

Hugo Amândio Marques Peixoto

O Enfermeiro e a Doença Oncológica:
Intervenção e Importância do Apoio Psicológico Emocional

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2011

Hugo Amândio Marques Peixoto

O Enfermeiro e a Doença Oncológica:
Intervenção e Importância do Apoio Psicológico Emocional

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Porto, 2011

Hugo Amândio Marques Peixoto

O Enfermeiro e a Doença Oncológica:
Intervenção e Importância do Apoio Psicológico Emocional

Assinatura

(Hugo Amândio Marques Peixoto)

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte
dos requisitos para obtenção do grau de
licenciado em Enfermagem

Sumário

Robert G. Fenton e Dan L. Longo (2005) afirmam que as duas características essenciais das células cancerosas consistem no seu crescimento descontrolado e na capacidade de metastizar. O fenótipo maligno de uma célula representa o resultado final de uma série de alterações genéticas que removem a defesas que restringem o crescimento celular e que induzem novas características que permitem a metastização. Estas alterações genéticas podem ocorrer através de mutação pontual, amplificação genica, rearranjo de genes ou alterações epigenéticas, como metilação alterada do gene. Após transformação maligna, a cinética de crescimento das células assemelha-se à de células normais, porém sem regulação.

Segundo Macedo, Andrade, Moital, Moreira, Pimental, Barroso, Dinis, Afonso e Bonfill (2008), o cancro é uma das principais causas de morte, sendo que o número de casos diagnosticados tende a aumentar gradualmente. De acordo com a Comissão Coordenadora do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (2008), no mesmo ano foram diagnosticados 33052 novos casos de tumores malignos.

O presente trabalho insere-se no âmbito da unidade curricular Projecto de Graduação e Integração à Vida Profissional, do 4ºano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, e o tema abordado é “O Enfermeiro e a Doença Oncológica – Intervenção e Importância do Apoio Psicológico e Emocional”.

O principal objectivo deste estudo é a realização de uma revisão da literatura na área de enfermagem oncológica, procurando responder às seguintes questões de investigação:

- (1) Qual o impacto da doença oncológica a nível clínico, emocional e psicológico no paciente?;
- (2) Qual a importância do enfermeiro no processo de prestação de cuidados de saúde?;
- (3) Qual a intervenção dos serviços de enfermagem nos efeitos mais clínicos da doença oncológica (Apoio a realização de cirurgias, radioterapia e Quimioterapia)?;
- (4) Qual o papel do enfermeiro ao nível do apoio psicológico e social dos pacientes com cancro?;
- (5) Quais as formas de suporte profissional e social junto das famílias de pacientes com doença oncológica?

Abstract

Robert G. Fenton and Dan L. Longo argue that two characteristic features define a cancer: unregulated cell growth and tissue invasion/metastasis. Unregulated cell growth without invasion is a feature of benign neoplasms, or new growths. The malignant phenotype of a cell represents the end result of a series of genetic changes that remove the defenses that restrict cell growth and induce new features that enable metastasis. These genetic changes can occur through mutation, gene amplification, gene rearrangements or epigenetic changes, such as altered gene methylation. After malignant transformation, the kinetics of cell growth resembles that of normal cells, but without regulation.

According to Macedo, Andrade, Moital, Moreira, Pimental, Barroso, Dinis, Bonfill and Afonso (2008), cancer is a major cause of death, and that the number of diagnosed cases tends to increase gradually. According to the Coordinating Committee of the Portuguese Institute of Oncology Francisco Gentil (2008), were diagnosed in the same year 33,052 new cases of malignant tumors.

This work falls within the scope of the course Project Graduation and Integration Professional Life, 4th year of Nursing Degree from the University Fernando Pessoa, and the subject is "The Nurse and Oncology Disease - Intervention and Importance of the Psychological Support and Emotional ".

The main objective of this study is to perform a review of the literature in the area of oncology nursing. to answer the following questions: (1) What is the impact of the malignant disease at the clinical level, emotionally and psychologically in the patient?, (2) What is the importance of nurses in the process of providing health care?, (3) What the intervention of nursing services in most clinical effects of malignant disease (supporting the holding of surgery, radiotherapy and chemotherapy)?, (4) What is the role of nurses in terms of psychological and social support of patients with cancer?, (5) What forms of social and professional support in families of patients with cancer?.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que estiveram presentes e me acompanharam nesta etapa, em especial aos meus pais, às minhas irmãs, à minha avó e à minha namorada.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio de pessoas, que de forma directa ou indirecta, me ajudaram em todo processo. Como tal, não podia deixar passar esta oportunidade para lhes agradecer.

Aos meus pais, que estiveram sempre presentes, me apoiaram e proporcionaram a possibilidade de realizar esta Licenciatura.

À minha avó pela sua dedicação incondicional e orgulho depositado.

Às minhas irmãs pela confiança e força que me transmitiram.

À Bárbara pelo seu apoio, paciência e carinho nos momentos mais difíceis.

Ao Prof. Jorge Marvão pela sua disponibilidade e orientação ao longo da elaboração deste trabalho.

Aos docentes da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, pelos conhecimentos transmitidos ao longo deste percurso.

Aos amigos que me acompanharam durante esta etapa da minha vida.

A todos o meu Muito Obrigado!

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACTH - Hormona adrenocorticotrófica

ADH - Hormona antidiurética

ADN – Ácido Desoxirribonucleico

ANA - American Nurse's Association

DGS - Direcção Geral de Saúde

Et. al. – E outros

HIV – Vírus da imunodeficiência humana adquirida

HTLV – Retrovírus humano-vírus linfotrópico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONS - Oncology Nursing society

Pág. – Página

% - Percentagem

TSH - Hormona de Estimulação da Tiróide

Índice

0 - Introdução.....	13
1 – Definição do tema	14
2 – Problema de investigação	14
3 – Questões de Investigação	17
4 – Objectivos.....	17
5 - Doença Oncológica (Neoplasia/Cancro).....	18
5.1. Neoplasia/Cancro – Definições	18
5.2. Características e desenvolvimento das Neoplasias/Cancro	19
5.3. Efeitos clínicos das neoplasias	24
5.4. Efeitos psicológicos do cancro.....	26
5.5. Tipos de neoplasias/tumores	29
5.6. Etiologia das doenças cancerígenas.....	32
6. Intervenção/Tratamento da Doença Oncológica.....	34
6.1. Fases de intervenção na doença oncológica.....	34
6.2. Tratamentos da Doença Oncológica.....	36
6.2.1. Cirurgia.....	38
6.2.2. Radioterapia	40
6.2.3. Quimioterapia	41
7- Enfermagem e Doença Oncológica	42
7.1. Papel do enfermeiro na prestação de cuidados.....	42
7.2. Enfermagem e Doença Oncológica	46
7.2.1. Prevenção Primária na doença oncológica	52
7.2.2. Prevenção Secundária na Doença Oncológica.....	56
7.2.3. Enfermagem e tratamento por cirurgia.....	58
7.2.4. Enfermagem e tratamento por radioterapia	61

7.2.5. Enfermagem e tratamento por Quimioterapia	63
7.3. O papel do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos e no apoio emocional e social a pacientes e famílias	71
7.3.1. Intervenção do Enfermeiro na ansiedade	77
7.3.2. Intervenção do Enfermeiro na ansiedade	80
7.3.3. Intervenção do Enfermeiro no medo	83
7.3.4. Intervenção do enfermeiro na dor	85
8 - Conclusão/Considerações finais	88
9 - Referências Bibliográficas	91

Índice de quadros

Quadro 1. - Características dos Tumores.....	22
Quadro 2. - Síndromes Paraneoplásicas.....	25
Quadro 3. - Tipos de Tumores (Benignos e Malignos).....	31

0 - Introdução

A Organização Mundial da Saúde (WHO, n.d.), considera que a doença crónica acontece em diversos contextos e com implicações diferentes tornando-se assim num problema à escala mundial. Uma em cada cinco mortes por doença crónica acontece nos países de 2º e 3º Mundo, o que leva a concluir que a doença crónica não é exclusiva dos países desenvolvidos. A maior parte destas doenças surge associada aos estilos de vida, às crenças e hábitos culturais e as condições socioeconómicas da população. Os factores de risco são iguais em qualquer parte do mundo: consumo do tabaco; hábitos alimentares incorrectos e o sedentarismo. Actualmente, a doença crónica é a principal causa de morte a nível mundial.

De acordo com o mesmo organismo as doenças crónicas estão relacionadas com a diminuição da qualidade de vida das pessoas afectadas e identifica-as como causa de morte prematura. As repercussões deste fenómeno ao nível do desenvolvimento socioeconómico acontecem quer pela diminuição significativa de indivíduos activos, como pelos custos no tratamento e medidas de suporte.

Segundo Eiser (1993), a doença crónica caracteriza-se pela sua longa duração e varia na sua etiologia, previsibilidade, estabilidade, tratamento e restrições nas rotinas da vida.

Pinto (2007, as cited in Silva, 2009) refere que de uma forma geral, a principal característica da doença crónica é o seu padrão de irreversibilidade e a sua presença constante sob a forma de exacerbações da doença ou sob a forma de incapacidades.

A doença crónica caracteriza-se por ser indesejável, pouco controlável, com consequências pouco previsíveis, podendo sujeitar a pessoa a perdas ao nível da funcionalidade, saúde, profissionais e familiares (Barros, 1999).

O mesmo autor refere que a doença crónica pode apresentar sintomas físicos, como a dor, sofrimento emocional, depressão, e que podem tornar a vida insuportável, sendo diferentes as abordagens no acompanhamento desses pacientes, de forma que estas acções têm contribuído para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com doença oncológica. O principal objectivo no acompanhamento dos doentes oncológicos será o

de minimizar a dor e o sofrimento, e variam desde a utilização de técnicas simples até procedimentos mais avançados envolvendo o uso das novas tecnologias.

Segundo informações da organização mundial de saúde (World Health Organization, n.d.), das mortes por doença crónica, as doenças cardiovasculares são as mais frequentes, ultrapassando mesmo, as provocadas pelo cancro, doenças respiratórias e a diabetes.

1 – Definição do tema

O cancro, segundo Pereira e Lopes (2005), tem a sua origem no latim, significando caranguejo, sendo o uso desta palavra relativo ao século V a.C. quando Hipócrates aferiu que as “veias” que irradiavam dos tumores do peito se pareciam a um caranguejo.

Figueiredo, Ferreira e Figueiredo (2001) referem que o conceito de cancro apresenta uma conotação um pouco pesada, estando frequentemente associado a conceitos como dor, sofrimento e morte. Esta doença é considerada uma das doenças mais temidas da humanidade ao longo dos tempos.

Li e Wendt (1998) consideram o cancro como um crescimento anormal e descontrolado das células, que se verifica quando as instruções genéticas das células permitem a proliferação sem os normais mecanismos de controlo.

Outro autor, Ogden (1999), define cancro como um crescimento incontrolável de células anormais que formam tumores, os quais se designam de neoplasias.

2 – Problema de investigação

Em Portugal conforme informações da Direcção Geral de Saúde (DGS, 2004), as principais causas de morte foram as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos.

Conforme a Comissão Coordenadora do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (2008), no mesmo ano foram diagnosticados 33052 novos casos de tumores

malignos, sendo que destes 253 respeitam a crianças até aos catorze anos, revelando deste modo que 0,76% dos novos casos de tumores malignos foram diagnosticados em crianças com idade igual ou inferior a 14 anos.

O cancro é assim, de acordo com Macedo, Andrade, Moital, Moreira, Pimentel, Barroso, Dinis, Afonso e Bonfill (2008), uma das principais causas de morte, sendo que o número de casos diagnosticados tende a aumentar gradualmente.

Os mesmos autores afirmam também que o avanço científico veio tornar mais complexo o tratamento e aumentar os seus custos, sendo as morbidades resultantes uma realidade crescente e com custos sociais e económicos.

Barros, Lunet e Simões (2004), afirmaram também que em Portugal, aproximadamente 40 a 45 mil pessoas apresentam um diagnóstico de cancro todos os anos, sendo que entre 20 a 25 000 morrem, com uma maior prevalência de casos nos homens.

Em conformidade com os dados epidemiológicos fornecidos pela OMS (2005) a principal causa de morte a nível mundial é por doença crónica, sendo que as doenças cardiovasculares lideram o grupo, seguidas pelo cancro, doenças respiratórias e a diabetes.

Em Portugal e conforme refere Pinto (2007, as cited in Silva, 2009) o cancro é uma das principais causas de morte sendo que o número de casos diagnosticados tem tendência a aumentar, o avanço científico veio complexificar e aumentar os custos do seu tratamento e as morbidades resultantes são uma realidade crescente e com custos sociais e económicos.

Em Agosto de 2001, é assumida a importância e a gravidade da doença oncológica em termos de saúde pública no Conselho de Ministro, reforçando a necessidade de actuação em diferentes vertentes - educação, promoção da saúde, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e os cuidados paliativos - na promoção da diminuição da taxa de incidência e da mortalidade (Plano Oncológico Nacional, 2001).

Este órgão em Agosto de 2001 aprovou o Plano Oncológico Nacional, como uma estratégia de âmbito global, com o objectivo de estabelecer linhas transversais ao nível da prevenção, diagnóstico, tratamento, registo oncológico, informação da população, rede de referenciação hospitalar, ensino e investigação.

De acordo com Correia, Dias, Coelho, Page e Vitorino (2001), em Portugal a enfermagem é reconhecida como uma profissão que se impôs de forma decisiva. No entanto, segundo dados estatísticos, dos cerca de 36 000 enfermeiros em Portugal, só cerca de 17% exercem funções nos centros de saúde e apenas 15% são enfermeiros com a especialidade de saúde pública/comunitária. Apesar destas limitações, tem vindo a ocorrer significativas melhorias quantitativas nas actividades relacionadas com a promoção da saúde nos centros de saúde.

Ainda conforme os mesmos autores, há registos de muitos enfermeiros envolvidos em projectos de cuidados continuados. Estes cuidados têm reforçado e valorizado a prática da enfermagem comunitária, para além de terem contribuído para melhorar o acesso das populações aos cuidados de saúde. Deste modo, o desenvolvimento de uma enfermagem da saúde da família deverá ser capaz de direccionar a sua intervenção para práticas «baseadas na evidência», correspondendo assim às necessidades reais do paciente. Perspectiva-se assim profissionais com capacidade para integrar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, trabalhar em equipas multidisciplinares e multissetoriais e promover a participação activa dos cidadãos nas decisões sobre a sua saúde.

O enfermeiro apresenta de acordo com diversos autores um importante papel na doença oncológica (Otto, 2000; Souza, Sartor, Padilha e Prado (2005); Gomes, Santos, Lima, Moura e Oliveira (2010) Udina (1997) Bolander (1998), Guedes, Sardo e Borenstein (2007) e Clark, McGee e Preston (1997), intervindo a vários níveis como a prestação de serviços ao nível do tratamento da doença, mas também ao nível do apoio emocional, psicológico e social dos pacientes e respectivas famílias, sempre numa perspectiva holística e em parceria com uma equipa multidisciplinar.

A escolha do tema surgiu devido ao interesse desenvolvido durante os quatro anos de licenciatura em enfermagem, tanto pela informação adquirida nas aulas como através do contacto com diversos doentes oncológicos no âmbito dos ensinos clínicos.

3 – Questões de Investigação

De acordo com o principal objectivo que delinee para este trabalho (realizar uma revisão da literatura na área de enfermagem oncológica), procuro responder às seguintes questões de investigação:

- Qual o impacto da doença oncológica a nível clínico, emocional e psicológico no paciente?
- Qual a importância do enfermeiro no processo de prestação de cuidados de saúde?
- Qual a intervenção dos serviços de enfermagem nos efeitos mais clínicos da doença oncológica (Apoio a realização de cirurgias, radioterapia e Quimioterapia)?
- Qual o papel do enfermeiro ao nível do apoio psicológico e social dos pacientes com cancro?
- Quais as formas de suporte profissional e social junto das famílias de pacientes com doença oncológica?

4 – Objectivos

O objectivo geral deste estudo é:

- Realizar uma revisão da literatura na área da enfermagem oncológica.

Os objectivos específicos são:

- Conhecer a problemática do cancro e o seu impacto a nível clínico, emocional e psicológico no paciente;
- Reconhecer a importância do enfermeiro no processo de prestação de cuidados de saúde;
- Estudar a intervenção dos serviços de enfermagem nos efeitos mais clínicos da doença oncológica (Apoio a realização de cirurgias, radioterapia e Quimioterapia);

- Conhecer qual o papel do enfermeiro ao nível do apoio psicológico e social dos pacientes com cancro;
- Analisar as formas de suporte profissional e social junto das famílias de pacientes com doença oncológica.

5 - Doença Oncológica (Neoplasia/Cancro)

Neste ponto aborda-se a temática da doença oncológica, definindo-se os conceitos de neoplasia e cancro, assim como os seus principais tipos, características e desenvolvimento e crescimento celular, bem como a intervenção efectuada (fases e tratamentos).

5.1. Neoplasia/Cancro – Definições

No que respeita ao desenvolvimento do cancro, uma neoplasia ocorre quando o processo de divisão celular se altera numa ou mais células e estas iniciam uma divisão descontrolada que dará lugar a um tumor ou a um nódulo (Prusha, 2000).

Conforme o mesmo autor, a massa que se origina a partir da divisão repetida de células anormais tem o nome de tumor. No entanto, não se pode afirmar que todos os tumores são cancros.

Prusha (2000) refere-nos de uma forma simplificada que o processo de divisão celular é regulado por uma série de mecanismos de controlo que ordenam à célula quando se dividir e quando permanecer estática. Todo este processo é regulado por “mensagens impressas” nos genes, que se situam nos cromossomas. Quando estes mecanismos de controlo se alteram numa célula, esta e as suas descendentes (células-filhas) iniciam uma divisão descontrolada que, com o tempo, dará lugar a um tumor ou nódulo, denominando-se neoplasia.

De acordo com o mesmo autor, a massa formada pela divisão repetida de células anormais tem o nome de tumor, ainda que nem todos os tumores sejam cancros.

Outros autores como Kumar, Cotran e Robbins (1994) definem neoplasia como um novo crescimento celular. Consiste assim numa massa anormal de tecido celular que se apresenta descontrolada e que excede os níveis obtidos em tecidos normais, alterações estas que persistem mesmo quando passa o efeito dos estímulos desencadeadores.

Os mesmos autores afirmam ainda em relação às neoplasias que estas são caracterizadas por se comportar como parasitas e competirem com outras células e tecidos normais no que se refere a necessidades metabólicas. Estas também apresentam uma determinada autonomia, ainda que não total, aumentando de tamanho de modo mais ou menos constante, sendo esse aumento independente do seu ambiente local assim como do estado nutricional do hospedeiro.

Os autores referem também que algumas neoplasias necessitam de suporte endócrino, sendo a dependência verificada em relação a esse sistema, importante e aproveitada para o seu combate. Todos os tipos de neoplasias necessitam deste modo de um hospedeiro para a sua nutrição, desenvolvimento e suprimento sanguíneo.

É também comum segundo Kumar, Cotran e Robbins (1994) as neoplasias serem também denominadas de tumores, sendo o estudo dos mesmos denominado de Oncologia. Deste modo um tumor consiste numa tumefacção que pode ter a sua origem em edemas ou hemorragias ao nível dos tecidos.

As neoplasias ou tumores apresentam um conjunto de características que permite quando bem analisadas diferenciar os tumores benignos dos malignos, sendo as mesmas segundo Kumar, Cotran e Robbins (1994), a diferenciação e anaplasia, a velocidade do crescimento, a invasão local e a metástase.

Assim de acordo com os autores acima referidos passaremos a abordar as diferenças características das neoplasias.

5.2. Características e desenvolvimento das Neoplasias/Cancro

A diferenciação/anaplasia refere-se à diferenciação das células do parênquima que é o reservatório proliferativo da maioria das neoplasias, sendo que esta diferenciação diz

respeito referente a uma alteração ao nível das semelhanças que apresenta em relação as células que a originaram tanto em termos morfológicos como também funcionais.

As neoplasias benignas são assim compostas por células diferenciadas ainda que muito semelhantes as suas equivalentes normais. Assim nos tumores benignos bem diferenciados o processo de mitose não é muito frequente e verifica-se nas condições normais. Já no que se refere às neoplasias ou tumores malignos, observa-se uma grande alteração nas células parequimentosas, passando as mesmas de bem diferenciadas a indiferenciadas, sendo este tipo de neoplasia denominada de anaplásica. Assim ocorre um processo de anaplasia caracterizado por uma perda de diferenciação estrutural e funcional das células normais, e que se apresenta como o problema mais grave verificado na proliferação celular.

Os tumores malignos variam muito em relação à sua diferenciação, sendo que por um lado existem os tumores anaplásicos que são muito indiferenciados e os cancros que possuem uma grande semelhança com o seu tecido de origem.

Deste modo as células dos tumores benignos apresentam-se na maioria das vezes bem diferenciadas assemelhando-se às células do seu tecido de origem, enquanto as células dos cancros são mais ou menos diferenciadas, apresentando contudo sempre algum grau de indiferenciação.

Outra das características das neoplasias é a velocidade do seu crescimento, sendo que a maioria dos tumores benignos cresce mais lentamente e a maioria dos cancros cresce muito mais rápido de modo a espalhar-se ou disseminar-se para locais mais distantes, podendo mesmo conduzir à morte. Contudo existem excepções, como o caso dos tumores benignos do músculo liso do útero, cuja velocidade de crescimento é influenciada pelos níveis de estrogénio envolventes, podendo deste modo crescer muito rapidamente durante a gravidez e por outro lado diminuir, atrofiar ou mesmo deixar de crescer aquando da idade da menopausa.

Quanto aos tumores malignos, o crescimento está associado ao seu nível de diferenciação celular, apresentando-se deste modo muito variado. Alguns podem crescer muito devagar durante anos, para de repente crescerem rapidamente, outros crescem lentamente podendo até mesmo o seu crescimento cessar quase por completo, e ainda se

pode verificar (em casos mais excepcionais) que deixem de crescer e desapareçam completamente deixando apenas algumas metástases secundárias.

No que se refere a invasão local, outra das características das neoplasias, esta varia consoante o tipo de tumor verificado, sendo que no caso dos tumores benignos estes permanecem no seu local de origem, não possuindo a capacidade para se infiltrar, invadir ou metastizar para outros locais. A maior parte deste tipo de tumores desenvolve uma cápsula fibrosa que os separa dos tecidos celulares do hospedeiro. Existem contudo casos em que esta cápsula não se desenvolve tais como nas neoplasias vasculares benignas da pele, embora essa ausência não signifique que estejamos perante um tumor com características malignas.

Em relação aos cancros, estes já se desenvolvem por progressiva infiltração, invasão, e penetração no tecido adjacente, não formando nenhum tipo de cápsula protectora. A forma como se infiltram e crescem torna necessária a sua exérese, através de cirurgia, de uma grande parte de tecido normal que se encontre próximo do tecido afectado pelo tumor maligno.

Deste modo, após o desenvolvimento de metástases, a invasão local é a característica mais segura para distinguir os tipos de tumores entre benignos e malignos.

Em relação à metástase, esta consiste no desenvolvimento de implantes secundários em tecidos distantes do tumor primário. Para além da invasão local, este processo permite identificar de forma mais clara e objectiva uma neoplasia maligna, ainda que nem todos os cancros possuam a propriedade de metastização, como no caso dos tumores do sistema nervoso central e o carcinoma das glândulas basais da pele.

Em grande parte dos casos, quanto maior fôr o grau de anaplasia verificada, maior será a probabilidade de ocorrer metastização, ainda que se verifiquem algumas excepções como os casos de cancros mais pequenos que metastizam e de cancros maiores que podem não metastizar.

Os tumores sejam benignos e malignos apresentam assim um conjunto de características que diferem entre si e que os permitem distinguir, como as referidas por Pfeifer (2000) e expostas no quadro 1.

Quadro 1. Características dos Tumores

Características	Tumor Benigno	Tumor Maligno
Encapsulado	Geralmente	Raramente
Diferenciação	Parcial	Pobre
Metástases	Ausentes	Frequentes
Recorrência	Rara	Frequente
Vascularização	Fraca	Moderada ou Marcada
Modo de Crescimento	Expansiva	Infiltrativo e Expansivo
Características das Células	Regulamente normais e semelhantes a células originais	Células anormais diferentes das originais

Outro autor (Straub, 2005) afirma ainda em relação ao desenvolvimento dos cancros que, nas situações em que o processo de divisão celular não ocorre correctamente, pode verificar-se uma divisão celular descontrolada em que a célula cancerosa e as suas descendentes (células filhas¹) dividem-se mais depressa do que as células dos tecidos circunvizinhos. Uma vez que as células cancerosas continuam a dividir-se mais depressa do que as dos tecidos circunvizinhos formam uma massa volumosa e, através de um processo designado de infiltração, começam a impôr um trajecto por entre as células em redor. Ao fim de algum tempo, as células cancerosas que romperam o seu tecido podem alcançar um vaso sanguíneo ou um canal linfático, onde pequenos grupos de células podem desligar-se e circular, depositando-se eventualmente noutras partes do corpo, onde formam cancros secundários (metástases).

Deste modo, e ainda referindo Straub (2005) o cancro origina-se quando as células normais se transformam em cancerígenas, ou seja, quando adquirem a capacidade de se multiplicar e invadir os tecidos e outros órgãos, sendo este processo denominado de carcinogénese, processando-se por vezes ao longo de anos, passando por diferentes fases, e as substâncias responsáveis por esta transformação designam-se de agentes carcinogéneos.

¹ As células “filhas” são geralmente menos especializadas do que as células normais a que correspondem, sendo que apesar de muitas vezes conservarem características da célula normal, são incapazes de desempenhar as funções desta;

Assim, outro aspecto importante quando se aborda a questão do crescimento e desenvolvimento do cancro é a carcinogénese que é, de acordo com Pfeifer (2000), o processo pelo qual as células normais se transformam em células cancerígenas.

Uma das teorias mais importantes para explicar o processo de cancerinogénese é, também de acordo com Pfeifer (2000) a de Berenblum que nos diz que este processo se desenvolve em três estádios que se irão passar a descrever:

- **1º Estádio – Iniciação:** que nos diz que o carcinogéneo (ou substância indutora de cancro) provoca danos no ADN alterando um gene em específico que:

- Sofre alterações mas não causa cancro
- Sofre mudanças permanentes mas não conduz ao cancro, se não estiver exposto a acção de um carcinogéneo adjuvante) durante muito tempo
- Transforma-se e produz uma célula cancerígena em situações que o iniciador e um carcinogeno completo estão presentes.

- **2º Estádio – Promoção:** os cocarcinogéneos começam-se a infiltrar no mecanismo de proliferação das células provocando danos irreversíveis que respeitam à transformação completa da célula cancerígena e por vezes danos reversíveis. Os efeitos dos cocarcinogéneos são por vezes reduzidos por determinados agentes reversíveis do cancro como o caso da vitamina C e um sistema imunitário efectivo ou tempo limitado ou controlado de exposição.

- **3º Estádio – Progressão:** caracterizada por alterações morfológicas nas células e por aumento do grau de malignidade do comportamento da substância cancerígena como a invasão, metastização e resistência às drogas, sendo este processo irreversível.

Prusha (2000) afirma que o cancro desenvolve-se quando, de forma cumulativa e continuada, se verificam num grande período de tempo (geralmente anos) alterações

celulares, sendo que o número de células que apresentam alterações de forma, tamanho e função e que possuem a capacidade de invadir outras partes do organismo cresce.

Assim e de acordo com o mesmo autor, o processo que ocorre desde as primeiras mutações celulares até à etapa final da doença é designado por história natural. A duração deste processo em adultos varia de acordo com os tipos de cancro, podendo verificar-se ao longo de meses ou mesmo décadas. Nas crianças, todo o processo é mais rápido, podendo mesmo durar apenas alguns meses, visto que as células se multiplicam com maior rapidez comparativamente com as dos adultos.

Após a abordagem anterior explicativa das neoplasias, tumores e respectivo desenvolvimento passaremos a referir quais os seus principais efeitos nos pacientes.

5.3. Efeitos clínicos das neoplasias

De acordo com Kumar, Cotran e Robbins (1994) a importância das neoplasias incide muito sobre os seus efeitos nos indivíduos, sendo que todos os tumores sendo benignos ou malignos podem causar morbidade e mortalidade, ainda que sejam os cancros os tumores mais ameaçadores para os hospedeiros. Todo o tipo de neoplasias, são, contudo, responsáveis por problemas tendo em conta a localização e invasão de estruturas associadas, actividade funcional com síntese de hormonas, e produção de hemorragias e infecções secundárias quando se instalam em estruturas adjacentes.

Os cancros são também responsáveis por caxequia ou síndromes paraneoplásticas (Kumar, Cotran e Robbins, 1994).

Estes autores afirmam que se verifica em muitos pacientes com cancro uma fadiga intensa associada a uma perda progressiva de gordura corporal e massa corporal magra, podendo observar-se também quadros de anemia e em certos casos de anorexia. Este aspecto deve-se a uma diminuição da ingestão alimentar devido a alterações ao nível do paladar e no centro regulador do apetite. Apesar de ser problemática, esta redução alimentar nem sempre explica a malignidade dos cancros podendo os mesmos também interferir ao nível do metabolismo, aumentando a taxa metabólica basal. Os tratamentos para este problema consistem apenas na remoção do tumor responsável.

Outros efeitos clínicos verificados são as síndromes paraneoplásticas, que se encontram adequadamente descritos no quadro 2, que são de acordo com Kumar, Cotran e Robbins (1994), conjuntos de sintomas que surgem para além das caxequias e que não tem a sua origem na disseminação local ou a distância do tumor ou pela produção de hormonas no tecido de origem do tumor. Estes sintomas podem constituir uma primeira manifestação de uma neoplasia oculta, representar problemas graves ou fatais nos pacientes afectados e também se podem assemelhar a problemas ou doenças metastásticas levando a confusão no diagnóstico.

Quadro 2. Síndromes Paraneoplásticas

Síndrome Clínica	Cancros Básicos	Substância Causal
Síndrome de Cushing	Carcinoma, Broncogénico (células pequenas), Carcinoma pancreático Tumores neurais	Hormona adrenocorticotrófica ou substância semelhante à ACTH
Hiponatremia	Carcinoma Broncogénico Neoplasia intracraniana	Hormona antidiurética ou substância semelhantes à ADH
Hipercalemia	Carcinoma da mama Carcinoma Renal Linfoma das Células T	Hormona Paratiroide ou substância semelhante e factor de crescimento transformado
Hipertiroidismo	Discrasia Sanguínea Carcinoma Broncogénico Carcinoma Prostático	Hormona de Estimulação da Tiróide ou semelhante à TSH
Hipoglicemia	Fibrossarcoma Outros sarcomas mesequimatosos Carcinoma Hepatocelular	Insulina ou substância semelhante
Síndrome Carcinoide	Adenocarcinoma Brônquico (carcinóide) Carcinoma Pancreático Carcinoma Gástrico	Serotonina, Bradiquimina e Histamina
Policitemia	Carcinoma Renal Hemangloma Cerebelar Carcinoma Hepatocelular	Entropoietina
Trombose Venosa	Carcinoma Pancreático Carcinoma Broncogénico Outros cancros	Hipercoagulação

Para além dos efeitos verificados ao nível do organismo as neoplasias ou tumores apresentam também repercussões no indivíduo a nível psicológica, aspecto este que passaremos a abordar.

5.4. Efeitos psicológicos do cancro

Kramlinger et al (2004), afirmam ser comum associar-se ao cancro sentimentos e sintomas idênticos aos sintomas depressivos tais como a tristeza, o sofrimento, a perda de peso e a fadiga, o que leva muitas vezes os familiares, amigos e até profissionais de saúde a não tomarem as devidas providências relativamente ao tratamento da depressão do doente, tratamento este que poderá ter elevadas melhorias no seu estado de humor, no funcionamento do sistema imunológico e na sua qualidade de vida.

É muito comum, de acordo com Pereira e Lopes (2002), os doentes oncológicos apresentarem um estado depressivo que corresponde normalmente, à desistência de lutar contra a doença, sendo que sintomas como fobias e ataques de pânico, provocam o mal-estar psicológico do paciente que acompanha o diagnóstico de cancro. E também importante salientar que a angústia da incerteza e o desespero de um possível desfecho fatal conduzem na maioria dos casos, ao aparecimento de sintomas depressivos

Outros autores como Haynal, Pasin e Achinard (1998) *as cited in* Matos e Pereira (2002) referem que muitos pacientes adaptam-se adequadamente à sua doença, ainda que nem todos tenham uma reacção adequada ao seu diagnóstico, sendo as reacções psicológicas observadas com maior frequência a depressão, a ansiedade, a expressão de sentimentos de medo, raiva, revolta, desesperança, culpa e pensamentos suicidas, respostas emocionais estas acompanhadas na sua maioria por sintomas físicos de fadiga, perturbações do sono, sexuais e alimentares.

Carlson e Bultz (2003), afirmam que a prevalência de doentes com doença oncológica que necessitam de apoio psiquiátrico (seja por depressão ou por ansiedade) em qualquer momento da doença, estima-se em 20%.

Outro autor, Kramlinger et al (2004) afirmam que cerca de uma em cada cinco pessoas com doença oncológica fica deprimida.

A prevalência média da depressão major nos doentes com cancro atinge cerca de 15% dos doentes, existindo, no entanto, uma grande percentagem de doentes com depressão menor ou distímia, as quais estão, de igual modo, associadas a níveis de *distress* bastante significativos (Wilson *et al.*, 2007).

Estes autores afirmam também ser essencial o reconhecimento, em fases mais precoces possível, por parte dos profissionais de saúde destas perturbações psicológicas, visto que a colaboração e o empenho do doente perante a doença é fundamental para a sua recuperação

Spiegel (1995, *as cited in* Matos e Pereira, 2002) afirmam que determinados sintomas depressivos são atribuídos erroneamente ao cancro, não sendo como tal identificados como pertencentes a um estado depressivo, sendo por exemplo a tristeza pelo facto de um prognóstico mau, a ansiedade relacionado com o medo da morte, os problemas de sono devido a desconforto físico e a falta de apetite como consequência do tratamento da Quimioterapia.

Hann *et al.* (1999) referem que os sintomas depressivos podem afectar negativamente o doente, interferindo com o tratamento, aumentar o tempo de internamento hospitalar, reduzir a capacidade para o auto-cuidado, diminuir a sua qualidade de vida e reduzir o tempo de sobrevivência.

Quanto à severidade dos sintomas de dor, depressão e delírio em doentes oncológicos, a sua prevalência aumenta com o aumento dos níveis de debilidade física e avanço da doença, sendo que aproximadamente 25% dos doentes apresentam sintomas depressivos severos, aumentando a sua prevalência nos doentes com doença avançada (Roth & Breitbart, 2001)

De acordo com Sterford (1996) *as cited in* Pereira e Lopes (2002) os doentes terminais com doença oncológica, possuem muitas vezes sintomas de ansiedade, estando os mesmos relacionados com a incerteza, o medo do futuro e com a possibilidade de uma separação em relação aos entes significativos.

Nota-se, também, um conjunto de sintomas próprios de ansiedade num paciente com doença oncológica em estado terminal, como tensão muscular, taquicardia, palpitações, alterações da respiração, pressão no peito, dor de cabeça, alterações do sono, dor e sofrimento, náuseas, vómitos e não resposta aos níveis de medicação adequados (Idem).

O diagnóstico e o tratamento de uma doença oncológica, no qual está incluída a quimioterapia e a radioterapia, irão provocar um forte impacto emocional, alterações comportamentais, podendo mesmo surgir quadros psiquiátricos. O confronto com uma doença grave, como o cancro, constitui um acontecimento de vida indutor de elevados níveis de stress, para o paciente como para a família (Marques *et al.*, 1991)

Perry e Burges (2004, *as cited in* Cotrim, 2007) mencionam os próprios tratamentos como potenciais causadores de problemas de ansiedade, dado o risco associado a um tratamento errado. Embora, em muitos casos, a ansiedade seja uma reacção normal nos indivíduos, presente em alguma fase da vida, no caso da existência de cancro, poder-se-á manifestar através de comportamentos agressivos direccionados aos profissionais de saúde. Para o doente oncológico o aparecimento de ansiedade poderá agravar o mal-estar físico característico da maior parte das doenças oncológicas.

A recuperação física pode ser influenciada pelo diagnóstico, complicações pós-operatórias, cuidados médicos no momento da alta e duração do internamento e estar correlacionada negativamente com a ansiedade e depressão (Matsushita *et al.*, 2005).

Verifica-se também uma forte relação entre a ansiedade e a depressão dos doentes com cancro e a presença de dor, de fadiga, de fraqueza, e ocorre uma diminuição do estado funcional (Wilson *et al.*, 2007)

Spijker *et al.* (1997) *as cited in* Nordin e Glimelius (1999) encaram a ansiedade e depressão como sendo as reacções psicológicas observadas com maior frequência em doentes oncológicos, sendo que a ansiedade diminui com o tempo enquanto que a depressão não apresenta um decréscimo significativo. Os níveis médios de ansiedade e distúrbios psicológicos em doentes com cancro obtidos ao longo da fase de *follow-up* não variam significativamente em relação aos níveis da população normal. Porém, em relação à depressão os seus níveis já se apresentam mais elevados em comparação com a população normal

Referidos que estão os efeitos clínicos e psicológicos provocados pelas neoplasias/tumores passarei a mencionar quais são os principais tipos de tumores existentes assim como as suas principais características

5.5. Tipos de neoplasias/tumores

Relativamente à classificação de tumores podemos afirmar que existem dois tipos, os tumores benignos, (crescimento anormal de células benignas sem prognóstico de metástase) e os tumores malignos, que se poderão definir como um crescimento anormal de células, que invadem e destroem os tecidos adjacentes e que se podem espalhar para outros lugares do corpo - metástases (Ogden, 1999; Prusha, 2000).

Deste modo e de acordo com Kumar, Cotran e Robbins (1994) em oncologia os tumores são divididos em dois tipos, baseados no comportamento clínico verificado, sendo os mesmos:

- **Tumor Benigno:** Neoplasia que apresenta características citológicas e macroscópicas relativamente inocentes, que se mantêm localizadas e não se disseminam para outras regiões ou tecidos, sendo como tal frequentemente sensíveis à remoção por cirurgia. Podem, no entanto, provocar mais que tumores localizados sendo algumas vezes responsáveis por doenças graves.
- **Tumores malignos:** Denominados de cancro, são malignos pois podem invadir e destruir estruturas adjacentes e espalhar-se para locais distantes (por um processo denominado metastização, que se irá abordar posteriormente), provocando em muitos casos a morte. Nem todos os cancros são fatais, principalmente se forem descobertos em fases iniciais podendo ser tratados com sucesso, ainda que a sua presença seja considerada nefasta e perigosa.

Os tipos de cancro podem variar de acordo com o tipo de células avaliado pela anatomia patológica e as terminologias aplicadas aos tipos de cancro mais comuns são as seguintes (Straub, 2005):

- Carcinoma: tumor maligno que se origina nas células epiteliais;

- Sarcoma: tumor maligno que se origina nas células de músculos, ossos e cartilagens;
- Melanoma: tumor maligno que tem origem nas células que produzem a melanina, responsável pela coloração da pele (melanócitos). O melanoma é quase sempre curável quando detectado numa fase precoce, podendo contudo propagar-se a outras partes do corpo;
- Leucemia: tumor maligno que atinge os tecidos sanguíneos e formadores de sangue, como a medula óssea, provocando uma proliferação anormal dos glóbulos brancos na corrente sanguínea e na medula óssea, que enfraquece o sistema imunológico. Ainda considerada por alguns uma doença da infância, a leucemia ataca muito mais os adultos (estimativa de 25 mil casos por ano) do que crianças (cerca de 3 mil casos por ano);
- Linfoma: trata-se de um cancro no sistema linfático, como se pode deduzir pelo nome. O sistema linfático é uma rede de gânglios e pequenos vasos que existem em todo o corpo e cuja função principal é combater os estados infecciosos. O linfoma afecta um grupo de células chamados linfócitos. Os dois grandes tipos de linfomas principais são o Linfoma de Hodgkin (uma forma rara de linfoma que se espalha a partir de um único nódulo) e o Linfoma não Hodgkin (no qual as células malignas são encontradas em vários locais).

Assim, de acordo com Pfeifer (2002) existem vários tipos de cancros benignos e malignos que variam de acordo com a região e zona corporal que afectam. O quadro 3 apresenta os vários tipos de tumores benignos e malignos.

Quadro 3. Tipos de Tumores (Benignos e Malignos)

Tecido de Origem	Benigno	Maligno
Tecido Conjuntivo		Sarcoma
Tecido Fibroembrionário	Mixoma	Mixosarcoma
Tecido Fibroso	Fibroma	Fibrosarcoma
Tecido Adiposo	Lipoma	Liposarcoma
Cartilagem	Condroma	Condrosarcoma
Osso	Osteoma	Sarcoma Osteogénico
Epitélio		Carcinoma
Pele e membranas mucosas	Papiloma	Carcinoma de Células Escamosas
Glandulas	Pólipo	Carcinoma de Células Basais
	Adenoma	Carcinoma de Células de Transição
	Cistoadenoma	Adenocarcinoma
Células Pigmentadas	Naevus	Melanoma Maligno
	Melanoblastoma	
Endotélio		Endotelioma
Veias Sanguíneas	Hemangioma	Hemangioendotelioma
		Hemangiosarcoma
Veias Linfáticas	Linfangioma	Linfangiosarcoma
	Linfangioendotelioma	
Medula Óssea		Mieloma Múltiplo
		Sarcoma de Lewing
		Leucemia
Tecido Linfoide		Linfoma Maligno
		Linfosarcoma
		Sarcoma das células reticulares
		Leucemia Linfática
Tecido Muscular		Leiomioma
Músculo Liso	Leiomioma	Leiomioma
Músculo Estreado	Rabdomioma	Rabdomiosarcoma
Tecido Nervoso		Sarcoma Neurógeno
Bainha e fibras nervosas	Neurona	
	Neurinoma	
	Neurofibroma	Neurofibrosarcoma
Células Gliais	Glioma	Glioblastoma
		Esponglioblastoma
Meninges	Meningioma	Meningioma Maligno
Gónadas	Cistodermoide	Carcioma Embrionário
		Sarcoma Embionário
		Teratocarcinoma

Para além de referir os aspectos relacionados com as principais definições, características, efeitos e tipos de neoplasias, é também importante abordar a sua etiologia no sentido de uma melhor compreensão da doença oncológica, o que se irá referir no ponto seguinte.

5.6. Etiologia das doenças cancerígenas

Existem diversas variáveis na etiologia da doença independentemente do cancro ter uma componente genética e biológica determinante (Nordin, Lidén, Hansson, Rosenquist & Berglund, 2002). Deste modo o modelo biológico assume uma importante relevância, dando ênfase ao papel dos vários aspectos químicos, físicos e biológicos (McAllister, Horowitz & Gilden, 1993 *as cited in* Treviño & Carbajal, 2004).

Autores como Arbizu (2000) salientam também a importância dos modelos sócio-demográficos visto que relaciona, entre outros factores, o cancro com a idade, o sexo, o estatuto sócio-económico, o grau de desenvolvimento do país dos pacientes; enquanto que as abordagens psicológicas direccionam-se para os comportamentos e os estados emocionais dos pacientes.

Em relação às causas do aparecimento das doenças oncológicas, estas podem dever-se a diferentes aspectos que podem ser hereditários ou provocados por factores externos. De acordo com Pfeifer (2000) as principais causas podem ser a carcinogénese química, a carcinogénese vírica, a carcinogénese por radiação, as alterações no sistema imunitário e as hereditárias.

O mesmo autor afirma no que se refere às carcinogénese químicas, que estas podem ser devidas a influência de carcinogénese químicos que alteram o ADN, sendo estes muito variados e não só ambientais, podendo estes carcinogénese ser de dois tipos:

- **Carcinogénese químicas de acção directa**, que apresentam actuação directa nos ácidos nucleicos e nas proteínas. Formam iões reactivos que provocam modificações no ADN e não requerem activação metabólica pelo hospedeiro. Como exemplo deste tipo temos o bussulfano e a mostarda nitrogenada.
- **Pré-carcinogénese** que não apresentam um efeito directo como os químicos mas podem também alterar o ADN ainda que necessitem de activação metabólica do mesmo, necessitando de enzimas de actividade carcinogénese associadas as células. Como exemplos temos o fumo do cigarro, a fuligem e os derivados do alcatrão.

Em relação aos carcinogéneos víricos, estes baseiam-se na contribuição de uma série de vírus humanos para o aparecimento do cancro por alterações proto-oncológicas e mutações celulares. Os carcinogéneos víricos podem apresentar uma actividade mais lenta, como no caso dos adenovírus e herpesvirus ou uma actividade mais rápida como nos casos da células t humanas, leucemia/linfomas e HTLV, VIH 1 e VIH2, provocando danos selectivos nos órgãos. Por exemplo são comuns as ligações entre o vírus Epstein-Barr, o linfoma de Burkitt e o cancro nasofaríngeo e a associação entre o vírus da hepatite B e o cancro hepático.

Quanto às carcinogénese por radiação, estas são conforme o próprio nome indica derivados de radiações que afectam a susceptibilidade do ADN provocando alterações na sua estrutura, mudanças essas que podem ser simples, de quebras duplas ou mesmo de mudanças na ligações cruzadas do ADN, podendo verificar-se morte celular ou alterações profundas nas células, por perda do funcionamento dos mecanismos de controlo. Um dos exemplos mais comuns da influência das radiações é o da radiação solar e sua influência no cancro da pele existindo também outras fontes de radiação como as de produtos industriais.

As alterações no sistema imunitário também podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de carcinogénese, uma vez que dado as células cancerígenas possuírem antígenos diferentes dos presentes no organismo são eliminadas pelos mesmos, o que não se verificará nos casos em que o sistema imunitário se apresente alterado, debilitado ou enfraquecido., como por exemplo nos casos de desnutrição, doença crónica, stress e idade avançada.

Por último, e em relação à hereditariedade refere-se que existe alguma predisposição genética para o aparecimento de cancros, sendo esta mais frequente em indivíduos que apresentem familiares com que tiveram alguma doença oncológica e também nos que têm alto risco de vir a desenvolver outro tipo de doença maligna.

Após abordar diversos aspectos relativos às neoplasias e cancros, como as suas principais características, etiologia, desenvolvimento e crescimento, tipos e principais efeitos clínicos, passaremos a discutir as suas principais formas de tratamento.

Após a revisão da literatura anteriormente efectuada, e relativa aos principais aspectos e características da doença oncológica (neoplasias e cancro), passaremos de seguida a analisar a intervenção realizada nesta patologia.

6. Intervenção/Tratamento da Doença Oncológica

Neste ponto abordaremos inicialmente as principais fases de intervenção no tratamento da doença oncológica, passando posteriormente a relatar os seus principais tratamentos.

6.1. Fases de intervenção na doença oncológica

De acordo com Matos e Pereira (2002) a intervenção realizada no cancro desenvolve-se ao longo de 3 estádios: diagnóstico, tratamento e follow-up.

O 1º estágio corresponde ao diagnóstico, ou seja ao período que antecede o tratamento e passa por 3 fases: uma que é considerada como uma das mais difíceis, e que se define pela incerteza e por uma espera, em que é muito comum os doentes serem observados por médicos de diversas especialidades, visitarem centros de saúde e hospitais, realizarem vários exames e análises, receberem prováveis diagnósticos e consequente medicação que em grande parte das vezes se apresenta ineficaz (Idem).

O período de tempo verificado até conhecerem o seu diagnóstico é muito variado, variando entre dias, semanas ou mesmo meses, estando associados a esta espera, níveis elevados de ansiedade e preocupação associados à incerteza e indefinição em relação à sua situação e gravidade, assim como insónias ou distúrbios de sono, insatisfação com os profissionais de saúde envolvidos no processo de diagnóstico, assim como os problemas de relacionados derivados da tensão que os sujeitos apresentam, e que por si só, também constituem fontes de ansiedade e preocupação (Ibidem).

Para Barrachoug (1994) as cited in Matos e Pereira (2002), na fase seguinte ao conhecimento do diagnóstico inicial, comum verificar-se sentimentos de choque e negação por parte dos pacientes, reacção esta que se obtêm inúmeras vezes ao fim de

um grande período de tempo de sintomatologia, consultas, realização de exames e tentativas de tratamento.

De acordo com Matos e Pereira (2002) o conhecimento do diagnóstico, é mais difícil de suportar e assimilar quanto menor for a suspeita de doença., sendo porém muito comum verificar-se algum alívio nos pacientes por finalmente serem informados da origem da sua sintomatologia.

Ainda de acordo com os autores supra citados, o contexto e modo de transmissão do diagnóstico são de extrema importância para o futuro psicológicos dos pacientes, sendo muito comum a ocorrência de desmaios, choros compulsivos durante dias, isolamento e recusa em falar da sua doença e conseqüente tratamento.

A fase que precede o impacto do diagnóstico, define-se pelo aparecimento de stress agudo, ansiedade, raiva e protestos, os quais estão relacionados com frequência a sintomas negativos e de culpa, como a depressão, a exaustão e o desconforto físico, verificando-se também um breve período de tempo em que a ansiedade tende a diminuir e a depressão e o desespero a aumentar, sendo muito frequentes os pensamentos sobre a morte (Matos e Pereira, 2002).

Raminhos (2003) referem ser comum por parte dos doentes, o isolamento, sentimentos de pena em relação a si próprio e em relação aos entes significativos que futuramente irão deixar, alguma dificuldade em acreditar nos outros, inclusivamente nos profissionais de saúde quando os informam sobre um bom prognóstico.

Selingman (1996, as cited in Matos e Pereira, 2002), referem o segundo estágio da intervenção na doença oncológica como o tratamento. Posteriormente a uma primeira fase em que se verifica um choque inicial e stress agudo, o doente começa aos poucos a conformar-se com o seu diagnóstico e lidar com o mesmo na sua vida pessoal. Porém, é possível verificar com frequência a existência de depressão, ansiedade e desespero, um sentimento de vulnerabilidade, solidão e de um forte sentido de perda.

Outros autores como Santos e Ribeiro (2001), afirmam também que o cancro e os seus tratamentos, dadas as suas implicações secundárias, essencialmente no que se refere às cirurgias, afectam a sexualidade e a imagem corporal dos indivíduos.

À fase de tratamento, sucede-se uma fase de *follow-up* em que os doentes são acompanhados durante um determinado período de tempo em consultas (Matos e Pereira, 2002).

Os mesmos autores afirmam que os doentes desenvolvem dois diferentes tipos de postura: a de doente que sente que venceu e que desenvolveu novas competências, que enfrentou e ultrapassou os seus medos, que desenvolveu recursos adequados para lidar com outras situações, ou por outro lado, o doente em que os danos foram bastante elevados, as alterações emocionais se reflectem e deixaram vestígios, o futuro permanece vazio e sem esperança, e que não é capaz, nem quer, fazer quaisquer planos futuros.

Podemos assim concluir, referindo Santos e Ribeiro (2001) que os doentes oncológicos ao longo de todo o percurso associado a sua doença (diagnostico, tratamento e *follow-up*), desenvolvem problemas de nível psicológico, sendo por vezes frequente o aparecimento de ansiedade e depressão, assim como uma diminuição na sua qualidade de vida.

Também de acordo com as afirmações de Ribeiro (1998) as consequências emocionais do cancro dependem do tipo de cancro, visto que as expectativas de sobrevivência são diferentes para os mais de cem tipos de tumores diferentes e também porque existem processos terapêuticos mais ou menos agressivos, assim como alterações da imagem corporal mais ou menos mutilantes. Também que em função da personalidade do doente e do tipo de tumor e tratamento, as respostas emocionais serão mais ou menos expressivas.

Sendo assim após a descrição das principais fases de intervenção na doença oncológica, passaremos a abordar um pouco os principais tratamentos realizados.

6.2. Tratamentos da Doença Oncológica

Relativamente ao tratamento do cancro, em quase todos os tipos de cancro existem muitas opções de tratamento que são consideradas eficazes (entre elas a cirurgia, quimioterapia, radioterapia) (Ogden, 1999).

Para Straub (2005), o tratamento deverá adaptar-se a cada caso, tendo em conta a realidade de cada paciente, fazendo uma avaliação individual, por uma equipa multidisciplinar.

O mesmo autor considera que a maioria das vezes os tratamentos do cancro regem-se por protocolos, que se aplicam de forma global (em todos os hospitais) sendo um conjunto de planos e normas de tratamento que incluem indicações e limites em função de factores como o tipo de tumor, a localização e tamanho, a afectação de outros órgãos ou gânglios e também a idade, o estado de saúde e outras doenças do paciente, baseados na experiência científica.

Straub (2005), indica que as principais formas de tratamento do cancro são as seguintes:

- **Cirurgia:** processo de remoção do corpo das células cancerosas, por exérese do tumor e de quaisquer tecidos envolventes que possam conter células cancerosas;
- **Radioterapia:** utilização de equipamentos especiais para aplicar doses elevadas de radiação X, gama ou partículas alfa e beta em tumores cancerosos, matando ou danificando para que não possam crescer mais, multiplicar-se ou disseminar-se;
- **Quimioterapia:** tratamento do cancro pelo uso de produtos químicos (fármacos) destinados a interferir no crescimento e divisão das células malignas. Tem a grande vantagem de conseguir tratar cancros sistémicos (não localizados).

Após uma descrição sucinta dos principais tratamentos na doença oncológica passaremos a aborda-los de forma mais específica.

6.2.1. Cirurgia

Conforme afirma Pfeifer (2000) a cirurgia tem várias aplicações tais como o diagnóstico da doença, tratamento, inserção e monitorização de transplantes de apoio, e processo de reconstrução.

Passaremos então a discutir, de acordo com a mesma autora, a aplicação da cirurgia em cada um destes aspectos:

- **Diagnóstico:** a cirurgia neste caso é feita através de biópsias que podem ser incisionais (é retirado um pedaço de tecido dos tumores com mais de 3 cm de diâmetro), excisional (remoção da massa total do tumor, normalmente inferior a 2 ou 3 cm de diâmetro e uma margem de tecido normal circudante), por agulha (são retiradas amostras do tecido da medula por intermédio de uma agulha) ou endoscopia em que são removidas pequenas partes do tumor após visualização). Estes procedimentos permitem assim aos médicos um diagnóstico preciso que lhe permite planear devidamente o tratamento.

- **Tratamento:** a cirurgia no caso do tratamento é aplicada em cinco áreas principais que são: o tratamento primário, o tratamento adjuvante, o tratamento curativo, o tratamento paliativo e o tratamento combinado.
 - **Tratamento primário:** este tratamento envolve a exérese de um tumor maligno e de uma margem normal de tecido normal associado, tendo como principal finalidade a cura da doença pela redução da carga total do tumor no organismo;
 - **Tratamento adjuvante:** Envolve a remoção de tecidos para diminuir o risco de aparecimento de progressão ou recorrência do cancro;

- **Tratamento Curativo** – recorre a uma abordagem cirúrgica mais extensa com o objectivo de tratar a recorrência local após um tratamento primário menos extenso;
 - **Tratamento Paliativo:** recorre-se a este tipo de cirurgia quando se pretende melhorar os sintomas associados a doença ou tratamento sem tentar primeiro a cura cirúrgica do cancro. Aplica-se geralmente para prolongar a vida dos pacientes e promover uma melhor qualidade de vida aos mesmos e à respectiva família. Os seus benefícios estão associados ao cariz biológico do cancro, às expectativas dos pacientes em relação à doença, assim como dos efeitos esperados do tratamento;
 - **Tratamento combinado:** este tipo de tratamento permite a utilização de procedimentos cirúrgicos combinados com outros tipos de terapias, como quimioterapia e radioterapia, tendo como principal finalidade aumentar a ressectabilidade do tumor, diminuindo deste modo a sua extensão, evitando assim alterações fortes na aparência física dos pacientes, assim como na sua capacidade funcional.
-
- **Inserção e monitorização de implantes terapêuticos de apoio:** consiste na colocação de implantes terapêuticos de modo a aumentar o conforto do doente e facilitar o tratamento.
 - **Reconstrução:** este tipo de cirurgia permite a correcção / minimização de deficiências anatómicas devidas às cirurgias efectuadas, procurando também melhorar a aparência cosmética.

Ainda é possível salientar de acordo com Pfeiffer (2000) que existem vários tipos de cirurgias tais como a electrocirurgia, criocirurgia, quimiocirurgia, cirurgia a laser, torascopia guiada, terapêutica por radiação intra-operatória e terapêutica fotodinâmica.

6.2.2. Radioterapia

Relativamente ao tratamento por Radioterapia este apresenta-se como sendo localizado, simples ou combinado com outros tipos de tratamento como a cirurgia, a quimioterapia ou mesmo com as duas. Em certos casos esta combinação aumenta as hipóteses de cura, por via do efeito das outras terapias nas células expostas a radiação e resistentes à mesma (Hendrickson, 1991, *as cited in* Iwamoto, 2000).

Iwamoto (2000), refere em relação à radioterapia, que esta pode também utilizar-se após a realização de determinada cirurgia como forma de tratar células cancerosas que se possam ter espalhado para além das margens alvo da cirurgia ou mesmo ter ficado na localização do tumor.

Conforme Bucholz (1992) *as cited in* Iwamoto (2000) esta terapia pode ser utilizada com diversos objectivos tais como:

- Erradicar a doença permitindo ao paciente viver uma vida normal;
- Controlar o crescimento e disseminação do cancro de modo a permitir ao paciente uma vida sem sintomas por um tempo;
- Prevenir doenças cancerígenas microscópicas;
- Melhorar a qualidade de vida dos doentes aliviando sintomas em casos de cancros em fases avançadas, como hemorragias incontroláveis, obstrução das principais veias sanguíneas, tracto gastrointestinal, rins, uretères e traqueia, compressão da espinal medula e problemas ósseos provocados por metástases.

Iwamoto (2000), acrescenta que a Radioterapia pode ser utilizada de diferentes formas, como por radiação de feixe externo (teleterapia) em que se recorre a uma máquina para tratamento, colocada a uma certa distância do paciente, ou por implantes de fonte radioactiva, ou mesmo próxima do corpo do paciente para produzir um tratamento localizado (braquiterapia). Os materiais radioactivos também podem ser introduzidos no organismo por via intravenosa ou oralmente em casos de necessidade de efeitos

sistémicos. Neste caso a substância radioactiva percorre o organismo todo até às áreas que necessitam de tratamento, como no exemplo do cancro da tiróide que é muito frequentemente tratado desta forma.

O mesmo autor refere ainda que antes do tratamento por radioterapia é essencial realizar o planeamento do mesmo, de modo a determinar qual a melhor via de administração do mesmo, e que o número de tratamentos realizados durante o ciclo de radioterapia depende do tipo e da extensão do cancro.

6.2.3. Quimioterapia

Em relação à quimioterapia e de acordo com De Vitta (1993) esta pode ser aplicada de 5 diferentes modos, sendo eles:

- Como **terapia adjuvante** que tem como objectivo o tratamento de micrometástases e que é um ciclo de quimioterapia conjunto com outra estratégia terapêutica como cirurgia, radioterapia;
- Como **quimioterapia com características neoadjuvantes** que consiste na administração de drogas quimioterápicas para redução do tumor antes da sua remoção por cirurgia;
- Como **terapia primária** que consiste no tratamento de pacientes com cancro localizado que só têm um tratamento alternativo disponível mas menos eficaz;
- Como **quimioterapia induzida** que é uma terapia baseada na aplicação de drogas como tratamento primário em doentes de cancro, que não têm nenhum tratamento alternativo;
- Como **Quimioterapia combinada** em que se verifica a administração de duas ou mais drogas quimioterápicas, o que permite que cada droga intensifique a acção da outra ou actue sinergicamente.

No seguimento da revisão literária efectuada relativamente à doença oncológica (Neoplasias e Cancro) passaremos a estudar o papel do enfermeiro e a importância do seu papel no tratamento desta doença.

7- Enfermagem e Doença Oncológica

Neste ponto será analisado o papel do enfermeiro no processo geral de prestação de cuidados e posteriormente ao nível da intervenção na doença oncológica, focando aspectos relativos ao seu apoio em termos físicos, psicológico e social junto de pacientes e respectivas famílias.

7.1. Papel do enfermeiro na prestação de cuidados

A prestação de cuidados em enfermagem é fundamentada na filosofia, respondendo à grande questão existencial do homem, sendo a ética, numa abordagem epistemológica, de grande importância na emancipação humana. Considera-se esta prestação de cuidados de modo integral e holístico, constituído-se a mesma de acções de prevenção e recuperação de doenças e acções de promoção e protecção da saúde, uma vez que o cuidado humanizado constitui uma importante diferença na recuperação do paciente (Boff, 2005)

Na perspectiva de Waldow (2008), a prestação de cuidados de um ponto de vista holístico implica um acolhimento, confiança, estabelecimento de vínculos e atitudes de compaixão, sendo que por diversas vezes o profissional da saúde não presta este tipo de apoio, devido a alguma falta de conhecimentos em relação à prestação de cuidados que devem envolver as dimensões física, psicológica, cultural, social, cognitiva e humanística.

Carvalho *et, al.* (2002) mencionam a prestação de cuidados como incluindo atribuições técnicas, mas acima de tudo a capacidade de percepção e compreensão do ser humano,

da sua relação com o mundo, do desenvolvimento da sua identidade, assim como a construção da sua própria história de vida.

Boff (2005) refere ser muito importante na prestação destes cuidados a compaixão, uma vez que consiste na capacidade do ser humano partilhar o sofrimento ou alegrias com o outro, construindo a vida em sinergia. Esta envolve o desejo de estar com o outro e de se compadecer com o seu sofrimento. É, assim uma solidariedade genuína, um sentimento de base, que mobiliza os seres humanos na busca de melhores condições de vida. É pela mesma que o diálogo se estabelece e que as crenças e saberes são respeitados. O autor ainda destaca como principais cuidados, o cuidado com o nosso corpo na saúde e na doença.

Conforme referem Correia, Dias, Coelho, Page e Vitorino (2001), a ideia de uma «enfermagem comunitária» define-se como sendo centrada no trabalho com as famílias e já vem desde há muito a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em cuidados de saúde primários.

Os mesmos autores referem que este tipo de enfermagem consiste numa prática centrada na comunidade, que promove estilos de vida saudáveis, e contribui para a prevenção de doenças e consequências mais incapacitantes, enfatizando a questão da informação de saúde, contexto social, económico e político e o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (2001), como membro da equipa de saúde, o enfermeiro deve assumir o dever de:

- a) Actuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;
- b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;
- c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção de saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços."

De acordo com o mesmo estatuto a Enfermagem detém, com frequência, uma posição singular numa equipa multidisciplinar, para isso contribui a visão abrangente, transdisciplinar e competências do Enfermeiro Especialista, que:

- Presta cuidados de enfermagem gerais e no âmbito da sua especialidade à família (pessoa) e/ou grupo (comunidade), com competência científica, técnica e relacional;
- Actua em situações de crise e risco no âmbito da sua especialidade;
- Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais;
- Implementa procedimentos de controlo de infecção;
- Utiliza metodologia de planeamento em saúde;
- Define e utiliza indicadores de saúde;
- Promove e participa na realização de diagnósticos de saúde;
- Coordena e age de forma participada e integrada com outros profissionais da equipa de saúde e comunidade;
- Contribui para a melhoria contínua da qualidade;
- Propõe e emite pareceres no sentido da melhoria da qualidade;
- Contribui para a formação e desenvolvimento profissional dos seus pares, e participa na formação inicial e pós graduada no ensino de enfermagem, e colabora na formação de outros profissionais.

O sistema de cuidados em saúde afirma-se como uma disposição relacional e e caracterizados como sendo uma unidade complexa que liga, transforma, mantém ou produz acontecimentos e componentes. Os hospitais tornam-se deste modo, enquanto unidade de um sistema de cuidados, um sistema auto-organizado, baseado em aspectos como autonomia, individualidade, relações e atitudes, considerados fundamentais para a actuação do enfermeiro nos diferentes espaços da saúde (Erdmann, 1993, as cited in Erdmann, Sousa, Backes, Ferreira de Melo, 2007).

Travelbee (1982) referiu que a importância da enfermagem psiquiátrica se aplica em escolas, comunidades e centros de saúde mental, serviços de assistência gerais e especializados e atendimentos psiquiátricos. Sendo uma parte da enfermagem em geral, é de grande importância que todos os enfermeiros possuam conhecimentos da enfermagem psiquiátrica.

Backes, Backes, Sousa e Erdmann (2008), referem que no contexto das práticas de saúde o enfermeiro desenvolve quatro actividades essenciais, como a prestação de cuidados, a gestão, a educação e a pesquisa, actividades estas desenvolvidas como um todo que compreendem a compreensão da dinâmica da prestação de cuidados, através da sua gestão, educação e ensino. Relaciona-se também com esta dinâmica a construção de novos conhecimentos ou métodos de investigar cuidando, gerindo e educando, ordenados de modo antagónico e complementar.

Saar (2005) refere que a enfermagem, definida como prática social historicamente construída para o cuidar, para o gerenciar e para o educar, é também envolta por “uma malha de afazeres que dão origem a inúmeros papéis”, que são contudo confundidos pela enfermagem, como também pelos profissionais da saúde. Ao analisar a especificidade do trabalho do enfermeiro, há uma indefinição sobre o que é específico do enfermeiro, facto que interfere conflitivamente na identidade desse profissional e na sua actuação.

Neste sentido a principal função da enfermagem, é de acordo com Almeida e Rocha (1997), a prestação de assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, na realização de actividades de promoção, manutenção ou recuperação da saúde.

O mesmo autor refere, que para além dos cuidados prestados, uma outra actividade desenvolvida é a de administração, ainda que a mesma não seja realizada por todas as categorias da enfermagem, cuja função é organizar, controlar e favorecer as práticas de cuidar, ainda que por vezes a actuação do enfermeiro seja confundida com a dos demais profissionais de enfermagem

O enfermeiro para além da intervenção geral no processo de prestação de cuidados de saúde gerais, também intervém em aspectos mais específicos da saúde tais como na doença oncológica, intervenção esta que passaremos analisar seguidamente.

7.2. Enfermagem e Doença Oncológica

No que se refere ao trabalho do enfermeiro em casos de doença oncológica Popim e Boemer (2005), referem alguns aspectos a ter em conta na melhoria do atendimento de pacientes com cancro, tais como a manutenção de uma cultura de cuidados paliativos, e a supervisão clínica adequada que inclui a ética do cuidado nas dimensões física, social, emocional e espiritual.

O respeito pelos pacientes com doença oncológica desenvolve-se gradualmente através de uma relação de equilíbrio durante todo o processo de tratamento. O doente deve ser entendido como um sujeito ao longo do tratamento, não sendo apenas entendido como uma simples patologia (Idem).

Tendo consciência destes aspectos todo o profissional da enfermagem deve ter noção que a prestação de cuidados a doentes oncológicos exige além do conhecimento, a compreensão, a valorização e, acima de tudo, o respeito ao outro, tendo como principal finalidade a obtenção de uma melhor qualidade de vida (Ibidem).

Barros (2003, *as cited in* Gomes, Santos, Lima, Moura & Oliveira, 2010) partilha a mesma opinião, afirmando que o enfermeiro deve estar disponível para atender o paciente no que diz respeito aos exames e procedimentos de enfermagem a serem realizados, sendo o seu principal dever garantir protecção para o paciente que tenha autonomia reduzida.

Assim e ainda referindo o mesmo autor, o profissional da enfermagem deve olhar para o paciente como um ser livre, merecedor de respeito garantido que a assistência de enfermagem seja praticada de acordo com princípios éticos adequados. Assim, para o autor, a prestação de cuidados implica acolhimento, respeito e segurança, ou seja significa, entrar em sintonia com os pacientes, auscultar o seu ritmo e relacionar-se com ele.

De acordo com Souza, Sartor, Padilha e Prado (2005) o cuidado na enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, psíquico e social e contribui para o aumento das possibilidades de vida, sempre tendo em conta uma perspectiva humanista.

Gomes, Santos, Lima, Moura e Oliveira (2010) referem que se torna importante referir que a prestação de cuidados em oncologia implica lidar com o indivíduo em situação de fragilidade, envolvendo uma relação de afectividade revestida de grande complexidade, e que exige do profissional de saúde um conjunto de competências que não se baseia apenas no conhecimento técnico-científico. Deste modo, Popim & Boemer (2005) recomendam o uso de estratégias que minimizem o desgaste a que é submetido no acompanhamento de pacientes oncológicos.

Segundo Udina (1997), no que toca ao papel do enfermeiro enquanto cuidador num processo de doença oncológica deverá haver uma valorização das necessidades físicas, psicológicas e sociais do doente:

- Para as necessidades físicas, deverão ser avaliados todos os aspectos do seu estado físico, fazendo referência às alterações dos sistemas e especificando a capacidade da pessoa levar a cabo as suas actividades físicas mínimas. Deverão ainda ser referidos os problemas potenciais para serem detectados de maneira precoce ou prevenindo o seu aparecimento;
- Para valorizarmos as necessidades psicológicas devemos ter em conta o grau de aceitação da doença, as suas atitudes para a adaptação ou não à situação e assim identificar as metas que o doente coloca. O profissional de saúde deverá estar alerta para sentimentos de frustração, irritabilidade, amargura, culpa e ansiedade, permitindo assim que as intervenções de enfermagem sejam direccionadas para o que o doente se expresse e dessa forma, em conjunto com a equipa multidisciplinar, se procure a forma de cuidar, ajudando a adquirir novas guias de conduta;
- A avaliação das necessidades sociais irá compreender o tipo de vida, as regras familiares, o apoio da respectiva família, o facto de se pertencer a grupos sociais e o estado socioeconómico. Tudo isto está relacionado directamente com o tipo de apoio e com os recursos disponíveis para que o doente alcance as suas metas.

Como nos refere Bolander (1998), os enfermeiros como elementos da equipa multidisciplinar mais próximos do doente oncológico necessitam de estar preparados,

para fornecer apoio emocional, que se pode evidenciar no apoio à manutenção de uma auto-imagem positiva, na adaptação à experiência hospitalar, na preparação dos doentes para a realização de exames auxiliares de diagnóstico ou outras intervenções desconfortáveis. A necessidade de explicar o que vai acontecer durante os exames e durante as intervenções, de que modo os pacientes podem cooperar, e permitir que eles expressem as suas dúvidas e as suas preocupações podem maximizar o seu auto-controlo e a adaptação.

Volker (1997) menciona um conjunto de requisitos considerados necessários para a prática de enfermagem oncológica de acordo com a Oncology Nursing society (ONS) e a American Nurse's Association (ANA) que são os seguintes:

- **Teoria:** é necessário que o enfermeiro oncológico utilize conceitos teóricos como base para a intervenção e tomada de decisões práticas;
- **Recolha de dados:** O enfermeiro oncológico recolhe dados relativos ao estado dos pacientes sistemática e continuamente, devendo esses mesmos dados ser de fácil acesso e comunicados aos restos membros da equipa multidisciplinar;
- **Diagnóstico:** O enfermeiro analisa os dados recolhidos formulando posteriormente o diagnóstico de enfermagem;
- **Planeamento:** Desenvolvimento de um plano de cuidados orientados para objectivos de forma individualizada e holística. Este plano tem a sua origem no diagnóstico previamente realizado, incorporando acções de enfermagem em nível de prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e conforto;
- **Intervenção:** O enfermeiro coloca em prática o plano de cuidados de enfermagem, de modo a cumprir os objectivos estipulados para determinado paciente;

Volker (1997) refere também que os requisitos de enfermagem oncológica acima referidos são utilizados em áreas de alta incidência de problemas de saúde mais comuns em pacientes oncológicos, tais como:

- **Prevenção e detecção** em que estão incluídos factores pessoais de risco e práticas de detecção precoce;
- **Informação:** conhecimento do paciente sobre o diagnóstico, tratamento, recursos, problemas previsíveis, participação nos cuidados;
- **Enfrentamento:** que incluem mecanismos de enfrentamento passados e presentes, a capacidade para mobilizar recursos e disponibilidade dos mesmos, estratégias alternativas de enfrentamento durante as fases de assistência;
- **Conforto:** causa e grau de desconforto, métodos para lidar com a dor e sintomas, efeitos da doença e do seu tratamento no estilo de vida, resultados das intervenções para o alívio do desconforto;
- **Nutrição:** estado nutricional natural, efeitos da doença e respectivo tratamento no estado nutricional, padrões passados e presentes de estado nutricional;
- **Mecanismos de protecção** ao nível da função imunológica, hematopoiética, função de protecção da pele, função sensorio-motora (incluem mecanismos da consciência e processos de elaboração do pensamento);
- **Mobilidade:** Grau de mobilidade, potencial para sequelas;
- **Eliminações:** Padrões de eliminação passados e presentes, efeitos da doença e dos tratamentos nos padrões de eliminação;
- **Sexualidade:** Efeitos da doença e do tratamento, resposta psicológica a doença e tratamento, padrões de funcionamento sexual passados e presentes;
- **Ventilação:** nível de estado respiratório, alterações na troca de gases, história de exposição a contaminantes respiratórios;
- **Circulação:** Alteração da perfusão tecidual, alterações do débito cardíaco;

O mesmo autor refere ainda um conjunto de padrões importantes no desempenho profissional dos enfermeiros oncológicos, tais como:

- **Desenvolvimento profissional:** Em que o enfermeiro deve assumir a responsabilidade pelo seu desenvolvimento profissional e educacional, contribuindo também para o dos seus colegas;
- **Colaboração multidisciplinar:** em que colabora com uma equipa multidisciplinar na recolha de dados, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados prestados;
- **Controlo da qualidade:** o enfermeiro deve participar na avaliação do desempenho dos seus colegas e na avaliação do programa interdisciplinar de modo a assegurar uma assistência de enfermagem de alta qualidade;
- **Ética:** deve basear-se num código de ética de enfermagem para uma tomada de decisão ética na sua prática profissional;
- **Pesquisa:** deve contribuir para o desenvolvimento científico da prática de enfermagem e neste caso específico da prática de enfermagem oncológica pela investigação, revisão e pesquisa;

Para além dos requisitos necessários para a prática de enfermagem oncológica acima referidos, também é importante referir alguns aspectos relativos ao trabalho realizado junto das famílias de doentes oncológicos, assim como junto da população em geral, sendo de destacar de acordo com Volker (1997) a:

- **Responsabilidade** dos enfermeiros oncológicos na educação relacionada com o cancro, à família e aos pacientes, a nível geral e a nível mais específico;
- **Utilização de recursos de assistência oncológica** adequados para atingir os objectivos da educação ao paciente e respectiva família;
- **Conhecimento, capacidades e atitudes** associados a gestão de reacções humanas nas famílias e nos pacientes que lidam com o cancro;

- **Aplicação das teorias de ensino/aprendizagem** no desenvolvimento, implementação e avaliação das experiências de aprendizagem relacionadas com a assistência ao paciente oncológico.

Crowley (1997), afirma que os riscos de cancro são minimizados através da prevenção primária que permite a redução de comportamentos dos pacientes, tais como a exposição a um conjunto de factores causais e de risco e também pela promoção de factores de protecção e promoção de saúde.

Deste modo refere que o desenvolvimento do cancro está associado a factores de risco como por exemplo consumos de substâncias decorrentes de determinados estilos de vida como:

- **Consumo de tabaco:** que está associado ao cancro do pulmão, boca, laringe, faringe e esófago, assim como da bexiga, pâncreas, rim, estômago e fígado;
- **Consumo de álcool:** que apresenta um efeito sinérgico com o tabaco contribuindo para o desenvolvimento de cancros como do esófago, fígado e faringe;
- **Hábitos alimentares e nutricionais desadequados** como os problemas de obesidades que podem provocar cancro da mama, os consumos alimentares ricos em gordura, que conduzem a cancro da mama, prostata e cólon, assim como os alimentos defumados e conservados com sal ou nitratos que provocam cancro do esófago e do estômago. Neste caso o recurso a dietas ricas em fibras, vitaminas A e C e o consumo de vegetais contribuem para a prevenção e diminuição do risco de desenvolvimento deste tipo de cancros;
- **Práticas sexuais de risco** como grande número de parceiros, assim como início precoce de actividade sexual.

Após uma análise geral do papel e condutas do enfermeiro nos serviços de oncologia passaremos a analisar os seus papéis mais específicos nomeadamente ao nível da prevenção (primária e secundária) assim como na intervenção e tratamentos propriamente ditos.

7.2.1. Prevenção Primária na doença oncológica

Crowley (1997) refere ser importante ao nível da prevenção primária a identificação dos factores de risco ambientais dos quais destaca:

- Os **riscos ocupacionais** tais como:
 - **Exposições químicas** que aumentam o risco de cancro na bexiga e pulmão;
 - **Fibras de asbestos** que contribuem para o desenvolvimento de mesotelioma do pulmão;
 - **Fumos** que desenvolvem cancros ao nível do pulmão;
 - **Exposição a radiações** aumenta o risco de desenvolvimento de leucemia, cancro da mama e do pulmão.

- **Agentes cancerígenos do ambiente físico**, como:
 - **Exposição a luz ultravioleta** aumenta o risco de cancro da pele como o melanoma;
 - **Exposição a radiações** provenientes de partículas de radium (radonio), que ocorrem naturalmente no ambiente pode contribuir para desenvolvimento de cancros do pulmão;
 - **Exposição passiva ao fumo do cigarro** que pode promover o desenvolvimento do cancro do pulmão.

- **Riscos biológicos** nos quais se incluem a **predisposição genética** e as **exposições virais**. Em relação à predisposição genética é importante ter em conta:
 - História familiar de cancro;
 - Mulheres com mães com cancro da mama podem também desenvolver o mesmo tipo de cancro;
 - Pele clara que aumenta o risco de desenvolvimento de cancro da pele;
 - Indivíduos com polipose familiar ou Síndrome de Gardner podem vir a desenvolver cancros do cólon;
 - Crianças com retinoblastoma, neuroblastoma e Tumor de Wilms apresentam uma predisposição para o desenvolvimento de cancro.

Relativamente às exposições virais Crowley (1997) refere que:

- A infecção crónica da hepatite B pode levar ao desenvolvimento de cancro do fígado;
- Lesões pelo papilomavirus podem desenvolver o carcinoma de células escamosas da pele;
- O vírus de Epstein-Barr está associado ao linfoma de Burkitt e a cancros da nasofaringe;
- O retrovírus humano-vírus linfotrópico das células T (HTLV-1) está relacionado com a leucemia das células T e o HTLV-2 com a leucemia das células cabeludas;
- O vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) está associado com o aumento do risco para sarcoma de Kaposi, Linfoma de Hodgkin e Linfoma das células B.

Outros factores a ter em conta, e ainda segundo Crowley (1997), para uma adequada prevenção primária são a identificação de riscos iatrogénicos aos quais estão associados agentes hormonais, agentes imunossuppressores e agentes antineoplásicos.

Assim, relativamente aos **agentes hormonais**, a autora refere que:

- As **terapias realizadas com estrogénio** em mulheres com menopausa estão associadas ao cancro do endométrio;
- A **exposição do feto ao estrogénio** está associada ao cancro vaginal na idade adulta;
- O **uso de contraceptivos orais** pode estar relacionado com o desenvolvimento de cancro do fígado;
- A **utilização de esteróides anabolizantes** está relacionada com o cancro do fígado.

Em relação aos **agentes imunossuppressores**, Crowley (1997) afirma que estes aumentam o risco de aparecimento de linfoma de Hodgkin e no que se refere aos agentes antineoplásicos, estes contribuem para o desenvolvimento de cancros secundários.

Crowley (1997) afirma que o enfermeiro deve procurar ao nível da prevenção primária adoptar o seguinte conjunto de procedimentos:

- **Identificação de riscos** mediante a utilização de técnicas como a entrevista e a administração de questionários de avaliação.
- Comunicação de **estratégias para a mudança de comportamentos e hábitos** dos pacientes, que possam reduzir os riscos de desenvolvimento de cancro, tais como:
 - Evitar comer em excesso;
 - Substituição de alimentos com alto teor de gorduras por outros com baixo teor;
 - Aumentar a ingestão de fibras (cereais integrais, frutas frescas e vegetais);

- Ingerir alimentos ricos em vitaminas A e C;
- Incluir vegetais na alimentação;
- Diminuir o consumo de alimentos defumados e conservados em sal e nitritos.
- Sensibilizar o paciente sobre **estilos de vida não saudáveis**:
 - Abster-se do uso de tabaco;
 - Eliminar ou diminuir o consumo de álcool;
 - Reduzir a exposição a raios ultra-violetas.
- **Evitar comportamentos de risco**:
 - Limite de parceiros sexuais;
 - Utilização de métodos contraceptivos;
 - Utilização de agulhas/seringas esterilizadas no caso de administração de medicamentos/drogas por via endovenosa,
- Alteração de **comportamentos de risco no local de trabalho**:
 - Reconhecimento de agentes provocadores de cancro;
 - Reduzir o tempo de exposição a matérias ou equipamentos de risco;
 - Utilização de equipamentos de protecção adequados e cumprimento dos procedimentos de segurança.
- Adostrar **hábitos e comportamentos promotores da saúde**:
 - Praticar exercício físico;
 - Seguir uma dieta equilibrada;
 - Utilizar estratégias adequadas para lidar com o stress.

Para além da prevenção primária, é fundamental ter em conta a prevenção secundária uma vez que permite, segundo Davis (1997), identificar grupos de alto risco e grupos com cancro em fases iniciais.

7.2.2. Prevenção Secundária na Doença Oncológica

Deste modo, o autor salienta a importância da adopção de um conjunto de procedimentos, tais como:

- **Recolha de informação básica** sobre o indivíduo (idade, sexo, raça, data e local de nascimento, profissão, pessoas mais próximas, existência de seguro de saúde, entre outros).
- **Motivos da procura para a avaliação;**
- **Conhecimento do estado de saúde** prévio do paciente;
- **Existência de alergias;**
- **Estado de saúde actual;**
- **História médica familiar;**
- **Revisão dos sistemas:**
 - Neurológico (existência de cefaleias, convulsões, vertigens, distúrbios visuais ou défices cognitivos sensório-motores);
 - Endócrino (existência de sudorese, taquicardia, palpitações, rubor);
 - Hematológico (existência de equimoses, petéquias, púrpura, sangramentos prolongados);
 - Linfático (presença de linfadenopatias);
 - Músculoesquelético (existência de dores, rigidez, limitação de movimentos);
 - Respiratório (tosse, dor, dispneia, dificuldades de respirar);
 - Cardíaco (hipertensão, dispneia, ortopneia, dor no peito);
 - Gastrointestinal (apetite, dor, náusea, vômito, alterações nos hábitos intestinais);
 - Ginecológico (corrimentos, sangramento anormal, dor, aumento de circunferência abdominal, tumefacções);

- Urinário (hematúria, mudança de hábitos urinários).

- **Exame físico específico por regiões:**
 - **Pele:** a) exames de inspecção a áreas de exposição ao sol sendo que, é importante ter em conta relatos dos pacientes relativamente a sensações, mudanças de cor, tamanho ou sangramentos e b) testes de detecção de cancro (biópsias e histologia de lesões suspeitas);
 - **Mama:** a) inspecção de nódulos infraclaviculares, supraclaviculares e axilares e b) testes de detecção de cancro (mamografias, ultrasonografias, biópsias);
 - **Órgãos genitais femininos:** a) observação de massas, assimetrias e lesões, b) palpação externa (sensibilidade dolorosa, forma dos ovários, útero, região abdominal inferior), c) exame pélvico e rectal (observação da integridade e da cor da mucosa, lesões e sangramentos, secreções, constrições, nódulos e massas) e d) testes de detecção de cancro (biópsia, excisão ou conização de áreas com características anormais, exame de Papanicolau cervicovaginal, colposcopia).
 - **Órgãos genitais masculinos:** a) observação de massas, assimetrias, lesões ou nódulos cutâneos, b) palpação externa (observação de áreas sensíveis, consistência, delineamentos, forma do escroto, conteúdo escrotal (testículos, epidídimos), linfonodos inguinais, c) exame físico rectal à glândula prostática (observação de massas, sensibilidade dolorosa, nódulos, tamanho, textura e firmeza) e ao recto (observação de massas, constrições e endurecimento) e d) testes de detecção de cancro (biópsia do tecido prostático suspeito).
 - **Cavidade oral:** a) observação da integridade e cor das membranas mucosas e da língua), b) exame oral (observação de cor, possíveis lesões, massas e endurecimentos) e c) testes de detecção de cancro (confirmação histológica por biópsia de lesões suspeitas).

Ao nível da prevenção secundária, o enfermeiro deve planear a sua prestação de cuidados, conforme refere Davis (1997) pela:

- Utilização de dados recolhidos para **identificação de subpopulações de risco**;
- **Avaliação da estimativa de riscos individuais**, procedendo à orientação imediata dos indivíduos;
- **Comunicação a serviços competentes dos factores de risco** identificados na avaliação dos indivíduos;
- **Ensino do auto-exame** (mama, testículo, pele, cavidade oral e pescoço);
- **Actividades de sensibilização** para a comunidade.

Além de desempenhar funções ao nível da prevenção da doença oncológica, o enfermeiro também apresenta um importante papel no tratamento da mesma. Segundo Otto (2000), o papel do enfermeiro é fundamental nos tratamentos por cirurgia, quimioterapia e radioterapia, cujas competências iremos passar a abordar.

7.2.3. Enfermagem e tratamento por cirurgia

No tratamento da doença oncológica por cirurgia é necessário, de acordo com Pfeifer (2000), o enfermeiro ter em conta um conjunto de necessidades físicas e psicológicas.

De acordo com Black e Matassarini (1993) *as cited in* Pfeifer (2000) todas as necessidades imediatamente verificadas no período após a cirurgia são do foro físico. Desde o momento em que os pacientes vêm terminada a cirurgia e regressam ao seu local de repouso, torna-se imprescindível desenvolver um conjunto de procedimentos no sentido de evitar complicações e zelar pelas funções vitais dos pacientes. Deste modo, é essencial ter em atenção à manutenção dos fluidos e o equilíbrio electrolítico, assim como o descanso e o conforto, a assépsia, a cicatrização da lesão, e o controlo dos movimentos dos pacientes.

Assim, Pfeifer (2000), refere que o enfermeiro deve, numa fase pré-cirúrgica, adoptar o conjunto seguinte de procedimentos para com os seus pacientes:

- Fornecer informações relativas
 - À cirurgia a realizar;
 - Às actividades pré-operatórias e à sua finalidade;
 - Às reacções comuns dos pacientes após a cirurgia e a sua justificação;
 - Às técnicas e manobras a adoptar (como voltar-se, tossir e respirar fundo, imobilização incisional, programas de exercícios de mobilização ou a espirometria...);
 - Tipos de equipamento a ser utilizado antes e após a cirurgia;
 - Plano de cuidados e razões para os procedimentos;
 - Cuidados antecipados, equipamento e experiências relacionadas com a cirurgia;
 - Estratégias e cuidados pessoais a adoptar para a prevenção e redução de complicações da cirurgia.

Pfeifer (2000) apresenta também um conjunto de procedimentos a ter em conta pelos profissionais de enfermagem após a cirurgia, tais como:

- Informação aos pacientes sobre:
 - Auto-cuidados a ter após a cirurgia;
 - Efeitos do abandono antecipado de medicamentos;
 - Fontes adicionais de informação sobre o cancro e o seu tratamento;
 - Como contactar grupos de apoio à doença;
 - Recursos úteis no tratamento da doença como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, clínicas de ostomia em regime ambulatorio, dispositivos protésicos, clínicas de cuidados domiciliários;
 - Utilização adequada de dispositivos de suporte, próteses e ortóteses;
 - Controlo e manuseamento das lesões;

- Sintomas a ter em atenção como a febre, dor, vómitos, diarreia e hemorragias;
 - Onde adquirir suplementos médicos;
 - Cuidados possíveis de *follow-up*.
- Contribuir para o retorno progressivo dos pacientes às suas actividades (apoio na readaptação ao emprego, às rotinas quotidianas, no reinício da sua actividade sexual).

Além das necessidades físicas detectadas nos pacientes após a cirurgia, Pfeifer (2000) enfatiza também as alterações psicológicas. Conforme Howland (1987) e Snyder (1986) as cited in Pfeifer (2000) os pacientes podem experimentar um conflito entre a sua imagem corporal e o modo como o visualizam. À medida que se vão consciencializando de que têm cancro, os pacientes também vão desenvolvendo sintomas de depressão, sofrimento e desespero. Os familiares tendem a associar frequentemente todos os cancros à morte, muitas vezes por falta de informação e conhecimento sobre a doença. Assim, o papel do enfermeiro é fundamental no sentido de verificar quais os conhecimentos existentes e o grau e tipo de apoio proporcionados pelos familiares. Deste modo, o enfermeiro deve apoiar os familiares na tomada de decisões e nos procedimentos a adoptar com o paciente (Howland, 1987, as cited in Pfeifer, 2000).

Deste modo Pfeifer (2000) afirma que quando a família não coopera eficazmente durante o período da cirurgia, o enfermeiro deverá adoptar um conjunto de intervenções como:

- Solicitar a expressão e partilha de sentimentos;
- Orientar os familiares a auxiliar o paciente a enfrentar reacções emocionais negativas verificadas ao longo do diagnóstico, prognóstico e tratamento da doença;

Nos casos em que se verifique, por parte dos pacientes, uma falta de cooperação e adesão ao tratamento devido ao diagnóstico do cancro e a potenciais alterações do estilo de vida, o enfermeiro deve:

- Proporcionar oportunidades para o doente manifestar as suas emoções e sentimentos decorrentes do diagnóstico e respectivo prognóstico;
- Apoiar os pacientes na adaptação ou realização das suas actividades e formas de relacionamento;

Ainda segundo Pfeifer (2000), quando no tratamento por cirurgia ocorrem alterações ao nível da imagem corporal do paciente (remoção de parte do corpo), o enfermeiro deve:

- Motivar os pacientes para partilharem sentimentos e preocupações com a sua família e com profissionais da equipa de saúde responsáveis pelo seu tratamento;
- Apoiar os pacientes na identificação e expressão de sentimentos sobre a parte perdida do seu corpo, assim como estratégias terapêuticas para lidar com os mesmos;
- Promover a aceitação realista, positiva e adequada da sua imagem corporal.

7.2.4. Enfermagem e tratamento por radioterapia

No tratamento por radioterapia o enfermeiro também parece ter um importante papel, uma vez que, de acordo com Hinderley (1980), a radioterapia pode parecer assustadora e provocar sentimentos de apreensão entre os pacientes, estando deste modo o enfermeiro numa posição privilegiada para o seu apoio. De acordo com Woodtli (1991), estes cuidados são realizados através da avaliação, controlo de sintomas e educação aos pacientes sobre aspectos relacionados com a radioterapia. Estas intervenções podem reduzir a ansiedade e as emoções negativas verificadas durante o tratamento, assim como, diminuir a quantidade de interrupções muitas vezes verificadas nas actividades normais dos pacientes (Johnson, 1988).

O enfermeiro deve, conforme Iwamoto (2000), nos casos de tratamento por radioterapia de feixe externo:

- Apoiar e aconselhar os pacientes e respectivas famílias;
- Avaliar especificamente as suas preocupações e expectativas relativas a radioterapia;

- Fornecer informações concretas e objectivas em relação à descrição das sensações físicas comumente vivenciadas, assim como dos ambientes circundantes e tempo previsto para a intervenção;
- Educar os pacientes sobre a terapia e os seus efeitos secundários (o que acontece e porquê; quando ocorrem; quanto tempo duram) assim como o que deverá fazer para lidar com os mesmos (cuidados a ter com a pele, nutrição e conservação da energia);
- Informar sobre os cuidados de *follow-up* a adoptar (adesão e recomendações para uma vida saudável);
- Reforçar a importância da interacção com os outros profissionais da equipa de saúde responsável.

Ao nível da radioterapia interna de fontes seladas e não seladas, Iwamoto (2000), refere que o enfermeiro intervém da seguinte forma:

- Informa os pacientes e as suas famílias sobre o uso da radioterapia interna;
- Prepara o paciente antes da terapia;
- Fornece informações relativas aos procedimentos que envolvem a terapia;
- Impõe restrições nas visitas, não permitindo, por exemplo, visitas de mulheres grávidas;
- Procede ao isolamento temporário do paciente que deverá ficar no quarto com cuidados de enfermagem. No caso de doentes com fonte radioactiva não selada deverá informar o paciente sobre a necessidade de lavar a sanita 2 a 3 vezes no caso de utilizar a casa de banho;
- Recomendar actividades de diversão de modo a abstrair-se e relaxar relativamente ao tratamento;
- Aquando da alta hospitalar informar os pacientes e famílias sobre cuidados de monitorização a ter em conta como fadiga, implantes pélvicos, diarreia, sintomas urinários como infecções urinárias e nos casos das mulheres dilatação vaginal durante um ano após o tratamento cerca de três vezes por semana.

Assim, podemos concluir de acordo com Bruner (1990) que o enfermeiro deverá proporcionar um conjunto de cuidados aos doentes em tratamento assim como às suas famílias. Estes cuidados devem ser realizados sempre em parceria com uma equipa de radioterapia oncológica, procurando avaliar, planejar e intervir no sentido de minimizar ou aliviar os efeitos secundários da radioterapia. Trabalhando em parceria com outros enfermeiros no hospital deverá assim procurar afincadamente melhorar a qualidade de vida do doente através do seu tratamento e reabilitação.

7.2.5. Enfermagem e tratamento por Quimioterapia

De acordo com Langhorne (2000), ao nível da Quimioterapia, o enfermeiro tem como principal função preparar e administrar as drogas quimioterapêuticas prescritas, assim como, intervir em casos de efeitos secundários derivados das mesmas. Assim, no que se refere a preparação da droga, o enfermeiro, de acordo com Brown e Mudholand (1992), Dison (1992) e McCrafe e Engelking (1990) – *as cited in* Langhorne (2000), deve calcular a dose em parceria com outro enfermeiro de modo a assegurar a exactidão da mesma, sendo que a dosagem da droga está dependente da área da superfície corporal dos indivíduos. Por vezes, os mesmos participam no processo de reconstituição das drogas quimioterapêuticas utilizando a técnica asséptica de acordo com as recomendações dos responsáveis farmacêuticos e dos fornecedores. O enfermeiro deve também selar todas as seringas com o nome da droga a administrar, uma vez que após a reconstituição muitos agentes quimioterapêuticos são incolores e não se distinguem adequadamente (Finley, 1992).

Relativamente à administração deste tipo de drogas, o enfermeiro deverá ter em conta os seguintes procedimentos (Langhorne, 2000):

- Usar equipamentos protectores como luvas, gorros e óculos;
- Fornecer informações aos pacientes relativamente à ausência de perigo pela administração das drogas para as células normais e sobre as medidas de protecção a adoptar para minimizar a sua exposição às drogas;
- Administração das drogas num local seguro e calmo;

- Colocar uma compressa absorvente no tubo durante a administração para absorver possíveis fugas do líquido;
- Não possuir suplementos ou qualquer outro tipo de drogas nas áreas de cuidados ao doente.

Langhorne (2000) afirma também que este tipo de drogas podem ser administradas por diferentes vias, devendo o enfermeiro considerar alguns aspectos durante a sua administração:

- **Via oral:** deve ser enfatizada a colaboração do paciente com a escala medicamentosa prescrita. Por exemplo, planos com potencial emético, a tomar juntamente com drogas que necessitam de constante hidratação, deverão ser tomadas de manhã.
- **Via subcutânea e intramuscular:** é importante neste caso demonstrar desgosto no caso dos pacientes que se auto-injectam e assegurar a rotação dos locais de injeção para cada dose.
- **Administração tópica:** o enfermeiro deve cobrir a área superficial com uma camada fina da droga, sendo necessário o paciente utilizar roupa de algodão. Deve também usar luvas e lavar cuidadosamente as mãos em cada procedimento. Deve também alertar os pacientes para não tocar o unguento.
- **Via intraarterial:** É necessário inserir um catéter numa artéria próxima do tumor, tendo em conta a pressão arterial verificada na administração da droga numa solução heparinizada por uma bomba infusora. O enfermeiro deve também avaliar a infusão, proceder ao controlo dos sinais vitais, e a probabilidade de hemorragia do local, instruindo também os doentes e respectivas famílias em relação aos cuidados a ter com o catéter e com as bombas infusoras nos casos em que a quimioterapia é realizada no domicílio.
- **Via intracavitária:** a droga deve ser injectada na bexiga através de um catéter ou sonda torácica para a cavidade pleural, sendo muito importante seguir a dose de pré-medicação prescrita de modo a diminuir possíveis irritações locais;
- **Via intraperitoneal:** a droga é administrada na cavidade abdominal por uma porta implantada ou através de um catéter suprapúbico externo. Deve-se

monitorizar os pacientes ao nível das pressões abdominais, dor, febre e equilíbrio electrolítico antes da infusão, medindo também o perímetro abdominal;

- **Via intratecal:** o enfermeiro deve, neste caso, reconstituir as medicações intratecais através de uma solução salina sem conservação ou água esterilizada. A droga deverá ser aplicada no paciente por um reservatório *ommay* ou bomba implantada se existirem e/ou através de punção lombar. A medicação nesta via deve ser aplicada lentamente, e no caso das drogas injectadas, se forem em altas doses deve ser avaliado anteriormente o potencial dos pacientes para desenvolver neurotoxicidade. É importante referir que apenas os médicos especialistas podem aplicar a medicação utilizando o reservatório *ommay* ou por punção lombar.
- **Via Intravenosa:** neste caso a medicação é administrada através de um catéter venoso central.

Langhorne (2000) refere ainda um conjunto de procedimentos essenciais a adoptar pelos profissionais de enfermagem durante o tratamento por quimioterapia baseados nos efeitos secundários provocados, que passaremos a abordar de seguida.

- **Sofrimento e dor:** o enfermeiro deve identificar a localização, intensidade e duração da dor, informando aos pacientes sobre a necessidade de tomar a medicação analgésica, sobre os efeitos secundários da mesma, estratégias de repouso que incluem relaxamento e música, exercício progressivo distração e visualização de conteúdos positivos e agradáveis;
- **Perda de cabelo:** neste caso é importante informar os pacientes sobre esta questão, aconselhando a utilização de uma peruca ou um lenço envolvente, evitar uso de secadores, ferros para encaracolar o cabelo, bem como evitar queimaduras solares graves durante o verão e no inverno frio excessivo;
- **Anorexia:** proceder a uma avaliação da história dietética, dosear a transferrina no soro e a perda do peso, solicitando ao paciente que coma acompanhado num ambiente agradável e confortável, que ingira líquidos antes das refeições, que realize refeições curtas mas frequentes durante o dia evitando líquidos nas

mesmas, procure comer alimentos ricos em proteínas (ovos, leite, atum, feijão) e proceder a monitorização semanal do peso;

- **Obstipação:** identificar qual o funcionamento normal do intestino e avisar para o paciente não conter a evacuação intestinal. O enfermeiro deve também solicitar aos pacientes que aumentem o consumo de alimentos ricos em fibras, a ingestão de líquidos, seguir a medicação prescrita para amolecer as fezes;
- **Cistite:** proceder à observação da cor da urina, assim como, à quantidade e frequência da eliminação, alertando o doente, por exemplo, para tomar ciclofasmida oral de manhã;
- **Depressão:** nestes problemas o enfermeiro deverá avaliar as alterações de humor, solicitando aos doentes que procurem diariamente objectivos fáceis, estimular a sua participação em actividades agradáveis e partilhar sentimentos e preocupações;
- **Diarreia:** avaliar os fluidos do soro e electrólitos (cor, frequência consistências das fezes emitidas). Deve pedir aos pacientes que não consumam alimentos pesados, gorduras e condimentados, nem leite demasiado fervido, cafeína e bebidas alcoólicas. Os pacientes devem adoptar uma dieta simples, aumentando o consumo de líquidos, registando o número e a consistência dos movimentos intestinais diários. Deverá seguir a escala medicamentosa prescrita pelos médicos se o problema se verificar mais que um dia e lavar a área rectal cuidadosamente após a eliminação;
- **Fadiga:** as causas possíveis para o seu aparecimento devem ser avaliadas, tais como a depressão, anemia, dor crónica, stress, falta de descanso e baixo consumo nutricional, devendo o enfermeiro aconselhar os pacientes a planear de modo gradual as suas actividades, estilo de vida e controlarem o consumo dietético e de líquidos diariamente;
- **Leucopenia:** analisar os leucócitos e alterar equipamento diverso, como o oxigénio, dentaduras, utensílios TV e recomendar cuidados sexuais. São ainda solicitados aos pacientes os seguintes cuidados básicos: evitar fontes de infecção, contacto com pessoas com dores de garganta, gripe, feridas ou recentemente vacinadas com vacinas vivas como por exemplo o tétano ou a

difteria; evitar comer vegetais crus, frutas e ovos; manter uma boa higiene pessoal (banho, lavar as mãos antes de comer, após a defecção); Descansar suficientemente e praticar exercício físico adequado e regular; prevenir lesões na pele e nas membranas mucosas, evitar tratamentos dentários, enemas supositórios rectais ou termómetros e catéteres. Por fim é importante nestas situações os doentes comunicarem ao médico responsável sintomas de infecção como por exemplo febres superiores a 38° C, tosse, garganta inflamada, arrepios, micções dolorosas frequentes e descarga vaginal no casos das mulheres.

- **Trombocitopenia:** ao nível deste problema o enfermeiro deverá proceder à contagem de plaquetas e controlar as hemorragias através da pressão firme no local da venipunção, monitorizar a menstruação em raparigas ou mulheres, procurando também controlar o ambiente envolvente. Deve também recomendar aos pacientes: evitar usar lâminas, máquinas eléctricas e realizar actividades físicas que possam provocar lesões; evitar usar drogas antiagregantes; deve proceder a humedificação do ar, usar loções e lubrificantes para a pele e lábios, e usar escovas de dentes macias; não administrar injeções intramusculares, realizar exames rectais ou vaginais, evitar enemas, supositórios ou termómetros via rectal; andar sempre calçado e comunicar rapidamente ao médico sempre que detecte sinais ou sintomas de hemorragias nas gengivas, maior prurido, petéquias, vermelhidão, hipermonorreia, melenas, sangue na urina e emese acastanhada e também consulta-lo antes de proceder a alguma intervenção dentária;
- **Anemia:** o enfermeiro perante este problema deve proceder à monitorização do hematócrito e do valor da hemoglobina, sendo que aos pacientes deve solicitar que ajustem a sua actividade física e os períodos de descanso, assim como comunicar ao médico sintomas de fadiga, tonturas, bradipneia e palpitações;
- **Mucosite rectal:** neste caso deve-se informar os pacientes sobre a necessidade de comunicarem ao médico possíveis perdas de peso, comer alimentos pobres em resíduos e de fácil digestão, aumentar o consumo de líquidos para substituição de perdas de fluidos, adoptar rigorosamente a prescrição médica e lavar a área rectal com sabão e água após cada movimento intestinal. Para além

disso, os enfermeiros devem identificar desequilíbrios e controlar a contagem de granulócitos, o número, consistência e quantidade de movimentos intestinais e eliminação de urina e também proceder a análise de hemorragias rectais;

- **Mucose vaginal:** é solicitado aos pacientes que comuniquem todas as dores, ulcerações ou hemorragias no revestimento das membranas da mucosa do períneo e vagina. É aconselhado também o banho com água salgada quente para aliviar o prurido vaginal e o odor. Deve-se também evitar substâncias comerciais, como tampões e pensos vaginais ou outros que apresentem na sua constituição desodorizantes;
- **Náuseas e vômitos:** os enfermeiros devem pré-mediar os seus pacientes com anti-eméticos antes das náuseas terem início, aconselhar os mesmos a adoptarem actividades de diversão (e.g. musicoterapia e relaxamento) e também são recomendadas estratégias de revogação como beber água calmamente;
- **Alterações na pele:** Aconselha-se aos pacientes a utilização de uma boa higiene pessoal, o uso de preparações tópicas para diminuir o prurido (e.g. cremes ou loções com vitaminas A, D ou E), não usar perfume ou loções perfumadas, evitando também a utilização de roupas justas ou tecidos como lã ou bombazina;
- **Estomatite oral:** os pacientes são aconselhados a escovar os dentes com regularidade utilizando contudo sempre escovas de dentes macias, a evitar irritantes na boca, como tabaco, bebidas alcoólicas, especiarias e líquidos comerciais), a não usar dentaduras até a cicatrização das ulcerações, a manter um bom estado nutricional pela ingestão de alimentos macios ou líquidos ricos em proteínas e adicionar molhos ou outros condimentos aos alimentos para os amolecer; adoptar adequadamente a prescrição medicamentosa recomendada pelo médico e comunicar sintomas como manchas brancas na língua, garganta ou gengivas.

Além das complicações acima referidas também surgem situações de toxicidade, nas quais o enfermeiro também desempenha determinadas funções, as quais passamos, de acordo com Langhorne (2000), a abordar:

- **Toxicidade cardíaca:** o enfermeiro deve analisar esta possibilidade antes da administração de qualquer tipo de droga quimioterapêutica, conhecer o funcionamento cardíaco dos pacientes através de informações de electrocardiogramas, análises das enzimas cardíacas e fracção de ejeção, proceder à monitorização do estado cardíaco, comunicar sintomas cardíacos (taquicardias, bradipneia, turgescência jugular, ritmo cardíaco galopante e edema do tornozelo) e registar o total cumulativo de dose de droga no diário clínico do doente;
- **Toxicidade hepática:** proceder à monitorização das análises das funções hepáticas e comunicar aos médicos sinais de icterícia, sensibilidade no fígado, alterações na urina e na cor das fezes;
- **Reacções de hipersensibilidade:** É necessário nestes casos o enfermeiro fazer uma revisão da história das alergias do doente, analisar os sintomas de hipersensibilidade e anafilaxia como agitação, urticária, erupção cutânea, arrepios, cianose, espasmos brônquicos, câibras abdominais e hipotensão, avisar o doente para comunicar sintomas subjectivos assim que os sinta, assegurar que os equipamentos médicos adequados estejam acessíveis e em boas condições, assim como as drogas necessárias à intervenção, testar as drogas antes da sua administração, assim como monitorizar sinais vitais e observar possíveis reacções alérgicas. Em caso de respostas alérgicas deverá interromper de imediato a administração da droga e comunicar ao médico o ocorrido;
- **Hipercalcemia:** Proceder ao controlo do cálcio no soro, observar possíveis anorexia, obstipação, náuseas, vómitos, poliúria e alterações no estado mental;
- **Hiperglicemia:** Monitorizar os níveis de glicose no soro e na urina, e identificar sintomas de sede, fome, glicosúria e perda de peso;
- **Hipercalemia:** Controlar os níveis de potássio no soro e proceder à identificação de sintomas de confusão, queixas de entorpecimento e tremuras, fraqueza e arritmias cardíacas;

- **Hipernatrémia:** proceder à monitorização dos níveis de sódio no soro e perda de peso, e reconhecer sintomas de sede, membranas mucosas secas, turgescência da pele, pulsação rápida e filiforme, desassossego e letargia;
- **Hiperuricémia:** Monitorizar os níveis de ácido úrico no soro e na urina, assim como os consumos e eliminações diárias, iniciar a terapêutica medicamentosa para inibir a formação de ácido úrico, previamente a administração das drogas quimioterapêuticas, proceder à hidratação do paciente, comunicar sintomas de arrepios, dor, febres e menores eliminações urinárias;
- **Hipocalcémia:** verificar e controlar os níveis de cálcio no soro e observar sintomas de câibras musculares, entorpecimento das extremidades, depressão e tetania;
- **Hipomagnesémia:** a este nível o enfermeiro deve monitorizar os níveis de magnésio existentes no soro, observar sintomas de alteração na personalidade, anorexia, vômitos, letargia, fraqueza e tetania;
- **Hiponatrémia:** monitorização dos níveis de sódio no soro, observar sintomas como ralas na respiração (roncos), turgescência jugular, aumento de peso, edema do sacro ou da extremidade inferior e alterações constantes no estado mental;
- **Neurotoxicidade:** verificar e registar sintomas de fraqueza e entorpecimento das mãos, braços e pés, rouquidão, dores nos maxilares, alucinações, depressão mental, diminuição ou inexistência de reflexos profundos dos tendões, pés caídos, obstipação grave e paralisia intestinal;
- **Ototoxicidade:** fazer análises com o audiograma e ver a orientação do mesmo, e monitorizar e registar sintomas de zumbidos, perda de audição e vertigens.
- **Toxicidade pulmonar:** a acção do enfermeiro a este nível consiste na verificação e monitorização do estado da função respiratória e comunicação ao médico sintomas de dispneia, tosse seca, crepitações, taquipneia e febre;
- **Toxicidade no sistema renal:** proceder a avaliação da *clearance* da creatina vinte e quatro horas antes de iniciar o tratamento, verificar o funcionamento dos rins, encorajar os pacientes ao consumo adequado de líquidos antes e após a

terapêutica, monitorizar possíveis modificações nos consumos alimentares, eliminação e peso, comunicar reduções ao nível da eliminação ao médico;

- **Disfunções no sistema reprodutor:** o enfermeiro deve analisar a natureza e a frequência da disfunção sexual, aconselhar os pacientes sobre como evitar a gravidez e sobre bancos de esperma antes da administração das drogas quimioterapêuticas, bem como fornecer informações sobre contraceptivos. Deve também recomendar práticas de contraceção durante dois anos após o término do tratamento de modo a permitir a avaliação da resposta da doença evitando possíveis efeitos teratogénicos das drogas e, nos homens, permitir a recuperação da espermatogénese. Outra questão importante a abordar com os pacientes é sobre a possibilidade de infertilidade temporária ou permanente. Nas mulheres é preciso ter em conta sintomas como amenorreia, calores, insónia, dispareunia e secreta vaginal, sendo a administração de estrogénio útil no controlo destes sintomas.

Após a descrição das principais funções dos profissionais de enfermagem aquando do tratamento da doença oncológica, passaremos agora a abordar o seu papel em termos de suporte emocional e social aos pacientes e respectivas famílias.

7.3. O papel do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos e no apoio emocional e social a pacientes e famílias

De acordo com o postulado no ano de 2002 pela Organização mundial de saúde, os cuidados paliativos definem-se como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e conseqüentemente das suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave com prognóstico limitado. Esta deverá ocorrer através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também dos psicossociais e espirituais. Os cuidados paliativos são assim prestados de forma multidimensional e sistemática por uma equipa multidisciplinar, cuja prática e método

de tomada de decisões são baseados na ética clínica (Galriça Neto, 2003 *as cited in* ANCP, 2006).

De acordo com o mesmo autor, estes cuidados poderão ser entendidos como cuidados activos e interdisciplinares dos quais fazem parte a comunicação adequada, o controlo dos sintomas e o apoio à família. Para além dos doentes oncológicos, outros grupos de doentes beneficiam destes cuidados, uma vez que estes são prestados de acordo com as necessidades dos doentes e das famílias e não unicamente de acordo com os diagnósticos.

O objectivo principal destes cuidados é, conforme referem Pimenta, Mota e Cruz (2006), assegurar a melhor qualidade de vida possível aos pacientes e a sua família. Os seus componentes essenciais são o alívio dos sinais e sintomas e o apoio psicológico, espiritual, emocional e social durante todo o acompanhamento ao paciente e seus familiares, mesmo após sua morte.

Temos então de acordo com a OMS e com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (DGS, 2004) os princípios dos cuidados paliativos:

- A unidade receptora dos cuidados é sempre o doente e a sua família não devendo deste modo serem tratados isoladamente;
- Reforçar a importância da vida, encarando contudo a morte como um processo natural;
- Considerar a doença como uma causa de sofrimento a diminuir;
- Reforçar a importância do paciente independentemente da sua condição mesmo estado terminal;
- Reconhecer e aceitar os valores e prioridades específicos a cada doente;
- Consideram o sofrimento e o medo perante a morte como realidades humanas que podem ser técnica e humanamente apoiadas;
- Entender que a fase final da vida pode permitir momentos de reconciliação e de crescimento pessoal;

- Assentam na concepção central de que não se pode decidir a vida do ser humano, não antecipando nem atrasado a morte, rejeitando aspectos como a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica;
- Abordam de um ponto de vista holístico e integral o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente;
- Incidem no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor técnico e científico;
- Centram-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim;
- São de carácter facultativo, sendo prestados apenas mediante aceitação do doente e família;
- Respeitam as opções dos doentes em relação ao local onde desejam viver e ser acompanhado no final da vida;
- Baseiam-se essencialmente na diferenciação e na interdisciplinaridade.

Para Poles e Bousse (2006), *as cited in* Costa et al (2008), os cuidados paliativos poderão ser encarados como todo o tipo de cuidados prestados no fim da vida do paciente, essencialmente em hospitais. São comumente relacionados com o cuidado da dor. Os profissionais de saúde possuem formação especializada para este tipo de situações, sendo que o enfermeiro adquire mecanismos psicológicos de defesa frente ao paciente no seu fim de vida.

Na perspectiva de Nóvoa *as cited in* Canário (1999), a formação de enfermeiros em cuidados paliativos vai de encontro à criação de meios, colocação de um repertório de possibilidades, de competências profissionais que os ajudem a compreender melhor o seu trabalho e a reflectir sobre os seus percursos pessoais e sociais, aquisição de novos conhecimentos e sistematização de informação.

De acordo com informações da direcção Geral de Saúde, a associação Europeia de Cuidados Paliativos estipulou a partir de 1997 o estabelecimento de recomendações

para a formação e treino de enfermeiros em cuidados paliativos. O Conselho da Europa (1999) declarou que “a obrigação de respeitar e preservar a dignidade da pessoa com doença terminal ou em agonia deriva da inviolabilidade da dignidade humana em todos os estádios da vida. Este respeito e protecção encontram a sua expressão na criação de um adequado ambiente que proporcione ao doente morrer com dignidade” (ANCP, 2006).

O Programa Nacional de Cuidados Paliativos reconhece que a complexidade das situações clínicas, a variedade das patologias, o manuseamento de um conjunto de mecanismos terapêuticos e a gestão de um sofrimento intenso necessitam de uma preparação sólida e diferenciada, que deve envolver quer a formação pré-graduada, quer a formação pós-graduada dos profissionais que são requisitados para a prática deste tipo de cuidados, exigindo preparação técnica, formação teórica e experiência prática efectiva (DGS, 2004).

O enfermeiro tem um papel imprescindível no apoio à família, função esta que deverá ser de cuidado e atenção e num ambiente de tranquilidade. Apesar de lidarem diariamente com a morte, os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros apresentam por vezes alguma dificuldade em lidar com esta questão. Relativamente ao doente, a principal função do enfermeiro é a recuperação do mesmo, sendo que a morte é normalmente entendida como uma falha ou fracasso (Poles & Bousse, 2006, *as cited in* Costa et al. 2008).

Os enfermeiros deparam-se frequentemente com um processo de socialização que se manifesta pela produção de ideias e rituais sobre a morte, sobretudo naqueles que intervêm em cuidados paliativos (Canclini, 2006).

Menezes (2004) entende o processo da morte como um fenómeno da vida social, pode ser encarado de diversas formas, sempre de acordo com um conjunto de significados adquiridos pela experiência, que sofrem variações segundo o momento histórico e os contextos socioculturais.

A morte não é assim apenas uma questão biológica, sendo também um processo construído socialmente, sendo que morrer não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais, uma vez que em cada momento histórico, verifica-se a produção de práticas e de representações significativas (Menezes, 2004). Deste modo

para este autor este processo, que perpassa a enfermagem, em todas as suas estruturas e finalidades, tanto ao nível dos cuidados paliativos, como na assistência activa e integral, confronta a visão fragmentária da medicina (que actua apenas contra a doença e o órgão afectado) com a qualidade do viver.

Silva (2005) menciona que a doença oncológica é geralmente entendida como um processo irreversível e cheio de significados para o paciente e para os profissionais de saúde que o acompanham, significados estes que se desenvolvem a partir de vivências socioculturais, mitos, medos e incertezas formadas desde o momento em que se dá a possibilidade, mesmo que remota, do seu diagnóstico. Uma vez que é uma patologia que se reveste de incógnitas, leva a previsões futuras as quais se constituem de uma infinidade de sofrimentos, visitas frequentes a hospitais, desamparo que irão produzir aos seus familiares mais próximos, paralisação das suas actividades profissionais assim como a dos seus familiares, e de todas as emoções associadas ao diagnóstico de uma doença oncológica, como a angústia, o desespero e o extremo negativismo, predominando sempre o medo e o descontrolo emocional desencadeados pelo facto de o paciente ter um intenso impacto e sensação de morte iminente (Silva, 2005). Assim, e de acordo com D’Asumção (1998) a morte, apesar de ser inevitável, não é uma questão fácil de ser discutida, uma vez que é muitas vezes é simbolizada pelo medo e pela não-aceitação.

Tanto para os pacientes oncológicos, como para os que não têm esta patologia, o estigma da morte relacionada ao cancro encontra-se com frequência na mentalidade das pessoas, originando pavor e medo, uma vez que o homem raramente encara com naturalidade o fim da vida. A ameaça de certa doença, como o caso da doença oncológica demonstra um receio intenso, tanto por parte do paciente como por parte dos seus familiares, em lidar com a morte, receio este que está associado ao instinto de sobrevivência humana. Magalhães, Santos e Caldeira (1995) referem que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que lidam diariamente com este cenário de diversidade em relação à morte, vivem em constante desafio, uma vez que diariamente «lutam contra a morte e pela vida, assumindo a responsabilidade de salvar, curar ou aliviar, de modo a cumprir os objectivos propostos de preservação da vida.

Em momentos mais complicados, os profissionais de saúde mais próximos dos doentes oncológicos são os enfermeiros, são quem o paciente e a família procuram quando

necessitam de esclarecimentos médicos, ou de cuidados imediatos. Estes profissionais têm de saber lidar com o sofrimento, a angústia e os temores que podem surgir em diversas situações que envolvem esse cuidar (Machado & Leite, 2006).

Andrade, Lopes e Silva (2007) afirma que numa unidade de cuidados paliativos, o enfermeiro que intervém junto do paciente com cancro necessita saber orientar tanto o paciente quanto sua família sobre os cuidados a serem realizados. Para isso é preciso que o enfermeiro tenha formação em educação para a saúde, de forma a agir e comunicar de uma forma clara e objectiva, e que seja prático nas suas acções, com o intuito de visar sempre o bem-estar dos seus clientes, e aumentar a qualidade de vida dos mesmos

Para Pedro e Funghetto (2005) *as cited in* Avanci, Carolindo, Goes e Netto, (2009) a importância da relação entre os profissionais de enfermagem, o paciente e a família, no processo de prestação de cuidados, está associado à comunicação de notícias e à forma como estas são transmitidas, à clareza com que é passada a informação e à abertura que é dada ao paciente e à família para que possam conversar sobre o seu sofrimento e sobre as suas dúvidas. O enfermeiro desempenha assim um papel fundamental na ajuda/ao doente oncológico, para que o mesmo possa enfrentar os seus problemas de forma activa e realista, podendo, se possível, encontrar soluções para eles. Na óptica do mesmo autor, os cuidados paliativos são um conjunto de acções que possibilitam uma abordagem holística do paciente com doença crónica e incurável; que podem ser realizadas em contexto hospitalar ou sobre assistência domiciliária, apoiando desta forma os familiares nos cuidados ao paciente durante o processo de adoecimento e morte.

No seguimento da mesma ideia, Guedes, Sardo e Borenstein (2007) mencionam que os cuidados paliativos são cuidados activos e globais aos pacientes e também às suas famílias, desenvolvidos e praticados por uma equipa multidisciplinar numa fase da doença em que o paciente já não responde aos tratamentos curativos. A grande finalidade proposta pelos cuidados paliativos é aumentar a qualidade de vida, dando-se especial ênfase aos cuidados emocionais, psicológicos e espirituais, e não unicamente aos cuidados técnicos e invasivos que, na maior parte das vezes, apenas trazem maior sofrimento para a pessoa e para a sua família.

De acordo com um código de ética, a prestação de cuidados a doentes oncológicos exige da presença do enfermeiro, zelo e cuidados especiais através de um olhar direccionado e atento para a doença. Na relação estabelecida entre paciente e profissional de saúde é primordial o saber ouvir, saber esclarecer e acompanhar decisões, favorecendo deste modo um tratamento de qualidade, conforme nos referem Trindade, Azambuja, Andrade e Garrafa (2007). Também Floriani e Scharamm (2007) frisam a importância da comunicação, da interacção e do tempo para o paciente e sua família, além da implementação de programas de educação continuada e formação nesta área, para capacitar e actualizar os profissionais para lidar com esse tipo de situação, sendo assim fundamental que os cuidados no fim da vida sejam pensados e estruturados dentro de um modelo que priorize tanto o ponto de vista moral, como operacional, o não abandono e a protecção aos pacientes possuidores de doenças avançadas e terminais. Os autores reforçam também que não é possível desenvolver bons cuidados paliativos sem que o paciente tenha conhecimento da sua verdadeira condição.

Conforme referem Clark, McGee e Preston (1997) o enfermeiro pode também utilizar um conjunto de estratégias que permitam intervir ao nível de um conjunto de reacções dos pacientes e respectivas famílias à experiência de cancro como a ansiedade, a depressão, o medo e a dor, intervenções estas que passaremos a analisar seguidamente.

7.3.1. Intervenção do Enfermeiro na ansiedade

Sendo assim, passaremos a descrever os procedimentos que na opinião dos autores os enfermeiros deverão adoptar para cada um dos problemas mencionados.

Neste caso no que se refere a ansiedade, o enfermeiro deve:

- Desenvolver **intervenções no sentido de minimizar ou reduzir a severidade da ansiedade** como:
 - Procurar identificar problemas ou necessidades não-satisfeitas que contribuam para a ansiedade;

- Dialogar sobre situações semelhantes que ocorreram no passado resolvidas com sucesso e explorar as suas semelhanças com a situação presente;
 - Proporcionar adequadamente informações sobre o curso antecipado da doença e do tratamento para reduzir o medo dos pacientes em relação a uma situação desconhecida;
 - Recorrer a técnicas de divertimento e relaxamento quando necessário.
- **Intervenções para a maximização da segurança** em períodos de ansiedade como:
 - Providenciar um local de recepção seguro e confortável;
 - Acompanhar o paciente no caso de este estar a caminhar de um lado para o outro;
 - Auxiliar no auto-cuidado se necessário;
 - Aceitar os sintomas descritos pelo paciente e ouvir atentamente;
 - Não exigir tomadas de decisão em situações de alta ansiedade;
 - Falar de modo lento, calmo e directo;
 - Determinar limites para redução de riscos do paciente;
 - Dar feedback positivo no caso das suas indicações serem adequadamente cumpridas;
 - Estar atento a solicitações evitando contudo demasiada dependência.
- **Intervenções para monitorizar complicações** associadas a ansiedade e/ou tratamento, como:
 - Identificação de sinais indicativos de ataque de pânico como diminuição do grau de orientação, alucinações, hipotensão, palidez e fúria;

- Observação de efeitos colaterais de ansiolíticos como boca seca, sonolência ou depressão;
- Estar atento a possíveis efeitos recorrentes de abandono de medicação antidepressiva ou ansiolítica como convulsões.
- **Intervenções para sensibilizar a família e o paciente** relativamente a mecanismos de *coping* com a doença desadequados como:
 - Dialogar sobre possíveis efeitos secundários dos comportamentos ansiosos;
 - Ensinar técnicas de distração para diminuir a concentração do pensamento nas reacções emocionais ou somáticas à ansiedade;
 - Referir quais as possíveis interferências deste tipo de comportamento no adequado funcionamento diário, como o aumento do apetite ou a hiperactividade.
- **Comunicação aos médicos** relativamente a mudanças críticas nos parâmetros de avaliação do doente como:
 - Ataques de Pânico;
 - Comportamentos de evicção;
 - Tentativas de suicídio ou intenção suicida;
 - Efeitos laterais de medicamentos ansiolíticos;
 - Descontinuidade abrupta de drogas ansiolíticas.
- **Intervenções de promoção de reabilitação** como:
 - Indução do sono com medidas de conforto ou medicação prescrita pelo médico;
 - Procurar a redução pelo paciente, do consumo de álcool, cafeína ou nicotina.
 - Utilizar estratégias para lidar com os efeitos colaterais da ansiedade ou do tratamento com anti-depressivos; alguns exemplos:

- No caso da boca seca, aumentar a ingestão de água, mascar chicletes sem açúcar e proceder ao cuidado frequente da mucosa oral;
 - Em casos de obstipação promover uma dieta rica em fibras;
 - Nos casos de sonolência prevenir em relação à utilização de aparelhos mecânicos ou à condução de veículos;
 - Em casos de vertigens evitar movimentos bruscos de cabeça ou mudanças rápidas de posição;
- **Intervenções para integração da família e pacientes** no serviço de prestação de cuidados, como:
 - Auxiliar na identificação de sentimentos de ansiedade;
 - Aconselhar os pacientes e respectivas famílias para realizarem actividades recreativas, estimulando a criatividade de modo a diminuir a sua carga emocional;
 - Proporcionar informação sobre recursos da comunidade de apoio e assistência.

7.3.2. Intervenção do Enfermeiro na ansiedade

Relativamente à depressão o enfermeiro deve:

- Desenvolver intervenções no sentido de minimizar os riscos de aparecimento de sintomas de depressão procurando:
 - Informar os pacientes e respectivas famílias sobre o diagnóstico, tratamento e alterações do estado de saúde, podendo (quando possível) oferecer escolhas para tratamento e auto-cuidado, no sentido de promover o controlo;

- Valorizar mais a qualidade e não a quantidade de tempo dispendido com o paciente procurando ouvir e aceitar os seus sentimentos sem qualquer tipo de juízo de valor;
 - Promover a comunicação entre pacientes, família e equipa de saúde por intermédio da elaboração de listas de preocupações, reuniões sobre cuidados a prestar, ou outras eventuais estratégias a desenvolver;
 - Permitir pedidos de ajuda e expressão de sentimentos por parte dos pacientes;
 - Aceitar incondicionalmente sentimentos e auto-percepções dos pacientes em relação ao seu estado;
 - Fornecer suporte aos pacientes e respectivas famílias relativamente à redefinição de objectivos, valores e percepções de si próprios em relação à sua doença, tratamentos e recursos;
 - Sensibilizar os pacientes para objectivos que possam ser atingidos em curtos períodos de tempo;
 - Aconselhar e providenciar quando realmente necessário apoio psicológico e ocupacional.
- Intervir na maximização da segurança e conforto dos pacientes devendo:
 - Dar atenção às necessidades de dieta e mobilidade em casos de extrema apatia e solidão;
 - Considerar relevantes todas as deficiências e indicações de suicídio dos pacientes, providenciando condições de segurança junto de profissionais competentes no sentido de evitar o mesmo;
 - Proceder à monitorização da toma de medicamentos anti-depressivos, sedativos ou outras drogas, assim como relatar

reações aos mesmos, no sentido de evitar aumentos nos níveis de depressão;

- Informar o doente sobre os efeitos da interrupção repentina dos medicamentos, devendo os mesmos ser retirados gradualmente, e do uso concomitante de álcool;
 - Comunicar aos médicos modificações repentinas no funcionamento padrão dos pacientes, como alterações repentinas de humor, seja de solidão e agitação, assim como a ausência de interações, reações anormais aos medicamentos, mudanças de peso e alterações cognitivas e/ou fisiológicas associadas a insónias que não permitam o correcto desempenho de determinadas funções e o progresso e evolução individuais.
- Monitorizar as reações à depressão e ao tratamento pela:
 - Monitorização de modificações fisiológicas responsáveis por queixas somáticas;
 - Monitorização de efeitos colaterais ou reações desadequadas pelo uso de anti-depressivos;
 - Observação de sintomas de interrupção da toma de anti-depressivos.
 - Intervir no sentido de promover a adaptação/reabilitação dos pacientes pelo:
 - Ensino de estratégias para conservação da energia;
 - Reforço positivo a comportamentos que permitam alcançar objectivos de tratamento propostos;
 - Auxílio na resolução de problemas e recolha de informações;
 - Aceitação da manifestação verbal de sentimentos de raiva e negativos por parte dos pacientes tendo em conta a sua condição.

- Apoio para lidar com efeitos laterais dos anti-depressivos como:
 - Motivar os pacientes para uma maior ingestão de líquidos e para a realização da sua higiene oral com maior frequência nos casos de boca seca;
 - Proceder à reeducação do intestino nos casos de obstipação;
 - Evitar por parte dos pacientes, mudanças bruscas de posição no caso de sonolência;
 - Prevenir em relação à condução de automóveis ou ao uso de aparelhos mecânicos nos casos em que os pacientes tenham vertigens.
- Promover a integração dos pacientes e da família no processo de prestação de cuidados através de:
 - Encaminhamento para grupos de apoio quando indicado;
 - Informações relativas a serviços que ajudem a lidar com crises;
 - Ensino de estratégias alternativas para enfrentar a situação como por exemplo o relaxamento muscular ou terapias ocupacionais e recreativas;
 - Apoio na canalização positiva e de modo construtivo de energia pela participação nos cuidados de saúde e realização de actividades promotoras de saúde.

7.3.3. Intervenção do Enfermeiro no medo

Em relação ao medo, o enfermeiro deve:

- Intervir no sentido de diminuir os riscos de aparecimento de medos ou de aumentar a sua severidade através da:

- Remoção de estímulos ou afastamento dos pacientes de situações geradoras de medo;
 - Promoção de um ambiente calmo, confortável e de suporte;
 - Apoio físico mediante toque quando autorizado pelo paciente;
 - Evicção de invasão de privacidade e do espaço pessoal;
 - Permissão e aceitação de medos e sentimentos por parte dos pacientes;
 - Aceitação de medos como reais;
 - Diálogo com discurso simples e directo em tom de voz suave, de modo a aliviar sentimentos de inquietação;
 - Informação actualizada ao paciente e família da evolução da sua doença, tratamento e respectivo prognóstico.
- Maximizar a segurança e o conforto dos pacientes pela:
 - Promoção de consistência ao nível da prestação de serviços, equipa de saúde e plano de cuidados realizado;
 - Construção de um ambiente emocionalmente não ameaçador;
 - Comunicação aos médicos responsáveis relativamente a modificações no estado dos pacientes, como no que se refere a medos distorcidos, ataques de pânico e alterações fisiológicas.
 - Promover a adaptação/reabilitação através de:
 - Encorajamento para a expressão de sentimentos por parte dos pacientes;
 - Apoio no sentido de elucidar os pacientes sobre as suas distorções e percepções incorrectas;

- Sensibilização dos pacientes relativamente às suas capacidades e às formas que possuem de enfrentar o problema evitando sentimentos de ineficácia;
 - Ensino acerca de actividades importantes para descontração e canalização de energias positivas e dissipação do medo como exercícios, leitura e música;
 - Informação sobre serviços comunitários que permitem enfrentar medos persistentes e incapacitantes.
- Integração dos pacientes e familiares no processo de prestação de cuidados mediante:
 - Incentivo aos pacientes para discutir de forma segura sobre os seus medos, identificando conjuntamente estratégias de confrontação dos mesmos;
 - Ensino de estratégias alternativas para enfrentar os medos, como por exemplo o relaxamento e a interrupção do pensamento;
 - Educação do paciente relativamente aos medos comuns na sua idade;
 - Sensibilização dos pacientes em relação à irracionalidade dos medos que possa mostrar, relativamente ao cancro e a morte.

7.3.4. Intervenção do enfermeiro na dor

O enfermeiro apresenta também um importante papel no controlo da dor, devendo:

- Intervir no sentido de diminuir os riscos de ocorrência, severidade e complicações associadas à dor, através de:

- Medidas de conforto físico, tais como a manutenção do alinhamento postural adequado dos pacientes, utilização de equipamentos especiais, recurso a sistemas ou materiais de produção de calor e frio e redução de estímulos ambientais nocivos como calor, luz, barulho ou toque;
 - Medidas de relaxamento como massagens superficiais, compressivas ou vibratórias, exercícios de respiração e visualização de experiências agradáveis e confortáveis;
 - Medidas para promover a distração em relação à doença e problemas associados como a estimulação cutânea, situações de humor, leitura, visualização de televisão ou vídeos, realização de terapia ocupacional e musicoterapia;
 - Medidas para promoção de bem-estar psicológico, como a comunicação de crenças sobre experiências de dor, demonstrações de acreditação em relação à dor dos pacientes e respectivas famílias, motivação dos pacientes para o manuseio adequado da dor, mediante instruções prévias, discussão de preocupações, incentivo à utilização de terapias farmacológicas adjuvantes prescritas pelo médico responsável e compromisso de acompanhamento dos pacientes no combate e ao alívio à dor.
- Medidas para controlar manifestações de dor através da:
 - Administração de analgésicos antes do aparecimento dos sintomas de dor de modo a evitar dores agudas;
 - Utilização dos analgésicos mediante esquemas de administração regular, determinados pelas características farmacocinéticas do medicamento (duração do efeito e pico de acção), e pelas características farmacodinâmicas do próprio paciente.

- Medidas para trabalho em equipa no controlo e alívio da dor através da:
 - Inclusão dos pacientes e das respectivas famílias na elaboração do plano para controlo e alívio da dor;
 - Acompanhamento e motivação do paciente na transmissão das suas experiências e vivências de dor aos restantes elementos da equipa multidisciplinar;
 - Sugestão à restante equipa de tratamento sobre a utilização conjunta de medicamentos opióides e não-opióides, assim como alterações nas doses ou frequência de tomas medicamentosas, em casos de necessidade de reajuste do esquema de analgesia;
 - Avaliação dos componentes da experiência da dor e adequação das medidas para alívio da mesma;
 - Consultoria a outros profissionais de saúde que recorram a métodos de alívio de dor não farmacológicos.

- Implementação de estratégias para controlar e monitorizar problemas associados ao controlo da dor ao nível do:
 - Sistema Respiratório pela diminuição da frequência respiratória para oito ou menos ciclos por minuto e através do aumento da pressão parcial de dióxido de carbono e diminuição do volume ventilatório;
 - Sistema Nervoso Central pela modificação dos níveis de sedação, euforia, coordenação durante as actividades e humor;
 - Cardiovascular: Hipotensão;
 - Sistema Gastrointestinal: redução da motilidade/obstipação e eficácia das contrações;
 - Sistema Cutâneo: Vasodilatação das veias periféricas, aumento da temperatura da pele, rubor facial, do pescoço e tórax, sudorese.

- Comunicação aos médicos responsáveis relativamente a alterações no padrão de saúde dos pacientes como:
 - Mudanças relevantes nas características subjectivas dos sintomas de dor;
 - Aparecimento de efeitos laterais durante o controlo da dor como diminuição significativa do nível de consciência, depressão respiratória menor que oito inspirações por minuto, e obstipação, retenção urinária ou vômitos incoercíveis.

8 - Conclusão/Considerações finais

Para que a enfermagem possa evoluir, são necessários fundamentos científicos que lhe permitam manter-se de pé. A enfermagem, como ciência não se pode deixar derrubar pelo terramoto da ignorância, pela avalanche da desumanização nem pela tempestade do comodismo. Desta forma, a ciência da enfermagem apoia-se e fortalece-se na investigação (Bessie & Huston, 2005).

A investigação desempenha um papel importante na construção de uma base científica sólida, de forma a guiar a prática dos cuidados. O principal objectivo da investigação em enfermagem diz respeito ao estudo de fenómenos que conduzam à descoberta e/ou implementação de saberes próprios desta área, pelo que a enfermagem depende da investigação para se desenvolver e descobrir novos caminhos.

A revisão da literatura efectuada permitiu a aquisição e aprofundamento de conhecimentos numa área de grande importância na enfermagem – enfermagem oncológica, que baseia o seu estudo na intervenção ao nível da doença oncológica e no papel do enfermeiro nesse mesmo processo.

Durante a realização deste trabalho de investigação uma dificuldade esteve bem patente. Existe uma vasta informação sobre o Cancro (etiologia, causas, desenvolvimento, entre outras), no entanto, sobre o papel do enfermeiro e a importância do apoio psicológico e emocional aos doentes oncológicos a informação é mais escassa. Desta forma nem sempre foi fácil a selecção da mesma. Contudo, importa referir que através da

realização deste estudo foi possível adquirir uma maior *pool* de conhecimento acerca deste tema, bem como, perceber e interiorizar a importância do rigor na elaboração de um trabalho de investigação.

Os aspectos teóricos apreendidos ao longo da realização deste trabalho permitem assim ter uma noção e conhecimento alargados de uma patologia de grande impacto a variados níveis (físico, psicológico e social) como é o cancro, focando-se diversos aspectos como as suas principais características, desenvolvimento e crescimento, tipos de cancro existentes e mais comuns, assim como os seus diversos efeitos físicos e psicológicos.

O presente trabalho também abordou os principais tratamentos realizados para o cancro, como a cirurgia, radioterapia e quimioterapia, e as suas formas de aplicação individual ou em conjunto. Nesta questão o enfermeiro apresenta um importante papel, prestando os seus serviços de forma multidisciplinar (conjuntamente com um conjunto de profissionais de saúde, sendo de destacar a importância da sua adequada interação com os médicos).

O papel desempenhado nos serviços de enfermagem não se cinge(nem deve cingir) apenas ao tratamento físico, essencialmente ao nível de cuidados paliativos dos efeitos provocados pela doença oncológica, sendo também de grande importância a sua intervenção ao nível do apoio psicológico aos pacientes debilitados pela doença e também às suas famílias no sentido de reforçar os elos de ligação com a mesma, facilitando a intervenção e tornando-a cada vez mais multidisciplinar.

Neste caso o enfermeiro pode adoptar um conjunto de estratégias para amenizar um conjunto de sinais e sintomas comumente verificados em pacientes com cancro e também nas suas famílias como a dor, o medo, a ansiedade e depressão.

Diversas intervenções podem ser realizadas, como estratégias de relaxamento, participação em actividades lúdicas e de lazer, partilhas de experiências e de sentimentos entre pacientes, famílias e também enfermeiros, sendo também muito importante a sensibilização, educação e motivação para o cumprimento da terapêutica e tratamento propostos.

Conclui-se assim que o combate a uma das maiores e nefastas doenças da Humanidade deve envolver diversos intervenientes e ser desenvolvido de forma harmoniosa e equilibrada com o consentimento e motivação das várias partes envolvidas, sendo de

reforçar a necessidade da melhoria constante dos processos de diagnóstico, prevenção e intervenção existentes.

Em suma, é importante salientar, dado o papel do enfermeiro em determinados casos como investigador, conforme mencionado na revisão da literatura efectuada, a necessidade de um maior estudo, investigação, aprofundamento e actualização de conhecimentos, assim como uma maior motivação para os mesmos, por parte dos enfermeiros, em diversas áreas da enfermagem oncológica e também ao nível da enfermagem de saúde mental, dada a importância da relação entre estas duas áreas na minimização de uma mistura «asfixiante» de efeitos, emoções e sentimentos oriundos de uma das patologias mais desgastantes física e psicologicamente.

9 - Referências Bibliográficas

Almeida M.C.P., Rocha S.M.M. (1997). Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida, M.C., Rocha S.M. (Eds). *O trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. p. 15-26.

ANCP (2006). *Formação de Enfermeiros em cuidados paliativos: recomendações da ANCP* [Em linha], disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes-Formacao_em_CP.pdf> [Consultado em 15/10/10].

Andrade M, Lopes VF, Silva J.L. (2007). *A percepção de profissionais de enfermagem sobre os cuidados paliativos ao cliente oncológico pediátrico fora de possibilidade de cura: um estudo na abordagem fenomenológica das relações humanas*. Online Braz J Nurs 6 (3) [Em Linha]. Disponível em: [http:// www.uff.br/objnursing/index](http://www.uff.br/objnursing/index). [Consultado a 26/10/2010].

Arbizu, J.P. (2000). Factores Psicológicos que intervienen en el desarrollo del câncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales Six San Navarra*, 24 (1), pp. 173.178

Avanci, B.S., Carolindo, F.M., Goes, F.G. & Netto, N.P. (2009). Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver e morrer: a otica do cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 13 (4), pp. 708-16. [Em linha], disponível em <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20094/artigo%202.pdf> [Consultado em 12/09/10].

Backes, D.S., Backes, M.S., Sousa, F.G. & Erdmann, A.L. (2008). O papel do enfermeiro no contexto Hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Ciências Cuidado Saúde*, 7(3), pp. 319-326 [Em linha] Disponível em

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6490/3857>>

[Consultado em 10/08/10].

Barros, H., Lunet, N. & Simões, M.S. (2004). O cancro em Portugal [Em linha] Disponível em <http://www.ipatimup.pt/medprev/paper3.pdf> [Consultado em 29/10/10]

Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentalista*. Lisboa: Climepsi.

BESSIE, L. Marquis; HUSTON, Carol J. – *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática*”, 4ª edição. [S.I.] Editora Artmed, 2005, 477p. ISBN 8536303751

Boff, L. (2005). *Virtudes para um outro mundo possível, hospitalidade: direito e deveres de todos*. Pétopolis: Vozes.

Bolander, V. B., Sorensen e Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Bruner, DW. (1990). Report on the radiation oncology nursing subcommittee of the American college of radiology task force on standards development, *Oncology*, 4, pp. 80-81.

Canário, R. (1999): *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.

Canclini, N. G. (2006). *Culturas Híbridas*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Carlson, L.E. & Bultz, B.D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(5), 403-409.

Carvalho, E. C., Melo, A.S., Muller, M. *et. al.* (2002). O significado de cuidar para enfermeiros oncológicos. *Anais eletrônicos Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*, 8. [Em Linha]. Disponível em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000052002000200016&script=sci_arttext>. [Consultado em 06/10/10].

Clark, J.C., Mcgee, R.F. & Preston, R. (1997) Reações do cliente e da família à experiência com o câncer: intervenções de enfermagem. In J.C. Clark, R.F. McGee (Eds). *Enfermagem Oncológica: um currículo básico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Comissão Coordenadora do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (2008). *Registo Oncológico Nacional de 2001*. Porto: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.

Conselho da Europa: conclusão do Relatório da Comissão Europeia de Saúde Pública sobre “Os cuidados aos moribundos” (1982). *Revista Servir* (3), pp.137 -141.

Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001), Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa saúde Pública* (2), pp.75-82

Costa, J.C., Lopes, K., Rebouças, D.M., Carvalho, L., Lemos, J.F. & Lima, O.P. (2008). O enfermeiro frente ao paciente fora de possibilidades terapêuticas oncológicas: Uma revisão bibliográfica. *Vita et Sanitas, Trindade/Go*, 2 (2), [Em linha], disponível em <http://www.fug.edu.br/revista_2/pdf/artigo_10.pdf> [Consultado em 17/09/09].

Cotrim, H.M. (2007). *Impacto do cancro colorectal no Doente e Cuidadores/Família: implicações para o cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de ciências BioMédicas Abel Salazar: Universidade do Porto.

Crowley, M. (1997). Prevenção Primária na Prática de Enfermagem Oncológica. In J.C. Clark, R.F. McGee (Eds). *Enfermagem Oncológica: um currículo básico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

D'Assumpção, E.A. (1998). *Comportar-se fazendo bioética: para quem se interessa pela ética*. Rio de Janeiro: Vozes.

Davis, M. (1997). Prevenção Secundaria na Pratica de Enfermagem Oncológica. In J.C. Clark, R.F. McGee (Eds). *Enfermagem Oncológica: um currículo básico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

De Vitta VT (1993).Principles of Chemoteraphy. In de Vitta VT, Hellman S & Rosenberg SA (Eds). *Cancer: principles and practice of oncology*, ed 4, Philadelphia, 1993, Lippincott.

Direcção Geral de Saúde (DGS), (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: DGS.

Eiser, C. (1993). *Growing up with a chronic disease*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Erdmann, A.L., De souza, F.G., Barcke, D.S. & De Mello, A.L. (2007). Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (2), pp. 180-185. [Em

linha] disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a11v20n2.pdf>> [consultado em 10/09/10].

Fenton, R. G. & Longo. D. L. (2005). *Harrison's – Principles of Internal Medicine*. 16ª edição, pp. 453.

Figueiredo, A., Ferreira, L. & Figueiredo, P. (2001). Impacto Psico-social do Cancro da Mama na Mulher. *Enfermagem Oncológica* (17), pp. 22-27.

Finley RS: Drug Interactions in the oncological patient (1992). *Semin Oncol Nurs*, 8(2), pp. 95-101.

Florianni, C. A.; Schramm, F. R. (2007). Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cad. Saúde públ.* (23), pp. 2072-2080 [Em linha], disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n9/08.pdf>> [Consultado em 10/09/10].

Gomes, S.S., Santos, A.V., Lima, L.B., Moura, R. & Oliveira, S. (2010). A ética do cuidado de Enfermagem: um olhar sobre os pacientes oncológicos. *Horizonte*, 8 (18), p.112-136, [Em linha] disponível em <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/1125/1614>> [Consultado em 25/09/10].

Guedes, Jenifer Adriana Domingues; Sardo, Pedro Miguel Garcez; Borenstein, Miriam Süsskind. (2007). A enfermagem nos cuidados paliativos Online Brazilian Journal of Nursing 6 (2) [Em linha]. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. [Consultado em 20/10/10].

Hann, D., Winter, K., Jacobsen, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: evaluation of the center for epidemiological studies depression scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (5), pp. 437-443.

Hinderley, J.L (1980). The role of the nurse in radiation oncology. *Semin Oncol*, 7, pp. 39-47.

Johnson JE, Nail, LM., Lauver, D., King, K.B. & Keys, H. (1988). Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status. *Cancer*, 61: pp. 46-51.

Kramlinger, S. *et al.* (2004). *Depressão: Pesquisada e Comentada pela Clínica Mayo*. Rio de Janeiro: Best Seller.

Macedo, A., Andrade, S, Moital, I, Moreira, A.; Pimentel, F. L.; Barroso, S.; Dinis, J.; Afonso, N.; Bonfill, X.(2008). Perfil da doença oncológica em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. 21, p.329-334.

Machado W.C., Leite J.L. (2006). *Eros e Thanatos: a morte sob a óptica da enfermagem*. São Caetano do Sul (SP): Yends.

Magalhães, Z. R.; Santos, G. F.; Caldeira, W. (2005). Morte nas instituições de saúde: uma abordagem ética. *Enfermagem Revista*, 2 (4), pp. 15-19

Marques, A.R. *et al.* (1991). *Reacções emocionais à doença grave: Como lidar...* Coimbra, Edição Psiquiatria Clínica.

Matos, P. & Pereira, M. (2002). Áreas de Intervenção na Doença Oncológica. In M. Pereira & C. Lopes. *O Doente Oncológico e sua Família*. Lisboa. Climepsi Editores, pp. 15-25.

Matsushita, M., Miyoshi, Y., Endo, S., Ono, F. (2005). Pressure-induced magnetic phase transitions in Fe-based invar alloys. *Physical Review B*, 72(21), pp. 44-50.

Menezes, R. A. (2004). *Em Busca da Boa Morte: Antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Nordim, K., Liden, A., Hansson, M., Rosenquist, R. & Berglund, G. (2002). Coping Style, psychological distress, risk perception, and satisfaction in subjects attending genetic counselling for hereditary cancer. *J Med Genet*, 39, pp. 689-694 [Em linha], disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1735243/pdf/v039p00689.pdf> [Consultado em 10/11/10]

Nordin, N. & Glimelius, B. (1999). Predicting Delayed Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer. *British Journal of Cancer*, 79 (3/4), pp. 525-529.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros, 2001. [Em linha] Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=29&view=news:Print&id=58> [Consultado em a 20/09/10].

Pereira, M. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família*. (2ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.

Pfeifer, K.A. (2000). Fisopatologia. In S.R.Otto. A enfermagem em Oncologia, Loures: Ciencia, pp. 3-22.

Pimenta, C. A., Mota, D. D., & Cruz, D. d. (2006). Dor e Cuidados Paliativos. Tamboré: Editora Manole Ltda.

Plano Oncológico Nacional. (2001-2005). D.R. 1ª Série. Nº 190 (01-08-17), p.5241-5247.

Popim, R.C., Boemer, M.R. (2005). *Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schütz*. Rev Latino-am Enfermagem; 13 (5), pp. 677-685 [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a11.pdf>> [Consultado em 10/10/2010]

Prusha, E. (2000). *Cancer sourcebook*. Detroit: Omnigraphics.

Raminhos, J. (2003). Impacto do Diagnóstico de Doença Oncológica no Indivíduo. *Revista Enfermagem Oncológica*, 26 e 27, pp. 26-30.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa. ISPA.

Roth, A. & Breitbart, W. (2001). *Principles of Psychosocial Oncology*. In P. Rubin. *Clinical Oncology: A Multidisciplinary Approach for Physician Students*. New York. Sanders: 220 a 238.

Saar, S.R.C. (2005). *Especificidade do enfermeiro: uma visão multiprofissional*. Tese de Doutorado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. [Em linha] disponível em <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../SandraReginaDaCostaSaar.pdf [Consultado em 10/08/10]

Santos, C. & Ribeiro, J. (2001). A Qualidade de Vida do Doente Oncológico. Referência. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*, 7, pp. 5-16.

Silva, V.C. (2005). *O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente*. Dissertação de Mestrado apresentada a escola de Enfermagem de Ribeirão Preto [Em linha] disponível em <www.teses.usp.br/teses/.../tde-11052005-112949> [Consultado em 12/11/10]

Souza, M.L., Sartor, V.V., Padilha, M.I., & Prado, M.L. (2005), O cuidado em Enfermagem – uma aproximação teórica. Texto e contexto – Enfermagem. 14 (2) pp. 1-6. [Em linha] Disponível em <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414217.pdf>> [Consultado em 10/10/10).

Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Travelbee, J. (1982). *Intervención en enfermería psiquiátrica*. 2. ed. Cali, Colombia: Carvajal.

Trindade, E. S., Azambuja, L. E. O., Andrade, J. P. & Garrafa, V. (2007). *O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado*. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53 (1), pp.68-74. [Em linha], Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302007000100023&lng=pt&nrm=iso> [Consultado em 12/09/10].

Udina, E. (1997). *Enfermería Oncohematológica*. Masson: Barcelona.

Volker, D.L (1997). Padrões da Prática da Enfermagem Oncológica. In J.C. Clark, R.F. McGee (Eds). *Enfermagem Oncológica: um currículo básico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Waldow, V. R. (2008). *Bases e princípios do conhecimento e da arte da Enfermagem*. Petrópolis: Vozes.

Wilson, K., Chochinov, H., Skirko, M., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. et al (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of pain and symptom management*, 33(2), pp. 118-129.

Woodtli MA, Van Ort, S. (1991). Nursing diagnoses and functional health patterns in patients receiving external radiation therapy: cancer of the head and neck. *Nurs Diagn*, 2, pp. 171-180.

World Health Organization (n.d) Overview - Preventing chronic diseases: a vital investment [Em linha] Disponível em http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/en/print.html. [Consultado em 20/08/10]

