pediatico.pdf> [Consulta: 11 abril 2018].
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. 2ª ed. Rio de Janeiro: INCA; 2011. [Recurso eletrônico]. Disponível em: http://institutoronald.org.br/wp-content/uploads/2015/07/diagnostico_precoce_cancer_crianca.pdf [Consulta: 11 abril 2018].
4. Guimarães CA, Enumo SRF. Impacto familiar nas diferentes fases da leucemia infantil. Rev Psicol: Teoria e Prática [periódico online] 2015 [citado em 2018 abril 13]; 17 (3): 66-78. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v17n3/06.pdf>
5. Fermo VC, Lourençatto GN, Medeiros TS, Souza AIJ. O diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil: o caminho percorrido pelas famílias. Esc Anna Nery [periódico online] 2014 [citado em 2018 abril 11]; 18 (1): 54-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0054.pdf>.

IMPACTO DA VACINAÇÃO CONTRA O HPV NO CÂNCER DE COLO UTERINO

Bruna Matos Gusmão¹; Ana Luiza Barbosa de Souza²; Álvaro Antônio Santana Santos³; Laryssa Ferreira Rocha⁴; Lucas José Ferreira Soares⁵; Anderson Clayton Pereira Gonçalves⁶.

^{1,2,3,4,5} Acadêmico de Medicina/ Universidade Estadual de Montes Claros.

⁶ Médico graduado pela Universidade Estadual de Montes Claros.

RESUMO

Introdução: O câncer de colo uterino é o quarto mais comum em mulheres no mundo. A incidência varia de acordo com a região e com o país, sendo maior em locais menos desenvolvidos. Estima-se uma incidência de 16.370 novos casos de câncer de colo de útero, para o ano 2018, no Brasil, representando o terceiro tipo de câncer mais comum (8,1%) em mulheres no país⁽¹⁾. Infecções persistentes por tipos de alto risco do papiloma vírus humano (HPV) causam quase todos os casos de câncer de colo uterino. Os sorotipos 16 e 18 do HPV são os mais oncogênicos e responsáveis por cerca de 70% dos casos. Vacinas foram então desenvolvidas para proteger contra a infecção pelo HPV e doenças associadas. Entre as vacinas disponíveis no mundo estão a bivalente (tipos 16 e 18), aquadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18) e a nonavalente (tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58)⁽²⁾. **Objetivo:** Este trabalho objetivou avaliar o impacto da vacina contra o HPV no câncer de colo do útero. **Material e Métodos:** Realizou-se uma revisão de literatura, buscando-se os artigos atualizados nas bases de dados do UpToDate, Pubmed e SciELO, além de estatísticas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), tendo como critérios de inclusão as publicações dos últimos anos e o grau de evidência científica dos estudos. Utilizou-se como palavras-chave “câncer colo uterino”, “HPV” e “vacinação”. **Resultado e Discussão:** A infecção pelo HPV é considerada condição necessária para o surgimento do câncer de colo de útero, sendo responsável por cerca de 99% dos casos^(4,6). As vacinas contra o HPV são consideradas instrumento de prevenção primária, limitando a infecção pelo vírus e as doenças decorrentes da infecção pelo mesmo, como o câncer de colo do útero^(3, 4, 5). Ambas as vacinas, bivalente e quadrivalente, são produzidas a partir do capsídeo viral, mais especificamente a proteína L1, por tecnologia de DNA recombinante, e, por não possuírem DNA viral, não são infectantes^(3, 4, 6). Estudos randomizados evidenciaram a alta imunogenicidade da vacina, induzindo a produção de anticorpos em quantidade dez vezes maior que a encontrada na infecção naturalmente adquirida, além de que, após a terceira dose, quase 100% das mulheres tiveram níveis séricos de anticorpos detectáveis contra cada sorotipo presente na vacina⁽³⁾. Tais estudos também mostraram eficácia de 100% em mulheres vacinadas com sorologia negativa para o HPV tipos 6, 11, 16 e 18 na prevenção de lesões precursoras do câncer de colo de útero como NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) 1, 2 e 3 e adenocarcinoma *in situ*^(3, 4, 6). Notou-se também que a vacina foi capaz de impedir a progressão das lesões precursoras nas mulheres que já apresentavam algum tipo de acometimento cervical prévio à vacinação^(3,4). Porém, a resposta imunológica pode sofrer oscilação dependendo da idade e exposição prévia ao vírus HPV, e alguns estudos relacionados à eficácia da vacina ainda estão em andamento^(3, 4, 6). **Conclusão:** O câncer de colo uterino possui alta incidência na população mundial e o papiloma vírus humano representa a maior etiologia desta neoplasia. A vacinação contra os sorotipos

oncogênicos do HPV é disponibilizada atualmente pelo Ministério da Saúde aos adolescentes e apresentou-se, portanto, como medida de saúde pública relevante, que reflete positivamente na redução da incidência deste câncer no país.

Palavras-chave: Câncer de colo uterino. HPV. Vacinação.

Referências

1. Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018 - Incidência de Câncer no Brasil. INCA 2018. Rio de Janeiro, RJ. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>.
2. Cox JT, Palefsky JM. Human papillomavirus vaccination. ©2018 UpToDate. UpToDate. Uptodate.com. 2018 [cited 13 April 2018].
3. Borsatto AZ; Vidal MLB; Rocha RCNP. Vacina contra o HPV e a Prevenção do Câncer do Colo do Útero: Subsídios para a Prática. Revista Brasileira de Cancerologia. 57(1): 67-74; 2011.
4. Nunes CBL; Arruda KM; Pereira TN. Apresentação da eficácia da vacina HPV distribuída pelo SUS a partir de 2014 com base nos estudos FUTURE I, FUTURE II, E VILLA et al. Acta Biomedica Brasiliensia. V 6; n 1; Julho de 2015. www.actabiomedica.com.br.
5. Organização Mundial da Saúde. NOTA DE ORIENTAÇÃO DA OPAS/OMS. Prevenção e controle de amplo alcance do câncer do colo do útero: um futuro mais saudável para meninas e mulheres. 2013
6. Saslow D; Castle PE; Cox JT; Davey DD; Einstein MH; Ferris DG. American Cancer Society Guideline for Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Use to Prevent Cervical Cancer and Its Precursors. CA: A Cancer Journal for Clinicians. V. 57; p 7-28; 2007.

INFLUÊNCIA DA REPOSIÇÃO HORMONAL ASSOCIADA AO CÂNCER DE MAMA: REVISÃO SISTEMÁTICA

Luiz Filipe Lima Laranjeira Pagani¹; Larissa Santos Amorim Dias²; Nicolle Cardoso Nobre²; Thalita Silveira Novais²; Dorothea Schmidt França³

¹ Acadêmico do curso de medicina; Faculdades Integradas Pitágoras.

² Acadêmico(a) do curso de medicina; Faculdades Integradas Pitágoras.

³ Graduação em farmácia e bioquímica pela UFOP, Mestrado em ciências farmacêuticas pela UFMG, Doutorado em fisiologia e farmacologia pela UFMG; Faculdades Integradas Pitágoras.

RESUMO

Introdução: Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer do Brasil (INCA), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais comum no país entre as mulheres e sua estimativa para 2018 é de 59.700 mil casos.⁽¹⁾ É um tipo de neoplasia que apresenta diversos fatores de risco associados diretamente às características biológicas, como a menarca precoce e história familiar, assim como as comportamentais e as socioeconômicas do indivíduo.^(2,3) Nesse contexto, a influência da reposição hormonal sobre o câncer de mama tem sido amplamente discutida. **Objetivo:** Realizar uma análise sistemática na literatura sobre a influência da terapia hormonal sobre o câncer de mama. **Material e Métodos:** Trata-se de um pesquisa de natureza qualitativa, realizada na base de dados SciELO, LILACS e Google Acadêmico utilizando as palavras-chave combinadas entre si e tendo como critério publicações entre os anos de 2013 a 2018. **Resultados:** Foram selecionados sete estudos e esses resultados foram discutidos seguindo os aspectos das revistas publicadas, a natureza do estudo, as descrições dos fatores hormonais e o efeito provocado por eles na neoplasia mamária. Três estudos foram classificados como observacional, sendo dois do tipo transversal^(2,7) e um do tipo caso-controle⁽⁶⁾, um estudo como periódico não científico⁽¹⁾, enquanto os outros foram classificados como revisões de natureza sistemática^(3,4) e de literatura⁽⁵⁾. **Discussão:** A maioria dos estudos^(3, 4, 5, 6, 7) analisados apontam a reposição hormonal como fator de risco para o desenvolvimento do câncer mamário, tendo como justificativa que o uso de estrógeno isolado ou combinado à progesterona aumenta o percentual de densidade mamária que é considerada fator de risco para a doença. Apesar disso, dois^(4, 5) dos estudos apontam que em mulheres que não possuem fatores de risco para o câncer de mama, a terapia hormonal provavelmente não terá risco considerável para o desenvolvimento da neoplasia mamária maligna. Como também, evidenciaram existir pesquisas que relacionam o início do uso após a menopausa e o tempo curto de duração com a redução do risco de câncer de mama, um fenômeno denominado “gap time”, possivelmente explicado pela indução à apoptose pelo estrógeno. **Conclusão:** Os estudos mostraram que a reposição hormonal é sim um fator de risco para o desenvolvimento do tumor, sobretudo naquelas que já possuem predisposição e deve ser indicada por período de tempo curto apenas àquelas que não possuem condições de risco. Foi observado também que há poucos estudos restritos ao tema, com amostras pequenas e qualidade metodológica simples, sendo necessário dessa forma a realização de pesquisas adicionais para melhor subsídio e certeza acerca da relação da reposição hormonal relacionada com neoplasias da mama.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Mulheres. Fatores de risco. Reposição hormonal.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018 – Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
2. Moreira, CB., Fernandes, AFC., Castro, RCMB., Oliveira, RDPD, Pinheiro, AKB. Social determinantsofhealthrelatedtoadhesion tomammographyscreening. Rev.Bra. de enfermagem, v. 71, p106-12, 2018.
3. Anothaisintawee T, Wiratkapun C, Lerdsitthichai P, Kasamesup V, Wongwaisayawan S, Srinakaran J, et al. Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Asia Pac J Public Health, 2013.
4. Pereira, BMB; Guedes, CMF; Machado, CAC. Terapia hormonal e câncer de mama. Rev. Bras. de Mastologia, v. 27, n1, p 15-20, 2018.
5. Pardini, D. Terapia de reposição hormonal na menopausa. Arq. Bras. de Endocrinol. e Metab. v. 58, n2, p 172-181, 2014.
6. Lauter DS, Berlezi EM, Rosanelli CLSP, Loro MM, Kolankiewicz ACB. Câncer de mama: estudo caso controle no sul do Brasil. Rev. ciência e saúde, v.7, n.1, p 19-26, 2014.
7. Prolla CMD; Silva OS; Netto CBO; Goldin JR; Ashton-Prolla P. Conhecimento sobre câncer de mama e câncer de mama hereditário entre enfermeiros em um hospital público. Rev. Latino-Am. Enf. V.26, n 1, p 90-97, 2015. Disponível em URL: <http://www.eerp.usp.br/rlae>.

MANEJO FARMACOLÓGICO DA DOR EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA REVISÃO LITERÁRIA

Bruna Queiróz Vieira¹; Pedro Henrique Souza Reis²; Pâmela Samaralise Mendes de Souza³; Juliana Andrade Pereira⁴

¹ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

² Graduado em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte

³ Graduanda em Medicina pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte⁴ Enfermeira pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas- Funorte, Especialista em Saúde da Família e Didática e Metodologia Científica do Ensino Superior pela Universidade Estadual do Norte de Minas- Unimontes

RESUMO

Introdução: O câncer é uma doença crônica, degenerativa, que se caracteriza pelo crescimento desordenado de células, com rápida multiplicação, levando à formação de tumores que podem invadir tecidos e órgãos tanto por disseminação direta, quanto pelas vias linfáticas e sanguíneas, através das metástases⁽¹⁾. Os pacientes acometidos por essa doença vivenciam inúmeras experiências desagradáveis, desde exames diagnósticos a terapias convencionais, sendo que a dor é a queixa mais temida e uma das mais frequentes, principalmente nos estágios mais avançados^(1,2,3,4). Cerca de 50% dos pacientes com câncer apresentam dor durante o tratamento, sendo que 10 a 15% referem intensidade significativa já nos estágios iniciais^(1,5). Nos estágios mais avançados, 90% dos pacientes queixam-se de dor, de moderada a intensa, reduzindo suas capacidades de realizar atividades e sua qualidade de vida^(2,5). Essa experiência dolorosa é, na maior parte das vezes, advinda de múltiplas etiologias, que se somam e se potencializam⁽²⁾. **Objetivo:** Discutir sobre o manejo farmacológico da dor em pacientes oncológicos. **Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura através de pesquisa de artigos nos indexadores SciELO e LILACS, publicados entre 2010 e 2016. **Resultados e Discussão:** A dor apresentada pelos pacientes oncológicos pode ter origem em vários fatores: infiltração local e metástases (60 a 90% dos casos), procedimentos ou efeitos da quimioterapia, radioterapia ou outros métodos (5 a 20% dos casos), ou doenças de base já apresentadas pelo paciente (3 a 10% dos casos)^(1,2,4). A Organização Mundial da Saúde (OMS), propõe, através da “escada analgésica”, a implementação de terapêuticas farmacológicas para controle da dor, devendo basear-se amplamente na sua intensidade^(2,4,5). Dores leves devem ser tratadas com analgésicos não-opioides, como antiinflamatórios não esteroides (AINEs) e analgésicos simples, dores moderadas com opioides fortes em baixas doses ou opioides fracos associados a analgésicos ou AINEs e dores intensas com opioides fortes e analgésicos ou AINEs^(2,4,5). Seguindo o algoritmo da OMS, a terapêutica deve ser iniciada no patamar correspondente à intensidade da dor, com doses adequadas, sendo otimizadas em casos persistentes ou de piora. Em casos refratários, deve-se subir um degrau e prescrever um fármaco mais potente. Os fármacos adjuvantes podem ser associados em qualquer degrau. A via oral é a via de escolha para administração da medicação, sendo a via endovenosa indicada quando a oral não é possível ou quando há necessidade de titular mais rapidamente a dose. Intervalos fixos de tempo para administração dos medicamentos devem ser seguidos, a fim de proporcionar um alívio mais

eficaz da dor ⁽⁴⁾. **Conclusão:** O controle da dor na oncologia é de grande importância, pelas suas significativas repercussões no estado geral, emocional, físico e na qualidade de vida dos pacientes. Sendo assim, os fármacos utilizados para alívio da dor constituem um componente fundamental do tratamento do câncer.

Palavras-chave: Dor do câncer. Tratamento farmacológico. Manejo da dor. Analgésicos opioides.

Referências

1. Graner KM, Junior ALC, Rolim GS. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. Temas em Oncol [periódico online] 2010 [citado em 2018 abril 12]; 18 (2): 345-355. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a09.pdf>
2. Pereira DTS, Andrade LL, Costa MML. Conduas terapêuticas utilizadas no manejo da dor em oncologia. J. Res. Fundam. Care online [periódico online] 2015 [citado em 2018 abril 12]; 7 (1): 1883-1890. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945013.pdf>
3. Lima SF, Silva RGM, Silva VSC, Pasklan ANP, Reis LMCB, Silva UC. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico. Rev Min Enferm [periódico online] 2016 [citado em 2018 abril 12]; 20: 01-06. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=29847&indexSearch=ID>
4. Cardoso AICR. Controle da dor em pacientes oncológicos [dissertação]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto; 2013/2014.
5. Cañas WOC, Cristancho CPB, García ASN. Factores que intervienen em El manejo Del dolor oncológico: un reto para el profesional de enfermería. Rev. MedUnab [periódico online] 2016 [citado em 2018 abril 12]; 19 (1): 18-4. Disponível em: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=2211&path%5B%5D=2220>

METÁSTASE CEREBRAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Naiara Fernandes Costa¹; Lara Bianca Sousa Tolentino¹; Ana Clara Medeiros de Oliveira¹; Manuel Ricardo Torres Júnior¹, Thiago Nobre Rodrigues¹, Cláudio Henrique Rebello Gomes²

¹Graduandos em Medicina Funorte/FUNORTE

²Graduado pela Unimontes em 1996, preceptor de Ginecologia oncológica da residência de GO da Unimontes, preceptor de cirurgia dos internatos da FIPMOC e Funorte, supervisor do programa de residência médica em cirurgia geral do HC Mário Ribeiro

RESUMO

Introdução: As metástases Cerebrais são massas intracranianas de crescimento expansivo, bem delimitadas, com áreas de necrose e hemorragias, com eventuais células neoplásicas infiltrando o neurófilo, quando analisado o tecido cerebral microscopicamente. Apresentam a característica do comprometimento preferencial dos hemisférios cerebrais com prevalência, dos lobos frontal e parietal, nas regiões de ramificação das artérias cerebrais anterior, média e posterior ⁽¹⁾. Apesar da frequência ser maior em cânceres mais avançados, podem surgir como a primeira manifestação de um tumor primário ainda desconhecido, sendo os mais comuns pulmão e mama. Devido suas manifestações neurológicas incapacitantes e morte precoce causam grande impacto social e reduzem significativamente a qualidade de vida dos pacientes com neoplasias malignas ⁽²⁾. Como a disseminação das metástases encefálicas se dão por via hematogênica a tendência é o comprometimento sistêmico do paciente, restando muitas vezes como opção terapêutica apenas os cuidados paliativos ⁽³⁾. **Objetivo:** Analisar na literatura as consequências sociais do diagnóstico de metástase cerebral. **Material e Métodos:** Este é um trabalho de cunho descritivo, desenvolvido a partir de revisão de literatura de artigos disponíveis nas plataformas “LILACS” e “SciELO”, com os descritores “Metástase”, “Tratamento paliativo” e “Qualidade de vida”. Foram encontrados um total de 3.700. Após a leitura do título, 25 foram selecionados pela relação com o tema desse estudo. Dos 25 resumos selecionados para leitura, quatro artigos se ajustavam à especificidade temática deste trabalho. **Resultado e Discussão:** Os tumores metastáticos apresentam-se com evolução rápida em relação aos tumores intracranianos primários, ocasionado por um intenso edema perilesionais. A complicação deterioração clínica mais precoce e que leva ao óbito, quando não tratada, é o aumento da pressão intracraniana, causada pela hidrocefalia obstrutiva ⁽²⁾. Os métodos de diagnóstico por neuroimagem com Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética, sendo está o método de escolha, pois fornece melhores informações sobre a lesão cerebral possibilitando a escolha adequada do tratamento ⁽⁴⁾. O tratamento ainda é baseado em corticosteroides para controle do edema cerebral, anticonvulsivantes, pois a maioria das metástases são multifocais, não se beneficiando da radiocirurgia, tratamento localizado e que tem se mostrado seguro e pouco agressivo, sendo efetivo nas lesões inacessíveis cirurgicamente. Mesmo que com a irradiação de toda região encefálica, metade dos pacientes acabam morrendo por crescimento do tumor ⁽³⁾. **Conclusão:** Com a evolução no tratamento melhorou-se a qualidade de vida dos pacientes com o controle dos sintomas, mas ainda permanece reservado com uma sobrevida pequena em torno de 1 ano. Sendo fundamental, o acompanhamento rigoroso do paciente com o tratamento paliativo adequado com controle sintomático ⁽²⁾.

Palavras-chave: Metástases. Tratamento paliativo. Qualidade de vida.

Referências

- 1.Faria SL, Souhami L, Bahari JP, Caron JL, Villemure JG, Olivier A, et al. Metástase cerebral: tratamento paliativo com radiocirurgia. *ArqNeuropsiquiat*. 1995abr; 53 (3B): 570-576.
- 2.Cambruzzi E, Pêgas KL, Ferrari MB. Avaliação imuno-histoquímica de 100 casos de metástases encefálicas e correlação com o sítio primário do tumor. *J BrasPatolMed Lab*. 2011 fev 20; 47 (1): 57-64.
- 3.Santos AJ, Franco CMR, Borges LRR, Malheiros SMF, Gabbai AA. Metástases cerebrais. *Rev Neurociências*. 2001; 9 (1): 20-26.
- 4.Bispo IGA, Nascimento DT, Ferreira KO, Fakhouri R, Godinho AS, Ferrão TO. Metástase cerebral como apresentação inicial de adenocarcinoma papilífero de pulmão: relato de caso. *Radiol Bras*. 2013 Set/Out;46(5):313–316

MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA EM MINAS GERAIS: IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO

Magalhães, Thiago Araújo¹; Teixeira, Vaneska Cordeiro¹; Mota, Lidianne Frota Lacerda¹; de Sá, Amanda Godinho¹; Soares, Cândida Maria Alves²; Soares, Pedro Henrique Alves².

¹Discentes do curso de medicina das FIPMoc;

²Discentes do curso de medicina da UNIMONTES;

RESUMO

Introdução: A incidência e a mortalidade por cânceres têm aumentados progressivamente no Brasil⁽¹⁾. Em mulheres, depois do câncer de pele não-melanoma, o tumor de mama é o tipo de câncer mais incidente⁽²⁾. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2018, houve 59.700 casos novos de câncer de mama no país, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres⁽³⁾. A taxa de mortalidade é crescente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira: 12,66 óbitos/100 mil mulheres em 2015. A mamografia é considerada um método efetivo de detecção precoce do câncer de mama, sendo amplamente utilizada em programas de rastreamento⁽⁴⁾. Esse exame visa à identificação de tumores não detectáveis no exame clínico das mamas, permitindo o início precoce do tratamento e, conseqüentemente, melhora do prognóstico⁽⁵⁾. **Objetivo:** Torna-se de fundamental importância avaliar a influência das ações de rastreamento do câncer de mama na mortalidade. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de investigação, retrospectivo, transversal, de caráter descritivo e quantitativo. Teve como universo de pesquisa a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) referente a óbitos por neoplasia maligna da mama segundo faixa etária no estado de Minas Gerais, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2018⁽⁶⁾. **Resultados e Discussão:** Foram evidenciados um total de 4.458 óbitos em mulheres por neoplasia maligna de mama nesse período. Uma maior taxa de óbitos na faixa etária de 50 a 69 anos, perfazendo 49,5%. O menor índice foi nas idades de 20 a 39 anos, correspondendo a 9,8%. É importante salientar que há um número considerável de óbitos por câncer de mama nas mulheres acima de 70 anos de idade, 20,7%. Importante acometimento de mulheres entre as idades de 50 a 69 anos, demonstrando que principalmente nessa faixa etária há benefício com o rastreamento mamográfico para neoplasia maligna de mama. Existem divergências quanto à faixa etária e periodicidade do rastreamento⁽⁷⁾. Pela recomendação do Ministério da Saúde, a mamografia deverá ser bienal para as mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, sendo essa a estratégia de rastreio indicada, enquanto o diagnóstico precoce é formado pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos; profissionais de saúde capacitados para avaliar os casos suspeitos; e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade⁽³⁾. Estudos comprovam que mulheres mais jovens tendem a apresentar a maior quantidade de resultados falso-positivos o que pode trazer danos decorrentes de sobrediagnósticos e sobretratamentos e como é evidenciado nos resultados tem uma porcentagem pequena de óbitos⁽⁸⁾. Estima-se que o rastreamento mamográfico realizado reduza a mortalidade por câncer de mama em torno de 20% após 13 anos de acompanhamento⁽⁷⁾, uma vez que a realização do exame permite a detecção de tumores iniciais possibilitando que as pacientes tenham boa resposta às terapias⁽⁹⁾. **Conclusão:** Assim,

conhecer o perfil epidemiológico e os fatores de risco da doença auxilia os profissionais de saúde quanto a caracterização de uma população alvo e também quanto à elaboração de estratégias educativas direcionadas, contribuindo para o aumento do rastreamento e da detecção precoce dessa doença.

Palavras-chave: Câncer de mama, Mortalidade, Rastreamento.

Referências:

- 1.Silva PA; Vianna PVC; Barja PR. Mamografia de rastreamento para câncer de mama pelo sus na região metropolitana do vale do paraíba e litoral norte: tendência e características sociais de mulheres submetidas ao exame, entre 2010 e 2014. Revista Univap. V. 22; n 41; dezembro, 2016.
- 2.Brasil.Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no brasil. Rio de janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2015.
- 3.Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018. Disponível em: URL: <http://www1.inca.gov.br/inca/arquivos/estimativa-2018.pdf>
- 4.Ministério da saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Atlas da mortalidade [internet]. Rio de janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2014. Disponível em URL: <http://mortalidade.inca.gov.br/mortalidade/>
- 5.Silva RCF. Mamografia e rastreamento mamográfico: o debate da detecção precoce do câncer de Mama contextualizado para a realidade brasileira. Câncer de mama, câncer de colo de Útero: conhecimentos, políticas e práticas. Rio de janeiro: outras letras; P.165-209; 2015.
6. DATASUS [base de dados na Internet]. Brasil: Ministério da Saúde. 2015 - [acesso em 08 abril 2018]. Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/ning.def>
- 7.Corrêa CSL; Pereira LC; Leite ICG; Fayer VA; Guerra MR; Bustamante-Teixeira, MT. Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, V 26; P 481-492; 2017.
- 8.Silva GA; Júnior PRBS; Nogueira GD; Landmann CS. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde. Revista de Saúde Pública, V 51; 2017.
- 9.De Souza NHA; Falcão LMN; Nour GFA; Brito JO; Castro MM; de Oliveira MS. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste Brasileiro. SANARE-Revista de Políticas Públicas, V 16; n 2; 2017.

PESPECTIVA DA ENFERMAGEM NA PRÁTICA DE CUIDADOS PALIATIVOS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Maria Tatiane Martins Rodrigues¹; Fernanda Aparecida Cardoso Mendes¹; Karine Gabriele de Jesus Lima¹; Carla Rodrigues Pereira¹; Patrícia Fernandes do Prado².

1. Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros.

2. Enfermeira. Docente do Departamento da Universidade Estadual de Montes Claros.

RESUMO

Introdução: O câncer é um grupo de doenças caracterizado pela multiplicação desordenada de células anormais, podendo ocorrer em qualquer parte do corpo. Na infância e adolescência que compreende a idade entre 0 a 19 anos, os tumores mais recorrentes são as leucemias, os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático)¹. Atualmente com o diagnóstico precoce e tratamento adequado, aumentou a sobrevivência desse público em 70%. As medidas curativas vão desde a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e transplante. No entanto, quando as medidas de intervenção se esgotam, a doença não responde ao tratamento, a proposta de tratamento passa a ser o cuidado paliativo². O cuidado paliativo pediátrico consiste na assistência ativa e total do corpo, mente e espírito da criança, e a prestação de apoio à família, inclusive no período do luto³, empregados com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças sem possibilidades de cura. São realizados por meio da prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual². A enfermagem se destaca por estar o tempo inteiro em contato direto com a criança e sua família¹ por esse motivo o enfermeiro deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, que seja capaz de identificar, entender e saber lidar com os sentimentos que suscita a doença oncológica^{2,4}. **Objetivo:** Analisar a visão dos profissionais de enfermagem na prática de cuidados paliativos em oncologia pediátrica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura de artigos científicos publicados no período de 2013 a 2017, em língua portuguesa, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde. Para a coleta dos dados utilizou-se os descritores “enfermagem oncológica”, “oncologia pediátrica” e “cuidados paliativos”. Foram selecionados para análise 15 artigos relacionados ao tema que obedeciam aos critérios de inclusão deste estudo. **Resultados e Discussão:** Quando o profissional se depara com o diagnóstico de uma criança sem perspectiva terapêutica, lida com sentimentos de insegurança, tristeza, impotência, frustração, e despreparo para atuar no cuidado da criança oncológica e sua família. Para evitar sofrimento, alguns preferem manter o distanciamento e realizar somente os procedimentos técnicos. Por outro lado, encaram essa difícil vivência como um dos grandes aprendizados e como uma lição^{4,7}. Não raro recorrem à fé na procura de respostas às indagações e questionamentos oriundos do seu eu interior, como forma de entender o percurso que o ser a paciente está percorrendo⁴. A equipe busca inserir a família na construção do projeto terapêutico singular para nortear o momento do tratamento oncológico, valorizando-a como protagonista no cuidado à criança⁸. Apesar dos profissionais da equipe de enfermagem relatarem o conforto, o bem-estar, o carinho e a paciência, e outros, como sendo parâmetros

imprescindíveis para a qualidade devida dos pacientes em cuidados paliativos, alguns profissionais admitem que os cuidados prestados a essa clientela em fase de palição ficam restritos ao corpo físico e aos cuidados prestados de forma mecanizada. Relatam a importância da disponibilidade, do toque, do carinho, do abraço como um suporte para a criança em um momento tão difícil, destacando que o significado central do cuidar em enfermagem é a promoção do conforto^{11,12}. Além disso, os profissionais de enfermagem apontam a importância de desenvolver estratégias que facilitem a realização do cuidado paliativo, tais como o uso da arteterapia, brinquedos e desenhos, reconhecendo as especificidades da infância, uma vez que é através das brincadeiras que a criança se comunica e expressa seus sentimentos, ansiedades e frustrações^{13,14,15}. **Conclusão:** Faz-se necessário melhor preparo dos profissionais de enfermagem para o enfrentamento de situações que envolvam o cuidado ao paciente pediátrico oncológico, além de apoio psicológico para lidar com a situação de perda, frustrações e morte.

Palavras-chave: Enfermagem oncológica. Oncologia pediátrica . Cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

1. Semtchuck ALD; Genoves FF; Santos JL. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: revisão integrativa. Rev. Uruguaya Enfermaria, Uruguai. v. 12; n.1; p. 88-101, maio. 2017.
- 2- Guimarães TM; Silva LF; Santo FHE; Moraes JRMM; Pacheco STA. Cuidado paliativo em oncologia pediátrica na formação do enfermeiro. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017 [cit. 2018. Abr 13] ; 38(1): e65409.
- 3-.Silva RS, Pereira Á, Mussi FC. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015, Mar [cited 2018 Abr 13] ; 19(1): 40-46.
- 4..Lima PC; Comassetto I; Faro ACM; Magalhães APN; Monteiro VGN; Silva PSG. O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. Esc. Anna Nery. 2014;18(3):503-509.
- 5.Silva MM, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. Esc. Anna Nery [Internet]. 2015, Set. [cited 2018 Abr 13] ; 19(3): 460-466.
6. Guimarães TM, Silva LF, Santo FHE, Moraes JRM. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica na percepção dos acadêmicos de enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2016 Jun. [cited 2018 Apr 13] ; 20(2): 261-267.
7. Da Rosa dos Reis TL, Cardoso de Paula C, Potrich T, Padoin SMM, Bin A, Flores Mutti C, Bubadué RM. Relações estabelecidas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às crianças com doença oncológica avançada. Aquichan. 2014; 14(4): 496-508 Doi: 10.5294/aqui.2014.14.4.5.
8. Monteiro ACM, Rodrigues BMRD, Pacheco STA, Pimenta LS. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. Revenferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2014 nov/dez; 22(6):778-83.

9. Silva WCBP, Silva RMCRA, Pereira ER, Silva MA, Marins AMF, Sauthier M. Percepção da equipe de enfermagem frente aos cuidados paliativos oncológicos: estudo fenomenológico Onlinebraz j nurs [internet]. 2014; 13 (1): 72-81.
10. França JRFS, Costa SFG, Nóbrega MML, Lopes MEL. Cuidados paliativos à criança com câncer. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2013 dez; 21(esp.2):779-84.
11. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. Rev Gaúcha Enferm. 2015 jun; 36(2):56-62.
12. Carmo AS; Oliveira ICS. Criança com câncer em processo de morrer e sua família: enfrentamento da equipe de enfermagem. Rev. Brasileira de Cancerologia, 2015; v. 61; n.2, p.131-138.
13. Santos NAR, Gomes SV; Rodrigues CMA; Santos J; Passos JP. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros em cuidados paliativos oncológicos: revisão integrativa. Cogitare Enferm. 2016 Jul/set; 21(3): 01-08.
14. Souza LF, Misko MD, Silva L, Poles K, Santos MR, Bouso RS. Morte digna da criança: percepção de enfermeiros de uma unidade de oncologia. Rev. esc. enferm. USP, [Internet]. 2013, Fev. [cited 2018 Apr 13]; 47(1): 30-37.
15. Almeida CSL, Sales CA, Marcon SS. O existir da enfermagem cuidando na terminalidade da vida: um estudo fenomenológico. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 Fev. [cited 2018 Abr 13]; 48(1): 34-40.

PERFIL DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE COLO UTERINO

Naiara Fernandes Costa¹; Lara Bianca Sousa Tolentino¹; Ana Clara Medeiros de Oliveira¹; Thiago Nobre Rodrigues¹; Rafael Rocha Gonçalves¹; Cláudio Henrique Rebello Gomes²

¹Graduandos em Medicina/FUNORTE-ICS

²Graduado pela Unimontes em 1996, preceptor de Ginecologia Oncológica da residência de GO da Unimontes, preceptor de cirurgia dos internatos da FIPMOC e Funorte, supervisor do programa de residência médica em cirurgia geral do HC Mário Ribeiro

RESUMO

Introdução: A neoplasia maligna do colo uterino ocupa o terceiro lugar em incidência dos cânceres que atingem as mulheres, sendo responsável por 275 mil óbitos/ano no mundo, segundo dados encontrados em 2008⁽¹⁾. Diante desses valores, é necessária atenção e conhecimento dos fatos que permeiam a influência na aquisição desta doença, visto que estudos apontam fatores como a baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica como contribuintes para a não adesão ao tratamento das lesões precursoras e, conseqüentemente, para o aumento da incidência da doença⁽²⁾. **Objetivo:** Analisar na literatura o perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de colo uterino. **Material e métodos:** Este é um trabalho de cunho descritivo, desenvolvido a partir de revisão de literatura de artigos disponíveis nas plataformas “SciELO” e “LILACS”, com os descritores “Câncer de colo uterino”, “Perfil” e “Mulheres”, somando um total de 99 artigos. Após leitura dos títulos, 15 foram selecionados pela relação com o tema desse estudo. Dos 15 selecionados para leitura, quatro artigos se ajustavam à especificidade temática deste trabalho. **Resultado e discussão:** Após a implantação de programas de rastreamento em mulheres entre 25 e 64 anos que tenham iniciado a vida sexual, ocorreu redução da mortalidade por câncer de colo uterino. No Brasil, estudos notaram menor cobertura de rastreamento entre as mulheres com maior vulnerabilidade social, principalmente nas regiões mais pobres do país, acarretando em elevada incidência do câncer⁽³⁾. A maior parte das mulheres diagnosticadas com câncer do colo é proveniente de regiões de difícil acesso às unidades de saúde, possuem baixo nível educacional (fator determinante na omissão da prevenção) e não têm acesso a informações sobre a realização do rastreamento, procurando a assistência somente diante de sintomas específicos⁽¹⁾. Algumas literaturas ainda apontam a influência racial no desenvolvimento da doença, sendo que mais da metade dos casos estão relacionados a mulheres negras. Há também interferência alimentar no desenvolvimento do câncer, pois mulheres com hábitos alimentares pobres em frutas, legumes, verduras, cereais e elevada ingestão de alimentos gordurosos, enlatados e salgados (alimentos de baixo custo e fácil acesso) estão mais propensas ao desenvolvimento da doença⁽⁴⁾. **Conclusão:** Mulheres de baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, que moram em áreas de difícil acesso, da raça negra, que não possuem acesso a informações educativas a respeito da prevenção e que possuem alimentação inadequada carecem de maior atenção nos programas de rastreio, o que resultará na redução da incidência do câncer de colo do útero.

Palavras-chave: Câncer de colo uterino. Perfil. Mulheres.

Referências

1. Gomes CHR, Silva JA, Ribeiro JA, Penna RMM. Câncer Cervicouterino: Correlação entre Diagnóstico e Realização Prévia de Exame Preventivo em Serviço de Referência no Norte de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2012; 58(1): 41-45.
2. Carvalho MCMP, Queiroz ABA. Mulheres Portadoras de Lesões Precursoras do Câncer do Colo do Útero e HPV: Descrição do Perfil Socioeconômico e Demográfico. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2011; 23(1): 28-33.
3. Barcelos MRB, Lima RCD, Tomasi E, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51:67.
4. Feliciano C, Christeni K, Velho MB. Câncer de colo uterino: realização do exame Colpocitológico e mecanismos que ampliam sua adesão. *Rev. enferm*. 2010 jan-mar; 18(1):75-9.

PROCESSO DE ENFERMAGEM À UM PACIENTE COM ADENOCARCINOMA GÁSTRICO COM METASTASE HEPÁTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diana Cardoso Batista¹; Wilson Ruas da Rocha Junior²; Carla Rodrigues Pereira³; Joyce Micaelle Alves⁴; Karine Gabrielle de Jesus Lima⁵; Viviane carrasco⁶

¹ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros.

² Acadêmico de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros.

³ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros.

⁴ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros.

⁵ Acadêmica de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros.

⁶ Enfermeira. Docente da Universidade Estadual de Montes Claros.

RESUMO

Introdução: O câncer gástrico e os tumores de estômago se apresentam em 3 tipos: adenocarcinoma, linfoma e leiomiossarcoma, iniciam-se nos tecidos que dão origem aos músculos e ossos. Sua incidência maior é no sexo masculino, aproximadamente 65% dos pacientes com esse diagnóstico têm mais de 50 anos. No Brasil esses tumores aparecem em terceiro lugar de incidência entre os homens e quinto entre as mulheres ¹. **Objetivo:** relatar a experiência da aplicação do Processo de Enfermagem a um paciente com adenocarcinoma gástrico com metástase hepática. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo na modalidade relato de experiência, onde foi aplicado o processo de enfermagem a um paciente com adenocarcinoma gástrico com metástase hepática, durante as práticas curriculares da clínica médica no período de 18 a 22 de dezembro/2018 em um hospital do norte de Minas Gerais. **Relato de caso:** na assistência ao cliente adotou-se o processo de enfermagem desenvolvendo-se suas etapas. A partir da anamnese, exame físico e história de vida do sujeito, foram identificadas as respostas humanas alteradas e selecionados os diagnósticos de enfermagem que representassem as principais necessidades do paciente. Este encontrava-se consciente e comunicativo. Exame físico: emagrecido, caquético, depressivo, desidratado, acianótico, deambulação prejudicada, apresentando esforço respiratório, em uso de oxigenioterapia em cateter nasal, face hipocrática, pupilas isocóricas e fotorreativas, deglutição comprometida, em uso de sonda enteral, e dentulismo parcial, presença de linfonodos palpáveis em região cervical, bulhas normorritmicas e normo fonéticas em 2 tempos, abdômen distendido e hígido, doloroso a palpação, com presença de massas palpáveis na região epigástrica e fossa ilíaca direita onde apresentava tumefação de +- 3 cm, ruídos hidroaéreos ausentes, sinal de bandeira e homans negativo. Alguns diagnósticos de enfermagem identificados²: Deglutição prejudicada; Padrão respiratório ineficaz; Controle emocional instável; Baixa auto estima situacional; Ansiedade relacionada à morte; Sentimento de impotência; Risco de integridade da pele prejudicada; Risco de úlcera de pressão e Isolamento social. Foram propostas intervenções³ a fim de favorecer conforto, encorajamento, melhorar a qualidade de vida com um cuidado holístico, humanizado, ouvindo e observando-o, respeitando seus valores, condições físicas, convicções e crenças e adequando a linguagem a seu grau de compreensão. Foram oferecidos cuidados como: alívio da dor, mudança de decúbito, hidratação cutânea, melhora da fadiga e falta de ar utilizando recursos disponíveis e medicamentosos, a fim de prestar uma atenção humanizada, reduzir o medo e insegurança havendo assim melhora na

socialização e trazendo comodidade para o paciente. **Conclusão:** a realização do processo de enfermagem nos possibilitou perceber que o cuidado de enfermagem pode ser um elemento importante na assistência ao paciente em cuidados paliativos a fim de garantir melhor qualidade de vida e reinserção social. A humanização mostrou-se como um recurso a ser pensado para garantia da integralidade da assistência ao paciente em cuidados paliativos.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem. Adenocarcinoma gástrico. Paciente.

Referências

- 1.Câncer de estomago- Hospital de câncer de Barretos. [homepage]. [acesso em 2018 abril. 13] disponível em:<https://www.hcancerbarretos.com.br/cancer-de-estomago>.
- 2.Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/ NANDA International; tradução Regina Machado Garcez. - Porto Alegre: Artmed, 2015.
- 3.MccloskeyJC;Bulecheck GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 3ed. São Paulo: Artmed; 2004.

O OLHAR DA ENFERMAGEM FRENTE AO CÂNCER DE PELE EM IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Fernanda Alves de Brito¹; Thamires Gonçalves de Jesus²; Viviane Carrasco³

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros.

² Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros.

³ Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros.

RESUMO

Introdução: O câncer de pele é o mais frequente no Brasil e corresponde a 30% dos tumores malignos registrados no País¹. O melanoma apresenta menor frequência, no entanto é o mais grave, com alta possibilidade de metástase^{1,2}. Muitas vezes o paciente ao procurar atendimento, não sabe ainda a natureza da sua doença, e assim, não procura diretamente um especialista. Durante a consulta de enfermagem surge então a oportunidade de examinar o paciente a partir de uma perspectiva holística, sendo possível identificar possíveis agravantes à saúde do mesmo. **Objetivo:** Relatar a experiência acadêmica ao realizar consulta de enfermagem à população idosa em um Centro de Referência em Assistência à Saúde da Pessoa Idosa (CRASI), no município de Montes Claros, Minas Gerais. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência sobre a realização de consultas de enfermagem à população idosa durante o estágio curricular no CRASI, pelas acadêmicas do 6º período de enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, em janeiro de 2018. **Relato de caso:** durante os estágios da disciplina Saúde do Idoso do segundo semestre do ano de 2017 dos acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros, foi possível analisar e adentrar, juntamente com o preceptor, a consulta de enfermagem para esse público alvo. Os idosos passavam por consultas multiprofissionais com médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermeiros. As consultas de enfermagem eram realizadas e após diagnósticos de enfermagem e orientações, eram encaminhados para os profissionais de acordo com individual necessidade dos idosos. Em um dado momento, após várias consultas, durante o exame físico, os acadêmicos verificaram manchas anormais em alguns idosos, ao indagar sobre as mesmas muitos deles não sabiam sobre o assunto e que consideravam normal devido possuírem várias manchas que são decorrentes do processo de envelhecimento. Em discussão com o professor e análise com embasamento teórico, as manchas apresentadas pelos idosos sugeriram início de câncer de pele. Por fim os idosos foram informados sobre as manchas e prescrito os cuidados de enfermagem devidos. **Conclusão:** Para os acadêmicos o estágio foi de grande valia, pois proporciona esclarecimento sobre a importância da consulta de enfermagem, desperta o olhar clínico e crítico para a saúde do idoso frente ao câncer de pele, além de ressaltar a importância do Enfermeiro, que possui olhar clínico diferenciado e detalhado frente ao cuidado humano, analisando sempre o paciente como um todo, não se restringindo ao sistema-alvo de sua doença ou queixa.

Palavras-chave: Estágio Clínico. Neoplasias Cutâneas. Educação em Enfermagem.

Referências

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tipos de Câncer. Pele melanoma [Internet]. Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma.

2. Cezar-Vaz MR; Bonow CA; Piexak DR; Kowalczyk; Vaz JC; Borges AM. RevEscEnferm USP. V. 49; n 4; p 564- 571; maio, 2015.

SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELO PORTADOR DE CÂNCER: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Carla Rodrigues Pereira¹; Wilson Ruas da Rocha Júnior¹; Diana Batista Cardoso Cordeiro¹; Karine Gabriele de Jesus Lima¹; Maria Tatiane Martins Rodrigues¹; Viviane Carrasco²

¹ Acadêmicos de Enfermagem. Universidade Estadual de Montes Claros.

² Enfermeira. Docente da Universidade Estadual de Montes Claros.

RESUMO

Introdução: O Brasil e o mundo sofreram em meados do século XX, enormes alterações em seus perfis demográficos e epidemiológicos, aumentando a expectativa de vida da população, diminuindo a taxa de mortalidade por doenças infecciosas e aumentando a proporção dos óbitos por doenças crônicas e degenerativas em situação paliativa como por exemplo o câncer¹. O câncer então se caracteriza como uma divisão celular desordenada e agressiva, que promove a formação de tumores benignos ou malignos com potencial de desenvolver metástase em outros órgãos¹. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que em breve o câncer causará mais mortes do que as doenças cardiovasculares, em países desenvolvidos². O paciente diante aodiagnóstico de câncer, inicia uma nova trajetória em sua vida, experimentando novas experiências desde a aceitação até a readaptação, já que a doença provoca vulnerabilidade e consideráveis perdas emocionais, gerando inseguranças, incertezas, desespero e medo de morrer, além de enfrentar junto com sua família problemas como a hospitalização, reinternação, terapêutica agressiva com efeitos indesejáveis, separação do contexto familiar, alterações na vida diária e alterações financeiras que acarretam angústia e preocupações^{3,4}. **Objetivo:** analisar os sentimentos vivenciados por pacientes diagnosticados com câncer. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo. Foram verificados artigos publicados nos últimos 5 anos como critério de inclusão e textos que não contemplassem o tema como critério de exclusão. **Resultados e Discussão:** alguns estudos mostraram que a equipe disponibiliza de muitos recursos tecnológicos para o cuidado com o paciente com diagnóstico de câncer, de forma que propicia um melhor atendimento. Além disso assistência espiritual e emocional e não somente a física, tem se mostrado eficaz para que o paciente consiga conviver com os novos sentimentos que são gerados com a descoberta da sua situação patológica⁵. O diagnóstico de câncer corresponde para o paciente uma experiência dramática, inesperada e chocante, que leva o paciente a ficar diante do primitivo dos seus medos – o medo da morte⁶. O sofrimento devido ao receio de morte iminente da pessoa adoecida com câncer propicia uma baixa de auto estima o que pode acarretar de forma negativa no resultado do tratamento. Outro problema evidenciado por esses pacientes é a presença da depressão independentemente do grau de malignidade do tumor que o leva a abalos significativos em sua vida⁶. A capacitação continuada dos profissionais de saúde que presta o atendimento a esses pacientes se torna então necessária, já que proporciona um alívio do medo e da angústia, além de desmitificação de fantasias criadas pela ansiedade⁷. **Conclusão:** foi possível perceber que o medo constante de morrer está presente no portador de câncer. Esse medo desencadeia sentimentos de aflição como angústia, ansiedade, solidão, preocupações e muitas vezes perda de interesse pela vida, o que pode vir a atrapalhar os resultados do tratamento.

Palavras-chave: Oncologia. Cuidados paliativos. Sentimentos.

Referências

1. Tavares AGS; Nunes JSS. Cuidados paliativos e melhoria da qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Rev. Enf. Contemporânea. Bahia, v.4, n.1, p. 40-47, jan/jun. 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/465/433>. Acessado em 12 de abril de 2018.
2. Costa JC; Lopes K; Rebouças DMC; Carvalho LNR; Lemos JF; Lima OPSC. O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas oncológicas: uma revisão bibliográfica. Rev. Vita et Sanitas. Goiás, v. 2, n. 02, p. 151-161, 2008.
3. Baldissera C; Santos LF; Martins TNO; Silva ABP; Braz MM, Pivetta HMF. Unidos pela arte de cuidar: grupo de apoio à pacientes com câncer. 9º SIEPE, v. 9, 2017. Disponível em: <http://seer.unipampa.edu.br/index.php/siepe/article/view/24832>. Acessado em 12 de abril de 2018.
4. Ribeiro RP; Pinto TFM; Ribeiro CSC; Hertel VL. Dificuldades do profissional enfermeiro ao cuidar de pacientes pediátricos portadores de câncer. Rev. Ciências em Saúde. v4, n.3, p. jul-set 2014. Disponível: http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/download/227/196. Acesso em 12 de abril 2018.
5. Lopes M; Silva AC; Ferreira AM; Lino AACF. Revisão narrativa sobre a humanização da assistência pela equipe de enfermagem na área oncológica. Rev. Elet. Gestão & Saúde. v.6, p.2373-90, jun., 2015.
6. Silva SS; Aquino TAA; Santos RM. 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=S180856872008000200006&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 12 de abril de 2018.
7. Ribeiro KRA; Silva IOB; Silva SFF; Silva CO. Avaliação do autocuidado com crianças portadoras de neoplasia: contribuição da equipe de enfermagem. Rev. Rede de Cuidados em Saúde. v. 1, n.1, p. 1-18, 2017. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/4555>. Acessado em 12 de abril de 2018

TRATAMENTO DO CÂNCER ENDOMETRIAL DE BAIXO RISCO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Luiza Barbosa de Souza¹, Bruna Matos Gusmão², Laryssa Ferreira Rocha³, Álvaro Antônio Santana Santos⁴, Lucas José Ferreira Soares⁵, Thays Thanner Ferreira Rocha⁶

^{1,2,3,4,5} Acadêmico de Medicina/ Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

⁶ Graduada em Medicina/ Instituto de Ciências da Saúde (ICS)

Residente de Ginecologia e Obstetrícia/ Santa Casa de Montes Claros

RESUMO

Introdução: O Câncer de Endométrio é a neoplasia maligna ginecológica mais comum nos Estados Unidos, sendo responsável por 6% dos casos de câncer em mulheres. No Brasil, estima-se uma incidência de 6 a 13,3 casos novos/100.000 mulheres/ano. Por outro lado, mulheres com câncer endometrial de baixo risco têm um excelente prognóstico com sobrevida esperada superior a 90%.^(1,2,3) A definição de baixo risco no câncer de endométrio se refere ao grau histológico 1 ou 2, câncer limitado ao endométrio (um subconjunto da doença no estágio IA) e câncer que não é do tipo histológico de alto risco (por exemplo, células claras, seroso ou carcinosarcoma). A cirurgia é o tratamento padrão para mulheres com câncer endometrial de baixo risco, já a terapia adjuvante e a linfadenectomia não é recomendada para a doença de baixo risco.^(3,4,5) **Objetivo:** Demonstrar as atuais opções terapêuticas para o Câncer de endométrio de baixo risco, bem como seus benefícios e limitações. **Material e Métodos:** Foram avaliadas publicações científicas nos sites UpToDate, Biblioteca Virtual em Saúde e Pubmed nos últimos seis anos, utilizando-se como palavras-chave ‘endometrial carcinoma’ e ‘treatment’. Os artigos foram selecionados com base em grau de evidência e ano de publicação. **Resultado e Discussão:** A abordagem inicial padrão para mulheres com câncer endometrial recém-diagnosticado é o estadiamento cirúrgico com histerectomia total, salpingo-ooforectomia bilateral, avaliação de linfonodos e avaliação para doença extra-uterina.^(3,5) Pacientes com Câncer de Endométrio de baixo risco têm um baixo risco de envolvimento linfonodal, portanto, a linfadenectomia, não mostrou benefício de sobrevida, não sendo recomendada para esses pacientes.^(5,6) Não é recomendada a terapia pós-operatória (ou adjuvante) para os casos de câncer endometrial de baixo grau. Os argumentos para esta conduta são: ainda que a Radioterapia (RT) possa reduzir o risco de recidiva local, ela não melhora a sobrevida global. Estudos mostram que a RT pélvica pode aumentar o risco de morte e expõe as mulheres a um alto risco de cânceres secundários e complicações relacionadas ao tratamento. Enquanto a braquiterapia está associada a menor toxicidade, mas não há benefícios para o tratamento que justifiquem seu uso.^(3,7,8) A terapia com progesterona é uma opção para as mulheres que desejam a preservação da fertilidade e o adiamento do estadiamento cirúrgico. Essa terapia se mostra eficaz em mulheres jovens selecionadas através de uma avaliação abrangente pré-tratamento e mantidas em vigilância rigorosa.⁽⁹⁾ O estudo das alterações genéticas dos cânceres endometriais pode representar uma ferramenta melhor para classificar e orientar futuras terapias para doenças mais agressivas do ponto de vista biológico. A perspectiva é que se use terapias que envolvam drogas que afetam a apoptose, transdução de sinal, modificação epigenética, progressão do ciclo celular, quebra de proteínas e degradação, ativação do receptor hormonal e angiogênese.⁽⁴⁾ **Conclusão:** Para tratamento do

carcinoma de endométrio de baixo risco, é recomendado o tratamento cirúrgico, mas há a opção do tratamento com Progesterona para mulheres que desejam preservar a fertilidade. ART, por sua vez, não mostrou benefícios e o estudo das alterações genéticas parece promissor no desenvolvimento de terapias dirigidas e específicas para cada caso.^(3,10,11).

Palavras -chave: Câncer. Endométrio. Radioterapia adjuvante. Progestágenos. Histerectomia.

Referências

1. Makker V, Green A, Wenham R, Mutch D, Davidson B, Miller D. New therapies for advanced, recurrent, and metastatic endometrial cancers. *Gynecologic Oncology Research and Practice*. 2017;4(1).
2. Appel M, Garcia T, Kliemann L, Magno V, Mônico H, Wender M. Adenocarcinoma de endométrio: epidemiologia, tratamento e sobrevida de pacientes atendidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Clinical & Biomedical Research*. 2015;35(1):27-34.
3. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2018 [cited 13 April 2018]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-low-risk-endometrial-cancer?csi=76a7c0f6-b6d9-4b6c-8297-a2048d352827&source=contentShare>
4. Tran A, Gehrig P. Recent Advances in Endometrial Cancer. *F1000Research*. 2017;6:81.
5. Daley-Brown D, Oprea-Ilieș G, Lee R, Pattillo R, Gonzalez-Perez R. Molecular cues on obesity signals, tumor markers and endometrial cancer. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*. 2015;21(1).
6. Colombo N, Creutzberg C, Amant F, Bosse T, González-Martín A, Ledermann J et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2015;27(1):16-41.
7. Kong A, Johnson N, Kitchener H, Lawrie T. Adjuvant radiotherapy for stage I endometrial cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012;.
8. Suh D, Kim M, Kim H, Lee K, Kim J. Major clinical research advances in gynecologic cancer in 2015. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2016;27(6).
9. Park J, Nam J. Progestins in the Fertility-Sparing Treatment and Retreatment of Patients With Primary and Recurrent Endometrial Cancer. *The Oncologist*. 2015;20(3):270-278.
10. Ward KK, Shah NR, Saenz CC, et al. Cardiovascular disease is the leading cause of death among endometrial cancer patients. *Gynecol Oncol* 2012; 126:176.
11. Falcone F, Balbi G, Di Martino L, Grauso F, Salzillo M, Messalli E. Surgical Management of Early Endometrial Cancer: An Update and Proposal of a Therapeutic Algorithm. *Medical Science Monitor*. 2014;20:1298-1313.

RESUMO EXPANDIDO

AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO INCENTIVO AO AUTOCUIDADO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS

Luana Costa Ferreira¹; Gisele Almeida Ferreira²; Hortência Silva Baleeiro³; Maria Luisa Pereira Neves⁴

¹ Centro Universitário de Guanambi- UniFg

² Centro Universitário de Guanambi- UniFg

³ Centro Universitário de Guanambi- UniFg

⁴ Centro Universitário de Guanambi- UniFg

RESUMO

Introdução: A enfermagem, como equipe primordial dentro dos estabelecimentos de saúde, possuem como aspectos definidores o contato rotineiro aos pacientes em que prestam seus respectivos cuidados. **Objetivo:** Promover e incentivar o auto cuidado em pacientes oncológicos, preservando a sua saúde de modo a fortalecê-lo diante da sua condição terapêutica, através de métodos e ações inerentes a equipe de enfermagem. **Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura, enquadrando-se na revisão do tipo narrativa. **Resultado e Discussão:** Diante dos artigos revisados, a qual selecionamos em torno de 7, obtivemos inúmeras afirmações acerca da promoção do auto cuidado proposto pela equipe de enfermagem, frente ao paciente em centros oncológicos. **Conclusão:** Diante este trabalho foi perceptível que o profissional de enfermagem tem um extenso campo de atuação no auto cuidado, o qual utiliza de seus dotes para assistência a saúde no processo de adoecimento e dando apoio não somente no aspecto fisiológico, como também na vertente psicológica.

Palavras-Chave: Autocuidado. Enfermagem. Oncologia. SAE.

Introdução: Esta classe em questão, por possuir este relacionamento diário com o paciente, pode e deve construir uma ligação com este com caráter humanizado e com um olhar holístico. Referindo-se as prescrições de enfermagem dentro da assistência, temos aqueles de maior complexidade, por se referir a indivíduos que adentram o meio hospitalar com diagnóstico de alguma neoplasia. Estes indivíduos, que se transformam a partir de então em pacientes, necessitam de intervenções com planejamento adequado e que vise atenuar quaisquer sofrimento decorrente da sua condição clínica. Para tanto, além dos cuidados terapêuticos inerentes a quimioterápicos, radioterápicos ou cirúrgicos, este paciente necessita ser valorizado e lembrado enquanto ser humano. Este que por sua vez, após diagnóstico clínico pode assumir um perfil visto por todos ou por si próprio como condenado a uma história clínica pré-definida. A enfermagem, tem papel de participar da transformação do perfil destes pacientes oncológicos que possuam pensamentos consolidados sobre sua vida após confirmação do câncer. O enfermeiro que realiza uma assistência coerente e de acordo os preceitos de sua profissão, pode prescrever cuidados destinados a este paciente, e que estejam alicerçados nas bases científicas, teóricas e humanísticas da sua classe profissional. Logo, quando se refere a estes cuidados prescritos podemos adotar a própria valorização do auto

cuidado destes pacientes, sendo que os mesmos por diminuírem a expectativa em relação a sua própria vida, esquecem das suas potencialidades e capacidades enquanto ser humano. Assim, com a própria e consagrada Elisabeth Orem pregava na sua teoria do autocuidado, esta equipe deve identificar as deficiências perceptíveis em seus pacientes e assim podem tanto auxiliarem naquilo que os impedem de realizar ou simplesmente orientar, educar, e assumir seu papel de incentivadora da independência deste indivíduo dentro da assistência, porém sempre respeitando os limites impostos devido sua condição. Logo, quando a enfermagem se adentra além de seu papel de cuidar atrelado ao meio científico, pode capacitar seu paciente e valorizá-lo independente de sua condição. Diante disso, quando o paciente oncológico adentra os processos terapêuticos referentes ao seu câncer, podem consagrar também uma personalidade de desleixo, incapacidade, isolamento em seu contexto de vida, sendo esta situação propícia a diversos outros quadros clínicos, como a própria condição psicológica que pode se tornar afetada. Quando se mostra ao paciente as possibilidades de vida ainda existentes, instigando-o a manter um bom relacionamento social, com atividades que o despertem prazer, ou revelando-o que o cuidado consigo mesmo ainda pode e deve ser executado, isto desenvolverá uma atitude otimista com consequente fortalecimento pessoal.

Objetivo

Promover e incentivar o autocuidado em pacientes oncológicos, preservando a sua saúde de modo a fortalecê-lo diante da sua condição terapêutica, através de métodos e ações inerentes a equipe de enfermagem.

Material e Métodos

Foi realizada uma revisão de literatura, enquadrando-se na revisão do tipo narrativa, onde adentramos aos conhecimentos proposto em artigos, livros, e dissertações, a fim de coletarmos informações amplas sobre a temática em questão, e assim interpretarmos cada informação colhida para termos uma percepção eficaz sobre os assuntos até então abordados. Assim, inicialmente realizamos um levantamento bibliográfico sobre o enunciado, onde encontramos em torno de 20 artigos que ao final selecionamos 10. Obtivemos como critério da seleção, a observação quanto ao ano, profissão, temática dos autores presentes nas bibliografias encontradas. Este resumo é possui caráter analítico, envolvendo o aprofundamento nas informações já disponíveis e reavaliando-as, de acordo as experiências pré-formadas inerentes a cada autor deste trabalho.

Resultado e Discussão

As literaturas até então analisadas, versaram sobre os diversos cuidados referentes a inúmeros tipos de cânceres, predominando-se os estudos nos anos de 2010 a 2017, com o objetivo final de estabelecer uma espécie de autonomia do paciente desde seu diagnóstico ao tratamento, para que não fique a mercê apenas de cuidados alheios e sem quaisquer perspectivas de vida. A enfermagem, diante dos conhecimentos científicos adquiridos e assimilando-os com as experiências galgadas na sua vida profissional, possui respaldo suficiente para promover o processo de enfermagem de forma coerente e que abranja a integralidade de seus pacientes. De acordo a resolução 358/2009, na qual dispõe sobre as etapas inerentes ao processo de enfermagem, o enfermeiro possui liderança nos aspectos referentes ao desenvolvimento da SAE. Assim, desde a coleta de dados a avaliação dos métodos adotados na assistência, o enfermeiro visa tanto atenuação do quadro clínico que lhes é apresentando, como evolução a cura quando possível de seus pacientes. A SAE, também torna-se de suma importância para avaliação e mensuração da qualidade da assistência, onde podemos reavaliar todos as ações, métodos e resultados alcançados em cada cuidado prestado. Todavia, durante o

desenvolvimento da consulta de enfermagem na sua etapa de implementação das ações até então planejadas, a equipe de enfermagem pode dispor de métodos que auxiliem na evolução do paciente, promovendo cuidados integrativos, e assim melhorando as funcionalidades do paciente, ou promovendo reabilitação das mesmas. Para formação dessas prescrições de enfermagem, a equipe necessita coletar informações de forma minuciosa para estabelecer um diagnóstico de enfermagem de acordo as condições inspecionadas no seu paciente/cliente. Logo, após estabelecimento do diagnóstico de enfermagem a equipe observa quais cuidados são necessários para modificação deste diagnóstico de forma benéfica. Então, quando se presta atendimento ao paciente oncológico, o mesmo por ter uma visão pré-definida de sua condição clínica pode adquirir quadros clínicos de depressão que de certa forma intervém na sua condição fisiológica e conseqüente intervém na patologia apresentada. Diante das literaturas então investigadas, observamos que o apoio familiar quando diminuído facilita uma redução na capacidade de enfrentamento do paciente, desta forma, a enfermagem pode reconhecer estes obstáculos que cercam o paciente e podem tentar atenuá-las. Entretanto, existem famílias dentro do contexto de oncologia, que acabam por cercar o paciente de cuidados alheios e taxando-o como incapaz de desenvolvimento de ações diárias simples. Assim, o autocuidado por vezes é deixado de lado dentro desta perspectiva, e por vezes a própria condição psicológica interfere na realização deste autocuidado. Sendo assim, o enfermeiro capacitado pode incentivar o paciente na promoção ou reabilitação da sua saúde. Portanto, um indivíduo que está em estado de internação por câncer de mama, sendo do sexo feminino, pode possuir uma capacidade de enfrentamento ineficaz a depender da sua visão perante a vida, onde pode assumir uma personalidade positiva ou negativa. Quando esta paciente possui características pessimistas, o próprio fato de uma intervenção cirúrgica para retirada da mama pode gerar uma baixa na autoestima que interfere diretamente na resposta que esta paciente possui frente ao seu câncer. A inaceitação desta mulher por si própria desencadeia uma ineficácia no seu auto cuidado, onde a mesma pode se caracterizar como incapaz de realizar mínimos esforços para melhoria da sua condição física. Existem inúmeras evidências que a aceitação pelo paciente de sua condição cancerígena propicia melhor adequação frente a doença, onde a partir de então consegue realizar esforços para manter sua saúde mesmo em condição desvantajosas, como melhorar seu padrão alimentar, de atividade física, ter pensamentos otimistas em relação a si e a sua própria vida, e assim este paciente consegue aumentar sua expectativa de vida e o organismo consegue possuir maior aceitação ao tratamento radioterápico, quimioterápico. Entretanto, a classe profissional de enfermagem não visa apenas instigar o autocuidado, mas associa-lo a uma promoção da qualidade de vida deste paciente, pois ser autônomo no que diz respeito a sua saúde atrela-se a este fato.

Conclusão

Inicialmente, pode intervir com ações educativas visando à prevenção de doenças, bem como apresentando seu papel nas relações terapêuticas e posteriormente intervém apoiando, incentivando, minimizando dores e sofrimentos para então desenvolver uma reabilitação ao paciente. Dentro das mediações oncológicas, podem proporcionar melhorias na qualidade de vida dos indivíduos portadores de tal patologia, a partir do momento da sistematização da assistência de enfermagem, onde pode realizar uma prescrição e planejamento visando a independência do paciente dentro da sua condição clínica, pois a capacidade de enfrentamento frente à estas alterações podem se tornar mínimas quando o paciente não possui tanto um apoio social consolidado, como um pensamento determinante e favorável diante as suas condições de vida.. Logo, para que o paciente atinja a recuperação

desejada, torna-se necessário uma especificidade no cuidado implementado de acordo a enfermidade de cada paciente, e sempre incentivando suas potencialidades.

REFERÊNCIAS

1. Pedrosa NT, Polejack, L. Cuidado e autocuidado em oncologia: significados para profissionais e usuários. Jul.-Dez. 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Autoestima é fundamental. Rev. Rede Câncer. n.21, 2013.
3. Bertan FC, Castro EK. Quality of Life, Anxiety and Depression Indicators and Sexual Satisfaction in Adult Patients with Cancer. Rev Salud Soc. v.1, n.2, p.76-88, 2010.
4. Hoff PMGH *et al.* Tratado de Oncologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2ª ed, 2 volumes, 2013.
5. Alfaro-Léfevre R. Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. 8ª edição. Porto Alegre - RS: Artes Médicas; 2014.
6. Straub RO. Enfrentando o estresse. In: STRAUB, R. O. Psicologia da Saúde: Uma Abordagem Biopsicossocial. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p.108-141.
7. Guilhardi HJ. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. IN: Brandão MZ da Silva; Conte FC de S; Mezzarob SM B. Comportamento Humano – Tudo (ou quase tudo) que você precisa saber para viver melhor. Santo André, SP: ESE Tec Editores Associados, 2002.
8. Bertan FC, Castro EK. Quality of Life, Anxiety and Depression Indicators and Sexual Satisfaction in Adult Patients with Cancer. Rev Salud Soc. v.1, n.2, p.76-88, 2010.
9. Skinner BF. Ciência e comportamento humano. 8ed. Traduzido por João Carlos Todorov e Rodolfo Azzi. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1953), 1993.
10. Mistura C, Carvalho MFAA, Santos VEP, Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. R. Enferm. UFSM. v.1, n.3, p.351-359, 2011.
11. Cestari MEW, Zago MMF. A prevenção do câncer e a promoção de saúde: um desafio para o Século XXI. Rev Bras Enferm online.

12.Rosini I, Salum NC. Educação em saúde no serviço de radiologia: orientações para punção aspirativa de mama e tireóide. Rev Gaúcha Enfermonline, 2013.

13.Silva CP, Dias MAS, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros das estratégias saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva online. 2009.

14.Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC. Educação em Saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. RevBrasEnfermonline. 2004.

15.Barbosa AM, Ribeiro DM, Teixeira ASC. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. Ciência & Saúde Coletiva online. 2010.

16.Salles OS, Castro RCBR. Validação de material informativo a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares. RevEscEnferm USP online. 2010.

17.Silva CP, Dias MAS, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros das estratégias saúde da família. Ciênc Saúde Coletiva online. 2009.

18.Costa TB, Moura VF. The Meaningoftouchtheprostate for MAM: the nurse in healthpromotion. J res fundam careonline 2013 Out/Dez .

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Manoela dos Santos Silva¹; Abigail Duarte Matias²; Aline Lopes Nascimento³; Éryka Lopes Toledo³; Patrícia Dawylla de Freitas Soares⁴; Suzi Alice de Souza⁵; Paula Karoline Soares Farias⁶

¹Nutricionista. Pós-graduada em Nutrição e Metabolismo na Prática clínica e Desportiva – FUNORTE.

²Zootecnista. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

³ Acadêmica de nutrição. Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI.

⁴Nutricionista. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG.

⁵Nutricionista. Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE.

⁶ Docente do curso de nutrição. Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI/ Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE.

Resumo

Introdução: O câncer tornou-se um grande problema de saúde pública de extensão mundial, e sua ocorrência é cada vez mais freqüente entre as populações ⁽¹⁾. O segundo tipo de câncer mais frequente no mundo é o câncer de mama, sendo o mais comum entre as mulheres, replicando por 22% dos casos novos/ano ⁽²⁾. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo analisar o estado nutricional e o consumo alimentar de mulheres com câncer de mama. **Material e Método:** A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados da Scielo e BVS dando ênfase aos trabalhos publicados nos últimos 07 anos. **Resultado e Discussão:** Um estudo mostrou que, 80% das pacientes apresentaram uma “dieta que requer modificações”, enquanto que 20% apresentaram uma “dieta saudável”. Apontando ainda um alto índice de excesso de peso e desequilíbrio na ingestão de micronutrientes ⁽³⁾. Em outra pesquisa, foi observado o excesso de peso corporal em 58% das pacientes e circunferência da cintura maior que 80 cm em 64,5%. Consumo excessivo de alimentos pertencentes aos grupos dos óleos e dos açúcares foi verificado em 90,3% e 83,8%, respectivamente. E que a maioria das pacientes apresentou baixo consumo de cálcio e de vitaminas B6, B12 e A ⁽⁴⁾. **Conclusão:** Os resultados demonstraram um alto índice de excesso de peso, deficiência na ingestão de fibras, macro e micronutrientes. Concluindo-se que é necessária a elaboração e o uso de um protocolo de intervenção nutricional para adequar a dieta das pacientes e evitar o risco da recidiva do câncer.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Estado Nutricional. Consumo de Alimentos. Obesidade.

Introdução

Em virtude dos progressos tecnológicos em saúde, que resultaram ao prolongamento da perspectiva de vida, o câncer tornou-se um grande problema de saúde pública de extensão mundial, e sua ocorrência é cada vez mais frequente entre as populações ⁽¹⁾. O segundo tipo de câncer mais frequente no mundo é o câncer de mama, sendo o mais comum entre as mulheres,

replicando por 22% dos casos novos/ano. Se diagnosticado e tratado devidamente, a sobrevida média após cinco anos chega a 61% nos países desenvolvidos ⁽²⁾. Diversos são os fatores de risco para a manifestação do câncer de mama entre eles estão: nuliparidade, menarca precoce, idade tardia ao primeiro parto, menopausa tardia, dieta, sedentarismo e obesidade. Sendo que, os aspectos dietéticos colaboram na etiologia de 30 a 40% dos casos. Os aspectos nutricionais como o estado nutricional e a alimentação habitual, são considerados tanto protetores como provocadores do desenvolvimento do câncer de mama ⁽⁵⁾.

A obesidade está relacionada ao risco de desenvolvimento e pior prognóstico de câncer de mama. Além disso, é possível verificar uma associação entre Índice de Massa Corporal (IMC) acima do recomendado com o desenvolvimento e prognóstico de câncer. O balanço energético, a interação do consumo energético, a prática do exercício físico, o IMC e a taxa metabólica são fatores bem relevantes para o desenvolvimento de neoplasias mamárias ⁽³⁾.

O tratamento que vem sendo bastante utilizado para o controle e combate ao câncer é a quimioterapia. Contudo, este tratamento químico é de alta agressão às células o que leva à ocorrência de inúmeras toxicidades, que, conseqüentemente, podem atingir de forma negativa a capacidade funcional, que está propriamente ligada à qualidade de vida dos pacientes submetidos a este tratamento ⁽¹⁾.

Alguns estudos recomendam associações entre o peso corporal, índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura como fontes de risco para o desenvolvimento de câncer de mama. Além do que, o estresse acarretado pelo diagnóstico e o tratamento quimioterápico da neoplasia mamária tem estado associado com os altos índices de aumento de peso devido à mudança no estilo de vida, determinado pela falta de atividade física e uma alimentação inadequada de acordo com os parâmetros nutricionais ⁽⁴⁾.

Metodologia

A busca pela literatura científica utilizada foi realizada nas seguintes bases de dados e portais de pesquisa: Scielo e BVS, dando ênfase aos trabalhos publicados nos últimos 07 anos (2012 a 2018). Os descritores utilizados foram: Neoplasias da mama, Estado Nutricional, Consumo de Alimentos, Obesidade, e os artigos pesquisados em inglês e português.

Resultado e Discussão

Um estudo realizado de acordo com as Dietary Reference Intakes (DRI) e a avaliação qualitativa pelo Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R). Apontou que 60% das pacientes apresentaram circunferência da cintura igual ou superior a 88 cm. Foram verificados 75% de indivíduos com excesso de peso. A média da ingestão de cálcio, cobre, ferro, fibra alimentar, magnésio, potássio, vitamina A, niacina, vitamina B6 e zinco encontrava-se abaixo da recomendação de ingestão adequada e o consumo de vitamina C, fósforo, manganês, sódio e tiamina encontrava-se acima. E que 80% das pacientes adotaram uma “dieta que requer modificações”, enquanto que 20% apresentaram uma “dieta saudável”. A pesquisa mostrou ainda um alto índice de excesso de peso e desequilíbrio na ingestão de micronutrientes ⁽³⁾. Em outra pesquisa, 31 pacientes com câncer de mama atendidas pelo Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Os dados da dieta foram coletados através do recordatório de 24 horas no momento pré-cirúrgico. Através da avaliação dos dados obtidos nos prontuários dos pacientes, foi possível realizar a caracterização tumoral. A idade das pacientes participantes da pesquisa variou entre 29 e 92 anos. Foi observado excesso de peso corporal em 58% das pacientes e circunferência da cintura maior que 80 cm em 64,5%. Consumo excessivo de alimentos pertencentes aos grupos dos óleos e

dos açúcares foi verificado em 90,3% e 83,8%, respectivamente. A pesquisa mostra ainda, que o consumo de álcool foi relatado por 25% (8/32) das pacientes, sendo que destas 62,5% (5/8) consumiam mais que 10g por dia. E que a maioria das pacientes apresentou baixo consumo de cálcio e de vitaminas B6, B12 e A⁽⁴⁾.

Conclusão

Frente ao exposto observa-se um alto índice de excesso de peso, deficiência na ingestão de micronutrientes, fibra alimentar, ou seja, a ingestão de uma dieta inadequada. Concluiu-se, então, que é necessária a elaboração e o uso de um protocolo de intervenção nutricional para adequar a dieta de pacientes com câncer de mama que estão em tratamento quimioterápico. A fim de prevenir assim o aumento de peso e o desequilíbrio de macro e micronutrientes, visto que esse desequilíbrio pode aumentar o risco da reincidência do câncer.

Referências

1. Elias TC; Mendes LC; Soares MBO; Haas VJ; Silva SR. Influência de variáveis clínicas na capacidade funcional de mulheres em tratamento quimioterápico. [periódico online] 2015 [citado 2018 Abr 10]; 19(4): 571-577.
2. Gonçalves CV; Camargo VP; Cago JM; Miranda B; Sassi RAM. O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. [periódico online] 2017 [citado 2018 Abr 11]; 22(12): 4013-4081.
3. Ferreira IB; Marinho EC; Custódio IDD; Gontijo CA; Paiva CE; Crispim CA; Maia YCP. Consumo alimentar e estado nutricional de mulheres em quimioterapia. [periódico online] 2016 [citado 2018 Fev 25]; 21(7): 2209-2218.
4. Oliveira DR; Carvalho ESC; Campos LC; Leal JA; Sampaio EV; Cassali GD. Avaliação nutricional de pacientes com câncer de mama atendidas no Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas, Belo Horizonte (MG), Brasil. [periódico online] 2014 [citado 2018 Abr 10]; 19(5): 1573-1580.
5. Sampaio HAC; Rocha DC; Sabry MOD; Pinheiro LGP. Consumo alimentar de mulheres sobreviventes de câncer de mama: análise em dois períodos de tempo. [periódico online] 2012 [citado 2018 Abr 10]; 25(5): 594-606.

A IMPORTÂNCIA DA REALIZAÇÃO DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO NO BRASIL

Maria Fernanda Galdino Freitas¹, Edson Rabelo Cardoso²

¹ Acadêmica do curso de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

² Professor da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e das Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE)

RESUMO

Introdução: O câncer de pulmão é a neoplasia mais comum e com as mais altas taxas de mortalidade no mundo, sendo, no Brasil, a segunda neoplasia mais incidente em homens, excluindo o câncer de pele não-melanoma, e a quarta mais comum em mulheres⁽¹⁾. Essa doença tem como principal fator de risco tabagismo, e por essa razão torna-se predominante no sexo masculino devido ao hábito de fumar ser mais comum nesse gênero, apresentando um notável aumento na população feminina nas últimas décadas^(2,3). Evidencia-se a necessidade de se interferir no desenvolvimento da neoplasia, evitando-se a exposição aos fatores de risco desencadeantes da doença e de se realizar o diagnóstico precoce em indivíduos portadores desse tumor, visto que a doença em sua fase inicial é assintomática e, por essa razão, é descoberta tardiamente, dificultando o prognóstico e tratamento⁽⁴⁾. **Objetivo:** Analisar a importância da implementação de técnicas de rastreamento para o câncer de pulmão no Brasil. **Material e Métodos:** Este estudo é de caráter descritivo e constitui-se a partir de uma revisão de literatura, em que foi realizada a leitura de 6 artigos, em português e inglês, de 1998 a 2014, retirados da base de dados SciELO. **Conclusão:** A fim de que se reduza os índices de morbimortalidade pelo carcinoma pulmonar, é necessário que se realize as ações de prevenção primária e de detecção precoce, o que também impediria o surgimento de novos casos de neoplasia. Para que se possibilite o rastreamento do câncer de pulmão é preconizada a realização da Tomografia Computadorizada de Baixa Dose, mas essa estratégia não condiz com a realidade brasileira. Dessa forma, para que o carcinoma pulmonar possa deixar de ser sinônimo de um câncer de alta malignidade, é imprescindível a realização, de modo eficaz, dos dois níveis de prevenção no Brasil.

Palavras-chave: Carcinoma pulmonar. Rastreamento. Radiografia. Tomografia computadorizada.

Introdução

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), estima-se para o biênio 2018-2019, no Brasil, o surgimento de 18.740 novos casos de câncer de pulmão entre homens e de 12.530 novos casos nas mulheres⁽¹⁾. No cenário global, essa neoplasia é a mais comum e com maiores índices de mortalidade⁽³⁾, sendo observada maior incidência na Europa e na Ásia Oriental⁽¹⁾.

O tabagismo constitui-se como principal fator de risco para o carcinoma pulmonar, responsável por 90% desses tumores malignos ⁽²⁾. A fumaça do cigarro contém mais de 40 substâncias carcinogênicas que podem desencadear a neoplasia ⁽⁵⁾, sendo evidenciado um aumento de 10 a 30 vezes de desenvolvimento do câncer de pulmão em indivíduos fumantes quando comparados com indivíduos não-fumantes. A incidência mostra-se mais acentuada em indivíduos do sexo masculino, devido ao hábito de fumar ser mais prevalente nesse gênero. Todavia, nas últimas décadas, nota-se uma crescente mudança nesse cenário, visto que as mulheres também aderiram à prática do fumo ⁽³⁾. A cessação do tabagismo diminui a probabilidade de desenvolvimento de câncer pulmonar, sendo essa redução dependente da quantidade de anos desde a abstinência e também da carga de tabaco utilizada previamente ⁽⁶⁾.

Outros fatores de risco associados ao carcinoma pulmonar consistem: na poluição atmosférica; na exposição por substâncias químicas como radônio, asbesto e sílica; em doenças relacionadas ao hospedeiro, como DPOC, tuberculose e enfisema pulmonar; e em fatores genéticos ⁽⁶⁾.

Observa-se, no cenário brasileiro, que a maioria dos pacientes portadores do carcinoma pulmonar são diagnosticados já em estágios avançados da doença, geralmente quando procuraram uma unidade de saúde devido ao aparecimento de sintomas, uma vez que as fases iniciais são, frequentemente, assintomáticas. Dessa forma, piora-se o prognóstico do paciente e dificulta-se a terapêutica. A fim de que se possa interferir nesse cenário brasileiro e, dessa maneira, reduzir os altos índices de mortalidade provocados por essa doença, deve-se realizar a prevenção primária, por meio de campanhas de conscientização quanto ao risco do tabagismo, e a prevenção secundária, que consiste na detecção precoce da doença em indivíduos já portadores da neoplasia, o que possibilitaria uma maior sobrevida ao paciente e uma maior chance de cura desse tumor ⁽⁴⁾.

Metodologia

Este é um trabalho de cunho descritivo e desenvolvido a partir de uma revisão de literatura, em que se realizou a leitura de seis artigos, de 1998 a 2014, em língua portuguesa e inglesa, retirados da base de dados Scielo, na qual pesquisaram-se os descritores Rastreamento, Câncer, Pulmão, Screening e Lung. Dados do INCA também foram utilizados. Buscaram-se artigos cuja data de publicação fosse recente e que fizessem uma análise comparativa entre o rastreamento por métodos diferentes e os resultados obtidos em cada um.

Resultado e Discussão

A perspectiva de vida em cinco anos para o carcinoma pulmonar é de aproximadamente 14%. Sua alta incidência e taxa de mortalidade conduzem a mecanismos que possibilitam a descoberta em fases mais precoces da doença, com maior chance de ressecabilidade e possível cura. Dessa forma, surgiu-se os estudos de rastreamento ⁽²⁾.

Para que o rastreamento de uma neoplasia seja realizado deve-se obedecer a alguns critérios, são eles: constituir-se um importante problema de saúde pública; haver uma fase de latência, em que o tumor possa ser detectado antes do aparecimento dos sintomas, sendo essa um período longo para que possibilite a descoberta de muitos tumores ocultos; o tratamento deve

ser superior em relação ao que é oferecido aos pacientes com quadros mais avançados; os testes devem ter altos níveis de eficácia diagnóstica e baixo custo; e, devem ter boa de aceitação por parte dos indivíduos e dos planos de saúde⁽²⁾.

Inicialmente, foram feitos alguns estudos não-randomizados, como o *North London Lung Cancer Study* (NLLCS), em 1959, e o *Erfurt County Germany Study* (ECGS), em 1972, que realizaram testes radiológicos com uma certa periodicidade e chegaram à conclusão de que quanto maior a precocidade do diagnóstico, maior a chance de ressecabilidade e sobrevida do paciente⁽²⁾. Entretanto, nenhum dos estudos foi capaz de demonstrar redução na mortalidade⁽⁷⁾. Surgiu então o *lead time bias* (ou viés do tempo de entrega), teoria que demonstrava que a sobrevida aumentaria pelo fato de os sintomas serem descobertos mais cedo, mas a mortalidade ocorreria concomitantemente aos que foram diagnosticados mais tardiamente, uma vez que a doença teria um tempo de acometimento equivalente⁽⁴⁾.

Posteriormente, foram realizados estudos randomizados como o *Memorial Sloan-Kettering Lung Project* (MSKLP), em 1974 a 1982, em que o grupo em estudo foi submetido a radiografias de tórax anuais e citologia de escarro a cada quatro meses e o grupo-controle foi submetido apenas à realização de radiografias. Esses ensaios tinham por objetivo analisar a eficácia da citologia do escarro comparada à radiografia torácica, comprovando que a radiografia de tórax se mostra superior à análise do escarro e que esse método não produz impacto na detecção precoce do tumor⁽²⁾.

Esses testes realizados no passado com a radiografia do tórax e citologia do escarro mostraram resultados muito desanimadores, fazendo com que o rastreamento não ganhasse muita importância na época⁽²⁾. Trinta anos mais tarde, com o surgimento da Tomografia Computadorizada Helicoidal de Tórax de Baixa Dose (TC_{bd}), abriu-se uma nova perspectiva para o diagnóstico precoce, e ensaios realizados no Japão em 1990 ratificaram a extensão potencial da TC_{bd} para o rastreamento do câncer de pulmão, despertando-se, assim um novo interesse na realização da detecção precoce e o desenvolvimento de novos estudos⁽⁷⁾.

A partir desse momento, os exames de rastreio realizados com a TC_{bd} demonstraram não somente um aumento na sobrevida do paciente, mas também uma redução da mortalidade pelo carcinoma pulmonar, o que pode ser evidenciado no estudo *National Lung Screening Trial* (NLST) que selecionou cerca de 50 mil pessoas, entre 55 e 74 anos, e realizou tomografias durante 3 anos consecutivos, obtendo como resultado uma redução de 20% da mortalidade por câncer de pulmão em comparação com pessoas submetidas à radiografia de tórax. Essas taxas comprovam a sensibilidade seis vezes maior desse novo método de rastreamento em detectar pequenos nódulos pulmonares quando comparado ao raio-X, permitindo uma taxa de ressecabilidade de 96% e possuindo uma frequência de neoplasias em estágio I de 85%^(4,7). Todavia, uma grande limitação desse método se deve à identificação, em sua maioria, de nódulos indeterminados, demonstrando com isso uma menor especificidade, necessitando de exames complementares para que eles possam ser diagnosticados como nódulos malignos e tratados de modo eficaz⁽²⁾.

No Brasil, em 2012, o Hospital Israelita Albert Einstein, com o apoio do Ministério da Saúde, e por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, criou um estudo pioneiro no Brasil para análise da eficácia do rastreamento do carcinoma pulmonar, o Pro Pulmão⁽⁴⁾.

Outros meios de rastreamento estão sendo testados, como a presença de marcadores proteicos, de mutações genéticas, de anormalidades na metilação do DNA, além de inúmeros outros métodos que sejam menos invasivos e que possam diminuir a quantidade de exames de imagem, porém comprovou-se que essas técnicas possuem uma baixa sensibilidade, principalmente, no tocante aos nódulos periféricos, não permitindo, assim, a sua utilização^(2,4,7).

Conclusão

O carcinoma pulmonar é um problema de âmbito global, devendo, portanto, serem realizadas ações que interfiram na doença e que, dessa forma, provoquem uma redução nas taxas de morbimortalidade desse tumor. O principal meio de se obter sucesso nesse objetivo é através da prevenção primária, por meio da redução da exposição ao tabagismo, visto que esse se constitui o principal fator de risco. Essa prevenção pode ser alcançada por meio de campanhas conscientizadoras sobre o tabagismo e suas consequências e através de propagandas veiculadas em inúmeros meios de comunicação. Outra maneira, também de alta eficácia, consiste na detecção precoce da neoplasia, uma vez que está comprovado que o rastreamento, através da Tomografia Computadorizada de Baixa Dose, é capaz de reduzir a mortalidade e aumentar a sobrevivência de pacientes portadores da neoplasia. É essencial que a saúde pública dos países adiram a essas estratégias, a fim de que haja uma mudança nesse cenário global e de que o carcinoma pulmonar possa deixar de ser sinônimo de tamanha malignidade.

Referências

- 1 .<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acessado em 02 de abril de 2018.
- 2 .Andrade TLES; Barbosa SR; Silva JLP. Protocolos de rastreamento para o diagnóstico precoce do câncer de pulmão: passado, presente e futuro. J Pneumol. V 28; n 5; p 294-301; set-out 2002.
- 3.Barros JÁ; Valladares G; Faria AR; Fugita EM; Ruiz AP;Vianna AGD *et al.* Diagnóstico precoce do câncer de pulmão: variáveis epidemiológicas e clínicas, estadiamento e tratamento. J BrasPneumol. V 32; n 3; p 221-227; 2006.
4. Santos RS. Rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de pulmão no Brasil e no mundo: dilemas, controvérsias e respostas. Onco&. Jul-ago 2014.
- 5.Uehara C, Jamnik S, Santoro IL. Câncer de Pulmão. Medicina, Ribeirão Preto. V 31; p 266-276; abr-jun 1998.
- 6 .Zamboni M. Epidemiologia do Câncer de Pulmão. J Pneumol. V 28; n 1; p 41-47; jan-fev 2002.
- 7 .Pastorino U. Lung Cancer Screening. British Journal of Cancer. V 102; p 1681-1686; 2010.

CARCINOMA VERRUCOSO EM MUCOSA JUGAL: RELATO DE CASO

Guilherme Veloso Ramos¹; Maria Gabriela Costa Franca¹; Tatiane Cristina Macedo Silva¹; Francis Balduino Guimarães Santos²; Alfredo Maurício Batista de Paula³; Mario Rodrigues de Melo Filho³.

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia/Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

² Professor do Departamento de Clínica Cirúrgica / Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

³ Professor do Departamento de Odontologia/Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

RESUMO

Introdução: O carcinoma verrucoso caracteriza-se como uma variante do carcinoma espinocelular, sendo a cavidade oral o local onde surge mais frequentemente. Trata-se de um tumor localmente invasivo, mas com baixo potencial de metastatização⁽¹⁾. **Objetivo:** Descrever um relato de caso clínico abordando características clínicas e histológicas da lesão, bem como conduta aplicada. **Metodologia:** Relato de caso desenvolvido a partir do consentimento livre e esclarecido de paciente atendido em Consultório odontológico privado de Montes Claros-MG. **Conclusão:** Devido às características semelhantes que o carcinoma verrucoso partilha com outras lesões de tipo verrucoso, é fundamental uma biópsia representativa da lesão e uma boa comunicação entre o clínico e o anatomopatologista para se chegar a um correto diagnóstico.

Palavras – chave: Carcinoma Verrucoso. Cirurgia. Reabilitação.

Introdução

O carcinoma verrucoso (CV), também conhecido como tumor de Ackerman's, foi descrito pela primeira vez por Ackerman em 1948, como sendo uma variante clínica e histológica bem diferenciada do carcinoma espinocelular, que se distingue pelo seu crescimento proliferativo, localmente invasivo, mas com baixo potencial metastático ⁽²⁾. Sua etiopatogenia está associada principalmente a carcinógenos biológicos (HPV) e químicos (tabaco sem fumaça) ^(1,3,4). O CV apresenta predominância em homens acima de 55 anos, onde os sítios de acometimento mais comuns são a mucosa oral na região de fundo do véstíbulo inferior, gengiva, mucosa jugal, língua ou palato duro, podendo também ser observado em regiões extraorais tais como mucosas laríngea, vulvovaginal, peniana, anorretal, sinonasal e esofagiana, bem como na pele da mama, axila, canal auditivo e nas solas dos pés, ^(4,6) Clinicamente pode ser observado uma placa espessa, difusa, bem delimitada com projeções papilares ou verruciformes na superfície, são tipicamente brancas, contudo podem parecer eritematosas ou róseas ⁽²⁾. Como apresenta crescimento lento e indolor esse tumor pode apresentar um tempo de história clínica elevada e assim se tornar localmente agressivo e levar a destruição de estruturas subjacentes tais como osso, cartilagem, músculo e glândulas

salivares.^(4,5) Para o diagnóstico do tumor é necessário a realização de uma biópsia adequada para que o material seja submetido à avaliação microscópica⁽⁵⁾. Como o CV apresenta alto grau de diferenciação celular, o mesmo apresenta certa dificuldade em seu diagnóstico microscópico. Histologicamente, o tumor apresenta cristas epiteliais amplas e alongadas com produção abundante de ceratina em sua superfície^(4,5). Apesar do tratamento de eleição ser a excisão cirúrgica muito ainda se discute acerca dessa conduta, pois mesmo efetuada com boas margens de segurança pode não ser totalmente efetiva, surgindo frequentemente recidivas, nesses casos são necessários tratamentos adjuvantes tais como a radioterapia e a quimioterapia^(5,6).

Metodologia

Trata-se de um relato de caso de um paciente que apresentou diagnóstico de Carcinoma Verrucoso. Para a realização do trabalho contou-se com o consentimento livre e esclarecido do paciente atendido em Clínica privada e no Hospital Santa Casa de Montes Claros - MG.

Relato de caso

Paciente, gênero feminino, 72 anos, procedente de Montes Claros-MG, foi encaminhada ao cirurgião dentista para realização de cirurgia pré-protética em lesão com diagnóstico clínico inicial de hiperplasia fibrosa devido ao traumatismo por prótese total removível inferior, com tempo de evolução de aproximadamente um ano. A paciente declarou não ser tabagista, nem etilista ou apresentar outro hábito nocivo digno de nota. Durante o exame físico intraoral notou-se a presença de lesões que se estendiam por toda a mucosa jugal esquerda até o palato mole, algumas verruciformes e outras em forma de placas elevadas de coloração rósea com vários pontos esbranquiçados e separadas por sulcos. As hipóteses diagnósticas foram de Carcinoma Verrucoso e Carcinoma Epidermóide. Foi realizada biópsia incisional e o material foi encaminhado para o exame histopatológico que confirmou a presença de Carcinoma Verrucoso. Dessa forma, a paciente foi encaminhada para o cirurgião de cabeça e pescoço e operada sob anestesia geral, onde foi realizado enxerto de pele para reconstrução da mucosa jugal. Não foi necessário radioterapia e nem esvaziamento regional da cadeia linfática. Após 18 meses foi observado o surgimento de área esbranquiçada na região de papila piriforme. A biópsia excisional revelou se tratar de hiperqueratose devido ao traumatismo da prótese total removível inferior. A paciente encontra-se sob controle há sete anos e sem alterações na área operada.

Conclusão

O diagnóstico precoce do câncer oral é fundamental para o melhor prognóstico, no caso particular dos cirurgiões dentistas é de extrema importância a capacidade de identificar e reconhecer lesões potencialmente malignas, bem como alertar os pacientes para os potenciais fatores de riscos para o câncer. Embora o Carcinoma Verrucoso possa ser curável, o mesmo pode se tornar localmente agressivo se não tratado. Assim a realização de uma anamnese bem elaborada contendo informações relevantes para o diagnóstico associado ao correto exame físico, são imprescindíveis para o sucesso do tratamento.

Referências

1. Maciel, Vera Marina. Etiologia, diagnóstico e tratamento do carcinoma verrucoso. 2017. Tese de Doutorado.

2. Ogawa, A. et al (2004). Treatments Results of Oral Verrucous Carcinoma and its Biological Behavior, *Oral Oncology*, 40, pp. 793-797.

3. Zanini M, Wulkan C, Paschoal FM, Maciel MH.; Machado Filho CDASM. Carcinoma verrucoso: uma variante clínico-histopatológica do carcinoma espinocelular. *An bras Dermatol*. 2004 Out. 79;5: 619-21

4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

5. Mores RV. Carcinoma Verrucoso de Boca: Análise das Características clínicas e Microscópica, da expressão imuno-histoquímica e da hipermetilação do gene da E-Caderina [Dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru; 2005.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO NORTE DE MINAS GERAIS

Mylena Thais de Oliveira Rocha¹; Tiê Menezes Viana²; Viviane Carrasco³; Mirela Lopes de Figueiredo⁴

¹Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES

²Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES

³Docente do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES

⁴Docente do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES

RESUMO

Introdução: O câncer infantojuvenil (0 a 19 anos) possui características peculiares, apesar de apresentar manifestações clínicas comuns a outras patologias que pode dificultar o diagnóstico. Nessa fase, os tumores crescem agressivos e desordenados, porém, quando diagnosticados precocemente, apresentam maiores chances de tratamento. De tal modo, é de suma importância dissipar informações acerca do perfil das crianças e adolescentes atreladas aos tipos de câncer mais prevalentes de acordo à faixa etária e condições de desenvolvimento da região, com vistas ao estabelecimento precoce do diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Caracterizar as crianças e adolescentes oncológicos atendidos em um hospital de referência no Norte do Estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e documental, sob abordagem quantitativa realizado no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015, com 146 prontuários analisados até o momento. Os dados foram coletados por meio do prontuário eletrônico, que concentra todas as informações referentes à internação, e analisados por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. **Resultados e discussão:** A maioria das crianças e adolescentes (59,6%) são do sexo feminino; 31,5% possuem entre 10 a 14 anos; 77,4 % de raça/cor parda; 34,2 % são da cidade de Montes Claros; 80,8% são da zona urbana. Perante os dados encontrados, observa-se que vários aspectos podem interferir no diagnóstico e tratamento do câncer infantojuvenil. São fatores relacionados às várias esferas, que vão desde a dificuldade de acesso aos centros especializados devido ao custo para deslocamento até a escassez de informações dissipadas que dificultam o diagnóstico precoce. **Conclusão:** As características sociodemográficas sugerem a necessidade de dissipação de informações, sendo necessárias estratégias que favoreçam a descentralização da assistência, principalmente para as comunidades mais longínquas.

Palavras -chave: Neoplasias. Saúde da Criança. Epidemiologia.

Introdução

Define-se câncer como um conjunto de doenças que apresentam crescimento desordenado de células que se emaranham nos tecidos e órgãos, afetando ainda outras regiões do corpo ⁽¹⁾. O câncer pode manifestar-se de forma inespecífica cujos sintomas são comuns a outras patologias, que vão desde febre e massa abdominal a cefaleia e dor óssea ⁽²⁾.

Especificadamente na fase infantojuvenil, 0 a 19 anos, os tumores crescem de forma desordenada e agressiva, porém, há melhores respostas ao tratamento desde que o diagnóstico seja precoce, o que favorece um bom prognóstico⁽³⁾. De acordo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), os tipos de câncer mais comuns na fase infantojuvenil são: leucemias, linfomas, tumores do Sistema Nervoso Central (SNC), tumores embrionários (retinoblastoma, neuroblastoma e tumor de wilms) e em menor proporção, os carcinomas que são mais comuns na fase adulta⁽⁴⁾. Para que se possa estabelecer estratégias de controle e combate do câncer pediátrico, faz-se necessário aprimorar os conhecimentos acerca dos tipos de câncer mais prevalentes em cada faixa atrelados as condições sociodemográficas de acordo cada região. Com base nisso, este estudo objetivou caracterizar as crianças e adolescentes oncológicos atendidos em um hospital de referência no norte do Estado de Minas Gerais.

Metodologia

O presente estudo consiste em uma pesquisa transversal, descritiva documental fundamentada na metodologia quantitativa. Foi realizado em um Hospital Geral do norte do Estado de Minas Gerais, referência em oncologia. A amostra estudada foi composta pela clientela na faixa etária de 0 a 19, internadas na instituição durante o período de 2012 a 2015, totalizando 146 prontuários analisados até o momento. Foram excluídas as crianças e os adolescentes admitidos para atendimento ambulatorial. A coleta dos dados foi realizada de novembro a janeiro de 2017, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros- UNIMONTES, por meio do parecer número 2.342.027. Utilizou-se uma planilha estruturada para a coleta das informações desenvolvida exclusivamente para este estudo. Os dados foram obtidos por meio dos prontuários informatizados que contem todas as informações dos pacientes atendidos, os quais foram rastreados com base nos critérios de inclusão do estudo. Após a coleta, os dados foram transferidos para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20, no qual os gráficos e tabelas foram construídos e, em seguida, analisados.

Resultados e Discussão

No presente estudo foram analisados 146 prontuários até o momento. A amostra constitui-se majoritariamente por crianças e adolescentes do sexo feminino (87- 56,6%) e pardas (113- 77,4%). Quanto à faixa etária, a mais predominante foi a de 10 a 14 anos (46- 31,5%). Outro estudo, ao contrário deste, encontrou o maior número de casos representados pela faixa etária de 00 a 04 anos, o que pode associar-se a necessidade de diagnóstico precoce para intervir no tratamento de forma significativa⁽¹⁾. Quanto à distribuição dos números de casos, nota-se uma diversidade de municípios do Estado de Minas Gerais, prioritariamente a região norte, com diagnósticos de câncer infantojuvenil. Dentre as 48 cidades norte mineiras enfatizam-se Montes Claros devido ao número elevado de casos (50-34,2%) quando comparados às demais cidades. Além disso, apesar de o referido hospital ser também referência para o tratamento oncológico na região sul da Bahia, neste estudo, apresentou um número reduzido de casos (01- 0,62%) do total analisado. Tais dados podem ser reflexos da restrição à acessibilidade aos serviços especializados devido à maior concentração dos casos na cidade referência em tratamento oncológico. Com base nisso, salienta-se a importância da acessibilidade aos serviços de referência em tempo hábil, visando estabelecer condições precisas de diagnóstico precoce, tratamento adequado e melhor prognóstico⁽⁵⁾. Outro dado significativo em relação à acessibilidade centra-se no fato de que a maioria das crianças e adolescentes atendidos (118- 80,8%) eram procedentes da zona urbana enquanto que 27 casos (18,5%) em oriundos da zona rural. O número reduzido de casos da zona rural pode associar-se a condições específicas e limitantes, como dificuldade de acesso aos centros especializados sendo necessário

percorrer grandes distâncias o que acarreta custos elevados, além da falta de informação que restringe as buscas pela assistência e compromete o diagnóstico precoce ⁽⁵⁾.

Conclusão

Diante das análises realizadas pode-se perceber a maior prevalência de câncer infantojuvenil na faixa etária de 10 a 14 anos, do sexo feminino, raça/cor parda e em crianças e adolescentes procedentes da zona urbana e da cidade referência em oncologia. Sabe-se que são significativas as chances de cura do câncer na fase infantojuvenil, desde que diagnosticado precocemente e estabelecido o tratamento adequado, De tal modo, faz-se necessário dissipar informações acessíveis a todas as esferas regionais além de ofertar ações e apoio ao paciente oncológico e a família, com o intuito de favorecer o processo terapêutico de forma completa e satisfatória. É de suma relevância ainda, que se elaborem estratégias voltadas para a descentralização dos centros de referência com objetivo de disseminar informações que favoreçam o diagnóstico precoce englobando principalmente as comunidades mais longínquas.

Referências

- 1.Pedrosa AO *et al.* Perfil clínico-epidemiológico de clientes pediátricos oncológicos atendidos em um hospital de referência do Piauí. Revista Interdisciplinar, Teresina, v.8, n.3, p. 12- 21, Jul-ago, 2015.
- 2.Garcez ACC *et al.* Sintomas inespecíficos no diagnóstico de leucemia na infância. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v.20, n. 2(1), p. 139-141, Abril-Jun, 2010.
- 3.Multi CF, Paula CC, Souto MD. Assistência à Saúde da criança com câncer na Produção científica Brasileira. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio Grande do Sul, v.56, n.1, p.71-83, 2010.
- 4.Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.
- 5-Grabois MF, Oliveira EXG, Carvalho MS. Assistência ao câncer entre crianças e adolescentes: mapeamento dos fluxos origem-destino no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.47, n.2, p.368-78, 2013.

COMO CUIDAR DE QUEM CUIDA? ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS PSICOSSOCIAISEM TRABALHADORES DA ONCOLOGIA

Neuriene Queiroz da Silva¹; Dirlene Ribeiro da Silva²; Raquel Evellin Nogueira Cunha²; Juliana Andrade Pereira³

¹ Acadêmica de enfermagem.

² Segundo autor: Acadêmicas de enfermagem.

³ Enfermeira, especialista em saúde da família, didática e metodologia científica do ensino superior pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, mestranda em ensino e saúde pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM.

RESUMO

Para uma adequada assistência em oncologia faz-se necessário capacitar os profissionais que nela atuam, pois se trata de uma área cuja densidade tecnológica e dinâmica acaba por propor grandes desafios profissionais. Objetivou-se identificar estratégias de prevenção e enfrentamento de doenças psicossociais em profissionais que atuam no cuidado de pacientes oncológicos. Para efetivar o objetivo proposto estabeleceu-se a revisão integrativa de literatura como método de estudo, a partir de consulta nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo. No que diz respeito a prática em oncologia, há de se dedicar uma maior atenção aos profissionais atuantes, pois além da densidade em que se estabelece o processo assistencial, há ainda os estressores emocionais relacionados ao perfil de pacientes atendidos, no sentido de ser um ambiente permeado pela dor, sofrimento e lida com a terminalidade.

Palavras chave: Doenças profissionais. Saúde do trabalhador. Oncologia.

Introdução

Para uma adequada assistência em oncologia faz-se necessário capacitar os profissionais que nela atuam, pois se trata de uma área cuja densidade tecnológica e dinâmica acaba por propor grandes desafios profissionais. Paralelamente a esses aspectos técnicos, soma-se o fato de ser uma especialidade inserida em ambiente favorável ao estresse: além dos fatores relacionados diretamente ao processo de trabalho como longas jornadas, estrutura física do ambiente, recursos materiais reduzidos, entre outros, ainda existe o contexto emocional. Nessa conjuntura, os aspectos relacionados aos cuidados paliativos, como a dor e sofrimento do paciente e da família, se estabelecem como fatores estressores que atuam diretamente sobre a saúde emocional dos trabalhadores ⁽¹⁾.

Objetivo

Identificar estratégias de prevenção e enfrentamento de doenças psicossociais em profissionais que atuam no cuidado de pacientes oncológicos.

Metodologia

Foram eleitos seis estudos, publicados entre 2013 e 2017, para análise e discussão. No que diz respeito ao tipo de abordagem metodológica, foi identificada uma proporção nos estudos analisados, sendo igual o número de trabalhos natureza quantitativa e qualitativa.

Resultado e Discussão

Metade desses trabalhos está inclinada para a temática dentro do serviço de oncologia pediátrica. O paliativismo relacionado ao câncer infantil traz consigo questões singulares, pois ainda que seja um cuidado permeado pela complexidade técnica, há uma necessidade de ampliar a prestação de assistência para além da práxis rotulada, de maneira que os procedimentos executados possam se expandir como gestos de carinho e humanidade⁽²⁾. Em contrapartida, o fato de ter que lidar com a dor e sofrimento das crianças e suas famílias, faz com que os profissionais estabeleçam estratégias, tanto individuais como coletivas, que são delineadas com o escopo de minimizar e evitar o próprio sofrimento. Nesse sentido o conformismo, o distanciamento e a racionalização se delineiam como métodos de proteção para esses profissionais⁽³⁾.

No que tange a resposta da questão norteadora na qual se estrutura o presente estudo, foram elaborados dois eixos temáticos com base nas estratégias propostas pelos trabalhos submetidos à análise: “Estratégias voltadas para a melhoria das condições e do ambiente de trabalho” e “Estratégias voltadas para o cuidado e apoio ao profissional”.

Estratégias voltadas para a melhoria das condições de trabalho:

As condições impostas pela assistência em cuidados paliativos a pacientes oncológicos estão condicionadas a fatores diretamente relacionados ao processo de trabalho, como a carga-horária e a quantidade de profissionais. Um dimensionamento inferior às necessidades do setor, aliado a uma jornada extensa acaba por desgastar os trabalhadores, tendo em vista o caráter cumulativo do serviço que acaba sendo conferido pelos fatores supracitados. Nesse contexto, uma adequação da jornada de trabalho, tornando-a menos exaustiva, de maneira a abrandar a intensidade da prática rotineira da assistência faz-se necessária para minimizar as repercussões sobre a saúde psicológica dos profissionais e, conseqüentemente, contribuir para a qualidade dos cuidados prestados⁽⁴⁾.

Pesquisa que objetivou identificar a relação entre Síndrome de Burnout e trabalho em equipe assistencial de oncologia evidenciou uma relação de proporção indireta entre o número de empregos e a realização profissional entre os profissionais médicos. Ou seja, quanto maior o número de empregos, menor é a realização profissional. Em suma, esse resultado pode estar relacionado ao maior desgaste proporcionado tanto pelo tempo de trabalho, quanto pelo tempo de deslocamento, além disso, há ainda uma escassez de tempo para dispêndio de lazer e atividades prazerosas⁽⁵⁾.

A melhoria do processo de trabalho, contemplando a organização e uma distribuição adequada de tarefas visando o aproveitamento do profissional em suas especificidades e habilidades, pode ser adotada como estratégia preventiva do estresse ocupacional⁽⁶⁾. O dimensionamento de profissionais, no que se refere a disposição das atividades a serem executadas, pode se tornar um fator estressor ao atuar diretamente sobre a satisfação profissional. Nesse sentido, o descontentamento com a maneira de arranjo do processo de trabalho entre os membros da equipe se relaciona com um maior grau de sofrimento laboral⁽⁷⁾.

A formação, o treinamento e a capacitação profissional para atuação dentro da especialidade podem contribuir para reduzir os riscos psicossociais relacionados ao trabalho, no âmbito em que tais ações podem minimizar a dor e o sofrimento por parte do profissional ao ajudá-lo a lidar com a dor e o sofrimento alheio e, ainda, no enfrentamento da morte como desfecho natural e cotidiano no seu ambiente de trabalho ⁽⁴⁾.

A densidade que baseia a rotina de trabalho e as exigências do processo assistencial pode impedir o compartilhamento de saberes entre os membros da equipe. Apesar disso, a comunicação entre os diferentes atores da prática terapêutica auxilia na construção de uma assistência singular, baseada na partilha de conhecimentos interdisciplinares. Sob esse aspecto, evidencia-se a necessidade de organizar ações em grupo que possibilite e dinamize o intercâmbio de informações e valorize a sapiência dos diferentes profissionais que integram a equipe de trabalho, fazendo com que a mesma também seja um objeto do objetivo de cuidar ⁽⁵⁾. Além disso, o bom relacionamento interpessoal, baseado na comunicação entre líderes e liderados é apontado como fator protetor do estresse laboral ⁽⁴⁾.

Estratégias voltadas para o cuidado e apoio ao profissional:

Há uma necessidade de cuidar dos profissionais que atuam em oncologia, fornecendo-lhes suporte psicológico e inserindo-lhes em atividades de relaxamento e que lhes recomponham o prazer ceifado pela rotina do serviço, incluindo até mesmo ações relacionadas à espiritualidade ⁽³⁾.

O apoio psicológico pode ser fornecido através da implementação de ações individuais ou coletivas que visem amparar e ajudar o profissional, possibilitando monitorar o estresse e resolver problemas circunstanciais relacionados ⁽⁶⁾. Nesse contexto pode-se desenvolver ambientes que proporcionem o desabafo com escuta qualificada dos profissionais, favorecendo e fortalecendo a autor reflexão e o compartilhamento das aflições que se emergem na prática trabalhista ⁽⁷⁾.

Conclusão

A prevenção e enfrentamento de doenças psicossociais relacionadas ao trabalho têm como escopo o bem-estar e a saúde profissional e refletem diretamente na qualidade assistencial. Nesse aspecto, ao adotar estratégias que visem a promoção de saúde mental dos trabalhadores, a organização inicia um efeito cascata que culminam na satisfação tanto do colaborador, quanto do cliente.

No que diz respeito a prática em oncologia, há de se dedicar uma maior atenção aos profissionais atuantes, pois além da densidade em que se estabelece o processo assistencial, há ainda os estressores emocionais relacionados ao perfil de pacientes atendidos, no sentido de ser um ambiente permeado pela dor, sofrimento e lida com a terminalidade.

As estratégias para prevenção e enfrentamento de doenças psicossociais em profissionais que atuam na oncologia, identificadas nesse estudo podem seguir duas vertentes:

- 1.Otimizar e melhorar o ambiente de trabalho ao considerar as demandas inerentes da clientela singular, a melhoria da comunicação entre os membros da equipe, as jornadas de trabalho e a necessidade de capacitação profissional;
- 2.Fornecer suporte ao profissional atuante, tanto por escuta individual, como por atividades de discussão terapêutica em grupo.

A priori, sugere-se a associação dos componentes que integram essas duas vertentes a fim de possibilitar maior efetividade das ações e o alcance dos objetivos almejados.

Referências

1. Hercos TM; Vieira FS; Oliveira LS; Shimura CMN; Buetto LS; Sonobe HM. O Trabalho Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. Rev Bras de Cancerologia. V. 60 n 1; p 51-58; 2014.
2. Silva AF; Issi HB; Motta MGC; Botenne DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. Rev Gaúcha Enferm. V. 36 n 2; p 56-62. Jun. 2015;
3. Viero V; Beck CLC; Coelho APF; Pai DD; Freitas PH; Fernandes MNS. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. Escola Anna Nery. V. 21; n 4; Jun, 2017;
4. Kappaum NRC; Gomez CM. O trabalho de cuidar de pacientes terminais com câncer. Rev Ciência & Saúde Coletiva. V. 18; n 9; p 2549-2557, 2013.
5. Zanatta AB; Lucca SR. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. Rev Esc Enferm USP . V. 49; n 2; p 253-260. Jan, 2015.
6. Gomes SFS; Santos MMMCC; Carolino ETMA. Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de *coping* em enfermeiros em oncologia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. V. 21; n 6; p 1282-9. Dez. 2013.
7. Santos NAR; Santos J; Silva VR; Passos JP. Estresse ocupacional na assistência de cuidados.

COMPLICAÇÕES ORAIS MANIFESTADAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS E A CONDUTA DO CIRURGIÃO-DENTISTA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Anderson Alves Vieira¹

¹ Graduado em Educação Física e acadêmico do curso de Odontologia ambos pela Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

RESUMO

Introdução. O câncer é a segunda doença que mais mata no mundo, pacientes nesta condição são submetidos a três modalidades de tratamentos: cirúrgico, radioterapia e quimioterapia, estes últimos, dependendo da sua frequência e intensidade, podem ocasionar complicações na cavidade bucal. Em consequência dessas complicações, os pacientes oncológicos necessitam de atenções por parte do cirurgião-dentista, a fim de reduzir o sofrimento e proporcionar uma boa saúde bucal e uma melhora na qualidade de vida desses pacientes. Objetiva-se com este trabalho revisar as complicações orais manifestadas nos pacientes oncológicos, bem como a conduta do cirurgião-dentista no tratamento destas complicações e averiguar a importância do cirurgião-dentista diante dos tratamentos anti-neoplásicos, de acordo com a literatura. **Material e Método.** Foi realizada revisão de literatura sendo utilizados artigos buscados nas fontes de pesquisa: Scielo, Pubmed e outras bases, Português e Inglês, monografia, além de dados obtidos no site do Instituto Nacional do Câncer e DATASUS e obras literárias. **Conclusão.** Ao fim deste estudo constatou-se a real importância do cirurgião-dentista tanto como sua atuação durante o tratamento do paciente oncológico como também a sua inclusão na equipe multidisciplinar atuante nas intervenções anti-neoplásicas.

Palavras-chave: Cirurgião-Dentista. Pacientes oncológicos. Complicações orais.

Introdução

A neoplasia maligna, o câncer, é uma desordem genética, causada por mutações do DNA que são adquiridas espontaneamente ou induzidas por agressões do ambiente. Possui características próprias crescimento rápido, maior volume e maior mobilidade⁽¹⁾.

De acordo com pesquisas, o câncer é a segunda maior causa de morte no mundo, afetando uma parcela expressiva da população mundial, com estimativas de seis milhões de mortes anuais^(2,3).

A manifestação do câncer está relacionada com alguns agentes precursores e/ou potenciadores, os quais são denominados agentes carcinogênicos, pode se citar: tabaco, álcool, radiações, traumatismos crônicos e vírus⁽⁴⁾.

Há três modalidades de tratamentos disponíveis diante de uma manifestação de um câncer, sendo as seguintes: cirúrgica, quimioterapia e radioterapia. A cirurgia remove a massa cancerosa e órgãos endócrinos, a quimioterapia e a radioterapia não agem de forma específica, inibem o crescimento de células, normais ou anormais⁽⁵⁾.

Tanto a quimioterapia quanto a radioterapia promovem efeitos adversos quando usados no tratamento de câncer, principalmente na cavidade bucal. Dentre estas manifestações estão:

mucosite, xerostomia, infecção bucal, osteorradionecrose, doença periodontal, trismo, hipogeusia e cárie de radiação⁽⁶⁾.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, pois seleciona documentos que se relacionam com o problema de pesquisa (livros, artigos, teses, dentre outros), este tipo de pesquisa permite uma análise minuciosa acerca do que existe e o conhecimento de pesquisadores sobre o assunto em questão⁽⁷⁾.

Para a obtenção dos artigos a serem analisados, foram utilizados os descritores *Pacientes oncológicos e Complicações orais*. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Pubmed e em outras bases, Português e Inglês; monografia; além de dados obtidos no site do Instituto Nacional do Câncer e DATASUS e obras literárias.

Os critérios de inclusão de trabalhos no presente estudo foram: publicações em inglês e português cujo período compreendesse de 2002 a 2018; na forma de artigos, dissertações e monografia (revisão de literatura, pesquisa e ensaio) cujo autor possuísse formação ou graduando profissional em odontologia e que seus trabalhos relatassem as complicações orais manifestadas em pacientes submetidos a tratamentos contra o câncer e procedimentos adotados pelos profissionais diante dessas complicações.

Resultados

Entre as bases pesquisas foram encontrados um somatório de 20 trabalhos, porém utilizados 14 desse total, os quais correspondiam aos padrões estabelecidos, os trabalhos que abordassem as complicações orais manifestadas em pacientes oncológicos, condutas dos profissionais cirurgiões-dentistas e a importância desse profissional na equipe multidisciplinar nos tratamentos anti-neoplásicos. Foram também utilizadas obras que também correspondiam aos padrões de busca.

Foi feita também a inclusão de dados relativos à incidência de câncer estimativa para o ano de 2018, informações estas obtidas pelo Instituto Nacional do Câncer e as mortes ocorridas no ano de 2015 ocasionadas pelo câncer, dados disponíveis no site do DATASUS.

Estes trabalhos e obras faziam a correlação entre oncoterapia e as complicações orais manifestadas na cavidade bucal, abordagens do cirurgião-dentista e a importância da inclusão desse profissional na equipe multidisciplinar.

Discussão

O tratamento anti-neoplásico, abrangendo a radioterapia e/ou quimioterapia, possui capacidade de induzir a danos celulares no epitélio, na mucosa oral e nas estruturas glandulares salivares, prejudicando as suas funções⁽⁸⁾.

A mucosite aguda dolorosa e a dermatite são os efeitos secundários da radiação mais encontrados, há também outras alterações que atingem os pacientes oncológicos, como: xerostomia, hipogeusia, osteorradionecrose, trismo e cárie de radiação⁽⁹⁾.

A quimioterapia, outra opção para tratamento, respeita-se aplicações periódicas, pode gerar efeitos adversos ao paciente oncológico, através de estomatotoxicidade direta e indireta, as complicações: mucosite, xerostomia e neurotoxicidade⁽¹⁰⁾.

Conclusão

O câncer é uma das doenças que mais matam em todo o mundo, o paciente acometido por este agravo, dependendo da complexidade, é submetido a um dos tratamentos: cirúrgico, radioterapia ou quimioterapia. A adoção de um desses últimos implica a possibilidade de complicações na cavidade bucal, mas para tanto há de se levar em consideração a frequência e intensidade de seu uso. Diante da manifestação de uma ou várias complicações, entra em cena o cirurgião-dentista, com o propósito de diminuir a dor e/ou sofrimento do paciente submetido à intervenção anti-neoplásicas.

Conclui-se com este trabalho a real e a fundamental importância da atuação do cirurgião-dentista, a fim de promover tratamentos adequados ao paciente oncológico e propiciar a estas condições a enfrentar todo o tratamento. Destaca-se também, a participação do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar, mesmo esbarrando em algumas dificuldades, suas ações são relevantes a promoção da qualidade de vida do paciente.

Referências

- 1.Kumar V; Abbas AK; Aster JC. Patologia Básica. Tradução de Cláudia Coanaet *al.* 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- 2.Bogliolo L; Brasileiro Filho G. Patologia. 7ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
- 3.Hespanhol FL; Tinoco BEM; Teixeira HGC; Falabella MEV; Assis NMSP. Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1085-1094, 2010.
- 4.Bordini PJ; Grosso SFB; Costa SC. Câncer bucal, lesões e condições cancerizáveis. In: Kignel S. Estomatologia- bases do diagnóstico para o clínico geral. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2015.
- 5.Volpato LER; Oliveira TM; Silva TC; Machado MAAM. Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*. 73(4), p562-68; 2007.
- 6.Salazar M; Victorino FR; Paranhos LR; Ricci ID; Gaeti WP; Caçador NP. Efeitos e tratamento da radioterapia de cabeça e pescoço de interesse ao cirurgião dentista revisão de literatura. *Revista Odonto*. Ano 16, n. 31, jan. jun. 2008, São Bernardo do Campo, SP, Metodista.
- 7.Macedo ND. Iniciação à pesquisa bibliográfica: guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa. 2ªed- revista. São Paulo: Edições Loyola; 1994.
- 8.Reolon LZ; Rigo L; Conto F; CÉ LC. Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral. *RevOdontol UNESP*; out, 2016.

10.Neville WB; Damm DD; Allen CM; Bouquot JE. Patologia Oral &Maxilofacial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.

11.Martins ACM; Caçador NP; Gaeti WP. Complicações bucais da quimioterapia antineoplásica. Acta Scientiarum v. 24, n. 3, p. 663-670, 2002.

CRAVO DA ÍNDIA E SEU EFEITO ANTITUMORAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Pedro Henrique Almeida Souto Santos^{1*}; João Matheus de Almeida Silva¹; Geziella Aurea Aparecida Damasceno Souza²; Keicy Sandy Silvestre de Souza²; Stephanie Pedrosa de Oliveira² Anna Christina de Almeida³

¹Discente do curso de Medicina – FUNORTE, Montes Claros, MG, Brasil

²Mestranda em Produção Animal – ICA/UFMG, Montes Claros, MG, Brasil;

³Docente do mestrado em Produção Animal – ICA/UFMG, Montes Claros, MG, Brasil

RESUMO

Introdução: Atualmente existem muitos estudos utilizando plantas medicinais para diferentes tratamentos e possíveis curas de diversas doenças, a utilização de fitoterápicos para estes fins vem crescendo ao longo dos anos, pois estes estão sendo aceitos em programas e ações na área da saúde. O câncer é uma doença que atinge vários países no mundo e em larga escala, uma das formas de tratamento e possível cura são voltadas a cirurgias de remoção, quimioterapia e radioterapia. A busca por novos tratamentos e adjuvantes vem sendo desenvolvidas pensando na melhoria dos efeitos do tratamento com quimioterápico. Pensando nisso as plantas medicinais vem se tornando uma alternativa devido às diferentes atividades benéficas promovidas, estudos utilizando este tipo de tratamento vêm crescendo no mundo. O cravo possui diferentes componentes que contribuem para diversas atividades biológicas de interesse, sendo a atividade anticâncer bem estudada para uma possível nova descoberta. **Objetivo:** Verificar por meio de trabalhos científicos a potencialidade do cravo da índia em relação a diferentes carcinomas. **Materiais e métodos:** Esta revisão sistemática foi realizada por meio de buscas, utilizando as plataformas de pesquisa Scielo, Pubmed e Google acadêmico, os termos de busca utilizados foram “câncer” and “clove”, foram selecionadas pesquisas publicadas nos período de 2017 e 2018, que atendessem os critérios de avaliação de extrato, óleo ou qualquer componente originado do cravo da índia, sendo realizados testes *in vivo* ou *in vitro*. **Resultados e discussão:** Foram encontrados oito trabalho no banco de dados do Pubmed, porém apenas três atendiam os critérios de inclusão, não foram encontrados trabalhos na plataforma do Scielo no período específico da pesquisa, no Google acadêmico foram encontrados 2000 artigos com os termos utilizados para busca, após a leitura de 52 artigos na integra foi possível incluir apenas sete que atendam aos critérios de pesquisa tanto *in vivo* ou *in vitro*. Diferentes trabalhos utilizando o óleo essencial, botão, extrato ou flavonóides de cravo da índia mostra a ação deste óleo em diferentes tipos de câncer como o de mama, de pele, carcinoma gástrico e de ovário. Nos artigos são relatadas as possibilidades de mecanismos de ação utilizados pelo cravo e o eugenol para o efeito anticâncer conhecido. **Conclusão:** O cravo da índia possui atividade anticâncer e este pode ser utilizado como adjuvante no tratamento quimioterapêutico em diferentes tipos de câncer, além disso apresenta atividade antioxidante que pode inibir os radicais livres presentes no organismo sendo estes um dos principais responsáveis pelo aparecimento de tumores.

Palavras-chave: Antioxidante. Câncer. Carcinoma. Eugenol. Plantas Medicinais.

Introdução

Diversos estudos estão sendo realizados utilizando o cravo da Índia, devido à enorme variedade de atividades biológicas que este pode promover, tais como antifúngica, antibacteriana, antiinflamatória, anticâncer, antiespasmódico, antisséptico, antiinflamatória e antimutagênicas^(1,2). O câncer é uma das doenças que causam mais morte nos últimos anos são utilizadas diferentes drogas sintéticas para o tratamento, porém o custo é elevado e possuem alguns efeitos colaterais, devido a estes motivos o uso de produtos naturais tem sido importante neste segmento, nos últimos anos o uso de plantas medicinais e seus extratos aumentaram devido as propriedades anticancerígenas que possuem, custo relativamente baixo e propriedades não tóxicas^(2,3). O eugenol componente majoritário do cravo da Índia tem apresentado em diversos trabalhos ações como redução da peroxidação lipídica e de oxidação do DNA o que confere grande potencial em prevenções de doenças que podem ser provocadas devido ao estresse oxidativo, como o câncer, doenças do coração, degeneração neurológica e distúrbios inflamatórios⁽⁴⁾. Objetivou-se verificar por meio de trabalhos científicos a potencialidade do cravo da Índia e seus componentes em relação a diferentes carcinomas.

Material e Métodos

Para a realização desta revisão sistemática, foram realizadas pesquisas utilizando diferentes plataformas de pesquisa como Pubmed, Scielo e Google acadêmico, os termos de busca utilizados para a pesquisa foram “clove and cancer”. Foram realizadas buscas em torno de temas e trabalhos atuais (referente aos anos de 2017 e 2018), sendo estes utilizando o cravo da Índia em diferentes tipos de câncer de humanos. Os critérios de inclusão utilizados foram que os trabalhos de pesquisa utilizassem o extrato, óleo ou qualquer componente originado do cravo da Índia, sendo realizados testes *in vivo* ou *in vitro* que apresentassem como feita as análises e os resultados obtidos de forma clara e coesa, trabalhos que não apresentassem estes critérios foram excluídos.

Resultados e Discussão

Foram encontrados oito artigos no banco de dados do Pubmed voltados a câncer em humanos, destes cinco foram excluídos por não atender os critérios de inclusão pré-estabelecidos. No Google acadêmico foram encontrados 2.000 artigos no período selecionado, sendo alguns similares ao encontrado no Pubmed, sendo assim foram selecionados 52 para leitura, onde 45 foram excluídos por não terem análises voltadas na utilização do cravo da Índia ou por não apresentarem dados de pesquisa relacionados ao uso da planta em diferentes tipos de câncer em humanos tanto *in vivo* ou *in vitro*. Foram utilizados sete artigos para compor esta revisão que atendessem os critérios da pesquisa e escolhidos devido a sua relevância. Na plataforma do Scielo não foi encontrado trabalhos no período selecionado para a pesquisa. Sendo assim foram selecionados dez artigos para compor esta revisão.

Dos artigos selecionados um utilizou o botão de cravo para verificar o efeito antineoplásicos em carcinoma de mama, foi observado a atividade anticancerígena significativa tanto *in vitro* quanto *in vivo*, além de efeito antioxidante, pró-apoptóticos, anti-angiogênicos, antiproliferativos e modificações de histonas em células cancerígenas em modelo *in vivo*. No mesmo trabalho os autores apontam que o consumo regular e controlado de cravo da Índia pode reduzir os riscos de câncer de mama em humanos⁽⁵⁾.

Dois trabalhos utilizaram o óleo essencial extraído do cravo, sendo um avaliando a atividade antiinflamatória em fibroblastos dérmicos de humanos e outro avaliando a potenciabilidade anticancerígena e antimicrobiana, ambos os trabalhos fizeram avaliação *in vitro*. O primeiro trabalho mostrou que o óleo alterou positivamente o sistema imune, alterou as vias de sinalização para a inflamação, promoveu remodelação tecidual e processos de sinalização de câncer, sendo assim neste estudo mostra que o óleo de cravo e o seu componente majoritário o eugenol possuem atividades anticâncer⁽⁶⁾. Já o segundo trabalho mostrou que o óleo possui efeito anticancerígeno na linhagem celular de carcinoma de mama (MCF7) mostrou que o resultado foi dose dependente e que com o aumento da concentração do óleo houve maior inibição do crescimento de linhas celulares MCF7⁽⁷⁾.

Um trabalho pesquisou o efeito do extrato do cravo sobre carcinoma gástrico em humano, em avaliação *in vitro* verificou-se que o extrato reduziu a proliferação de células cancerígenas, sendo um dos fatores associados à indução da apoptose das células cancerígenas, porém os autores recomendam novos estudos para verificar os mecanismos do óleo para os efeitos anticancerígenos⁽²⁾.

Cinco trabalhos utilizaram o componente majoritário do cravo da Índia, sendo este o eugenol, verificou-se o eugenol teve atividade favorável nas células adenocarcinoma Caco2, MCF7 e PC3, aumento dos níveis de espécies reativas de oxigênio^(3,8), têm potencial de cura para o câncer de colo de útero devido a atividade pró-apoptótica⁽⁴⁾, apresentou citotoxicidade e reduziu os níveis de ATP intracelular em células MCF10A-ras de células epiteliais de mama, diminuiu o estresse oxidativo e apresentou potencial na prevenção da progressão do câncer de mama⁽⁹⁾ e promoveu a inibição da atividade da enzima ALDH e o ALDH-positivo células de iniciação tumoral⁽¹⁰⁾.

Outro trabalho avaliou a atividade biológica da kumatakenina, um flavonóide que foi isolado do cravo e sua ação em células humanas de câncer de ovário e macrófagos associados a tumores verificaram-se atividade citotóxica significativa em células de câncer de ovário humano, SKOV3 e A2780, indução a apoptose em células de câncer de ovário e inibiu a expressão de marcadores M2 e fatores promotores de câncer, incluindo IL-10, MMP-2 / -9 e VEGF, em macrófagos estimulados por células de câncer ovariano, sendo assim os resultados sugerem que a kumatakenina apresenta atividades anticancerígenas, induzindo a apoptose de células de câncer de ovário e inibindo a ativação alternativa dos macrófagos associados a tumores⁽¹⁾.

Conclusão

O cravo da Índia possui atividade anticâncer e este pode ser utilizado como adjuvante no tratamento quimioterapêutico em diferentes tipos de câncer. O eugenol componente majoritário do cravo da Índia possui atividade antioxidante que tem potencial inibitório de radicais livres que são apontados como responsáveis por desenvolvimento de tumores.

Referências

1. Woo JH ;Ahn JH; Jang DS; Lee KT; Choi JH. Effect of kumatakenin isolated from cloves on the apoptosis of cancer cells and the alternative activation of tumor-associated macrophages. Journal of agricultural and food chemistry, 2017; 65 (36): 7893-7899,
2. Karimi A; Moradi MT L. Alidadi S In vitro anti-proliferative activity of clove extract on human gastric carcinoma. Research Journal of Pharmacognosy, 2017; 4(4): 41-48.

3. Dervis E ED; Ayfer YK; Ilker ME; Volkan T; Buse C; Emre U *et al.* In Vitro Incorporation of Radioiodinated Eugenol on Adenocarcinoma Cell Lines (Caco2, MCF7, and PC3). *Cancer Biotherapy And Radiopharmaceuticals*, 2017; 32(3):.75-8.
4. Rahman MF;; Haykal MZ; Siagian NAS ; Priscilla MSPM; Tampubolon NA. Synthesis and Proapoptotic Activity on Cervical Cancer Cell of Ester Eugenol 1-(3-Methoxy-4-hydroxy)phenyl-2-propylmethanoate. *Iop Conference Series: Materials Science and Engineering*, 2018; 299:01-07.
5. Kubatka P; Uramova S; Kello M; Kajo K; Kruzliak P; Mojzis J ^{et al}. Antineoplastic effects of clove buds (*Syzygium aromaticum* L.) in the model of breast carcinoma. *Journal Of Cellular And Molecular Medicine*, [s.l.], v. 21, n. 11, p.2837-2851, 19 maio 2017. Wiley-Blackwell.
6. Han X; Parker TL. Anti-inflammatory activity of clove (*Eugenia caryophyllata*) essential oil in human dermal fibroblasts. *Pharmaceutical Biology*, 2017; 55(1): 1619-1622.
7. El-Darier SM; Amani MD; El-Ahwany AMD; Eman T; Elkenany EM; Ahmed A; Abdeldaim AA . An in vitro study on antimicrobial and anticancer potentiality of thyme and clove oils. *Rendiconti Lincei. Scienze Fisiche e Naturali*, 2018; 29(1): .131-139.
8. Al Wafai R; El-Rabih W; Katerji M; Safi R; El Sabban M; El-Rifai O; Usta J. Chemosensitivity of MCF-7 cells to eugenol: release of cytochrome-c and lactate dehydrogenase. *Scientific Reports*, 2017; 7: 43730-43734.
- 9- Yan X; Zhang G; Bie F; Lv Y; Ma Y; Ma M *et al.* Eugenol inhibits oxidative phosphorylation and fatty acid oxidation via downregulation of c-Myc/PGC-1 β /ERR α signaling pathway in MCF10A-ras cells. *Scientific Reports*, 2017.; 7(1): 13-10.
- 10- Islam SS; Al-Sharif I; Sultan A; Al-Mazrou A; Remmal A; Aboussekhra A. Eugenol potentiates cisplatin anti-cancer activity through inhibition of ALDH-positive breast cancer stem cells and the NF- κ B signaling pathway. *Molecular Carcinogenesis*, 2017; 57(3):333-346.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TUMORES ABDOMINAIS NA INFÂNCIA

Thiago Araújo Magalhães¹; Vaneska Cordeiro Teixeira¹; Amanda Godinho de Sá¹; Lidianne Frota Lacerda Mota¹; Cândida Maria Alves Soares²; Pedro Henrique Alves Soares².

¹ Discentes do curso de Medicina das FIP-MOC;

² Discentes do curso de Medicina da UNIMONTES.

RESUMO

Introdução: Aproximadamente 20% dos tumores em pediatria correspondem a massas abdominais. A idade de apresentação influencia nas diferentes possibilidades diagnósticas⁽¹⁾. As massas abdominais na infância apresentam as mais variadas etiologias e na maioria das vezes são doenças benignas⁽²⁾. Os tumores malignos que se apresentam com maior frequência são: nefroblastoma, tumor de Wilms, linfoma tipo Burkitt, neuroblastoma e os tumores germinativos dos ovários⁽³⁾. A incidência dos tumores abdominais na faixa pediátrica tem aumentado no decorrer dos anos, principalmente devido ao diagnóstico mais precoce. Ainda assim, encontramos dificuldades na abordagem, visto que podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas inespecíficos. Quando relacionados a lesões malignas, tais eventos atrasam a terapêutica adequada e influenciam no prognóstico^(4,5). **Objetivos:** Devido a alta prevalência na população pediátrica, torna-se fundamental conhecer e analisar as características clínicas e laboratoriais dos tumores abdominais na infância, considerando a necessidade de diagnóstico precoce. **Metodologia:** O presente estudo se caracteriza como uma revisão sistemática de literatura na qual foi feita uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados Scielo e Lilacs. Inicialmente foram explorados descritores disponíveis no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): criança, neoplasia e abdominal. Foram estabelecidos filtros: ano de publicação de 2012 a 2018 e textos completos. Foi encontrado um total de 14 artigos, realizou-se a triagem dessas publicações, sendo excluídos aqueles artigos que não correspondiam ao assunto da pesquisa (n= 6). Portanto, foram selecionados 08 artigos para o estudo. **Resultados e Discussão:** O diagnóstico dos tumores abdominais deve ser baseado na história clínica, exame físico e exames complementares⁽¹⁾. A anamnese deve incluir início dos sintomas, evolução, duração, história familiar e de traumatismos⁽⁴⁾. Sintomas gerais incluem dor aguda ou crônica, febre, perda de peso, astenia e dor óssea⁽³⁾. O exame físico deve ser completo, lembrando-se sempre do toque retal e exame da genitália. Alguns exames laboratoriais podem auxiliar no diagnóstico, como hemograma, LDH, EAS, função renal e hepática^(5,6). Dentre os diagnósticos podemos citar: tumor de Wilms, o tumor maligno mais comum na infância, geralmente caracteriza-se por massa abdominal assintomática. No neuroblastoma predomina a dor e distensão abdominal, linfoma não-hodgkin pode se apresentar com quadro de intussuscepção intestinal, massas endurecidas e irregulares⁽⁷⁾, já no hepatoblastoma há dor em hipocôndrio direito e aumento da alfa-fetoproteína. Tumores ovarianos podem ser suspeitados em meninas com dor em baixo ventre e puberdade precoce⁽⁵⁾. Carcinomas de suprarenal podem desencadear

hipercortisolismo e virilização. A ultrassonografia deve ser o exame complementar inicial para guiar as necessidades de outros exames como tomografia computadorizada, ressonância magnética, PET Scan e biópsias^(1,8). **Conclusão:** Conhecer os diversos tipos de tumores abdominais é de extrema importância para o médico generalista. O diagnóstico precoce torna-se fundamental visto que altera diretamente o prognóstico de uma possível neoplasia nesta faixa etária, tal fato comprova a necessidade de alta suspeição diante do exame clínico desses pacientes^(1,2).

Palavras- Chave: Criança. Neoplasia. Abdominal.

Referências

1. Echeverría M; Fuentealba A; Rostion CG. Estudio de una masa abdominal en pediatría: Revisión de la literatura. Rev. Ped. Elec. [periódico online] 2016 [citado 2018 Abr 13]; 13(4): 5-11.
2. Cypriano M; Luisi FAV; Caran EMM. Tumores abdominais malignos mais frequentes na infância: diagnóstico diferencial. Pediatr. Mod. [periódico online] 2009 [citado 2018 Abr 13]; 45(2):60-64.
3. Campbell M; Ferreira M; Bronda A; Wong C; Tordecilla J; Joannon P *et al*. Tumores abdominales malignos en la infancia. Orientación diagnóstica. Rev. chil. pediatr. [periódico online] 1999 [citado 2018 Abr 13]; 70(6): 464-469.
4. Herrera JM. Masas abdominales en el niño. Rev. chil. pediatr. [periódico online] 2001 [citado 2018 Abr 13]; 72(1): 58-61.
5. Hernández IA; Calderón AV; Cordero MRH. Lesiones ováricas en Pediatría. Estudio retrospectivo de 10 años. Acta méd. costarric [periódico online] 2016 [citado 2018 Abr 13]; 58(2): 69-73.
6. Muoio VMF; Shinjo SO; Matushita H; Rosemberg S; Teixeira MJ; Marie SKN. Extraneural metastases in medulloblastoma. Arq. Neuro-Psiquiatr. [periódico online] 2011 [citado 2018 Abr 13]; 69(2b): 328-331.
7. Noronha L; Araújo DGB; Gozzo PC; Harada LE; Percicote AP; Nagashima S *et al*. Immunoexpression of cell cycle biomarkers in neuroblastoma samples and its correlation with prognostic factors. J. Bras. Patol. Med. Lab. [periódico online] 2013 [citado 2018 Abr 13]; 49(1): 57-63.
8. Pattillo JC; Jarufe N. Avances en la cirugía de tumores del páncreas exocrino en niños. Rev. chil. pediatr. [periódico online] 2013 [citado 2018 Abr 13]; 84(4): 417-424.

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR FAMILIARES NO CONVÍVIO COM PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Carla Magda de Moraes Cardoso¹; Matheus Filipe Oliveira Rocha¹; Júlio César Figueiredo Júnior²; Tadeu Nunes Ferreira³

¹Acadêmicos do 8º período de enfermagem na Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

²Enfermeiro do Hospital Dilson Godinho;

³Especialista em Educação Profissional, Analista Universitário da Saúde Mestrando em Tecnologia da Informação aplicada a Biologia Computacional.

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é uma síndrome de origem mental caracterizada por dissociação no pensamento, emoção, comportamento e percepção. **Objetivo:** Levantar as principais dificuldades dos familiares no convívio com portadores de esquizofrenia citadas na literatura. **Material e métodos:** Foi realizada uma busca sistematizada nas bases de dados Lilacs, Scielo, Medline e Pubmed com o objetivo de encontrar artigos que descrevessem as principais dificuldades encontradas por cuidadores no convívio com portadores de esquizofrenia. O estudo é de caráter exploratório e foi realizado através de uma revisão sistemática de literatura. Os critérios de inclusão foram: artigos que retratassem as principais dificuldades de familiares cuidadores de portadores de esquizofrenia, publicados nos anos de 2013 à 2018, estarem indexados nas bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo e não serem artigos de revisão. Foram encontrados 61 artigos que foram triados e a amostra final foi de 11 artigos. **Resultados e discussão:** Foram destacados no estudo como as principais dificuldades o fardo gerado pelo ato de dedicação total ao parente, problemas financeiros gerados por não poder trabalhar e pelo custo do tratamento, sobrecarga emocional gerada pelo cuidado, o estigma gerado pelo preconceito da sociedade, culpa por sentir-se como responsável pela doença o que pode levar a isolamento social além do estresse e falta de tempo pra se dedicar ao lazer. **Conclusão:** Com tudo isso conclui-se que o cuidador necessita de acompanhamento da equipe de saúde, e que isso poderia diminuir muitos problemas relacionados ao cuidado.

Palavras-chave: Esquizofrenia. Cuidadores. Família.

Introdução

A esquizofrenia é uma síndrome de origem mental caracterizada por dissociação no pensamento, emoção, comportamento e percepção. Por muito tempo essa doença foi vista

como algo demoníaco e o tratamento era desumano em hospícios totalmente afastado da família. Com a criação do SUS e da reforma psiquiátrica e com a nova visão de reinserção desses pacientes na comunidade eles passaram a ser cuidados em casa pela família¹. A família representa um importante elemento na recuperação do paciente, diminuindo o tempo de internação e aumentando o convívio na sociedade, além de fazer com que o portador de esquizofrenia se sinta fazendo parte de algo². A mudança no tratamento do doente mental busca uma melhoria para esse paciente só que causou uma dúvida no papel do familiar, como lidar com esse paciente e onde ocorreria o tratamento. Com essa falta de informação e de suporte por parte dos serviços de saúde com a família gerou uma sobrecarga, já que cabe a esse familiar adequar sua rotina, lidar com preocupações relacionadas ao cuidado e amparar esse paciente, ou seja, um cuidado integral³. A doença mental leva a família a um sentimento de ansiedade, afeta as emoções, altera o funcionamento da família e provoca fragilidade. Porém a família se mostra um lugar que ocorre cuidado, afeto e muitas vezes os valores familiares tomam um novo significado. Ela pode se sentir angustiada frente ao diagnóstico mas logo se adapta e busca o cuidado⁴. No papel do cuidador a qualidade de vida vai ser afetada, pois este terá que focar totalmente no seu familiar doente, no dia a dia respeito a medicação, alimentação, cuidados com a higiene, supervisão constante a fim de evitar regresso no tratamento e isso leva a uma mudança no estilo de vida e pode provocar danos ao cuidador⁵. Diante do exposto levantou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as principais dificuldades dos familiares no convívio com portadores de esquizofrenia?

Material e métodos

Trata-se de um estudo com características exploratórias sendo realizado através de uma revisão sistemática de literatura. A revisão sistemática é um tipo de revisão com questões bem definidas, claras e objetivas fazendo com que possa se realizar uma identificação, seleção e avaliação de artigos e com sintetizar questões relevantes para a literatura científica. Utilizou-se as bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo como fonte de pesquisa, selecionando artigos de acordo com os critérios PRISMA (2009) que refere a legitimidade através do PICOS (População/ doença, Intervenção/ exposição de interesse, Comparador, Outcomes/ principal desfecho, Study design). O PRISMA é uma recomendação para construção de artigos de revisão sistemática que consiste em um checklist com 27 itens e um fluxograma com quatro etapas⁶. Os critérios de inclusão foram: artigos que retratassem as principais dificuldades de familiares cuidados de portadores de esquizofrenias nos anos de 2013 à 2018, estarem indexados nas bases de dados Pubmed, Medline, Lilacs e Scielo e não serem artigos de revisão.

Resultados e discussão

Foram encontrados 61 artigos que foram triados e a amostra final foi de 11 artigos. A partir do estudo realizado concluiu-se que o principal cuidador do portador de esquizofrenia é um membro da família, com isso a família se sente muitas vezes sobrecarregada, tendo que cuidar da casa e da família. Pelo conhecimento ineficaz da doença muitos cuidadores se sentem culpados pela situação do familiar, acham que poderiam ter feito alguma coisa pra evitar que ele ficasse doente. Uma dificuldade encontrada foi a propensão do familiar cuidador a desenvolver problema psicológico, tal como depressão. Isso ocorre devido a carga alta de estresse, frustração, ansiedade e a pressão de outro familiar em relação a necessidade de cuidado. O portador de esquizofrenia geralmente, pelo desenrolar

da doença para de trabalhar. O cuidador também na maioria das vezes tem que se dedicar somente ao familiar e com isso para de trabalhar, e esse é o motivo da renda familiar ser citada como uma dificuldade. Muitas vezes a medicação não é de graça e o custo com transporte para levar o familiar nas consultas acabam se tornando um problema de renda. Dentre todos os resultados pode se destacar o estigma citado pelos cuidadores, muitos se sentem discriminados por ter um familiar com doença mental, e muitas vezes isso leva até a um mascaramento da doença. Os familiares têm medo de contar que seu parente tem uma doença mental e acabam escondendo da sociedade.

Conclusão

Destacou-se no estudo como as principais dificuldades o fardo gerado pelo ato de dedicação total ao parente, problemas financeiros gerados por não poder trabalhar e pelo custo do tratamento, sobrecarga emocional gerada pelo cuidado, o estigma gerado pelo preconceito da sociedade, culpa por sentir-se como responsável pela doença o que pode levar a isolamento social além do estresse e falta de tempo pra se dedicar ao lazer. Com tudo isso se conclui que o cuidador necessita de acompanhamento da equipe de saúde, e que isso poderia diminuir muitos problemas relacionados ao cuidado.

Referências

- 1.Chaves RCC. *et al.* Esquizofrenia: Abordagem Teórica, Convívio Familiar e Assistência Profissional. Revista UringáReview, v. 31, n. 1, pag. 56-62, Jul-Set.2017.
2. Carniel IC *et al.* As Representações do familiar cuidador em relação ao cuidado em saúde mental. Saúde e Transformação Social, v. 6, n. 3, pag. 76-87, 2015.
- 3.Reis TL *et al.* Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. Saúde Debate, v. 40, n. 109, pag. 70-85, Abr.-Jun. 2016. 04.
- 4.Araújo VJ *et al.* Esquizofrenia: Cotidiano e Vivências de Familiares de Portadores. Revista de Pesquisa em Saúde, v. 16, n.1, pag. 16-19, Jan-Abr.2015.
- 5.Bandeira N; Guimarães V.N. Qualidade de vida de familiares de pacientes com esquizofrenia: Escala S-CGQoL¹. Revista Psicologia: Teoria e Prática, v. 18, n. 3, pag. 66-80, Set.-Dez.2016.
- 6.Galvão TF; Pansani TSA; Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 24, n. 2, p. 335-342, Jun. 2015.

EFEITOS DA GLUTAMINA NA GRAVIDADE DOS SINTOMAS DA MUCOSITE ORAL EM PACIENTES COM CÂNCER DE CABEÇA E PESCOÇO: UMA REVISÃO

Letícia Pereira Antunes¹; Michael Vinícius da Silva¹; Juliana Andrade Pereira².

¹Graduada em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna

¹Graduando em Nutrição pela Faculdade de Saúde Ibituruna

²Professora-orientadora, graduada em Enfermagem pelas Faculdades Unidas do Norte de Minas-Funorte, Especialista em Saúde da Família, Didática e metodologia do ensino superior pela Universidade Estadual de Montes Claros- Unimontes

RESUMO

Introdução: A expressão “Câncer de Cabeça e Pescoço” refere-se a tumores malignos do trato aerodigestivo superior. Os tratamentos mais utilizados no combate a esse tipo de câncer são a cirurgia e a radioterapia associada ou não à quimioterapia. A mucosite oral é um dos efeitos colaterais mais comuns no tratamento desses pacientes. A glutamina vem sendo relatada como eficaz na redução da sintomatologia da mucosite oral. **Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre os conhecimentos disponíveis acerca da glutamina e os principais efeitos da sua suplementação na melhora sintomatológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Material e Método:** Foi realizada uma revisão literária, onde foram selecionados artigos publicados entre 2011 e 2016, nas bases de dados Scielo, PubMed, Redalyc e Google Scholar com os seguintes descritores: *glutamine and cancer, glutamine and radiotherapy, glutamina and mucositis, glutamina e radioterapia, glutamina e quimioterapia, glutamina e mucosite.* **Conclusão:** O uso da glutamina na prevenção e tratamento oncológico pode ser uma opção a ser considerada, visto que ela contribui para a prevenção de graus mais elevados da mucosite oral por pacientes que passam por Radioterapia ou Quimioterapia, podendo contribuir para uma melhora na ingestão alimentar e manutenção do estado nutricional. Porém mais ensaios clínicos randomizados deverão ser testados para o entendimento de uma dosagem segura para o paciente.

Palavras-chave: Glutamina. Câncer. Mucosite.

Introdução

A expressão “Câncer de Cabeça e Pescoço” refere-se a tumores malignos do trato aerodigestivo superior (seios da face, lábios, cavidade nasal, boca, glândulas salivares, laringe e garganta). Esse tipo de câncer retrata aproximadamente 5% dos casos de tumores malignos e

é a quinta na lista das neoplasias mais freqüentes no mundo, havendo no mundo uma incidência mundial de 780 mil casos por ano, onde 1,7% corresponde à população brasileira⁴. Os tratamentos mais utilizados no combate a esse tipo de câncer são a cirurgia e a radioterapia associada ou não à quimioterapia. A radioterapia é a mais comum. Sua ação é destruir as células cancerígenas através da radiação ionizante². Dependendo da dose de irradiação, tempo de tratamento, volume e dose de distribuição do uso de outras terapias, a radioterapia aplicada na região de cabeça e pescoço pode provocar efeitos reversíveis e irreversíveis nos tecidos. Os efeitos causados pela radioterapia considerados nessa região são os que ocorrem nas glândulas salivares, dentes, ossos, mucosas da boca, músculos e articulações, onde há perda de células e danos na vascularização¹. A mucosite oral é um dos efeitos colaterais mais comuns no tratamento desses pacientes. É o resultado de uma série de reações inflamatórias nas células epiteliais e subepiteliais da mucosa oral causadas pela ação da radiação ionizante e dos quimioterápicos. Pode aparecer no início da terapia e geralmente é caracterizada como uma área de vermelhidão generalizada que é substituída por regiões de ulceração recobertas por pseudomembrana, podendo essas serem generalizadas ou localizadas e geralmente colonizadas por bactérias. A dor pode ser tão intensa que afeta a capacidade de se alimentar do paciente, fazendo com que seja necessária a interrupção do tratamento por alguns dias para melhora do caso⁶. O aminoácido glutamina é fonte energética para os macrófagos, linfócitos e para as demais células do sistema imunológico. É considerada essencial em situações de hipermetabolismo associadas a estados de imunodeficiência encontrados com frequência em pacientes oncológicos. A L-Glutamina determina vários efeitos no tecido mucoso e vem sendo relatada como eficaz na redução da sintomatologia da mucosite oral⁹. O presente estudo tem como objetivo analisar os possíveis benefícios da glutamina quando utilizada na prevenção da mucosite em pacientes que são submetidos à radioterapia e/ou quimioterapia, através de uma revisão sistemática da literatura.

Metodologia

Foi realizada a análise de artigos originais e de revisão publicados em revistas nas bases de dados Scielo, PubMed, Redalyc e Google Scholar, selecionando as publicações disponíveis entre 2011 e 2016 nas línguas portuguesa e inglesa com os seguintes descritores: *glutamine and cancer*, *glutamine and radiotherapy*, *glutamine and mucositis*, glutamina e radioterapia, glutamina e quimioterapia, glutamina e mucosite. Os tipos de artigos formam ensaios clínicos com humanos e revisões da literatura. Foram incluídos estudos com adultos de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer e em tratamento radioterápico ou quimioterápico. Os estudos foram avaliados quanto ao local de estudo, forma química da glutamina, randomização, classificação do grau de mucosite e efeitos adversos causados pelo tratamento antineoplásico. Os resultados das buscas foram rastreados por uma nutricionista e um graduando em nutrição utilizando títulos de artigos e resumos.

Resultados e Discussão

A mucosite é uma das complicações mais importantes induzidas pela quimioterapia que ocorre em 40% dos pacientes com quimioterapia convencional e 100% dos casos com tratamento quimioterápico de altas doses. Como consequência há o aumento de fatores pro-inflamatórios causados pela quimioterapia que pode levar a uma evolução na inflamação no revestimento da mucosa intestinal em pacientes com câncer⁵. Segundo os estudos de Boligon, Huth¹, a glutamina via oral é importante na redução da severidade da mucosite oral. Nos estudos de Peixoto et al.⁸, a glutamina também está relacionada com um bom estado nutricional, melhor qualidade de vida no tratamento do câncer e um menor efeito colateral ao tratamento. A

maioria dos pacientes deste estudo relatou apresentar menos efeitos colaterais e melhora do bem estar geral durante o uso da glutamina. De acordo com Campos et al³, a glutamina pode atuar na prevenção da perda de peso e na manutenção do estado nutricional dos pacientes oncológicos. Miranda, Souza⁷ afirmaram que a utilização da glutamina no tratamento oncológico pode ser uma opção bem tolerada, principalmente com relação à prevenção de graus mais graves de mucosite oral de pacientes que se submetem à quimioterapia e a radioterapia, podendo contribuir na manutenção da ingestão alimentar e do estado nutricional dos pacientes, além de melhorar a tolerância ao tratamento. Tsujimotoetal¹⁰, também relatam em seus estudos que a glutamina diminuiu consideravelmente a incidência de mucosite de grau 4, que é a forma mais agressiva da mucosite que constantemente resulta em interrupções na terapia medicamentosa. Neste estudo foi pressuposto que a glutamina diminui a gravidade da mucosite oral devido as suas muitas propriedades que contribuem no processo de cicatrização da mucosite, pois ela é essencial para a síntese de DNA, crescimento e diferenciação celular, sendo que todos estes componentes são necessários para a cicatrização de feridas e reparação dos tecidos. Este aminoácido, segundo alguns estudos, aumenta o fornecimento de energia para os fibroblastos consequentemente à síntese de colágeno.

Conclusão

O uso da glutamina na prevenção e tratamento oncológico pode ser uma opção a ser considerada, visto que ela contribui para a prevenção de graus mais elevados da mucosite oral por pacientes que passam por Radioterapia ou Quimioterapia, podendo contribuir para uma melhora na ingestão alimentar e manutenção do estado nutricional. Porém mais ensaios clínicos randomizados deverão ser testados para o entendimento de uma dosagem segura para o paciente.

Referências

1. Boligon CS; Huth A. O impacto do uso de glutamina em pacientes com tumores de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico e quimioterápico. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011; 57(1): 31-38.
2. Bueno AC; Magalhães CS; Moreira AN. Associações entre fatores de risco e complicações bucais em pacientes com câncer de cabeça e pescoço tratados com radioterapia associada ou não à quimioterapia. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2012 abr./jun; 12(2): 187-93.
3. Campos MB; Peixoto ARB; Alves MM; Carvalho APPF; Brasil ARC; Carvalho NDM. Avaliação nutricional de pacientes onco-hematológicos em quimioterapia suplementados com glutamina. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2016; 20(4): 319-326.
4. Gomes CA; Rugno FC; Rezende G; Cardoso RC; Carlo MMRP. Tecnologia de comunicação alternativa para pessoas laringectomizadas por câncer de cabeça e pescoço. *Revista Medicina Ribeirão Preto*. 2016; 49(5): 463-474.
5. Jolfa IE; Nahidrameza NI *et al.* "The effect of glutamine intake on complications of colorectal and colon cancer treatment: A systematic review." *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2015; 20(9): 910.

6.Menezes AC; Rosmaninho E; Raposo B; Alencar M JS. Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. Revista Brasileira de Odontologia. 2014 jan./jun; 71(1): 35-8.

7.Miranda MP; Souza DS. Glutamina na prevenção e tratamento da mucosite em pacientes adultos oncológicos: uma revisão sistemática da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia. 2015; 61 (3): 277-285.

8 .Peixoto ARB; Campos MB; Alves MM; Carvalho NDM; Albuquerque IZ; Brasil ARC; Carvalho APPF. Efeito da glutamina nos sintomas gastrointestinais e no consumo alimentar de pacientes hematológicos em quimioterapia. Revista de Pesquisa em Saúde. 2015 set./dez; 16(3): 159-165.

9 .Sasada INV; Munerato MC; Gregianin LJ. Mucosite oral em crianças – revisão de literatura. Revista da Faculdade de Odontologia. 2013 set/dez; 18(3): 345-350.

10. Tsujimot O; Taka E *et al.* "L-glutamine decreases the severity of mucositis induced by chemoradiotherapy in patients with locally advanced head and neck cancer: a double-blind, randomized, pla.

ENTRAVES À REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAOU SOB A ÓTICA FEMININA E CONSEQUENTE IMPACTO NA EFICÁCIA DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Lívia Teixeira Chaves Pinto¹; Cláudia Heloísa Santos Santana¹; Luciana Xavier Prado¹; Maria Fernanda Galdino Freitas¹; Myllena Batista Ribeiro¹; Edson da Silva Gusmão².

¹ Acadêmica do 4º período de Medicina das Faculdades Unidas do Norte de Minas – Funorte

² Médico, graduação pela Unimontes, residência em Patologia no Hospital Felício Rocho

RESUMO

Introdução: O câncer cervical uterino é a terceira neoplasia maligna mais recorrente no sexo feminino e a quarta causa de morte em mulheres com câncer no Brasil. Visando ao diagnóstico precoce é imprescindível a submissão ao exame citopatológico periodicamente. **Objetivo:** Analisar os principais entraves relatados pelas mulheres que dificultam a realização do exame preventivo de Papanicolaou e disponibilizar essas informações aos profissionais de saúde, para que, por meio dessas, possam se desenvolver estratégias a fim de realizar uma maior captação das pacientes e para que a prevenção do colo uterino aconteça de maneira eficaz. **Material e Métodos:** Este é um trabalho de caráter qualitativo, descritivo, transversal e retrospectivo, desenvolvido a partir de uma revisão de literatura, em que se realizou a leitura de 9 artigos / de 2009 a 2017, em português, retirados da base de dados Scielo. **Conclusão:** Tendo em vista os empecilhos à realização e por ser o câncer do colo uterino uma relevante questão de saúde pública, é preciso, portanto, incentivar o seu rastreamento e a superação das objeções descritas pelas mulheres.

Palavras-chave: Câncer de colo de útero. Papanicolaou. Rastreamento. resistência.

Introdução

O câncer de colo uterino corresponde à terceira neoplasia maligna mais incidente na população feminina e a quarta causa de mortalidade em mulheres por câncer no Brasil⁽¹⁾. É considerado como um problema de saúde pública, de evolução lenta e de etiologia multifatorial, destacando-se a infecção pelo HPV e a promiscuidade⁽²⁾; acometendo mulheres na faixa etária de 26 a 45 anos⁽³⁾, com um pico entre 45 a 49 anos⁽⁴⁾. Para seu diagnóstico precoce é indispensável a realização do exame citopatológico (Papanicolaou), cuja eficácia e segurança são reconhecidas mundialmente⁽⁵⁾. Esse exame é preconizado pelo Ministério da Saúde na faixa etária de 25 a 64 anos para mulheres que têm ou já tiveram vida sexual, sendo que após dois exames anuais consecutivos de resultado negativo, indica-se a realização trienal desse^(1,3). O Papanicolaou consiste em um esfregaço de células epiteliais da ectocérvice e endocérvice por meio de raspagem do colo uterino⁽⁴⁾. Contrapondo a recomendação da Organização Mundial Saúde (OMS) que preconiza uma cobertura de 85% da população feminina de risco, no Brasil, essa abrangência não ultrapassa 8% das mulheres com idade superior a 20 anos⁽⁶⁾. Além de outros fatores, contribui para essa porcentagem inferior à estipulada pela OMS, a resistência à adesão ao exame por parte da população feminina por questões culturais, geográficas e econômicas⁽⁷⁾.

Metodologia

Este é um trabalho de cunho qualitativo, descritivo, transversal e retrospectivo, desenvolvido a partir de uma revisão de literatura, em que se realizou a leitura de 9 artigos /de 2009 a 2017, em português, retirados da base de dados SciELO. Alguns descritores utilizados na busca foram os termos Rastreamento, Papanicolaou, Câncer, Colo Uterino e Resistência. Ademais, realizou-se também a extração de dados obtidos em sites governamentais. Buscou-se selecionar artigos cujas datas de publicação fossem recentes e que relatassem os principais fatores descritos pelas mulheres como obstáculos à realização do exame de Papanicolaou e excluíram-se artigos que não fossem condizentes com a realidade brasileira ou que apresentassem fuga ao tema proposto.

Resultado e Discussão

A detecção precoce efetiva do câncer cervical uterino só é possível quando são reconhecidos os fatores que embargam a sua realização, visando à criação de estratégias de acordo com cada situação vivenciada. Diante disso, existem os fatores associados aos sentimentos das usuárias, que podem estar relacionados ao exame e a seu resultado, ao profissional e à postura deste durante a realização do procedimento⁽³⁾. A exposição corporal durante a realização do exame pode ocasionar resistência e conflito para algumas mulheres, geralmente expostos como vergonha e constrangimento, principalmente, quando o examinador pertence ao sexo masculino. Ocorre a sensação de desproteção e perda do domínio sobre o próprio corpo, sendo intensificado pela posição ginecológica⁽⁸⁾. Assim, a vergonha torna-se uma grande barreira para a realização do Papanicolaou e pode causar a descontinuidade da assistência⁽⁹⁾.

Outro aspecto comum é a presença do medo, que é traduzido por uma inquietação frente a um risco ou a uma situação ameaçadora, principalmente, em relação ao procedimento e do possível resultado positivo para o câncer, considerando o valor estigmático deste^(4,8). Esse sentimento pode ocorrer devido a experiências negativas tanto de terceiros quanto de coletas anteriores⁽⁹⁾.

Em relação às crenças, diversas mulheres carregam influência de uma geração que presenciou constante repressão sexual, nas quais as demandas ginecológicas foram subjugadas, contribuindo para o desconhecimento da importância do exame e no aumento da resistência para a realização do mesmo⁽⁹⁾

O desconhecimento do câncer de colo uterino, dos fatores que o predisõem, bem como a importância do exame preventivo e da técnica utilizada, influencia negativamente na possibilidade de prevenção⁽⁸⁾. A falta de conhecimento é, muitas vezes, evidenciada na criação e disseminação de suposições e falácias como, por exemplo, a assimilação do exame a mulheres jovens com vida sexual ativa e com uso de anticoncepcional, ou, unicamente, a indivíduos com comportamento promíscuo⁽⁸⁾. Além disso, no quesito idade, há divergência de opiniões, pois algumas mulheres relacionam somente a idade avançada à necessidade de realização do exame, revelando desconhecer a ligação entre a prevenção e o início da atividade sexual. Outras desvinculam essa faixa etária, a diminuição do ato sexual e a abstinência necessária do Papanicolaou, demonstrando a falta de informação a respeito das doenças sexualmente transmissíveis que podem proporcionar o desenvolvimento de câncer de colo de útero a longo prazo. É visto também, que a ausência de sinais e sintomas é um dos pressupostos para a redução da procura do procedimento, posto que há na sociedade em geral uma carência de comportamentos que visem à prevenção da saúde⁽⁸⁾. Concomitantemente, a baixa escolaridade, com frequência, associa-se à escassez de conhecimentos concisos quanto ao exame, tornando mais evidente a relevância de uma educação em saúde⁽⁹⁾. No tocante ao poder socioeconômico, uma condição financeira desfavorável, em determinados casos,

impossibilita o acesso da usuária à unidade de saúde em virtude da dificuldade de arcar com os custos do transporte⁽⁴⁾.

Somando-se esses fatores aos movimentos revolucionários feministas da década de 60, as mulheres passaram a adquirir relativa melhoria na igualdade de direitos e conquistaram posições e condições até então restritas ao universo masculino. Por conseguinte, atualmente, o mercado de trabalho vigente em nossa sociedade destaca-se pela figura feminina, exigindo desta um desgaste produtivo em seu ofício somado à necessidade de desempenhar com excelência os seus afazeres domésticos, priorizando o zelo e o bem-estar da família, não restando, neste contexto, tempo suficiente para se dedicar a própria saúde e realizar exames de rotina. Desta maneira, impactos negativos quanto à realização do Papanicolaou se tornam uma realidade comum, haja vista que, em diversas circunstâncias, a organização do serviço de saúde não se adequa à rotina da mulher atuante no mercado de trabalho que se torna dependente da liberação do seu expediente, bem como eventuais dias de folgas e férias para se submeter a exames preventivos e de cuidado à saúde^(3,9). Associada à questão profissional, a função materna e a necessidade do cuidado com os filhos pode se tornar um empecilho diante da impossibilidade de as pacientes comparecerem a eventuais procedimentos nas unidades de saúde, pois não dispõem de alguém que possa realizar os cuidados básicos de seus filhos durante a sua ausência^(8,10). De modo semelhante, muitas mulheres não acreditam que a realização do exame preventivo do colo uterino seja necessária, desconsiderando, com frequência, a sua eficácia e contribuição na melhoria da qualidade de vida, fato que reflete o descuido com a saúde, desinteresse, falta de iniciativa e a ideologia de que determinadas afecções não são compatíveis com a sua realidade de vida e histórico familiar^(4,8).

Além dos fatores elencados, contribuem também para a resistência das mulheres em fazer o exame Papanicolaou, aspectos relacionados à Unidade Básica de Saúde (UBS) tais como: dificuldade de acesso ao serviço; obstáculos para agendamento pelo reduzido número de vagas ou pela alta demanda não absorvida pela equipe^(3,4,10); congruência entre os horários oferecidos pela UBS e o horário comercial⁽⁹⁾, o que impede o comparecimento de mulheres inseridas no mercado de trabalho. Ademais, ainda que consigam uma consulta, as pacientes deparam-se com longas filas e extenso tempo de espera^(3,4,10). São também queixas frequentes à falta de continuidade no atendimento⁽³⁾; o ínfimo envolvimento do profissional com a mulher, não demonstrando interesse e atenção^(3,9,10); e a carência de materiais^(4,10), espaço e recursos humanos⁽⁴⁾. Acreditando serem os profissionais médicos detentores de maior competência, autonomia e resolutividade, as mulheres os preferem na realização do exame⁽⁹⁾, o que nem sempre é possível na realidade prática da UBS. Preferem, ainda, profissionais do sexo feminino para absterem-se de situações de vergonha e constrangimento⁽⁹⁾. Dessa forma, as dificuldades propiciadas pela UBS são extrínsecas às mulheres⁽⁴⁾, evidenciando que a atitude feminina por si só não determina os entraves à realização do exame Papanicolaou.

Conclusão

Dado o exposto, o câncer de colo uterino representa um grave problema de saúde pública, devido a elevadas taxas de incidência e de mortalidade a ele associadas, sendo indubitável, assim, o diagnóstico precoce. Este, contudo, como outrora abordado, não é empreendido conforme o preconizado por questões relacionadas a sentimentos negativos, estigmas sociais, desinstrução, inserção no mercado de trabalho, descuido com a própria saúde, além de fatores organizacionais e estruturais da UBS. Em suma, o presente trabalho almeja evidenciar os entraves à realização do Papanicolaou, para que, então reconhecidos, possam ser resolvidos com maior captação das usuárias e, destarte, efetivação do rastreamento do câncer de colo uterino.

Referências:

- 1- <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definição>. Acessado em 26 de março.
- 2 – Gandra SA; Gonçalves FF; Pereira FG; Brito TC; Amariz AA; Miranda RL. Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Montes Claros, Minas Gerais: Análise de dados do SISCOLO no período de 2004 a 2013. Revista Unimontes Científica. V 19; n 1; p 130-140; 2017.
- 3 – Santos UM; Souza SEB. Papanicolaou: Diagnóstico Precoce ou Prevenção do Câncer Cervical Uterino? Revista Baiana de Saúde Pública. V 37; n 4; p 941-951; out-dez, 2013.
- 4 – Aguiar RP; Soares DA. Barreiras à realização do exame Papanicolau: perspectivas de usuárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Vitória da Conquista – BA. Physis Revista de Saúde Coletiva. V 25; n 2; p 359-379; 2015.
- 5 – Côrrea CSL; Lima AS; Leite ICG; Pereira LC; Nogueira MC; Duarte DAP et al. Rastreamento do Câncer do Colo do Útero em Minas Gerais: Avaliação a partir de dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Cad Saúde Colet. V 25; n 3; p 315-323; 2017.
- 6 – Matão MEL; Miranda DB; Campos PHF; Machado AF; Ornelas ER. Percepção de mulheres acerca do exame colpocitológico. R EnfermCent O Min. V 1; n 1; p 47-58; jan-mar, 2011.
- 7 – Coelho SM. Influência do Fator Sócio Cultural na Adesão para Realização do Exame Papanicolau: Revisando a relevância da atuação do enfermeiro na ESF [monografia]. Governador Valadares: Especialização em atenção básica em saúde da família – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); 2009.
- 8 – Ferreira MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de Papanicolau segundo a percepção de mulheres. Esc Anna Nery Rev Enferm. V 13; n 2; p 378-384; abr-jun, 2009.
- 9 – Silva MAS; Teixeira EMB; Ferrari RAP; Cestari EW; Cardelli AAM. Fatores relacionados a não adesão à realização do exame de Papanicolau. Rev Rene. V 16; n 4; p 532-539; 2015.
- 10 – Da Costa FKM; Weigert SP; Burci L; Nascimento KF. Os desafios do enfermeiro perante a prevenção do Câncer do Colo do Útero. Revista Gestão & Saúde. V 17; s 1; p 55-62; 2017.

ENFERMEIROS NA ATENÇÃO AO HOMEM COM CÂNCER DE PRÓSTATA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Thamires Gonçalves de Jesus;¹ Maria Fernanda Alves de Brito²; Viviane Carrasco³

¹ Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros.

² Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros.

³ Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros.

RESUMO

Introdução: O câncer de próstata ocorre por modificações em genes que pertencem ao grupo supressor tumoral e ocupa o segundo lugar de tumor maligno de maior frequência e a sexta causa de morte entre homens no mundo na faixa etária entre 50 anos ou mais, Possuindo maior fator de risco homens com história familiar de câncer de próstata precedente aos 60 anos. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre a temática do câncer de próstata e a atuação do profissional de enfermagem na abordagem desses pacientes. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada com dez artigos disponibilizados na íntegra e de forma gratuita, que foram lidos na íntegra e categorizados. **Conclusão:** Conclui-se que o não conhecimento a respeito da doença aumenta o risco para o câncer de próstata, assim o profissional de enfermagem precisa dar enfoque em ações preventivas e educativas para estimular o autocuidado na população masculina.

Palavras – chave: Saúde do Homem. Neoplasias da Próstata. Enfermagem em Saúde Comunitária.

Introdução

O câncer de próstata ocupa o segundo lugar de tumor maligno de maior frequência e a sexta causa de morte entre homens no mundo.^{1, 2} Afeta, indivíduos na faixa etária de 50 anos ou mais, na maioria das vezes na fase inicial verificando-se de preferência na periferia da próstata.² A História progressiva familiar, isto é, homens da família que tiveram câncer de próstata precedente aos 60 anos de idade, aumenta o fator de risco de três a 10 vezes contrastado com outros indivíduos.¹

Por ser a doença que mais causa mortes em todo o mundo o câncer tem tornado interesse numerosas pesquisas. O mesmo ocorre por modificações em genes que pertencem ao grupo supressor tumoral. Diversos genes foram identificados, descobertos e associados a certas categorias de câncer, proporcionando assim, renovadas maneiras para realizar tratamentos e diagnósticos mais eficazes para inúmeras tipos de câncer. A medida preventiva de maior baixo custo é o toque retal. Porém este procedimento envolve o imaginário do homem e acaba afastando muitos deles da prevenção para o câncer de próstata.²

Não obstante a rejeição não se dá somente por essa causa, muitas vezes ocorre por associação a aspectos simbólicos por ter caráter invasivo tanto no emocional como no físico, a propagação de medo entre os homens. Portanto, por ser um problema emergente devido a alta morbidade e mortalidade merece a atenção dos profissionais de saúde, ressaltando o enfermeiro, empenho para promover a prevenção na assistência, aspirando a manutenção e promoção da saúde do homem.²

Este estudo tem como objetivo apresentar uma revisão de literatura sobre a temática do câncer de próstata e a atuação do profissional de enfermagem na abordagem desses pacientes, visando a promoção da saúde e a detecção precoce de agravos. Justifica-se a realização deste estudo devido a importância do tema para os profissionais da saúde, destacando-se o papel relevante do enfermeiro, que pode contribuir efetivamente para a qualidade, eficiência, promoção, prevenção e reabilitação da população masculina frente ao câncer de próstata.

Métodos

Trata-se de uma revisão de literatura em que se realizou busca nas bases de dados eletrônicas, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME) e Google Acadêmico de documentos oficiais do Ministério da Saúde, sites e artigos científicos publicados em periódicos e disponibilizados na íntegra e na língua portuguesa.

Para a realização de busca utilizou-se os seguintes descritores e a combinação entre eles: “Saúde do Homem”; “Neoplasias da Próstata”; “Enfermagem em Saúde Comunitária”. Para contemplar os objetivos deste estudo foram incluídos os artigos que tivessem foco no câncer de próstata e no cuidado de enfermagem ao homem portador do mesmo e foram excluídos os artigos que não articulavam a respeito do propósito deste estudo.

Para que houvesse a elaboração do presente estudo, foram localizados nas buscas um total de nove artigos disponibilizados na íntegra e de forma gratuita, dos quais seis foram utilizados para a elaboração da presente revisão literária, entre os anos de 2013 e 2017.

Os artigos foram selecionados de acordo com seus títulos e resumos levando em conta os critérios de inclusão e exclusão. A partir daí, foram lidos na íntegra e categorizados aspectos relativos à área, objetivos, delineamento, características da amostra estudada, variáveis estudadas, principais resultados e conclusões.

Resultado e discussão

Com a realização da revisão de literatura foi possível identificar dez estudos que atendiam aos critérios de seleção.

O câncer de próstata no Brasil é o segundo mais comum entre os homens. Considerando ambos os sexos é o quarto tipo mais comum, sendo nos homens o segundo mais incidente. Nos países desenvolvidos a taxa de incidência é maior que nos países em desenvolvimento.³

O aumento significativo do número de casos novos de câncer de próstata estimados para o Brasil, torna relevante o diagnóstico precoce da patologia aumentando as possibilidades de intervenções e ações ligadas à promoção e prevenção da saúde do homem.⁴

Um estudo realizado com servidores públicos de uma instituição de ensino superior do município de Belo Horizonte/MG, investigou o conhecimento dos mesmos a respeito do câncer de próstata. Pela análise das falas dos entrevistados percebeu-se que estes apresentam pouco conhecimento sobre o câncer de próstata e tinham dificuldades para responder questões elementares a respeito da patologia, como por exemplo sua definição, período de prevenção e exames que devem ser realizados para prevenir e diagnosticar a doença precocemente. Neste mesmo estudo os entrevistados durante o questionário demonstraram grande interesse em saber mais a respeito desse tipo de câncer.⁴

Visando o contexto da saúde pública, a enfermagem tem se tornado imprescindível no atendimento do indivíduo tanto individualmente ou coletivamente, para promoção da qualidade de vida. Porém é essencial que o profissional tenha o conhecimento necessário e tenham a competência para assegurar uma adequada assistência para que o cuidado prestado seja de total qualidade.⁵

Considerando as convicções voltadas para o homem da Política Nacional de Atenção Integral Saúde do Homem- tal como a equidade nas atitudes, serviços de saúde e universidade; qualidade na assistência a saúde do homem e humanização, entende-se que essa população deve ter destaque na atenção primária e na promoção da saúde e prevenção de doenças.⁴

Sabe-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem como foco a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais sendo importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária . Em muitos casos, evidencia-se a reduzida ou nenhuma familiaridade dos entrevistados com a Política.⁶

É papel do enfermeiro desenvolver palestra, reuniões, consultas de enfermagem e orientações com o uso de linguagem acessível à população. Por meio dessas atividades educativas deve incentivar o autocuidado para promoção do bem estar do indivíduo, sendo assim com o ensino e aprendizagem o enfermeiro poderá potencializar a manutenção da saúde e o cuidado frente ao câncer de próstata.⁷

Dentro da equipe multiprofissional o enfermeiro possui destaque na função de educador, pois vivencia este ato desde a academia. Visando o ensino e cuidado com os pacientes. Assim fomenta a promoção da saúde através da busca de mudança do comportamento a quem da sua assistência.⁶

O enfermeiro membro da equipe Multiprofissional possui requisitos para atuar tanto na prevenção do câncer como em atividades de controle do mesmo. Em questão da prevenção o enfermeiro pode planejar sua assistência em diversos níveis de saúde como em Estratégias Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, consultórios, hospitais, clínicas.⁷

A mesma autora ainda afirma que a ausência de atenção à saúde do homem e a não procura dos mesmos, faz com que esse grupo fique mais suscetível a iniciar várias doenças inclusive o câncer de próstata. Através do diagnóstico precoce os números de portadores podem ser reduzidos por meio de exames periódicos. Combinando a detecção precoce, estratégias para controle da doença e a prevenção com dinâmicas, persistência, visitas domiciliares e atividades educativas, o enfermeiro poderá, agindo como educador, orientar a respeito da doença, esclarecer dúvidas e aumentar o conhecimento dos homens para assim conscientizá-los sobre a relevância de realizar exames preventivos levando em consideração os valores e padrões que porta essa determinada população.⁷

Conclusão

Com base nos achados pode-se perceber que o não conhecimento da doença, a não realização dos exames preventivos por parte dos homens, aumenta consideravelmente o risco para o câncer de próstata visto que o homem não tem a prática de cuidar da sua saúde. Assim o profissional de enfermagem deve dar enfoque em ações preventivas, visitas domiciliares, atividades educativas para conscientizar o auto-cuidado entre a população masculina, a fim de promover a saúde do homem, que aspira por intervenções que ajudem o enfermeiro a prestar assistência integral e de qualidade.

Referências

1. Belinelo RGS, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PSC, Viegas SMF, Rodrigues AB. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. Esc Anna Nery. 2014;18(4): 697-704.

2. Lima LR, Silva ILC, Alves DC. Investigação e prevalência dos fatores de risco para elevação e desenvolvimento de câncer de próstata e elevação do PSA: uma revisão de literatura. Rev. Interd. Ciên. Saúde. 2017; 4(1): 11-16.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tipos de Câncer. Próstata [Internet]. Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>.
4. Ferraciolli CJ; Noronha RRC; Godoy SCB; Paula ML; Matos SS. Conhecimentos e atitudes de servidores públicos sobre o câncer de próstata. Rev enferm UFPE on line. Recife, V. 11; n 4; p 1659- 1668; abr, 2017.
5. Vieira EA. Prevenção do câncer de próstata. 2013; 12-88
6. Silva ABM; Costa CMA; Spíndola T; Ramos RCA; Martins ERC; Francisco MTR. Conhecimentos e práticas sobre prevenção do câncer de próstata: uma contribuição para a enfermagem. Rev. enferm. UERJ. V. 21; (esp.2); p 785-91; dez, 2013.
7. Seko MV, A enfermagem na prevenção do câncer de próstata. Por. Educação. 2013 mar.

FATORES DETERMINANTES DA TROCA DO TUBO OROTRAQUEAL PARA A TRAQUEOTOMIA EM PACIENTES VÍTIMAS DE AVC/AVE EM PROVÁVEL LONGA PERMANÊNCIA

Carla Magda de Moraes Cardoso¹; Matheus Filipe Oliveira Rocha¹; Júlio César Figueiredo Júnior²; Tadeu Nunes Ferreira³

¹Acadêmicos do 8º período de enfermagem na Faculdade de Saúde Ibituruna-FASI

²Enfermeiro do Hospital Dilson Godino;

³Especialista em Educação Profissional, Analista Universitário da Saúde Mestrando em Tecnologia da Informação aplicada a Biologia Computacional.

RESUMO

O presente trabalho tem como principal objetivo verificar o que irá determinar a troca do tubo orotraqueal pela traqueostomia em pacientes vítimas de AVC/AVE em provável longa permanência. O estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica, sendo utilizados artigos científicos das áreas relacionadas ao tema proposto, sem contato direto com pacientes ou profissionais da área da saúde. O trabalho visou também esclarecer as principais consequências do uso prolongado do tubo orotraqueal, e quais os possíveis benefícios da troca desse tubo pela traqueostomia, tanto para o paciente vítima de AVC/AVE quanto para os profissionais envolvidos com seus cuidados.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada o maior problema de saúde pública dos países desenvolvidos e países emergentes, sejam por sua alta prevalência na população adulta ou por ser considerada o principal fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares. A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo poderá acarretar sérias complicações cardiovasculares, como doenças coronarianas, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico (AVE). O Acidente Vascular Encefálico (AVE), conhecido também como Acidente Vascular Cerebral (AVC), é a interrupção brusca do fluxo sanguíneo para alguma região do cérebro, o que pode causar sintomas como paralisia de parte do corpo, dificuldade para falar, desmaio, tontura e dor de cabeça¹. No Brasil, o AVE merece destaque por ser a principal causa de internações, mortalidade e disfuncionalidade, superando até mesmo outras doenças cardíacas e o câncer. Vale ressaltar que a HAS contribui como principal fator de risco para o desencadeamento do AVE. Em contrapartida, o controle adequado da PA diminui em até sete vezes o risco de um AVE. Os modelos assistências de cuidado integral ao paciente com AVC agudo mais difundidos no mundo, com relevante evidência científica, prevêm a inclusão de diversos pontos de atenção à saúde, distribuídos em padrão reticular, com fluxos pré-definidos. Dentro deste conceito devem estar previstas a educação popular em saúde, as ações da atenção básica, os serviços de urgência/emergência (hospitalares, componentes fixos e móveis), as Unidades de AVC, a reabilitação, cuidados ambulatoriais pós-ictus e a reintegração social². O Acidente Vascular Cerebral é caracterizado pela diminuição ou completa interrupção do fluxo sanguíneo cerebral. Suas causas podem ser trombótica (tipo isquêmica) ou gerada pelo rompimento de um vaso sanguíneo do encéfalo (tipo hemorrágico). O tipo de AVC mais frequente é o isquêmico (80%), comparado ao hemorrágico (20%)³. Sendo assim necessário muitas das vezes uma intervenção orotraqueal, para que o paciente

possa ter ventilação mecânica dentre outros benefícios. Comparando com a intubação orotraqueal, a traqueostomia apresenta múltiplas vantagens, como a prevenção de lesões laríngeas secundárias, é um procedimento mais confortável para o paciente, permite a alimentação oral e a fala, facilita os cuidados e a mobilização da enfermagem, além de a traqueostomia diminuir a sedação do paciente, e facilita e acelera o desmame da ventilação mecânica⁴.

Metodologia

O presente estudo foi realizado através de revisão bibliográfica, sendo utilizados para a construção do referencial teórico 8 (oito) artigos científicos encontrados através do Google Acadêmico ou Scielo. A pesquisa dos artigos científicos foi realizada através de palavras chaves relacionada com o tema proposto para o artigo científico. A busca por artigos científicos para construção do trabalho foi realizada a partir do segundo semestre de 2017. Os artigos selecionados para a construção do referencial teórico são publicações recentes, todas realizadas a partir de 2010 a 2017, publicadas em revistas científicas da área médica e de enfermagem. Todos os artigos tratando de assuntos relacionados ao tema proposto no trabalho, que foi a troca do tubo orotraqueal pela traqueostomia em pacientes vítimas de AVC/Ave em provável longa permanência. Todos os artigos foram lidos, e utilizados de forma direta ou indireta na escrita do referencial teórico do presente trabalho, para um melhor aporte teórico, visto que não houve pesquisa de campo para o estudo. Para a escrita do trabalho, contou-se também com conhecimentos prévios acadêmicos acerca do assunto tratado no decorrer do artigo.

Resultados e discussão

Considerando-se as seqüelas advindas do AVC/AVE nos pacientes, os cuidados médicos e do corpo de enfermagem da unidade de internação onde o paciente se encontra para tratamento são de suma importância para manutenção do bem estar do mesmo, e para que os sintomas e conseqüências advindas do quadro do paciente possam ser minimizados e/ou sanados na medida do possível, considerando-se o quadro em que cada um se encontra. Para isso, há duas possíveis intervenções, a intubação orotraqueal que é considerado como um dos principais procedimentos potencialmente salvadores de vida dos pacientes em estado mais críticos, e a traqueostomia que vem como substituto do primeiro procedimento citado. A traqueostomia pode ser classificada em três tipos, a traqueostomia preventiva que vem complementar outros procedimentos cirúrgicos ou endoscópicos que podem gerar obstrução das vias aéreas ou dificuldades respiratórias; a traqueostomia curativa utilizada em situações onde se deve assegurar a manutenção da via aérea, como nas obstruções laríngeas por neoplasias, que é a traqueostomia mais comum para substituir o tubo orotraqueal; e a traqueostomia paliativa, que é utilizada em pacientes terminais. Portanto, a traqueostomia é mais recomendada em situações de longa permanência quando o paciente necessita de intervenção cirúrgica rápida, devido ao quadro de insuficiência respiratória, ou em pacientes com as vias aéreas já controladas, onde já foi feito a utilização do tubo orotraqueal, porém, devido à longa permanência do paciente na internação, percebe-se a necessidade da troca do tubo pela traqueostomia, para melhor manutenção das vias aéreas, melhor controle respiratório, limpeza dos pulmões, dentre outros procedimentos. No caso dos pacientes com traqueostomia temporária, o ideal é que a cânula seja retirada assim que o paciente consiga respirar normalmente por via aérea fisiológica. Nos pacientes adultos, deve-se ocluir a cânula por 24 horas e observar a evolução respiratória do paciente. No caso de crianças, faz-se necessário

diminuir o calibre da cânula e arrolhá-la por 24 horas, após isso, os procedimentos devem ser iguais aos dos pacientes adulto.

Conclusão

A troca do tubo pela traqueostomia pode trazer benefícios para o paciente em longa permanência, porém, a operação deve ser realizada por um médico experiente para que não haja complicações pós-operatórias. Deve-se verificar também, de acordo o comprometimento de cada paciente após o AVC/AVE, se há necessidade de uma traqueostomia permanente ou provisória, assim como também se deve avaliar qual calibre do tubo utilizado na traqueostomia. Os sintomas advindos do AVC/AVE devem ser na medida do possível tratados por uma equipe multidisciplinar, para que o paciente volte a ter a maior independência possível, diminuindo o máximo possível o quadro de paralisia muscular ou qualquer outro sintoma, para que assim o paciente possa ter maior mobilidade sem a necessidade de intervenções cirúrgicas. Por fim, o que irá determinar a troca do tubo orotraqueal pela traqueostomia em pacientes vítimas de AVC/AVE em longa permanência é justamente o tempo de intubação do paciente, pois a traqueostomia apesar de ser um procedimento cirúrgico, se bem realizado trará menos prejuízos ao paciente, uma melhor limpeza dos pulmões, uma melhor ventilação mecânica e menos danos a traquéia do paciente. E desde que realizada por profissionais bem capacitados, a traqueostomia além de menos agressiva, terá menor risco de agravamento pós-cirúrgico e menos risco de morte.

Referências

1. Mendonça Larissa Bento de Araújo, Lima Francisca Elisângela Teixeira, Oliveira Sherida Karanini Paz de. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes?. Esc. Anna Nery [Internet]. 2012 June [cited 2018 Mar 08] ; 16(2): 340-346.
2. Cardoso L; Simoneti FS; Camacho EC *et al.* Introdução orotraqueal prolongada e a indicação de traqueostomia. Rev. Med. Sorocaba, v. 16, n. 4, p. 170-173, 2014;
3. Lima ACMACC; Da Silva AL; Guerra DR *et al.* Diagnóstico de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrada. Rev. Bras. Enfermagem. V. 69, n. 4, p. 785-792, Jul-Ago, 2016;
4. Marsico OS; Marsico GA. Traqueostomia. Rev. Pulmão RJ, v. 19, n. 1-2, p. 24-36, 2010.

LINFOMA DE HODGKIN: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EM MINAS GERAIS, BRASIL

Brenda Alves dos Santos¹; Joyce Queiroz Borges¹; Lucas Gedeon Mendes Soares Dantas Cangussu¹; Luiza Carneiro Souza Magalhães¹; Maria Alice Aires Costa¹; Karina Andrade de Prince².

¹ Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras- FIPMoc.

² Doutora em Biociências e Biotecnologia Aplicadas à Farmácia pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas UNESP/ Araraquara (SP) e docente das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (MG), Brasil.

RESUMO

Introdução: O Linfoma de Hodgkin é uma neoplasia de origem no sistema linfático, com aumento exacerbado de linfócitos B do centro germinativo dos linfonodos. É uma doença rara, mais comum em adultos jovens. A maioria dos casos tem um bom prognóstico com 75% de chance de cura. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico de paciente internados com Linfoma de Hodgkin em Minas Gerais, no período de 2007 a 2017. **Material e Métodos:** Trata-se um estudo epidemiológico quantitativo, transversal e descritivo, no qual se avaliou dados secundários de pacientes portadores de Linfoma de Hodgkin internados em serviços de saúde no estado de Minas Gerais durante o período de 2007 a 2017. **Conclusão:** Apesar do aumento da incidência durante o período compreendido, houve diminuição da taxa de mortalidade devido a avanços no tratamento.

Palavras – chave: Linfoma de Hodgkin. Epidemiologia. Internações

Introdução:

Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia que tem origem no sistema linfático, ou seja, nos linfonodos. Nessa patologia ocorre um aumento descontrolado dos linfócitos B do centro germinativo do gânglio linfático levando ao desenvolvimento dos tumores. As células neoplásicas do processo são chamadas Células de Reed-Sternberg^{1,2}. É uma neoplasia rara, mais comum em adultos jovens, visto que acomete principalmente os pacientes entre 15 e 30 anos, com um novo pico aos 55 anos. Há a estimativa para 2018 de 2530 novos casos, sendo 1480 homens e 1050 mulheres³, sendo o sexo masculino comprovadamente o mais frequente e um fator desfavorável para a doença avançada⁴.

A OMS classifica a LH em 2 tipos histológicos: Linfoma de Hodgkin nodular com predomínio linfocitário (LHNPL) e Linfoma de Hodgkin clássico (LHC). Este último é ainda subdividido em outros 4: esclerose nodular (EN), 70%; celularidade mista (CM), rico em linfócitos; e depleção linfocitária. Sendo que o LHC é responsável por cerca de 95% dos casos de LH⁴. Os sintomas mais comuns são linfonodomegalia indolor cervical, em tórax superior, axilar, abdominal e em virilhas, além de sintomas inespecíficos como febre, tosse,

sudorese noturna, perda de peso, prurido e astenia. Sendo que a quantidade, tamanho e localização dos linfonodos acometidos juntamente com a hepatoesplenomegalia é que vão indicar o estadiamento da doença⁵. É uma doença com bom prognóstico em 75% dos casos com possibilidades reais de cura, no entanto 25% apresentam recidiva ou morte nos próximos 15 anos pós-tratamento. Uma grande parcela desses pacientes vai a óbito por consequências de tratamento, como outras neoplasias e comprometimento cardiovascular. Mesmo que alguns vivam por mais de 15 anos, eles ainda mantêm alto esse nível de mortalidade por segundas neoplasias^{2,6}. Apesar de rara, o LH tem acometido cada vez mais pessoas com evoluções cada vez piores, sendo considerada uma doença de extrema relevância para a saúde pública, no entanto os dados sobre o tema ainda são escassos. Dessa forma, esse estudo torna-se de relevância pois visa discutir sobre a epidemiologia, mais especificamente a prevalência do Linfoma de Hodgkin em pacientes internados em Minas Gerais, assim como o seu crescimento e gastos públicos com a doença, no intuito de preparar da melhor forma os profissionais de saúde.

Metodologia

Trata-se um estudo epidemiológico quantitativo, transversal e descritivo, no qual se avaliou dados secundários de pacientes portadores de linfoma de Hodgkin internados em serviços públicos e privados no estado de Minas Gerais, durante o período de 2007 a 2017. Os dados foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de saúde (DATASUS), parte do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), no site (<http://www.datasus.gov.br>), acessado em fevereiro e março de 2018. As variáveis analisadas neste estudo foram: cor/raça, sexo, regime, faixa etária (menor que 01 ano a maior que 80 anos), gastos com internação, taxa de mortalidade e número de óbitos. Por se tratar de uma base de dados de domínio público, não foi necessário submeter este projeto ao comitê de ética e pesquisa.

Resultados e Discussão

Mediante os dados do SIH/SUS, entre os anos de 2007 a 2017, o número de internações por Linfoma de Hodgkin no estado de Minas Gerais foi 3814, com média de 346,72 casos por ano. No período analisado, o número de internações flutuou muito, com quedas e acréscimos entre os anos. Entretanto de 2015 a 2016 houve um crescimento expressivo desse número, de 366 internações para 523, um aumento de 42,89%, que continuou a subir em 2017 para 573, correspondendo ao ano de maior número de internações. A idade dos internados variou de menor de 1 ano a mais de 80 anos, e a faixa etária de 20 a 29 anos foi a mais prevalente, totalizando 802 casos (21,02%), seguida de 30 a 39 anos, que obteve 704 casos (18,45%). Houve internações de somente 2 (0,05%) casos em menores de 1 ano, os dois casos do sexo feminino. Nesse período de 11 anos, o sexo masculino teve o maior número de internados, 2.147 casos (56,29%), e o sexo feminino teve 1667 internadas (43,7%). Em ambos os sexos a faixa etária mais acometida foi dos 20 aos 29 anos, seguida dos 30 aos 39 anos, assim como na população geral. O sexo feminino só apresentou maior número de internações que o sexo masculino na faixa etária de 30 a 39 anos, com 354 casos e o sexo masculino 350 casos, e menor que 1 ano. As cores/raças pardas e brancas foram expressivamente mais acometidas, abarcando 78,36% dos internados, 1.721 (45,12%) e 1268 (33,24%) casos respectivamente. Das 3.814 internações, 1.849 (48,47%) foram em regime privado e 763 (20%) em regime públicos, com 1.202 internações ignoradas. Das 1.849 internações em regime privado, 307 foram em caráter eletivo (16,6%) e 1542 de urgência (83,4%). Já no regime público, 184 internações foram eletivas (24,11%) e 579 urgência (75,89%). No total,

considerando os casos ignorados, foram 597 internações em caráter eletivo (15,65%) e 3217 em urgência (84,35%). Nesse período de 11 anos, foram atestados 236 óbitos em decorrência do LH, que representa 6,18% das internações. Desses, 60,16% ocorreram no sexo masculino. A faixa etária com maior número de óbitos foi dos 50 a 59 anos, com 44 casos (18,64%), seguido de 20 a 29 anos com 36 óbitos (15,25%), e de 20 a 29, 60 a 69 e 70 a 79, cada uma com 32 óbitos (13,55%). A taxa de mortalidade caiu significativamente de 2007 (16,67) para 2017 (4,89), com 2017 abaixo da média de mortalidade nesse período de 11 anos (6,19). Entretanto a faixa etária de 5 a 9 anos, de 70 a 79 anos e com 80 anos e mais não acompanha essa média, com taxas de mortalidade mais elevadas de 13,33, 16,67 e 42,86 respectivamente. A estimativa de novos casos em 2018 é de 2.530, havendo um predomínio em homens, 1.480 casos, em detrimento das mulheres, 1.050 casos³. Essa prevalência em homens é mostrada nos dados do DATASUS, com maior número de internações e de óbitos. Por ter uma etiologia complexa, a maioria dos fatores de risco do LH estão relacionados a alteração da função imunológica. O vírus Epstein-Barr é a principal infecção associada aos casos desse linfoma, mas indivíduos infectados pelo HIV também aumenta o risco de desenvolver a doença. Assim, as infecções virais são importantes para o aumento da incidência, principalmente exposições infecciosas na infância⁷. Os dados de internação segundo faixa etária estão de acordo com o previsto pelo INCA, que traz que o LH é mais comum na faixa etária de 15 a 40 anos, nos adultos jovens, principalmente entre 25 e 20 anos³. Segundo os dados do DATASUS, a taxa de mortalidade foi reduzida em 70% no período de 2007 a 2017, mais do que a taxa de redução de 60% relatada pelo INCA, devido aos avanços no tratamento³. Para alguns autores, o melhor tratamento para o LH nos estágios iniciais seria a radioterapia isolada, e o pior prognóstico estaria relacionado a quimioterapia associada à radioterapia⁸. Entretanto, em 2000, o esquema ABVD, que consiste na associação das drogas adriamicina, bleomicina, vincristina e dacarbazina, passou a ser considerado padrão ouro para a doença. Esse tratamento é melhor indicado por apresentar menor toxicidade gonadal e menor número de casos de leucemia secundária. Com isso, os esquemas de poliquimioterapia, associados ou não a radioterapia, tiveram melhor resposta para o tratamento da doença, atingindo cerca de 75% de cura, incluindo casos avançados⁴. O diagnóstico precoce também é importante para redução da taxa de mortalidade. No LH o diagnóstico é realizado, principalmente, por meio da biópsia de linfonodos periféricos, recomendada quando existe suspeita sustentada pela presença de alguns sintomas sugestivos, como perda de peso significativa, febre, sudorese e prurido, além da presença linfonodomegalias e sinais de acometimento de baço e fígado⁹.

Conclusão

Diante do presente estudo, conclui-se que, mesmo o Linfoma de Hodgkin sendo uma patologia com bom prognóstico, sua prevalência aumentou no decorrer do período de 2007 a 2017, acometendo principalmente adultos jovens, o que a caracteriza como uma doença de relevância para o Sistema de Saúde Pública. Como mostrado no estudo, os avanços no tratamento para o LH reduzem significativamente a taxa de mortalidade da doença, juntamente com uma melhor qualificação dos profissionais da área de saúde para um diagnóstico precoce. Estas medidas são inicialmente relevantes para reduzir as estimativas esperadas para 2018. A análise dos dados contribuiu para um melhor conhecimento do perfil epidemiológico da doença, o que auxilia no direcionamento de políticas públicas com objetivo de reduzir a incidência do Linfoma de Hodgkin na população.

Referências:

1. Monteiro TAF; Arnaud MVC; Monteiro JLF; Costa MRM; Vasconcelos PFC. Linfoma de Hodgkin: aspectos epidemiológicos e subtipos diagnosticados em um hospital de referência no Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 7(1):27-31, 2016.
2. Spector N. Abordagem atual dos pacientes com doença de Hodgkin. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. 26(1):35-42, 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) [Internet] Linfoma de Hodgkin. Disponível em http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_hodgkin/. Acesso em: 15 de março de 2018.
4. Lopes GCB; Moreira WB; Soares AN. Avaliação dos resultados de tratamento de paciente portadores de linfoma de Hodgkin com esquema ABVD em primeira linha. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*. 8(29), julho/agosto/setembro, 2012.
5. Marinho DF; Paiva SG; Santos GJG. Linfoma de Hodgkin: relato de caso. *Revista Científica do ITPAC*. 5(2), pub. 4, abril. Araguaína: 2012.
6. Escovar CES. Doença de Hodgkin. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica*. 1(5):35-40, maio/agosto, 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.
8. Vasques CI; Rodrigues CC; Reis PED; Carvalho EC. Assistência de enfermagem a portadores de linfoma de Hodgkin submetidos à quimioterapia: revisão integrativa. *Revista Online Brazilian Journal of Nursing*. 7(1), pub. 14, março, 2008.
9. Nogueira HS; Lima WP. Linfoma de Hodgkin, quimioterapia e exercício físico: respostas hematológicas e de desempenho físico. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. 10(62):782-797, 2016.

MORTALIDADE POR CCU: UMA ANÁLISE ENTRE REGIÕES DO BRASIL

Luis Gustavo Soares Neves Teixeira¹; Aléx Cezar Lancuna¹; Ana Bárbara Lopes Dias Urzedo¹; Bianca Andrade Ferreira¹; João Gabriel Marques Neiva¹; Mateus Almeida de Carvalho¹

¹Acadêmico de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras;

RESUMO

Introdução: O câncer de colo do útero é o quarto tipo mais predominante em mulheres, podendo acometê-las, geralmente a partir dos 25 anos. Dentre os fatores de risco, o HPV (*Papilomavírus Humano*) é considerado o principal. A estimativa de novos casos de CCU no biênio 2018-2019, no Brasil, é de 16.370. **Objetivo:** Verificar os fatores positivos e negativos que podem influenciar a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero, por região brasileira, e propor ações para reduzir a taxa de mortalidade nacional. **Materiais e Métodos:** Buscou-se analisar informações disponibilizadas na base de dados do Instituto Nacional do Câncer no intervalo de tempo de 2010 a 2014. **Resultados:** **Discussão:** **Conclusão:** A partir deste estudo foi possível compreender melhor a discrepância da taxa de mortalidade entre as regiões brasileiras, refletir sobre as possibilidades de redução dessas taxas por meio de treinamentos da equipe que realiza o exame citopatológico, maior divulgação e sensibilização da população sobre a importância do rastreamento e da imunização.

Palavras-Chave: Câncer. Colo do útero. Mortalidade.

Introdução

O Câncer é uma doença caracterizada pela divisão celular sem controle, que pode evoluir para metástase ao disseminar para outros órgãos e tecidos, quando ocorre infiltração para as vias linfáticas ou hematogênica. Em mulheres, o câncer de colo do útero (CCU) é o quarto tipo mais predominante, podendo acometê-las, geralmente a partir dos 25 anos. A presença de fatores de risco aumentam as chances do câncer, e no caso do CCU, o HPV (*Papilomavírus Humano*) é considerado o principal fator de risco, por causar lesões precursoras intra-epiteliais que podem evoluir para carcinoma invasor⁽¹⁾. De acordo com as Diretrizes para o Rastreamento do CCU de 2016, a estratégia de realização do exame citopatológico (ECP) é a mais recomendada para rastreio. O ECP deve ser repetido a cada três anos, após dois exames consecutivos normais no intervalo de um ano, na faixa etária de 25 a 64 anos, para quem tem ou já teve vida sexual ativa⁽²⁾. Dessa forma, o rastreio torna-se importante por possibilitar o diagnóstico e, conseqüentemente, o início do tratamento das lesões cervicais precursoras do CCU, aumentando a chance de cura⁽³⁾. A prevenção do CCU está relacionada à menor exposição ao HPV, e à imunização com a vacina quadrivalente contra o HPV. Entretanto, o exame preventivo deve ser feito conforme a política de rastreamento, pois, além da infecção

pelo HPV, esse câncer apresenta outros fatores de risco, como o número de parceiros, início da atividade sexual mais jovem, tabagismo e uso de pílulas anticoncepcionais por um longo intervalo de tempo, idade, imunidade e genética^(3,2). A vacina tem aumentado a proteção em pessoas que nunca tiveram contato com o vírus, demonstrando assim efeito profilático⁽¹⁾. A estimativa de novos casos de CCU no biênio 2018-2019, no Brasil, é de 16.370⁽³⁾. Dessa forma, torna-se importante verificar os fatores positivos e negativos que podem influenciar a taxa de mortalidade por câncer de colo de útero, por região brasileira, e propor ações para reduzir a taxa de mortalidade nacional.

Materiais e métodos

A partir de um estudo retrospectivo, quantitativo, descritivo e longitudinal que se fundamentou em informações disponibilizadas na base de dados do Instituto Nacional do Câncer - INCA, foram analisados os registros de mortalidade por CCU nas cinco regiões do Brasil, no intervalo de tempo de 2010 a 2014. Por se tratar de análise de dados disponibilizados em banco de dados público, não se faz necessária a submissão do trabalho ao comitê de ética.

Resultados

De acordo com os dados obtidos no INCA (Tabela 1), o Brasil detém uma taxa de mortalidade maior quando comparada à população mundial – 5.09/100.000 mulheres e 4.73/100.000 mulheres, respectivamente. Pode-se observar na Tabela 1 as taxas e a classificação de cada região acerca da mortalidade, comparada com as taxas nacionais e mundiais. No Brasil, a taxa bruta de mortalidade de mulheres causada pelo CCU, correspondentes aos anos de 2010 a 2014, foi de 5.34/100.000 mulheres, sendo que por região essa taxa foi assim distribuída: no Centro-Oeste foi de 5.61/100.000 mulheres; no Nordeste, 5.99/100.000 mulheres; no Norte, 8.37/100.000 mulheres; no Sudeste, 4.33/100.000 mulheres; e no Sul, 5.18/100.000 mulheres. Observa-se que, mediante as taxas veiculadas pela Tabela 1, a região Norte teve a maior taxa de mortalidade (8.37/100.000) e, em contraposto, o Sudeste apresentou a mais baixa (4.33/100.000), significando um número próximo à metade do apresentado pela região Norte.

Tabela 1: Taxas de mortalidade por câncer de colo do Útero, brutas e ajustadas, pela população brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, no Brasil, entre 2010 e 2014.

Localidade	Taxa Bruta	Taxa Padronizada (Pop. Brasil)
Centro-Oeste	5,61	6,03
Nordeste	5,99	6,16
Norte	8,37	11,36
Sudeste	4,33	3,79
Sul	5,18	4,56
Brasil	5,34	5,09

Fonte: Tabela da taxa de mortalidade por câncer de colo do útero, acessada na página da Internet do INCA, adaptada.

Discussão

Segundo o INCA, há uma fase pré-clínica assintomática do CCU, em que a detecção de lesões precursoras pode ser feita através do ECP. Quando diagnosticado na fase inicial, as chances de cura do CCU são de 100%, confirmando a importância e relevância clínica do ECP, indicados nas estratégias de rastreamento. Apesar do ECP ser o principal meio de detecção precoce do CCU, há algumas dificuldades apresentadas por esse método de rastreamento. Dentre os municípios brasileiros, 1,96% apresentam falhas na amostra do material dos ECPs realizados no período de 2015, destacando as regiões norte com maior taxa de municípios com amostras insatisfatórias (9,30%) e o sul com a menor taxa (0%), as regiões nordeste, centro-oeste e sudeste apresentaram as seguintes taxas 2,03%, 0,81% e 0,68% respectivamente. Dentre essas falhas, a mais comum foi material acelular e hipocelular, seguida de artefatos de dessecação, piócitos, sangue e outros⁽³⁾. Outras dificuldades encontradas se referem à interpretação das lâminas e à demora na análise do material pelo sistema público de saúde, o que atrapalha o rastreamento efetivo. Constituem ainda fatores que dificultam a realização do ECP, a vergonha ou falta de informação da paciente, assim como pacientes obesas que apresentam dificuldade de posição na maca ou visualização do colo. O próprio medo da positividade do exame é uma barreira para o efetivo rastreamento⁽⁴⁾. Buscando compreender a diferença nas taxas de mortalidade, paralelamente, analisamos o IDH (índice de desenvolvimento humano) das regiões brasileiras, e foi possível fazer uma associação entre essas taxa e os marcadores considerados para a obtenção do IDH, como a educação e renda per capita. As regiões Norte e Nordeste apresentam índice na faixa média (0,600 a 0,699) e as regiões centro-oeste, sudeste e sul apresentam índice na faixa alta (0,700 a 0,799). Observou-se que a região com maior taxa é uma das que apresenta pior IDH, e a região com menor taxa está entre as regiões com melhor IDH⁽⁵⁾. Os fatores, escolaridade e renda per capita, utilizados na formação do IDH, estão diretamente relacionados com a adesão ao rastreamento, seja ele feito na rede pública ou privada. Uma melhor educação pode contribuir para redução das dificuldades, como falta de informação da paciente, vergonha ou medo da positividade do exame. E a maior renda per capita pode facilitar o rastreamento por meio do setor particular ou convênios, além de aumentar a cobertura e diminuir a demora na análise e as perdas relacionadas ao ECP apontadas previamente. Ademais, podem aumentar a cobertura vacinal contra o HPV⁽⁵⁾. No mesmo período de realização deste estudo, foi administrado um total de 7.436.841 doses de vacinas em meninas de 11 a 13 anos, sendo a maior cobertura vacinal na região Sudeste e a menor na região Norte. A cobertura da primeira dose foi de 99,84%, entretanto, a cobertura da segunda dose foi de 55,65%. A maior cobertura vacinal da primeira dose pode ser justificada pelo fato de a aplicação ter sido realizada em escolas públicas e privadas, em dias letivos. Enquanto a segunda dose foi aplicada na Unidade de Saúde, necessitando que cada menina fosse levada por um membro de sua família ou responsável. Ressalta-se, assim, maior dificuldade de acesso à saúde ou até mesmo distração dos familiares em relação à vacinação da segunda dose. Observou-se ainda que a região Norte sofreu a maior redução na cobertura vacinal, com um decréscimo de 58,08%, o que pode estar relacionado à menor densidade demográfica e/ou menor incentivo governamental acerca da campanha vacinal. A análise desses dados reforça a importância do incentivo tanto no âmbito governamental por meio de políticas públicas quanto em ações diretas na atenção primária à saúde, seja com ações educativas e de sensibilização nas escolas, ou com propagandas veiculadas na mídia⁽¹⁾.

Como limitações deste estudo apontamos a falta de disponibilidade de dados públicos mais atuais, dentre eles a taxa de mortalidade por CCU, cobertura vacinal, IDH e porcentagem de amostras insatisfatórias por município.

Conclusão

A partir da análise dos fatores apresentados (amostra insatisfatória, IDH e cobertura vacinal contra o HPV), foi possível compreender melhor a discrepância da taxa de mortalidade entre as regiões brasileiras, bem como refletir sobre as possibilidades de redução dessas taxas por região e, conseqüentemente, da taxa nacional. Assim sendo, é possível propor treinamentos da equipe que realiza o ECP, maior divulgação e sensibilização da população por meio de campanhas do Ministério da Saúde sobre a importância do rastreamento e da imunização, o que pode influenciar na redução de casos de CCU no futuro.

Referências

1. Silveira BJ; Moro VCD; Silveira MB; Espírito-Santo LR; Prince KA. Adesão à imunização contra o *papilomavírus* humano na saúde pública do Brasil. *Revista de Saúde Pública do Paraná*. V. 18, n 1, p 157-164, jul, 2017.
2. Ministério da Saúde. HPV. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hpv>>. Acesso em 17/03/2018.
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.
4. Casarin MR; Piccoli JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. V. 16, n 9, p 3925-3932. ISSN 1413-8123, 2011.
5. Instituto brasileiro de geografia e estatística. Atlas do desenvolvimento humano 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [Estudos e pesquisas. Informação econômica].

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES ACOMETIDAS PELO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

Luiza Carneiro Souza Magalhães¹; Brenda Alves dos Santos¹; Lucas Gedeon Mendes Soares Dantas Cangussu¹; Maria Alice Aires Costa¹; Rogério Manna Candido dos Santos¹; Karina Andrade de Prince².

¹ Discentes do curso de Medicina das Faculdades Integradas Pitágoras- FIPMoc.

² Doutora em Biociências e Biotecnologia Aplicadas à Farmácia pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas UNESP/ Araraquara (SP) e docente das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (MG), Brasil.

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia que mais mata a população feminina brasileira. As mulheres mais acometidas pela doença são as que englobam um ou mais fatores de risco como idade maior que 50 anos, obesidade e alcoolismo. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi analisar o perfil epidemiológico das mulheres internadas com câncer de mama no Brasil. **Material e Métodos:** Trata-se de estudo quantitativo, transversal e descritivo, pelo qual se avaliou dados de mulheres portadoras de câncer de mama internadas em serviços de saúde no Brasil, no período de 2008 a 2017. **Conclusão:** A faixa etária de maior prevalência da doença é dos 50-59 anos, sendo o Sudeste a região de maior incidência no Brasil.

Palavras -chave: Câncer de mama. Epidemiologia. fatores de risco.

Introdução

O câncer de mama é a neoplasia maligna mais frequente em mulheres em todo o mundo¹. Essa neoplasia é a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira. Sua incidência e mortalidade aumentam com a idade, com 70% a 80% dos casos sendo diagnosticados a partir dos 50 anos, e relativamente raro antes dos 35 anos². Essa taxa de mortalidade alta deve-se, ainda, ao diagnóstico tardio e ao atraso na implantação do tratamento³. Existem fatores de risco e de proteção para o câncer de mama relacionados aos hormônios. Como efeito protetor, principalmente para a neoplasia ductal, têm-se a lactação. As mulheres ao amamentar, levam as células mamárias a completarem o ciclo celular, ou seja, são totalmente diferenciadas, ficando menor tempo sob exposição dos hormônios sexuais⁴. Por outro lado, a terapia de reposição hormonal combinada de estrogênio e progesterona é um fator de risco⁵. Há ainda fatores de risco relacionados aos hábitos de vida das mulheres, como alcoolismo e obesidade. Entretanto medidas simples, porém eficazes, como alimentação saudável, manutenção do peso corporal e atividade física frequente são capazes de prevenir até em 30% a chance de desenvolver a doença⁵. O câncer de mama apresenta sinais e sintomas em fases iniciais que auxiliam na detecção dos casos, que devem ser confirmados por exames de imagem. Grande parte dos casos de CA de mama são descobertos pelas mulheres ao distinguir alterações não comuns. Alterações como nódulos imóveis e comumente indolores, pele da mama avermelhada, assimetria, modificações do mamilo, aumento dos linfonodos axilares e cervicais e ejeção de líquido anormal na mama são alvos de suspeita e devem ser

investigados⁶. A detecção precoce é fundamental para que a resolubilidade dos casos seja maior. Sendo assim, o rastreamento é preconizado por meio do exame de mamografia de rastreamento, recomendado pelo Ministério da Saúde para mulheres entre 50 e 69 anos de idade bienalmente e pela Sociedade Brasileira de Mastologia a partir dos 40 anos anualmente⁷. Diante da elevada prevalência do câncer de mama a nível nacional e mundial, além da dificuldade do diagnóstico precoce, a elaboração do presente estudo visa analisar o perfil epidemiológico das mulheres internadas com câncer de mama no Brasil, visto que é considerada uma doença de alta morbimortalidade e que leva a consequência psicossociais.

Metodologia

Trata-se um estudo epidemiológico quantitativo, transversal e descritivo, no qual se avaliou dados secundários de mulheres portadoras de câncer de mama internadas em serviços públicos e privados no Brasil, durante o período de 2007 a 2017. Os dados foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de saúde (DATASUS), no site (<http://www.datasus.gov.br>), acessado em fevereiro e março de 2018. As variáveis analisadas neste estudo foram: cor/raça, sexo (feminino), regime, faixa etária (01 até 80 anos e mais), taxa de mortalidade e óbitos. Por se tratar de uma base de dados de domínio público, não foi necessário submeter este projeto ao comitê de ética e pesquisa.

Resultados e Discussão

Após a coleta e análise dos dados recolhidos do SIH/SUS, no período de 2007 a 2017, a neoplasia maligna da mama foi responsável por 504.779 internações, sendo essas obrigatoriamente do sexo feminino. Com 41.870 óbitos decorrentes dessa patologia durante esse período. No período analisado, a faixa etária de 40 a 69 anos concentrou 72,5% das internações, onde foram internadas 124.253 mulheres entre 40 e 49 anos, 139.435 entre 50 e 59 anos, e 102.268 entre 60 e 69 anos. Durante os 11 anos que foram pesquisados, obteve-se uma média de 45.889 internações por ano. Onde em 2016 reúne o maior número de casos, totalizando 61.485 internações (12,2%) independentes da idade, raça ou região. No período de 2007 a 2016 teve um aumento de mais de 3.000% nas internações. Entretanto do ano de 2016 a 2017 teve uma queda de 1,41%, chegando a 60.629 pacientes. Por classificação de cor/raça, no ano de 2017, 44,76% das internações foram da população branca, seguidas da parda e preta com 36,43%, e 5,64% respectivamente, e 12% sem informações. Dos dados analisados, 46,80% dos pacientes foram internados em regime privado e 26,21% em regime público, o restante sendo ignorado. Das 236.273 internações no setor privado, 152.130 foram de caráter eletivo (64,4%) e 84.130 de urgência (35,6%). No regime público, do total 132.318, 90.872 foram eletivas (68,6%) e 41.441 de urgência (31,1%). Por região, as internações se dividem em 2,68% no Norte, 20,68% no Nordeste, 5,56% no Centro-Oeste, 19,53% no Sul e 51,51% no Sudeste, mostrando que, nos 11 anos analisados, a maior concentração de internações acontece no Sudeste (260.062 pacientes) e Nordeste (104.421). A mortalidade aumenta com o avançar da idade, sendo de 8,00% de 50-59 anos, 8,77% de 60-69 e 10,47% de 70-79 anos. Mas também é elevada nas neoplasias malignas da mama em idades muito inferiores, como menores de um ano de idade, onde em 2017 foram confirmadas 7 internações, e a taxa de mortalidade chega a 28,57%.

O número de óbitos corresponde a 8,3% das internações, e se manteve crescente até 2016, caindo de 5.235 para 5.040 em 2017. No período analisado, a taxa de mortalidade é constante, variando de 7,63 a 8,91. As regiões com maior número de pacientes internados também são as que abrangem maior número de óbitos pela neoplasia, portanto, no ano de 2017, foram confirmados 2.930 (54,28%) mortes no Sudeste e 1.061 (19,65%) mortes no Nordeste. A faixa etária que apresentou uma maior concentração de internações por algum tipo de complicados decorrente do câncer de mama foi de 40 a 69 anos, sendo essa também o alvo para rastreamento do câncer. Nessa mesma faixa etária, no período de 2009 a 2015, foram realizados 12.547.295 exames de mamografia⁸. Existe uma divergência nas literaturas quanto a idade em que deve ser feito esse rastreamento. O Ministério da Saúde traz que deve ser realizado dos 50-69 anos, e a Sociedade Brasileira de Mastologia a partir dos 40 anos⁹. As regiões de maior incidência da neoplasia são o Sudeste, Nordeste, Sul e Centro-Oeste⁷. A pesquisa mostrou também que são essas regiões, principalmente o Sudeste e Nordeste, que apresentam o maior número de óbitos. Porém, estes dados podem ser distorcidos a dependes da realização ou não do rastreamento do câncer de mama em cada região do Brasil e da sua qualidade em abranger toda a população da macrorregião. O número de óbitos acompanhou a variação do número de internações decorrentes da neoplasia maligna da mama, o que mantém a taxa de mortalidade constante. Entretanto, essa taxa de mortalidade segue elevada devido ao diagnóstico tardio do câncer de mama³, o que também é demonstrado quando analisado o número de mamografias realizadas no ano de 2014, que teve uma queda de 45% comparada ao ano de 2012.

Conclusão

Após a realização do estudo, constatou-se que as taxas de prevalência de internações da doença, juntamente com os números de óbitos, são mais elevadas na faixa etária de 50-69 anos, sendo a região sudeste a de maior incidência, no Brasil. A mortalidade apresenta uma queda no ano 2017, quando comparada ao ano 2016 e aumenta com o avançar da idade. Sendo assim, faz-se necessário, além da melhoria das políticas públicas, maior investimento no diagnóstico precoce em idades de risco elevado para o câncer de mama, com o objetivo de tratar e reduzir as taxas de internações e mortalidade de forma mais efetiva.

Referências

1. Inca. Instituto nacional de câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. 2015.
2. Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. 2015.
3. Haddad NC; Carvalho ACA; Novaes CO. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. Revista HUPE; p 28-35;2015.

5. Inumaru LE; Silveira EA; Naves MMV. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. Caderno de Saúde Pública. V. 27; n. 7; p. 1259-1270; Julho, 2011.

6. Inca. Instituto nacional de câncer. Câncer de mama: é preciso falar disso. 4. Ed; 2016.

7. Fonseca AA; Souza ACF ; Rios BRM; Bauman CD; Piris AP. Percepções e enfrentamentos de mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. Revista Eletrônica Acervo Saúde. V. 1; n 5; p 222-S229;2017.

8. Inca. Instituto nacional de câncer. Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil. 2015.

9. Brasil.Ministério da saúde. Sistema de Informações do câncer de mama (SISMAMA). Disponível em: < <http://w3.datasus.gov.br/siscam/index.php?area=0402> >. Acesso em: 26 Mar. 2018.

10. Silva GA; Júnior PRBS; Damacena, GN; Szwarcwald, CL. Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Revista de Saúde Pública; V. 51; 2017.

PRÓTESES BUCOMAXILOFACIAS E SUA IMPORTÂNCIA PARA A REABILITAÇÃO DE PACIENTES APÓS CIRURGIA ONCOLÓGICA

Maria Gabriela Costa Franca¹; Lidylara Lacerda Araújo Carvalho¹; Anna Karolyne Duarte Grandó¹; Bianca Ribeiro Martinez¹; Guilherme Veloso Ramos¹; Valdemiro Fagundes de Oliveira Junior²

¹ Acadêmico do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

² Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

RESUMO

Introdução: A remoção cirúrgica de lesões malignas na região de cabeça e pescoço pode apresentar sequelas que trazem prejuízos funcionais e estéticos ao paciente. Com isso, a reabilitação com próteses bucomaxilofaciais pode fazer grande diferença na melhoria da qualidade de vida e no convívio social dos pacientes (1,4). **Objetivo:** Relatar, por meio de uma revisão de literatura, a importância e o impacto das próteses bucomaxilofaciais para a reabilitação de pacientes submetidos à cirurgias oncológicas. **Material e Métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura baseada em artigos selecionados, por meio de descritores do assunto, em base de dados eletrônicas. Como critério de seleção, foram incluídos artigos dos anos de 2007 a 2017, publicados em língua portuguesa e inglesa. **Resultados e Discussão:** As próteses bucomaxilofaciais para pacientes submetidos a grandes cirurgias de processos malignos na região de cabeça e pescoço são responsáveis pela melhoria da qualidade de vida de uma forma ampla, tanto no campo funcional quanto no campo estético, destes pacientes (1,3). **Conclusão:** As próteses bucomaxilofaciais desenvolvidas pelo cirurgião dentista tem a finalidade de reabilitar tanto fisicamente quanto psicologicamente o paciente submetido a grandes cirurgias oncológicas.

Palavras-chave: Oncologia. Cirurgia. Prótese.

Introdução

O câncer de boca está entre as principais causas de óbito, uma vez que em 50% dos casos é diagnosticado em seu estágio tardio. Dessa forma, a principal intervenção para esse tipo de tumor é mutiladora, por meio de grandes cirurgias⁽⁵⁾. Indivíduos submetidos à remoção cirúrgica de lesões malignas na região de cabeça e pescoço muitas vezes apresentam sequelas que trazem prejuízos funcionais e estéticos ao paciente. Tais consequências são de grande impacto psicológico, uma vez que os pacientes se veem excluídos completamente dos padrões estéticos aceitáveis pela sociedade⁽⁴⁾. O Cirurgião Dentista possui grande responsabilidade na prevenção e detecção precoce do câncer oral. Este profissional atua também na reabilitação do paciente tratado por um tumor maligno oral, por meio da confecção das próteses bucomaxilofaciais.

A Prótese Bucomaxilofacial (PMF) é uma especialidade da Odontologia que utiliza de meios protéticos para reparar as perdas substanciais do esqueleto ou das partes moles da face quando se faz necessário. A utilização deste tipo de prótese reflete positivamente na melhoria da qualidade de vida destes pacientes, além de aumentar a sua auto-estima ^(1,5). Assim o objetivo deste trabalho é relatar, por meio de uma revisão de literatura, a importância e o impacto das próteses bucomaxilofaciais para a reabilitação de pacientes submetidos à cirurgias oncológicas.

Material e Método

Foi realizada uma revisão de literatura baseada em artigos selecionados em base de dados eletrônicas como: “*PubMed*”, “*Scielo*” e “*Biblioteca Virtual em Saúde*”. Como critério deste trabalho, foram selecionados apenas artigos entre os anos de 2007 e 2017. A estratégia de busca foi traçada através dos descritores de assunto: "próteses bucomaxilofaciais", "câncer bucal", "reabilitação bucomaxilofacial", através dos quais foram levantados artigos científicos relacionados ao tema, em língua inglesa e em português, publicados em periódicos científicos especializados.

Resultados e Discussão

Aproliferação descontrolada de células anormais no organismo dá origem ao que se denomina de neoplasia, que pode ser classificada como benigna ou maligna. Câncer é a denominação genérica usada somente para neoplasias malignas, que devido a sua grande capacidade de invadir os tecidos vizinhos, é responsável pela perda de estruturas da face quando acomete esta região ⁽⁵⁾. Em oncologia, a terapêutica para ser bem sucedida pode ser necessário lançar mão de grandes cirurgias agressiva produzindo mutilações. Quando isso acontece na região da face e da boca, além da deformidade, o estado psicológico do indivíduo é alterado ⁽¹⁾. A prótese bucomaxilofacial é uma ciência que visa restaurar partes malformadas ou ausentes da boca, da maxila e da face através de um método artificial, isso devolverá ao paciente qualidade de vida tanto no âmbito físico quanto no psicológico, uma vez que pacientes com defeitos faciais tendem a se retrair do convívio social ⁽³⁾. Diversos autores evidenciam a melhoria da qualidade de vida de uma forma ampla, tanto no campo funcional quanto no campo estético, dos pacientes submetidos a esse tipo de reconstrução ^(1,3). Em outro estudo foi avaliado a qualidade de vida dos pacientes após o uso das próteses. Nesse mesmo estudo foi relevante a presença dor e dificuldade na fala que, segundo os pacientes, teria impacto direto na qualidade de vida. Entretanto, apresentou também benefícios estéticos e psicológicos ⁽²⁾.

Conclusões

É fundamental a participação do Cirurgião-Dentista na prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, além do planejamento pós-cirúrgico, juntamente com uma equipe multidisciplinar, de pacientes submetidos a cirurgias oncológicas. As próteses bucomaxilofaciais, desenvolvida pelo cirurgião dentista, tem a finalidade de reabilitar tanto fisicamente quanto psicologicamente o paciente submetido a grandes cirurgias, objetivando bons resultados terapêuticos com mínimos efeitos secundários e a reintegração do indivíduo aos seus ambientes familiar, social e ocupacional, sempre que possível.

Referências

1. Alfenas ER; Lanza CRM; Barreiros ID; Novaes JJB; Mendonça LL. Reabilitação protética do paciente com perda de substância na região de cabeça e pescoço. Arq. Odontol. [periódico na Internet]. 2011 Dez [citado 2018 Mar 05] ; 47(Suppl 2): 28-31. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392011000600006&lng=pt.
2. Depprich R *et al.* Evaluation of the quality of life of patients with maxilla facial defects after prosthetic therapy with obturator prostheses. Int. J. Oral Maxillofac. Surg, v.40, p.71-9, 2011.
3. García G *et al.* Prótesis maxilofacial: alternativa terapêutica para la recuperación integral del paciente con câncer bucal. Rev. Med. Univ. Veracruzana. v.6, n.1, p.20-7, enero-junio, 2006.
4. Kim J-H. Analysis of maxillofacial prosthetics at university dental hospitals in the capital region of Korea. The Journal of Advanced Prosthodontics, [s.l.], v. 8, n. 3, p.229-234, 2016. The Korean Academy of Prosthodontics (KAMJE). <http://dx.doi.org/10.4047/jap.2016.8.3.229>.
5. Kusterer LEFL *et al.* 2N4 Recebido em 12/04/2012 Aprovado em 20/07/2012 Reabilitação com obturador maxilar após cirurgia oncológica: relato de casos. Rev. Cir. Traumatol. Buco-maxilo-fac., Camaragibe, v. 12, n. 4, p.9-16, 20 jul. 2012.

PROCESSO DE ENFERMAGEM RELACIONADO A UMA PACIENTE COM LEUCEMIA PROMIELÓCITICA AGUDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mylena Thais de Oliveira Rocha¹; Tiê Menezes Viana²; Mirela Lopes de Figueiredo³; Viviane Carrasco⁴

¹ Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES

² Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES

³ Docente do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES

⁴ Docente do Curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES

RESUMO

Introdução: As leucemias são um tipo de câncer que afeta o sistema hematopoiético, ocasionando a produção de células lesivas pela corrente sanguínea. Além disso, há a Leucemia Promielocítica Aguda (LPA), subtipo de leucemia, que afeta jovens e adultos. Devido à complexidade de fatores que envolvem a assistência ao paciente oncológico destaca-se a necessidade do Processo de Enfermagem com vistas a aperfeiçoar o cuidado prestado.

Objetivo: Descrever a elaboração do Processo de Enfermagem relacionado a uma paciente com Leucemia Promielocítica Aguda internada em um hospital de referência para oncologia.

Metodologia: Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência decorrente da construção do Processo de Enfermagem a uma paciente oncológica durante a realização das atividades curriculares. Os dados foram coletados no mês de Outubro do ano de 2017.

Relato de Caso: Conduziu-se a elaboração do Processo de Enfermagem por meio das etapas que são o histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. **Conclusão:** O Processo de Enfermagem permite, principalmente ao paciente oncológico, que seja construído um plano assistencial individualizado e peculiar atendendo as necessidades prioritárias.

Palavras-chave: Enfermagem. Processo de Enfermagem. Oncologia.

Introdução

O câncer é um sério problema de saúde pública, cuja estimativa é de milhares de novos casos segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁽¹⁾. Caracteriza-se como uma divisão desordenada de determinado tipo celular que adquire características peculiares e potencialmente danosas, o câncer causa agravos sistêmicos muitas vezes irreversíveis⁽²⁾. Dentre os mais de 100 tipos de câncer, as leucemias são consideradas doenças clonais do sistema hematopoiético que deriva na produção de células lesivas na corrente sanguínea⁽³⁾. Com base nos vários subtipos de leucemias, destaca-se a Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) que constitui aproximadamente 10-15% de todos os casos de Leucemia Mielóide Aguda (LMA). A LPA é mais frequente entre os jovens e adultos apresentando maior incidência entre os 20 e 59 anos de idade⁽⁴⁾. Na maioria dos casos, os pacientes com LPA apresentam sintomas relacionados à anemia, trombocitopenia e distúrbios da coagulação. Além disso, apresentam febre, fadiga, perda de peso, falta de ar, sangramento fácil, petéquias,

dor óssea e nas articulações e infecções persistentes ou frequentes. A primeira manifestação clínica em LPA é a leucopenia e na variante da LPA é a leucocitose ⁽⁵⁾. O tratamento da LPA inclui quimioterapia, radioterapia e transplante de medula óssea (TMO). A quimioterapia consiste na combinação de drogas que agem diretamente na destruição das células leucêmicas, sendo reconhecida pela Sociedade Americana de Câncer a opção terapêutica mais eficaz. A radioterapia é pouco utilizada nesses casos, por não tratar-se de tumores sólidos. O TMO é uma opção com bons resultados, porém com complicações sérias ⁽⁶⁾. Perante toda a complexidade que engloba o paciente oncológico e suas vertentes, é de suma importância que os profissionais da Enfermagem adotem o Processo de Enfermagem (PE) que objetiva ofertar um cuidado individualizado, levando em conta o curso de evolução da doença e os anseios pessoais e familiares oriundos da fase de fragilidade. O Processo de Enfermagem compõe-se de cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Para que tais etapas sejam aplicadas, é necessário que o enfermeiro tenha habilidade e conhecimento científico para estabelecer as metas de acordo aos fenômenos observados ⁽⁷⁾. Com base nisso, este estudo teve como objetivo descrever a elaboração do Processo de Enfermagem relacionado a uma paciente com Leucemia Promielocítica Aguda internada em um hospital de referência no norte do Estado de Minas Gerais, Brasil.

Metodologia

Caracteriza-se como um estudo do tipo relato de experiência decorrente da construção do Processo de Enfermagem a uma paciente oncológica durante a realização das atividades curriculares. Foi desenvolvido em um Hospital de Referência para tratamento oncológico em toda região do Norte de Minas Gerais e Sul do Estado da Bahia. Os dados foram coletados no mês de Outubro do ano de 2017. Como base para o direcionamento da coleta das informações, utilizou-se as etapas do Processo de Enfermagem que são: Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento dos Resultados Esperados, Implementação de Enfermagem e Avaliação. O histórico de Enfermagem engloba a anamnese (identificação, queixa principal, história familiar, história pregressa e necessidades humanas básicas) e o exame físico. Quanto aos preceitos éticos, preza-se pelo anonimato e confidencialidade dos dados com vistas a preservar a identidade da paciente.

Relato de Caso

Trata-se de uma paciente de 33 anos, natural e residente em Montes Claros, casada, possui nível superior completo. Em relação à primeira etapa do Processo de Enfermagem, Histórico de Enfermagem, tem-se que a paciente primeiramente foi admitida em um Hospital Geral da cidade com quadro de hemorragia vaginal, diagnosticada com cisto ovariano, foi assistida e recebeu alta. Retornou ao referido hospital com queixas semelhantes, constatando o rompimento do cisto. Perante as peculiaridades do caso atrelado aos demais sintomas sugestivos de câncer, a paciente foi transferida para o Hospital Referência em Oncologia, local em que foi realizado este estudo. Durante a anamnese, teve-se como queixa principal: cefaléia, fotofobia e fotofonética. Em relação às necessidades humanas básicas, apresentava sono e repouso preservado, eliminações intestinais a cada 02 dias com coloração normal e aspecto pastoso, eliminações vesicais presentes com odor característico, ingesta hídrica 2l/dia, precisava de auxílio da mãe ou do esposo durante a higienização corporal, evangélica praticante, relatava tranquilidade quanto ao estado de saúde. Alimentação menos do que as necessidades corporais (ingesta limitada à líquidos). Presença de dermatite em

região perianal fazendo uso de nistatina e hidrocortisona. Ao exame físico, apresentava as seguintes alterações: membros inferiores edemaciados (+/4+) e presença de equimose (5 cm) em membro inferior direito, além de equimose em membro superior esquerdo. Fazia uso dos seguintes fármacos: Clonazepam, Atra, Daunomicina, Morfina, Tramadol, Dipirona, Plasil, Dramin, Dexametasona, Difenidramina, Ondansetrona e Hidrocortisona. Com base nas informações coletadas, estabeleceu-se por meio das taxonomias NANDA Internacional a segunda etapa do Processo de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, prioritários: 1) Risco de sangramento associado à coagulopatias inerentes (ex. trombocitopenia) e efeitos secundários relacionados ao tratamento (ex. quimioterapia); 2) Dor aguda caracterizada por relato verbal de dor relacionada à agentes lesivos e 3) Risco de infecção relacionado defesas secundárias (leucopenia). Em seguida, foi desenvolvida a terceira etapa, Resultados Esperados, através da taxonomia NursingOutcomesClassification (NOC) respectivos aos diagnósticos: 1) Evitar sangramento; 2) Controle da dor, controle dos sintomas e nível de conforto e por fim, 3) Controle de risco. Na quarta etapa, baseados na taxonomia NursingInterventionsClassification (NIC) estabeleceu as seguintes Intervenções de Enfermagem: 1) Observar e registrar presença de sangue e observar presença de manchas no corpo do paciente; 2) Avaliação da dor, usar métodos não farmacológicos (diminuição dos ruídos sonoros) e administração de medicamentos prescritos; 3) Informar ao acompanhante que sempre que for manipular a paciente realizar a higienização das mãos e orientá-lo quanto à técnica correta de realização, avaliar o estado nutricional, além de monitorar sinais e sintomas de infecção. E por fim, a quinta etapa, a avaliação, deve observar os resultados alcançados, por meio da evolução de enfermagem, não foi possível efetuar-la de forma efetiva devido ao curto período no local do estudo.

Conclusão

Salienta-se que o Processo de Enfermagem é de extrema importância como ferramenta de trabalho do enfermeiro, por fortalecer o método científico e proporcionar a elaboração de um plano assistencial e individualizado, com base nas peculiaridades do indivíduo assistido. No que tange o paciente oncológico, é necessário a elaboração cuidadosa da assistência sistematizada que vise à recuperação e reabilitação, por meio de um plano de cuidados humanizado atingindo as necessidades biopsicossociais e espirituais.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. 128 p.: il.
2. Bittencourt R; Scaletzy AB. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. Revista Brasileira de Cancerologia, v.50, n.2, p.95-10, 2004.
3. Carvalho QGS; Pedrosa WA; Sebastião QP. Leucemia mielóide aguda versus ocupação profissional: perfil dos trabalhadores atendidos no Hospital de Hematologia de Recife. Revista da Escola de Enfermagem. USP [online]. vol.45, n.6, p. 1446- 1451, 2011.

4. Brasil, Ministério da Saúde. Trióxido de arsênio para o tratamento da Leucemia Promielocítica Aguda (LPA), 2014.

5. Almeida SC. Leucemia Promielocítica Aguda: clínica, diagnóstico e abordagem terapêutica. Artigo de revisão, Coimbra, Portugal; Outubro 2015.

6. Oliveira TF. Perfil clínico epidemiológico de pacientes com leucemia aguda de um hospital público do Distrito Federal; Brasília, v.2, n.3, Ago - Dez 2017.

7. Silva MM; Moreira MM. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. Acta Paulista Enfermagem, v. 24, n.2, p.172-8, 2011.

QUALIDADE DE VIDA ENTRE MULHERES SUBMETIDAS AOS TRATAMENTOS PARA CÂNCER DE MAMA: UMA REVISÃO

Johny Filipe Oliveira de Freitas¹; Mariane Silveira Barbosa²; Marcos Daniel Nascimento Cruz¹; Joyce Elen Murça de Souza³; Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa⁴

¹ Acadêmico. Faculdades Unidas do Norte de Minas.

² Psiquiatra. Faculdades Unidas do Norte de Minas.

³ Fonoaudióloga. Universidade Estadual de Montes Claros.

⁴ Fonoaudióloga. Universidade Estadual de Montes Claros e Faculdades Unidas do Norte de Minas.

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a principal neoplasia maligna na população feminina no Brasil. O diagnóstico tardio requer abordagens agressivas prejudicando a qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida em mulheres submetidas aos tratamentos para câncer de mama. **Material e Métodos:** Trata-se de uma revisão de periódicos no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), acerca da qualidade de vida e autoestima de mulheres submetidas a tratamentos para câncer de mama. **Conclusão:** A autoestima pode influenciar na qualidade de vida de mulheres submetidas a tratamentos para a neoplasia maligna de mama, e isso indica, portanto, necessidade de intervenções interdisciplinares.

Palavras-chave: Câncer de mama. Neoplasias de mama. Mastectomia. Qualidade de vida.

Introdução

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁽¹⁾, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres representando 25% do total de casos de câncer no mundo em 2012, com aproximadamente 1,7 milhão de casos novos naquele ano. É a principal causa de morte em mulheres devido ser diagnosticado em estágios avançados da doença⁽¹⁾ tendo como consequência um pior prognóstico⁽²⁾. O diagnóstico tardio requer abordagens mais agressivas prejudicando a qualidade de vida⁽³⁾. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁽⁴⁾(p.1405).

Material e métodos

Foi realizada uma revisão de periódicos no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), utilizando os descritores Câncer de Mama, Neoplasias de Mama, Mastectomia e Qualidade de Vida. Dentre os critérios de inclusão foram selecionados os artigos nacionais publicados entre os anos de 2014 e 2017. Como critérios de exclusão os artigos com duplicidade, teses, monografias e as que após a identificação do título e resumo não se enquadravam no objetivo central desta pesquisa. Durante a busca, foram encontradas 952 publicações utilizando os quatro descritores com o operador *booleano* “and”. Ao filtrar somente as produções dos últimos

quatro anos apareceram 218, sendo que quatorze foram selecionadas no idioma português. Destas, foi necessário excluir uma tese, uma monografia, 03 produções repetidas e 04 que não estavam em acordo com o tema central, totalizando sete estudos. Os artigos selecionados para esta revisão de literatura estão listados no Quadro 1.

Quadro 1. Publicações selecionadas dos últimos quatro anos, 2014 a 2017.

Autor / Data	Título	Revista / Qualis	Objetivo
Galdino et al. (2017)	Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação ⁽⁵⁾	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online Interdisciplinar B2 Medicina I C	Avaliar a qualidade de vida em mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação, segundo as variáveis sociodemográficas e clínicas.
Alves et al. (2017)	Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária ⁽⁶⁾	Revista Brasileira de Cirurgia Plástica Interdisciplinar - NT Medicina I B5	Avaliar a qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária após um mês de cirurgia.
Gomes et al. (2015)	Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama ⁽⁷⁾	REME. Revista Mineira de Enfermagem. Interdisciplinar B2 Medicina I C	Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e autoestima na qualidade e vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama.
Panobianco et al. (2014)	Qualidade de vida de mulheres com linfedema após cirurgia por câncer de mama ⁽⁸⁾	Revista Rene (Online) Interdisciplinar B3 Medicina I C	Avaliar a qualidade de vida de 20 mulheres com linfedema pós-mastectomia por câncer de mama.
Mendes et al. (2014)	Correlação da dor e qualidade de vida de mulheres pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama ⁽⁹⁾	O Mundo da Saúde (Impresso) Interdisciplinar B2 Medicina I B4	Caracterizar a influência da síndrome dolorosa pós mastectomia, correlacionando dor e qualidade de vida.
Sousa et al. (2014)	Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do Hospital de Base do Distrito Federal ⁽¹⁰⁾	Comunicação em Ciências da saúde Interdisciplinar B3	Avaliar os principais fatores que influenciam na qualidade de vida em mulheres mastectomizadas e atendidas no ambulatório do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) e identificar os diagnósticos de enfermagem que mais

		Medicina I - NT	prevalecerem.
Verenhitach et al. (2014)	Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento ⁽¹¹⁾	Femina (Rio de Janeiro) Interdisciplinar B3 Medicina I C	Revisar a literatura médica referente aos efeitos do câncer de mama e também o seu tratamento sobre a sexualidade, considerando as esferas psicossociais e biológicas, além das abordagens semiológicas e terapêuticas disponíveis.

Resultados e Discussão

O estudo descritivo “Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação”⁽⁵⁾ foi realizado com 53 mulheres por meio da Escala Análogo-Visual de Qualidade de Vida. As variáveis sociodemográficas foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de Pearson. Identificou-se que mulheres jovens, sem reconstrução da mama, casadas e em tratamento de quimioterapia ou hormonioterapia apresentaram maiores perdas da qualidade de vida. A pesquisa intitulada “Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária”⁽⁶⁾ foi composta por 89 pacientes, com idade igual ou superior a 30 anos. Foram aplicados os instrumentos EORTC QLQ-C30 e Escala de Autoestima de Rosenberg para avaliar qualidade de vida e autoestima, mas não houve repercussões após um mês da cirurgia. A autoestima e qualidade de vida também foram avaliadas no estudo transversal “Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária”⁽⁷⁾ com 37 mulheres que estavam no pós-operatório tardio. Utilizou-se a Escala de Rosenberg para autoestima e o WHOQOL-bref para a qualidade de vida. A análise foi realizada por estatística descritiva, coeficiente de Pearson, teste T e teste de Mann-Whitney. Observou-se correlação moderada e positiva entre a autoestima e a escolaridade; positiva e moderada entre o domínio social e a renda familiar e entre o ambiental e a idade; moderada entre a autoestima e o domínio ambiental e forte entre a autoestima e os domínios físico e psicológico. A qualidade de vida de 20 mulheres com linfedema pós-mastectomia foi avaliada no estudo “Qualidade de vida de mulheres com linfedema após cirurgia por câncer de mama”⁽⁸⁾ com uso da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan e Escala Visual Analógica. Observou-se menor qualidade de vida quanto participação em atividades de recreação e trabalho, melhor qualidade de vida foi evidenciada em: relacionamento com amigos, ouvir música, ler, assistir à TV, ir ao cinema.

Foi realizado um estudo descritivo-exploratório com abordagem quantitativa por meio do questionário de Qualidade de VidaSF-36 intitulado “Correlação da dor e qualidade de vida de mulheres pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama”⁽⁹⁾. A amostra constou de 49 mulheres com idade média de $53,9 \pm 8,8$ anos e não se observou diferença significativa entre o domínio dor quando comparado aos demais domínios. Houve aumento significativo da dor entre mulheres idosas quando comparado às mais jovens. No entanto, o domínio psicológico foi mais preservado se comparado ao físico no estudo “Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do Hospital de Base do Distrito Federal”⁽¹⁰⁾. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, o qual foram incluídas 15 mulheres mastectomizadas sendo aplicado o questionário WHOQOL-bref. Medo da perda da fertilidade, imagem corporal negativa, sentimento de não ser sexualmente atraente, depressão e ansiedade foram fatores que exercem influência sobre a doença evidenciados no estudo

“Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento”⁽¹¹⁾.

Conclusão

Existe influência da autoestima na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em pós-operatório tardio; mas não em mulheres mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária após um mês da cirurgia. Dor relacionada ao câncer de mama não constitui o fator primário para o déficit da qualidade de vida, diferentemente de pacientes com linfedema. O domínio físico é mais prejudicado em relação ao psicológico em alguns casos, o que não ocorre em relação a sexualidade no contexto do câncer de mama. É necessário promover intervenções interdisciplinares que geram melhor qualidade de vida a essas pacientes.

Referências:

1. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2015. [citado 2018 mar 06]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v11/pdf/11-resenha-estimativa-2016-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf.
2. Moura NAV; Castro VB; Costa MAO. Perfil epidemiológico de mulheres com câncer de mama tratadas em hospital filantrópico de referência Rev Enferm UFPI. [Internet] 2013 [citado 2018 mar 06]; 2(4): 35-41. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1202/pdf>.
3. Paiva CJK, Cesse EAP. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. Rev bras canc. [Internet] 2015 [citado 2018 mar 06]; 61(1):23-30. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v01/pdf/05-artigo-aspectos-relacionados-ao-atraso-nodiagnostico-e-tratamento-do-cancer-de-mama-em-uma-unidadehospitalar-de-pernambuco.pdf.
4. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1403-09.
5. Galdino AR; Pereira LDA; Costa Neto SB; Brandão-Souza C; Amorim MHC. Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação. J. res.: fundam. care online 2017 [citado 2018 mar 07]; 9(2):451-8. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5440/pdf_1
6. Alves VL; Sabino Neto M; Abla LEF; Oliveira CJR; Ferreira LM. Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária. Rer. Bras. Cir. Plást. 2017; 32(2):208-17.

7. Gomes NS; Soares MBO; Silva SR. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *REME rev. min. enferm.* 2015; 19(2):120-6.
8. Panobianco MS; Campacci N; Fangel LMV; Prado MAS, Almeida AM; Gozzo TO. Qualidade de vida de mulheres com linfedema após cirurgia por câncer de mama. *Rev. Rene* 2014; 15(2):206-13.
9. Mendes IS; Freitas STT; Souza GC; Reis MCR; Souza DQ; Lima FPS; Andrade AO; Lima MO *et al.* Correlação da dor e qualidade de vida de mulheres pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama. *Mundo Saúde.* 2014; 38(2):189-96.
10. Sousa ALV; Ana GS; Costa ZMB. Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. *Comun. Ciência Saúde.* 2014; 25(1):13-24.
11. Verenhitach BD; Medeiros JN; Elias S; Nazário ACP. Câncer de mama e seus efeitos sobre a sexualidade: uma revisão sistemática sobre abordagem e tratamento. *Femina.* 2014; 42(1):3-10.

O USO DA TERAPIA FOTODINÂMICA EM PACIENTES SUBMETIDOS À RADIOTERAPIA

Maria Gabriela Costa Franca¹ ; Guilherme Veloso Ramos¹; Natália Lopes Castilho¹; Breno Amaral Rocha²; Edmilson Martins de Freitas²; Mariana Mota de Souza²; Mário Rodrigues de Melo Filho

¹Acadêmico do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

² Professor do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

RESUMO

Introdução:A radioterapia (RT) na região de cabeça e pescoço pode levar a diversos efeitos colaterais por atuarem também em células normais, desse modo, o paciente irradiado se torna mais propenso ao desenvolvimento de alterações na mucosa, favorecendo a instalação e desenvolvimento de infecções secundárias como a candidíase e herpes labial. A Terapia Fotodinâmica (TFD) é uma técnica que utiliza substâncias com propriedades fotossensibilizadoras nos tecidos biológicos, ativadas pela presença de luz, com o objetivo de promover desinfecção nas regiões contaminadas. **Objetivo:**Realizar uma revisão de literatura sobre a Terapia Fotodinâmica, bem como demonstrar a relação benéfica do seu uso em pacientes irradiados.**Material e Métodos:**Foi realizada uma revisão de literatura em base de dados eletrônica onde foram levantados artigos científicos relacionados ao tema.**Resultados e Discussão:**A RT causa alterações na microbiota oral, predispondo o paciente a apresentar apresenta infecções recorrentes de herpes e candidíase, que juntamente com as mucosites, impactam negativamente na qualidade de vida do paciente. A TFD tem sido empregada com sucesso nestes casos, levando maior conforto aos pacientes que utilizam este protocolo.**Conclusão:** A TFD é um grande aliado do cirurgião-dentista, apresentando boa efetividade e alta atividade antimicrobiana, sendo então uma importante proposta alternativa de tratamento principalmente das infecções secundárias a RT.

Palavras-chave: Radioterapia. Terapia Fotodinâmica. Mucosite. Candidíase.

Introdução

A Terapia Fotodinâmica (TFD) é uma técnica que utiliza substâncias com propriedades fotossensibilizadoras nos tecidos biológicos, ativadas pela presença de luz, com o objetivo de promover desinfecção nas regiões contaminadas, bem como pode atuar desativando vírus e destruindo bactérias e fungos. As células consideradas alvo da terapia fotodinâmica são coradas com o fotossensibilizador e irradiadas com luz, produzindo espécies reativas de oxigênio e radicais livres que resultam em morte celular. O laser de baixa potência é,

atualmente, a fonte de luz mais empregada para ativar os fotossensibilizadores ^(5, 6). A TFD é uma opção vantajosa por ser atraumática, de baixo risco, com efeitos colaterais moderados, capaz de trazer melhoria na qualidade de vida para os pacientes e de erradicar microorganismos em curto tempo, desenvolvendo pouca ou nenhuma resistência, evitando, inclusive, a perturbação da microbiota normal. Dentro da odontologia, a TFD pode ser utilizada na periodontia, endodontia, dentística e estomatologia ⁽⁶⁾. A radioterapia (RT) é um tratamento que destrói células, principalmente as neoplásicas, através da alteração do material nuclear necessário à reprodução, manutenção, ou a ambos. Entretanto, a RT na região de cabeça e pescoço pode levar a diversos efeitos colaterais por atuarem também em células normais, desse modo, o paciente irradiado se torna mais propenso ao desenvolvimento de alterações na mucosa, em glândulas salivares, tecido ósseo, dentes e alterações na microbiota oral, favorecendo a instalação e desenvolvimento de infecções secundárias como a candidíase e herpes labial ⁽⁸⁾. Assim, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre a Terapia Fotodinâmica, bem como demonstrar a relação benéfica do seu uso em pacientes irradiados.

Material e Método

Foi realizada uma revisão de literatura em base de dados eletrônica como: “PubMed”, “SciELO”, “Web of Science”, e “Scopus”, onde foram levantados artigos científicos, desde o ano de 1999 até 2017, relacionados ao tema publicados em periódicos científicos especializados, com o intuito de coletar informações sobre a TFD e sua utilização em pacientes submetidos à radioterapia.

Resultados e Discussão

A radioterapia (RT) é um método terapêutico em que se administra doses de radiação ionizante já previamente calculadas direcionada às células tumorais, que apresentam efeitos colaterais por também atuarem nas células normais ⁽⁷⁾. Assim, a RT direcionada à região de cabeça e pescoço para o tratamento de diversas neoplasias, podem desencadear a diversas manifestações orais que comprometem a qualidade de vida desses pacientes, como efeitos clássicos da RT cérvico-facial, pode-se destacar a mucosite oral (MO), xerostomia, hipossalivação, mudanças na microbiota oral, alteração na percepção do sabor, reações cutâneas, edema, trismo muscular, osteorradiocrose, cárie por radiação e a doença periodontal ^(4, 9, 1). Com a alteração da microbiota oral causada pela RT, a TFD surge com o objetivo de matar os microorganismos patogênicos que surgem. O paciente que faz a RT pode apresentar infecções recorrentes de herpes que juntamente com as mucosites atrapalham na qualidade de vida, frequentemente se observa infecções fúngicas na mucosa oral que pode apresentar resistência a antifúngicos, assim a TFD pode ser empregada com sucesso ⁽²⁾. O mecanismo da terapia fotodinâmica consiste na interação da luz com o fotossensibilizador e o oxigênio, essa reação resulta na formação de radicais livres que causa a morte dos microrganismos. Isso é possível uma vez que a luz interaja com o agente fotossensibilizador, por isso é importante saber escolher o agente fotossensibilizador e a fonte de luz, atualmente o agente mais usado é o azul de metileno (AM) assim a luz vermelha visível se faz necessária, sendo essa última emitida principalmente pelo laser de baixa potência ⁽³⁾. O de azul de metileno apresenta-se nas concentrações de 0,005% e 0,01%, sendo a primeira é indicada em casos onde não haja exsudato, sangue, fluido gengival, saliva ou qualquer outro tipo de

diluyente ou conteúdo proteico. E o segundo na presença destas substâncias, com isso o mais utilizado para pacientes irradiados ⁽³⁾.

Conclusões

A TFD é sem duvida um grande aliado do cirurgião-dentista apresentando boa efetividade e alta atividade antimicrobiana, assim ele emerge como importante proposta alternativa de tratamento principalmente das infecções secundarias a RT.

Referências

- 1.Andrews N; Griffiths C. Dental complications of head and neck radiotherapy: Part 1. Australian Dental Journal, [s.l.], v. 46, n. 2, p.88-94, jun. 2001. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.2001.tb00562.x>
- 2.Carneiro MVSM; Catão HCV. Aplicações da terapia fotodinâmica na odontologia. Revista da Faculdade de Odontologia, Paraíba, v. 1, n. 22, p.25-32, maio 2012.
- 3.Eduardo CP et al. A terapia fotodinâmica como benefício complementar na clínica odontológica. Revista Associação Paulista Cirurgião Dentista São Paulo, v. 69, n. 3, p.226-235, set. 2015.
- 4.Kelner N.; Lisboa CJF. Low-energy laser in the management of radiation-induced oral mucositis: report of two cases. Int J Brasileira of Cancerologia, [s.l.], v.53, n.1, p. 29-33, 2007.
- 5.Machado AE H. Terapia fotodinâmica: princípios, potencial de aplicação e perspectivas. Quimica Nova, Uberlândia, v. 2, n. 23, p.237-243, jul. 1999. RO.
6. De Mesquita KSF. Terapia fotodinâmica: tratamento promissor na odontologia? Fol, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p.45-52, jul. 2013.
- 7.Miranda MP.; Souza DS.Glutamina na Prevenção e Tratamento da Mucosite em Pacientes Adultos Oncológicos: uma Revisão Sistemática da Literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p.277-285, set. 2015.
- 8.Peterson et al. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. 755 p.
- 9.Tolentino ES et al. Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: care guideline for irradiated patients, J Appl Oral Sci., [s.l.], v. 5, n.19, p. 448-54. 2011.

VOZ E DEGLUTIÇÃO PÓS LARINGECTOMIAS: UMA REVISÃO

Joyce ElenMurça de Souza¹; Lucas Fonseca Silva e Lima²; Tainá Campos Meireles³; Mariane Silveira Barbosa⁴; Marla Vieira Santos⁵; Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa⁶

¹ Fonoaudióloga. Mestranda. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

² Acadêmico de Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

³ Acadêmica de Fonoaudiologia. Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

⁴ Psiquiatra. Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE

⁵ Acadêmica de Fonoaudiologia. Faculdades Unidas do Norte de Minas - FUNORTE

⁶ Fonoaudióloga. Professora Doutora das Faculdades Unidas do Norte de Minas – FUNORTE

RESUMO

Introdução: As cirurgias oncológicas de laringe impactam significativamente a comunicação e deglutição. **Objetivo:** verificar a produção científica nacional, dos últimos dez anos, sobre as funções de deglutição e voz nas laringectomias. **Material e Métodos:** Foi realizada uma busca de periódicos na Bireme, entre 2008 a 2017, no idioma português, utilizando os descritores Laringectomia, Deglutição, Voz. Quatro artigos foram selecionados divididos em dois eixos temáticos. **Conclusão:** Por meio dos instrumentos sobre qualidade de vida pode-se observar que apesar das cirurgias parciais visarem a preservação da deglutição e fonação há pacientes que queixam de tais funções. Já nas laringectomias totais o domínio Fala obteve o pior escore, 41,5% não utilizam nenhum tipo de voz. A *análise* videofluoroscópica é uma importante ferramenta na avaliação de pacientes pós-laringectomia total ou parcial, pois identificam alterações da deglutição e avaliam estratégias para a reabilitação fonoaudiológica.

Palavras-chave: Laringectomia. Deglutição. Voz

Introdução

O câncer de laringe é um dos mais comuns da região da cabeça e pescoço e representa cerca de 25% dos tumores malignos que acometem essa área e 2% de todas as doenças malignas. Aproximadamente 2/3 dos tumores surgem nas pregas vocais e 1/3 acomete a laringe supraglótica. Estima-se uma incidência de 7.670, sendo 6.390 em homens e 1.280 em mulheres¹. As cirurgias oncológicas de laringe impactam significativamente a comunicação e deglutição ocasionando consequências severas na qualidade de vida². O objetivo deste estudo foi verificar a produção científica nacional, dos últimos dez anos, sobre as funções de deglutição e voz nas laringectomias.

Material e Métodos

Foi realizada uma busca de periódicos no Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme) utilizando os descritores Laringectomia, Deglutição, Voz. Como critérios de inclusão foi estabelecido os artigos publicados nos últimos dez anos que corresponderam aos anos de 2008 a 2017, no idioma português. Os

critérios de exclusão levaram em consideração os artigos que após a identificação por meio de títulos e resumos, não se enquadravam ao objetivo central da pesquisa. Os relatos de caso, teses e aqueles não convencionais também foram excluídos. A análise do material selecionado foi realizada por meio da leitura crítica e qualitativa que permitiu identificar convergências e reagrupá-las em dois eixos temáticos: os protocolos específicos e análise videofluoroscópica. Durante a busca, foram encontrados 188 trabalhos utilizando os três descritores com o operador *booleano* “and”. Ao filtrar somente no idioma português apareceram 20 trabalhos, sendo onze dos últimos dez anos. Destes, seis foram retirados conforme os critérios de exclusão: dois por serem do tipo não convencional, dois relatos de caso, uma tese e um se encontrava duplicado. Após a leitura dos cinco artigos restantes, uma publicação foi excluída por não estar em acordo com o tema da pesquisa. Os artigos selecionados para este resumo estão listados no Quadro 1. Um artigo² foi publicado na revista CEFAC, cujo *qualis* nas áreas Interdisciplinar e da Fonoaudiologia é B1 e três artigos³⁻⁵ foram publicados na Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço, *qualis* B4 em ambas as áreas.

Quadro 1. Publicações selecionadas dos últimos dez anos.

Autor e Data	Título	Objetivo
Oliveira IB, Marialva DRS ² 2016	Laringectomiasupracricóides: revisão de literatura em protocolos de qualidade de vida.	Rever de forma sistemática a literatura voltada para qualidade de vida em voz de pacientes submetidos aLaringectomiasupracricóides, identificando-se os protocolos de qualidade de vida em câncer de cabeça e pescoço.
Morandi JC et al. ³ 2014	Análise videofluoroscópica da deglutição após laringectomia total.	Descrever os resultados da análise videofluoroscópica da deglutição de pacientes laringectomizados totais.
Prado PRP ⁴ 2012	Avaliação videofluoroscópica no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à laringectomiasupracricóide com cricoioidoepiglotopexia.	Avaliar os distúrbios de deglutição em pacientes submetidos à laringectomiasupracricóide com cricoioidoepiglotopexia, por meio da videofluoroscopia.
Paula FC, Gama RR ⁵ 2009	Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais.	Avaliar a qualidade de vida, através de questionário específico traduzido e adaptado para a língua portuguesa do Brasil, de pacientes submetidos à laringectomia total.

Resultados e Discussão

Protocolos específicos:

Tem-se preocupado em avaliar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Anteriormente preocupação era voltada para a avaliação da sobrevida após o tumor, atualmente se preocupa com a qualidade de vida pós-tratamento e a funcionalidade do órgão afetado. Dois artigos tiveram como intuito avaliar a qualidade de vida dos pacientes laringectomizados: parciais² e totais⁵.

A revisão de literatura de artigos² tanto em inglês quanto em espanhol e português observou que os protocolos mais utilizados para este fim são o EORTC-C30/H&N35 (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*), o UW-QOL (*University of Washington Quality of Life*) e o HNQOL (*Head and Neck Quality of Life*). São específicos em câncer de cabeça e pescoço possuindo maior detalhamento dos aspectos que são mais afetados pela doença, podendo dimensionar tal impacto na qualidade de vida do paciente.

Apesar das cirurgias parciais visarem a preservação da deglutição e fonação há pacientes que queixam de tais funções. Os problemas vocais são frequentes com disfonia de grau moderado a severo. Mas os pacientes declararam satisfeitos tendo pouca dificuldade em se comunicar.

Outro estudo⁵ avaliou a qualidade de vida de pacientes laringectomizados totais utilizando o instrumento UW-QOL traduzido e adaptado para o português do Brasil⁶. A maioria dos pacientes era de homens com média de idade de 59 anos e portadores de carcinoma espinocelular da laringe ou hipofaringe. O domínio Mastigação obteve o melhor índice de qualidade de vida enquanto o domínio Fala, o pior, sendo que 41,5% não utilizam nenhum tipo de voz, 41,5% usam a voz esofágica e 17,0% usam voz esofágica e eletrolaringe. A fala é uma das principais dificuldades, tanto para adaptação psicossocial quanto para a reabilitação. Medir a qualidade de vida é um importante fator na avaliação do impacto da doença, da saúde e do tratamento em uma população. É uma ferramenta capaz de entender o impacto do câncer de cabeça e pescoço na vida desses indivíduos⁷.

Análise videofluoroscópica:

Um dos estudos³ fez uma avaliação retrospectiva por meio de 22 exames de videofluoroscopia de deglutição de indivíduos adultos submetidos a laringectomia total. O protocolo da análise continha dados sobre a mobilidade de base de língua, mobilidade do véu palatino, trânsito esofágico e estase nas consistências líquida, pastosa e, quando possível, na sólida. Pode-se verificar que 95% demonstraram alguma alteração na deglutição, apesar de somente 73% apresentar queixa. O estudo concluiu que a ausência de queixa relacionada à deglutição não representa a normalidade do exame videofluoroscópico.

Em outro estudo⁴ foram avaliados exames videofluoroscópicos de 58 indivíduos adultos submetidos a laringectomia parcial. Ao exame, foi solicitado a cada sujeito que ingerisse as consistências líquido, pastoso e sólido misturado com bário. O registro dos achados considerou as visões lateral e ântero-posterior nas três situações e observou-se que 40% demonstraram alguma alteração na deglutição. A avaliação videofluoroscópica mostrou-se eficaz pois permitiu verificar a presença de aspiração silente contribuindo para a terapia fonoaudiológica. Os autores concluíram que a presença de distúrbios importantes de deglutição em pacientes assintomáticos requer a inclusão do exame videofluoroscópico na rotina de atendimento desses pacientes visando melhor reabilitação fonoaudiológica.

De acordo com ambos estudos^{3,4}, a análise videofluoroscópica demonstrou ser uma importante ferramenta na avaliação de pacientes pós-laringectomia total ou parcial.

Conclusão

Foram selecionados quatro artigos publicados nos últimos dez anos de acordo com o descritor Laringectomia combinado com Deglutição e Voz. Sobre as análises videofluoroscópicas, estas permitem identificar alterações da deglutição em pacientes assintomáticos além de permitir a avaliação e reavaliação de estratégias para a reabilitação fonoaudiológica. Tais fatos fazem refletir sobre a necessidade de incluir este exame como rotina no pós-operatório em pacientes laringectomizados. Além disso, é imprescindível verificar a qualidade de vida por meio de protocolos específicos que avaliem a fonação e deglutição.

Referências

1. INCA: Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de Câncer. Estimativa 2018. [citado em 2018 Mar 28] Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
2. Oliveira IB; Marialva DRS. Laringectomiasupracricóides: revisão de literatura em protocolos de qualidade de vida. CEFAC. 2016 Abr; 18(3):766-77.
3. Morandi JC; Capobianco DM; Arakawa-Sugueno L; Ferraz AR; Cernea CR; Andrade CRF *et al.* Análise videofluoroscópica da deglutição após laringectomia total. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2014 Out; 43(3):116-9.
4. Prado PRP; Dias FL; Santos IC; Freitas E; Ferreira LP. Avaliação videofluoroscópica no pós-operatório tardio de pacientes submetidos à laringectomiasupracricóidea com cricohioidoepiglottopexia. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2012; 41(3):124-7.
5. Paula FC; Gama RR. Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2009 Ago; 38(3):177-82.
6. Vartanian JG; Carvalho AL; Yueh B; Furia CL; Toyota J; McDowell JA *et al.* Brazilian-Portuguese validation of the University of Washington Quality of Life Questionnaire for patients with head and neck cancer. Head Neck. 2006;28(12):1115-21.
7. Vartanian JG; Carvalho AL; Fúria CLB; Castro Júnior GC; Rocha CN; Sinitcovisky IML *et al.* Questionários para a avaliação de Qualidade de Vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço validados no Brasil. Rev Bras Cir Cabeça Pescoço. 2007; 36(2):108-15.