



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**  
**Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciências e Saúde**

**O ENSINO DE ONCOLOGIA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA REGIÃO  
NORTE DO BRASIL**

**RHAVENNA THAIS SILVA OLIVEIRA**

**PALMAS, TO**  
**2019**

**RHAVENNA THAIS SILVA OLIVEIRA**

**O ENSINO DE ONCOLOGIA NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NA REGIÃO  
NORTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciência e Saúde da Universidade Federal do Tocantins (UFT), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ensino em Ciência e Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Ruhena Kelber Abrão  
Ferreira

**PALMAS, TO**

**2019**

## FICHA CATALOGRÁFICA

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- O48e Oliveira, Rhavenna Thais Silva .  
O ensino de oncologia na graduação em enfermagem na região norte do Brasil. / Rhavenna Thais Silva Oliveira. – Palmas, TO, 2019.  
69 f.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em Ensino em Ciências e Saúde, 2019.  
Orientador: Ruhena Kelber Abrão Ferreira
1. Enfermagem. 2. Oncologia. 3. Graduação em enfermagem. 4. Ensino. I. Título

**CDD 372.35**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

**RHAVENNA THAIS SILVA OLIVEIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E  
SAÚDE

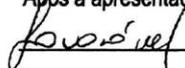


Avenida NS 15 ALCNO 14, 109 Norte, 77001-090, Bloco Bala | Sala 04 | 77001-090 | Palmas/TO  
(63) 3229-4806 | [www.uft.edu.br](http://www.uft.edu.br) | [ppgecs@uft.edu.br](mailto:ppgecs@uft.edu.br)

ATA DE RESULTADOS DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO

Aos 19 dias do mês de dezembro do ano de 2019, na sala 204 do Câmpus de Palmas, reuniu-se a comissão examinadora, composta pelos seguintes membros: Professor orientador Dr. Ruhena Kelber Abrão do Campus de Miracema da Universidade Federal do Tocantins, profa. Dra. Ana Kleiber Pessoa Borges, do Câmpus de Palmas da Universidade Federal do Tocantins, prof. Dr. Fernando Peixoto Quaresma, do Câmpus de Palmas da Universidade Federal do Tocantins, sob a presidência do primeiro, a fim de proceder à apresentação da pesquisa de Rhavenna Thais Silva Oliveira, intitulado "O ensino em Oncologia na graduação em Enfermagem na Região Norte do Brasil".

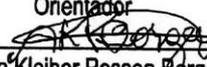
Após a apresentação, a discente foi arguida pelos membros da comissão examinadora, recebendo parecer

 (Favorável ou Desfavorável).

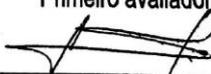
Nada mais havendo, foi lavrada a ata que, após lida e aprovada, foi assinada pelos membros da comissão examinadora.



Dr. Ruhena Kelber Abrão  
Universidade Federal do Tocantins  
Orientador

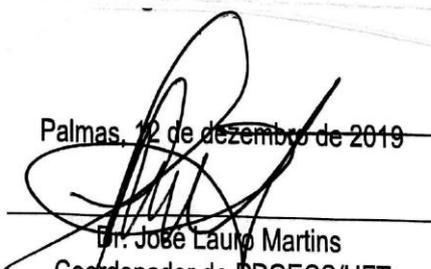


Dra. Ana Kleiber Pessoa Borges  
Universidade Federal do Tocantins  
Primeiro avaliador



Dr. Fernando Peixoto Quaresma  
Universidade Federal do Tocantins  
Segundo avaliador

Palmas, 12 de dezembro de 2019



Dr. José Laurio Martins  
Coordenador do PPGECS/UFT

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à todos os enfermeiros,  
que tem esta formação não somente como uma  
forma de obtenção de renda, mas como um*

*chamado para tentar fazer o mundo um pouco melhor.*

*“Procuremos sempre ser melhores e mais atentos, busquemos ser aqueles que superam*

*as adversidades – tornando-nos mais sábios e fortes no processo” Maria Almeida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço prioritariamente a Deus por ter me permitido essa oportunidade e ter me dado força para concluí-la.

À minha mãe, Terezinha dos Santos Silva que sempre foi meu exemplo de luta e me apoiou durante todo o percurso de formação até aqui, mãe, obrogada!

Aos meus professores do programa por todo o conhecimento compartilhado, e, em especial, ao Dr. Ruhena Kelber Abrão, por nos fazer seus filhos e por nos acompanhar durante todo esse caminho.

Aos amigos do mestrado que sempre foram uma fonte de apoio em Palmas desde o início desta jornada. Em especial à Layane Mota de Souza de Jesus, Arlane Silva Chaves e Euzamar de Araújo Silva Santana que percorreram essa estrada (literalmente) junto comigo e sempre me apoiaram em todos os momentos.

À Lálade Priscila Ferreira Macêdo, que muito gentilmente me ofereceu sua casa (e às vezes a da sua irmã) sempre que eu precisei. Ato generoso que estendeu às minhas amigas e pelo qual eu sempre serei imensamente agradecida.

Aos melhores amigos que a vida poderia me dar, Isadora Arruda Parente, Norami de Moura Barros, Sérgio Paz da Paixão Júnior e Lálade, por estarem sempre do meu lado em todos os momentos, por serem meu porto seguro e meus irmãos de coração.

## RESUMO

**Introdução:** O paciente acometido por uma neoplasia maligna sofre transformações profundas, não só na esfera biológica, mas, também, na social, familiar e espiritual. Assim, faz-se extremamente necessário que o profissional de enfermagem seja capaz de prestar a ele uma assistência humanizada e eficiente, por meio de um cuidado pleno, estimulador, afetuoso, e empenhado em auxiliá-lo quanto a adaptação e enfrentamento desta nova realidade. **Objetivo:** este estudo tem por objetivo investigar de que forma o ensino da oncologia vem sendo trabalhado na formação inicial do enfermeiro em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas da Região Norte do Brasil. **Método:** Trata-se de estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado entre Agosto e Setembro de 2019. Foram analisados os currículos dos cursos de graduação em enfermagem públicos do Norte do Brasil, reconhecidos e ativos no E-MEC. Foram excluídas as Instituições de Ensino Superior (IES) que estavam com cadastro constando descredenciada no sistema do Ministério da Educação (MEC) e não disponibilizaram PPC, Matriz ou Ementário tanto pelo site como por solicitação via *email*. A metodologia escolhida foi a da pesquisa documental em conjunto com a análise de conteúdo de Bardin. Realizou-se primeiramente a leitura de todo o material e, posteriormente, foram coletadas informações quanto à existência ou não de disciplinas de oncologia/cancerologia obrigatórias ou optativas, de disciplinas que tivessem em seus ementários conteúdos relacionados ao tema pesquisado, e os objetivos e perfil do egresso do curso que trabalhassem a preparação acadêmica direcionada ao perfil epidemiológico nacional ou regional e a integralidade da assistência. Os dados obtidos foram organizados e categorizados. **Resultados:** dentre as IES participantes da amostra, foi possível obter somente o PPC de 10 (76,9%) instituições, e destes, somente 07 (70%) possuíam Matriz Curricular e Ementário de maneira completa; 01 (7,6) IES disponibilizou exclusivamente Matriz Curricular e Ementário *online*; e 02 (15,3%) apenas a Matriz Curricular, também de maneira *online*. Após a coleta de dados, foi possível observar que dentre todas as Instituições de Ensino Superior da Região Norte do país que ofertam o curso de graduação em Enfermagem, nenhuma possui disciplina específica de oncologia em sua grade curricular, de forma obrigatória ou optativa. Em 8 IES as disciplinas da Matriz Curricular trabalham conteúdos relacionados a oncologia de maneira obrigatória/optativa, entretanto, estas focalizavam prioritariamente o processo de formação do câncer e não sua assistência. Foi possível observar ainda que mesmo sem conter disciplina específica, as instituições continham em seus objetivos e perfil do egresso nas Propostas Pedagógicas de Curso a necessidade do desenvolvimento de uma formação voltada ao perfil epidemiológico nacional e regional e a necessidade de uma assistência pautada no princípio da integralidade. **Considerações:** Foi possível constatar uma fragilidade dos cursos de graduação quanto a disciplinas e conteúdos oncológicos. Mesmo as IES que apresentam disciplinas afins, não aparentam em suas matrizes fazer uma inter-relação entre os conteúdos de Genética, Patologia, com os outros componentes da matriz curricular, exceto talvez, Saúde da Mulher, e esta última aborda temas unicamente dirigidos a parte preventiva do câncer de mama e colo do útero. A partir disto, sugere-se que as IES repensem as grades curriculares dos cursos de Enfermagem, a fim de adensar a formação de seus egressos nesta área.

**Palavras Chave:** Enfermagem; oncologia; Graduação em enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** The patient affected by a malignant neoplasm undergoes profound transformations, not only in the biological sphere, but also in the social, family, and spiritual spheres. Thus, it is extremely necessary that the nursing professional be able to provide him/her with a humanized and efficient care, through a full, stimulating, affectionate care, and committed to helping him/her as to the adaptation and facing of this new reality. **Objective:** This study aims to investigate how the teaching of oncology has been working on the initial training of nurses in public Universities in the Northern Region of Brazil. **Method:** This is a descriptive and exploratory study, with a qualitative approach. The study was conducted between August and September 2019. The curricula of public nursing undergraduate courses in Northern Brazil, recognized and active in the E-MEC, were analyzed. The Universities that were registered as de-accredited in the Education Ministry system were excluded and did not make available PPC, Matrix or Commentary either through the website or by email request. The methodology chosen was that of documentary research in conjunction with Bardin's content analysis. All the material was first read, and later information was collected as to whether or not there were compulsory or optional oncology/cancerology disciplines, disciplines that had content related to the theme researched in their comments, and the objectives and profile of the graduate of the course that worked on the academic preparation directed to the national or regional epidemiological profile, and on the completeness of the assistance. The data obtained were organized and categorized. **Results:** Among the participating in the sample, it was possible to obtain only the PPC of 10 (76.9%) institutions, and of these, only 7 (70%) had complete Curriculum and Ementary Matrix; 01 (7.6) HEIs provided exclusively online Curriculum and Ementary Matrix; and 02 (15.3%) only the Curriculum Matrix, also online. After data collection, it was possible to observe that among all Higher Education Institutions in the Northern Region of the country that offer the undergraduate course in Nursing, none of them have a specific discipline of oncology in their curriculum, either mandatory or optional. In 8 universities, the subjects of the Curriculum Matrix work on oncology-related content in a mandatory/optative manner, however, these focused primarily on the process of cancer formation and not its assistance. It was also possible to observe that even without a specific discipline, the institutions had in their objectives and graduate profile in the Course Pedagogical Proposals (PPCs) the need for the development of a training focused on the national and regional epidemiological profile and the need for an assistance based on the principle of integrality. **Considerations:** It was possible to observe a fragility of the undergraduate courses in terms of disciplines and oncological content. Even the HEIs that present related disciplines do not appear in their matrices to make an interrelation between the contents of Genetics, Pathology, with the other components of the curriculum matrix, except perhaps, Women's Health, and the latter addresses themes solely directed to the preventive part of breast and cervical cancer. From this, it is suggested that the HEIs rethink the curricula of nursing courses in order to deepen the training of their graduates in this area.

**Descriptors:** Nursing; oncology; nursing degree programs.

## LISTA DE SIGLAS

APVP – Anos de Vida Perdidos  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CES – Câmara de Educação Superior  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNE – Conselho Nacional de Educação  
DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais  
DCNENF – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem  
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
E-MEC – Portal do Ministério da Educação do Brasil  
IES – Instituição de Ensino Superior  
INCA – Instituto Nacional do Câncer  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
MEC – Ministério da Educação  
MS – Ministério da Saúde  
PCP – Plano de Cuidados Paliativos  
PIDAAC – Projeto de Integração Docente-Assistencial na Área do Câncer  
PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica  
PNPCC – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer  
PPC – Projeto Pedagógico de Curso  
QV – Qualidade de Vida  
SNC – Serviço Nacional do Câncer  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Perspectiva histórica do câncer .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Evolução da Oncologia no Brasil .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.1 Ações de controle.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2.2 Tratamentos oncológicos .....</b>	<b>23</b>
<b>1.2.3 Processo de aceitação .....</b>	<b>27</b>
<b>1.2.4 Enfermagem no enfrentamento da morte.....</b>	<b>30</b>
<b>2. Cuidados Paliativos em Oncologia .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 O papel da equipe multiprofissional .....</b>	<b>33</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>38</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>38</b>
<b>4. MÉTODO .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1 Critérios de inclusão e exclusão .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2 Instrumento e coleta de dados .....</b>	<b>39</b>
<b>4.3 Metodologia de análise de dados.....</b>	<b>40</b>
<b>4.4 Aspectos éticos .....</b>	<b>42</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>43</b>
<b>5.1 Adesão à disciplina específica de oncologia .....</b>	<b>44</b>
<b>5.2 Disciplinas afins que trabalham conteúdos relacionados .....</b>	<b>47</b>
<b>5.3 Perfil do egresso.....</b>	<b>51</b>
<b>5.4 Plano de disciplina voltado ao ensino da Oncologia .....</b>	<b>56</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença antiga. Mesmo tendo sido nomeada pela primeira vez por Hipócrates (460 a 377 a.C.), existem achados científicos de sua existência que datam de mais de 3 mil anos antes de Cristo. Atualmente, esse termo é utilizado para denominar um conjunto de mais de cem doenças que tem como característica comum o crescimento desordenado de células (neoplasia), que agem de modo a invadir outros tecidos e órgãos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são a primeira causa de morte a nível mundial, e, dentre elas, o câncer é a patologia que apresenta maior destaque, tanto pelo seu alto índice de mortalidade quanto por se apresentar como um obstáculo ao aumento da expectativa de vida em todos os países do mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que as neoplasias malignas sejam a primeira ou segunda causa de óbito antes dos 70 anos em 91 dentre 172 países, sendo a terceira ou quarta causa, nos outros 22 (BRAY *et al.*, 2018).

O câncer tem impacto significativo na saúde de todo o mundo, entretanto, este possui diferenças marcantes quanto a fronteiras locais, regionais e nacionais, principalmente quando se analisa os tipos específicos de tumores, e não o câncer de forma única. Os dados epidemiológicos específicos de cada local são de grande importância, pois evidenciam o ônus causado pela patologia, norteando o planejamento de ações de saúde, a investigação de fatores causais para o desenvolvimento da doença, e o impacto das diferenças socioeconômicas (STEWART; WILD, 2014).

O perfil epidemiológico brasileiro aponta o câncer como a segunda causa de morte no país, e espera-se que, no biênio 2018-2019, aconteçam 600 mil novos casos da doença a cada ano. Acredita-se que a Região Norte seja responsável por 11.590 casos no sexo masculino, no qual, excluindo-se os cânceres de pele não melanoma em ambos os sexos, o de próstata mostrou-se mais incidente, com 2700 (28,8%), e 11.770 casos no sexo feminino, com o câncer de útero evidenciando maior incidência, com 2300 (24,8%), entretanto esta é a única região do país em que os índices para câncer de mama e colo do útero se equivalem nesta última população (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017b).

A realidade nacional evidencia aumento na incidência tanto de cânceres associados a níveis socioeconômicos melhores (mama, próstata, colo e reto) quanto

aos níveis sociais mais desfavorecidos (colo de útero, estômago, cabeça e pescoço). Os índices de mortalidade por neoplasias malignas também tem aumentado, e número de anos potenciais de vida perdidos (APVP) apresenta elevados índices, tendo em vista que o câncer tem atingido pessoas cada vez mais jovens, diminuindo assim a expectativa de vida de grande parte da população. As modalidades de tratamento visam à cura, aumento do tempo de vida útil e melhor qualidade de vida, sendo possível a obtenção da primeira quando o caso é detectado precocemente e o paciente tem acesso à melhores práticas clínicas. Assim, para que os recursos terapêuticos possam ser efetivos, faz-se necessário que os profissionais da área da saúde estejam devidamente capacitados para atuar diante da realidade nacional (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a).

Observa-se então, a necessidade de que as Instituições de Ensino Superior trabalhem o ensino da Oncologia dentro da graduação em Enfermagem, tendo em vista que esses novos profissionais prestarão atendimento a um público que cresce exponencialmente no país. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) – Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996 aponta a necessidade de que haja reestruturações nas diretrizes curriculares específicas dos cursos de graduação, a fim de garantir que os seus egressos estejam devidamente preparados para identificar e agir diante das novas situações de morbimortalidade do país (CALIL; PRADO, 2010).

A assistência ao público acometido por câncer coloca os profissionais em contato direto com situações de vulnerabilidade, dor, reações adversas dos medicamentos, feridas tanto em decorrência da patologia quanto do tratamento, além da finitude e morte. Os currículos de Enfermagem foram desenvolvidos, em sua maioria, norteados pelo modelo hospitalocêntrico de assistência a saúde, entretanto, eles precisam ser reformulados, de modo a garantir que o egresso tenha condições de assistir ao paciente oncológico e seus familiares de maneira eficiente e efetiva (LINS; SOUZA, 2018).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem, com última atualização em 2001, definem que as instituições devem fornecer as ferramentas que possibilitem aos seus egressos estarem aptos a atuar diante dos agravos de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com enfoque principalmente em sua região de atuação, investigando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes (BRASIL, 2001).

Diante da alta incidência e prevalência que o câncer apresenta nos dias atuais, e as altas taxas que espera-se para os próximos anos, faz-se de extrema necessidade a aprimoração dos cursos de formação dos enfermeiros com disciplinas voltadas a assistência em oncologia. Enfermeiros graduados com base em uma grade curricular que não abordavam este tema de maneira efetiva apresentam grande dificuldade em trabalhar com este público, com déficits acentuados principalmente na Atenção Primária (ROSA *et al.*, 2017).

A educação na área da saúde deve estar contextualizada com a realidade da população, assim, faz-se necessário que as Instituições de Ensino Superior repensem a formação do seu acadêmico e busquem uma reconceitualização dos currículos de Enfermagem, de modo a evitar que os egressos enfrentem dificuldades desnecessárias às novas demandas de saúde pública no país (CALIL; PRADO, 2010).

O interesse pelo tema surgiu a pesquisadora quando, durante sua prática profissional como docente, foi possível a ela perceber grande dificuldade por parte dos alunos quanto à assistência de enfermagem que deveria ser prestada aos pacientes oncológicos, tanto à nível de Atenção Primária quanto de hospitalar. Os docentes externalizaram a ela que conheciam somente estratégias de rastreamento voltadas ao tipos de câncer mais prevalentes entre as mulheres à nível nacional (mama e colo de útero), mas que sentiam-se inseguros quanto a todos os outros temas à nível oncológico.

A partir disto, desenvolveu-se a seguinte pergunta norteadora do estudo: “As Instituições de Ensino Superior da Região Norte, que possuem o curso de graduação em Enfermagem, estão trabalhando em suas grades curriculares a Oncologia?”. Antes da realização da pesquisa, a pesquisadora tinha como hipótese que o ensino em oncologia não vinha sendo trabalhado na graduação de enfermagem de maneira clara e efetiva, e que grande parte dos cursos não trabalhava esta como uma disciplina integrada em suas Matrizes Curriculares.

Diante de um perfil epidemiológico que apresenta um número cada vez maior de incidência e mortalidade relacionadas ao câncer, faz-se importante que as Instituições de Ensino Superior, especialmente as de Enfermagem, pensem sobre a maneira como estes egressos estão sendo preparados para atuar diante do mercado de trabalho, e se, em se currículos estão capacitando este profissional a atuar diante do perfil de morbimortalidade do país.

Os benefícios do presente estudo serão inicialmente para a comunidade acadêmica, ao evidenciar possíveis lacunas nos currículos, o que oferecerá a comunidade do ensino superior proposta fundamentada academicamente de reformulação dos mesmos e, adoção de estratégias para adequação das matrizes de modo a contemplar os conteúdos relacionados à oncologia, tornando o enfermeiro melhor preparado para assistir ao ser humano em enfrentamento do câncer, tanto a nível pessoal quanto familiar.

O benefício social que advém desta pesquisa se relaciona diretamente com o acadêmico, pois, ao tornar este profissional melhor capacitado para atender a população, este disponibilizará à sociedade uma assistência humanizada e eficiente diante de uma demanda crescente de saúde no país.

### **1.1 Perspectiva histórica do câncer**

O mais antigo relato sobre o desenvolvimento de câncer em humanos foi encontrado em papiros egípcios, descobertos no século XIX, que datam de 3000 a 2500 a.C. Neles, acredita-se que exista a primeira referência de câncer de mama da história, onde Imhotep (médico e arquiteto) informava que quando os tumores apresentavam-se frios ao toque e se espalhavam sobre o seio, nenhum tratamento obteria sucesso (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2014).

Por volta de 440 a.C, Hérodo (historiador grego) escreveu sobre a história de Atossa, rainha da Pérsia que apresentou subitamente um caroço no seio que provocava sangramento. Ao desenvolvimento dessa enfermidade, Atossa resolveu isolar-se, em quarentena voluntária, pois estava envergonhada demais para buscar o auxílio de médicos, até que um escravo chamado Democedes convenceu-lhe a retirar o tumor com o auxílio de uma faca, e mesmo desconhecendo-se quando e como a rainha faleceu, o texto informa que o procedimento foi bem sucedido, pelo menos temporariamente (SIDDHARTHA, 2012).

Evidências reais desses tumores foram encontradas em múmias egípcias e peruanas, no qual a amostra mais antiga data de 400 anos d.C, descoberta em Dakhlesh, no Egito. Já o primeiro caso de metástase cientificamente documentado foi de um rei Scythiano de aproximadamente 50 anos, que residia no sul da Sibéria há 2700 anos. Com a utilização de técnicas microscópicas e proteômicas foi possível detectar a origem oncológica de suas lesões esqueléticas disseminadas,

desenvolvendo-se inicialmente através de um câncer de próstata (FAGUET, 2015; SIDDHARTHA, 2012).

A origem da palavra câncer remete ao caranguejo que em grego era descrito como *karkínos*, sendo utilizada pela primeira vez por aquele que hoje é considerado o pai da medicina, Hipócrates (460-377 a.C.). Nos dias de hoje, o termo “câncer” é utilizado para nomear um conjunto de mais de 100 doenças, que tem como fator comum serem desenvolvidas por um crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos circunvizinhos (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017).

Séculos depois, o médico grego Galeno (130-200 d.C.) no século II, denominou o surgimento de tumores como *oncos* (inchaço), que deu origem a palavra *oncology* (oncologia), como é definida a ciência que estuda o desenvolvimento de cânceres na atualidade. Galeno seguia a teoria humoral de Hipócrates sobre o desenvolvimento das doenças, e acreditava que a aumento da bílis negra era a causa para o surgimento do câncer e da melancolia (nome dado à depressão na antiguidade). Para eles, as patologias ocorriam em consequência a um desequilíbrio dos humores, e que a cura acontecia quando havia a eliminação do humor excedente ou alterado. O médico grego evidenciou uma maior tendência de câncer em mulheres com quadros depressivos, fortalecendo assim, sua visão de que os estados emocionais eram os responsáveis diretos pelos processos de adoecimento e cura, e que cânceres e depressão estavam diretamente relacionados. Para ele, a bile negra que ficava aprisionada, congelava e transformava-se em uma massa densa dando origem a um tumor (DIAS; AQUINO, 2014; MALZYNER; CAPONERO, 2013; REZENDE, 2009).

Em suas publicações, Galeno distinguiu os tipos de tumores quanto ao tipo e origem em: *onkoi* (caroços ou massas de modo generalizado), *karkinos* (tumores considerados malignos), *karkinomas* (cancros não ulcerativos). Sua maior contribuição para o estudo da oncologia aconteceu devido a classificação quanto aos nódulos e seu crescimento, sendo o primeiro e único documento da antiguidade que dedicado exclusivamente para diferenciar os tipos benignos dos malignos. O médico grego dividiu-os em três categorias: *De tumoribus secundum naturam* (tumores de acordo com a natureza) que discorria sobre nódulos benignos e fisiológicos como o aumento dos sérios na puberdade e o crescimento do útero durante a gestação; *De tumoribus supra naturam* (tumores além da natureza) que se

referia a abscessos e edema em decorrência de um processo inflamatório, que foi descrito por ele como uma “esponja cheia de líquido”, pois quando a parte inflamada fosse extirpada, uma grande quantidade de sangue poderia ser observado fluindo para fora da ferida; *De tumoribus praeter naturam* (outra classificação para tumores além da natureza), que incluíam as lesões consideradas como câncer nos dias atuais (FAGUET, 2015).

Enquanto que Hipócrates afirmava que seria melhor não tentar tratar os tumores, permitindo assim que indivíduos acometidos com esse quadro vivessem por mais tempo, Galeno acreditava que o problema em tratar cirurgicamente essa patologia devia-se a bile negra estar espalhada por todo o corpo, e que apesar de extirpar o câncer ser um tipo de tratamento, a bile voltaria a fluir, tendo desenvolvido assim diversos medicamentos que tratariam o câncer sistemicamente. Mesmo após a morte de Galeno (200 d.C) suas ideias eram fortemente difundidas entre os médicos, o que fez com que o tratamento cirúrgico para tumores (uma alternativa local para uma patologia que acometia todo o sistema) fosse visto como tolice. Nessa época não havia analgésicos, preocupação com assepsia, ou antibióticos, o que fazia com que as tentativas de retirar os tumores acabassem por se tornar somente sessões de tortura que levavam ao desenvolvimento de infecções para as quais não havia tratamento (SIDDHARTHA, 2012).

O cirurgião inglês Thomas Gale (1507-1586), no século XVI também seguia a teoria humoral, e afirmou que a bile negra quando não fervida causava câncer, e que quando apresentava-se ácida, desenvolvia um processo de ulceração, sendo, por isso, titulada como “negra”. Apesar de ser cirurgião, defendia ainda a ideia de Galeno de que extirpar os tumores cirurgicamente seria ineficaz, tendo em vista que a bile se espalhava por todo o corpo (LIMA, 2017).

Ainda no século XVI, Andreas Vesalius (1514-1564), médico renascentista e seguidor das ideias de Galeno, buscou por meio do processo de dissecação de corpos evidenciar a forma de apresentação dos humores. Vesalius procurou então desenhar meticulosamente as estruturas anatômicas, em seus mínimos detalhes, dando origem a obra *De humani corporis fabrica* (Da organização do corpo humano) publicada em 1543, sendo considerado o “pai da anatomia moderna”, entretanto, em nenhuma de suas dissecações foi possível para ele evidenciar que a bile negra realmente existia ou que teria alguma relação com o desenvolvimento de tumores (TALAMONI, 2012).

O cirurgião Gabriele Fallopius (1523-1562) foi um dos seguidores de Vesalius, e como tal, dedicou-se a descrever as estruturas anatômicas encontradas em humanos por meio do processo de dissecação. Ele foi responsável por identificar as diferenças clínicas entre tumores benignos e malignos, afirmando que os malignos possuíam uma consistência amadeirada, forma irregular, multilobulação, ramificação nos tecidos vizinhos, e vasos sanguíneos obstruídos circundando a tumoração. Em contrapartida, defendeu que os benignos eram compostos por massas macias, bem delimitadas e regulares, não apresentando ramificação aos tecidos circunvizinhos (FAGUET, 2015; MORTAZAVI *et al.*, 2013).

O médico italiano, Bernardino Ramazzini (1633-1714), considerado o “pai da medicina do trabalho”, afirmou que a maior incidência de câncer de mama nas freiras poderia ser explicada pelo seu estilo de vida selibatário, introduzindo assim, a ideia de “fator de risco” para o desenvolvimento de neoplasias malignas, e contribuindo significativamente para o desenvolvimento de um novo olhar no campo da oncologia (RAMAZZINI, 2016; SCARPIM *et al.*, 2010).

Ao final do século XVI e início do XVII, vários autores contestaram a teoria humoral. Zacutus Lusitani (1575-1642) e Nicholas Tulp (1593-1654), ambos médicos, publicaram trabalhos afirmando que o câncer poderia ser uma doença contagiosa, com base em suas observações quanto ao desenvolvimento de câncer de mama que acometeram mulheres em uma mesma residência. Já John Hunter (1728-1793), cirurgião escocês no século XVIII, foi o primeiro a sugerir possíveis predisposições genéticas para o desenvolvimento de neoplasias, além de afirmar que idade e condições climáticas também poderiam ser fatores determinantes para o desenvolvimento dessa patologia (GRONNING, 2015). Corroborando essa ideia, Percival Pott, em 1775, relacionou em seus estudos, o desenvolvimento de câncer de escroto em limpadores de chaminé a sua exposição à fuligem durante a realização de suas atividades laborais, sugerindo ainda o papel dos fatores ambientais (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012a).

Em 1755, Henri François Le Dran (1685-1773), cirurgião francês, publicou em suas memórias que o câncer de mama desenvolvia-se através de alterações nas glândulas mamárias, e que só poderia se espalhar pelo organismo quando atingisse os gânglios axilares através dos canais linfáticos. Com essa constatação, afirmou que a neoplasia iniciava-se apenas localmente, sendo possível intervir cirurgicamente e retirar o tumor antes que este se disseminasse por meio do

organismo, sendo possível atingir a cura através de uma ablação local-regional, introduzindo assim os fundamentos da mastectomia com esvaziamento axilar (MORA, 2013).

Jhon Hunter foi considerado o “pai da cirurgia científica”, pois ele se propôs a relacionar as estruturas anatômicas e a maneira como ocorrem os processos patológicos que as acometem. Ele foi responsável por distinguir os tumores em estágios de desenvolvimento e o envolvimento da rede linfática como fonte de disseminação do câncer. Distinguiu estágios iniciais e tardios de neoplasias mamárias e de reto, e destacou o envolvimento da rede linfática para a disseminação de células cancerígenas (KAPP; TALBOY, 2017).

Ao fim do século XVII, Matthew Baillie (médico e patologista britânico), lançou o livro “Anatomia Mórbida” no qual descrevia minuciosamente o estado e a patologia de diversos tipos de câncer, e afirmava ainda, que a bile negra não existia. Esta última asserção lançou os alicerces necessários para que a remoção cirúrgica de tumores obtivesse caráter científico, informando em seu livro que este procedimento poderia levar a cura (SIDDHARTHA, 2012).

Outro forte impacto para a teoria humoral aconteceu com a descoberta da estrutura celular que compõe os seres vivos com o desenvolvimento da microscopia. A partir disto, os órgãos e tecidos deixaram de ser uma manifestação de humores e passaram a considerados como aglomerados de células individuais. Rudolf Virchow (1821-1902) estabeleceu, assim, as bases para um novo entendimento sobre patologias, fundamentada nas alterações celulares e descreveu como ocorria o processo de neoplasia, afirmação aceita até os dias atuais (REZENDE, 2009).

## **1.2 Evolução da Oncologia no Brasil**

As primeiras iniciativas de combate ao câncer no Brasil remontam ao início do século XX, e as estratégias utilizadas eram quase que exclusivamente voltadas para o diagnóstico e o tratamento. Em função do pouco conhecimento acerca dos fatores de desenvolvimento de neoplasias, a prevenção não ocupava papel de destaque nos protocolos de atendimento, mesmo que os especialistas na área de oncologia e cirurgiões concordassem quanto a importância de ações de saúde preventivas e ao diagnóstico precoce. Na época, o câncer e várias outras patologias atingiram a população do Rio de Janeiro de maneira intensa, fazendo com que o governo

assumisse a assistência à saúde por meio da criação de serviços públicos, da vigilância sanitária e de um controle mais eficiente sobre os portos, tendo em vista que as endemias eram bastante significativas (MALZYNER; CAPONERO, 2013).

A primeira proposta de combate às neoplasias do governo vigente aconteceu em 1920, entretanto, tinha como foco somente a notificação compulsória e a identificação de câncer como motivo do óbito. O perfil epidemiológico identificado a partir disto levou a formação de unidades específicas voltados ao tratamento oncológico, realizando parcerias entre instituições filantrópicas e a iniciativa pública, e iniciando ações de educação em saúde para a população sobre as medidas de prevenção (SILVA *et al.*, 2017).

Em 1919, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), da qual, em função de trabalhar a profilaxia de patologias específicas, foi criada a Inspetoria da Lepra e Doenças Venéreas, em meio à reforma sanitária ocorrida em 1920, e que deveria fornecer estatísticas sobre óbitos de câncer. Em função do desconhecimento quanto a etiologia da doença, e considerando a possibilidade de que fosse contagiosa, iniciou-se um trabalho de desinfecção das residências em que fosse constatado que a causa de óbito fosse o câncer (TEIXEIRA, 2010).

No que tange a rede particular de prestação de serviços de saúde, alguns profissionais também demonstraram preocupação com o aumento do número de casos de câncer no país, e iniciaram, ainda que de forma focal, uma mobilização para combate a doença. Em 1920 instituições especializadas em tratamentos radiológicos e cirúrgicos foram criadas em alguns estados, e dois anos mais tarde, em 1922, foi inaugurado o Instituto *Radium*, em Belo Horizonte–MG, em associação com a Faculdade de Medicina do Estado de Minas Gerais, o primeiro hospital especializado no tratamento radiológico do câncer. Em 1929, nas dependências da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, foi criado o Instituto Dr. Arnaldo, instituição beneficente que trabalha exclusivamente no combate ao Câncer (NETO; TEIXEIRA, 2017).

Em 1937 foi inaugurado o Instituto de Cancerologia, um serviço de assistência Hospitalar do Distrito Federal, no Rio de Janeiro, que foi idealizado pelo cirurgião Mario Kroef e possuía como finalidade exclusivamente tratar e estudar o câncer, e que posteriormente viria a ser nomeado como Instituto de Câncer do Distrito Federal. Em 1941, a partir de uma reforma do então Ministério da Educação e Saúde, observou-se a necessidade do desenvolvimento de serviços verticalizados

que deveriam ter abrangência nacional, e a partir desta ideia, foi criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC), hoje nomeado como Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), principal instituição nacional destinada a direcionar, organizar, fiscalizar e executar as ações de prevenção e combate às neoplasias malignas (SILVA *et al.*, 2017; TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Outra instituição de destaque foi o Hospital do Câncer, criado a partir da Associação Paulista de Combate ao Câncer, idealizada pelo cirurgião e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Antônio Cândido de Camargo. Ele foi um dos pioneiros em neurocirurgia, e trouxe grandes contribuições para o tratamento de tumores nessa área. A fim de homenageá-lo, o Hospital do Câncer foi renomeado como A. C. Camargo (MALZYNER; CAPONERO, 2013).

Ao SNC foram se incorporando progressivamente, vários hospitais filantrópicos, entidades civis (ligas) e unidades mantidas por governos estaduais, dando origem a uma rede denominada Campanha Nacional de Combate ao Câncer. Entretanto, apesar do crescente interesse pelo tema, a política de controle para neoplasias continuava muito aquém das necessidades, tanto no que tangia a prevenção quanto a tratamento. A fim de modificar este quadro, ao final da década de 1940, campanhas de educação em saúde começaram a ser desenvolvidas nas cidades do Rio de Janeiro (capital federativa da época) e de São Paulo (TEIXEIRA, 2010).

A ampliação da rede de instituições de saúde voltadas ao tratamento de neoplasias aconteceu simultaneamente ao aumento do interesse médico-científico pelo tema e ao fortalecimento institucional da área de oncologia. Podemos destacar como marco histórico dessa época a criação da Sociedade Brasileira de Cancerologia (1946); o surgimento da Revista Brasileira de Cancerologia (1947); o desenvolvimento do VI Congresso Internacional de Câncer, da União Internacional Contra o Câncer no Estado de São Paulo (1953); e a consolidação e fortalecimento do Instituto de Câncer que, em 1957, mudou a sede para um prédio maior e melhor equipado (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

O período de 1940 a 1990 foi marcado por transformações políticas no Brasil, como o golpe militar de 1964 e pela lógica privatista, médico-hospitalocêntrica e de medicina liberal que, juntos, não favoreceram a organização do sistema de atenção à saúde de maneira satisfatória para um efetivo controle do câncer no país, porém, não se pode negar que também houveram campanhas e programas destinados ao

combate e ampliação significativa na quantidade de instituições destinadas ao seu tratamento.

Entretanto, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, foi desenvolvido um novo conjunto de políticas que buscaram estruturar a assistência ao paciente oncológico, com destaque para a Portaria nº 170/1993, que estabelece as unidades de tratamento em: Centro de Referência (CR) I (atendimentos a pacientes com qualquer tipo de câncer) e CR II (tratamento dos principais tipos de neoplasias); a Portaria nº 3.535/1998 que estabeleceu novos critérios para cadastramento de Centros de Atendimento de Alta Complexidade em oncologia; a substituição dos CR pelo centro de alta complexidade em oncologia (CACON) e a adesão de seus ambulatórios no sistema de informações ambulatoriais do SUS; e a Portaria nº 113/99 que reestabelecia a abertura de serviços de radioterapia e quimioterapia pela rede particular, desde que houvesse referência do Hospital Geral cadastrado pelo SUS (SILVA *et al.*, 2017).

Em 2005, por meio da Portaria GM/MS 2.439/2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) que funcionaria em parceria do Ministério da Saúde com as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), e teria como funções: identificar os fatores de risco para neoplasias malignas mais prevalentes e desenvolver planos de ação em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde a fim de reduzir danos e a proteção a vida individual e coletiva; organizar uma estratégia de cuidados que perpassem por todos os níveis de atenção; o desenvolvimento de Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde a fim de estabelecer um sistema de referência e contrarreferência; o estabelecimento dos critérios de avaliação de qualidade das instituições públicas e privadas que atuam no campo da cancerologia; qualificar a assistência e incentivar a pesquisa; e ampliar o acesso aos serviços de maneira igualitária (BRASIL, 2011).

Em 2013, foi instituída a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), que definia as neoplasias como doenças crônicas evitáveis, destacando a importância de princípios e diretrizes voltados à promoção, prevenção, cuidado integral e universal, vigilância epidemiológica, educação em saúde, comunicação e incorporação tecnológica nos setores de assistência. Descreve ainda os protocolos de ações a serem desenvolvidas nos diferentes níveis de atuação, a fim de garantir a integralidade da assistência, uma das diretrizes do SUS. Nos últimos 15 anos o

país apresentou também um aumento significativo no número de instituições habilitadas para o tratamento de neoplasias, totalizando 71,3% no país (MIGOWSKI et al., 2018b).

### **1.2.1 Ações de controle**

A mortalidade por neoplasias malignas é a segunda maior no país. Em 2013, estas representaram 16,3% dos óbitos registrados, com maior índice de câncer de traqueia, brônquios e pulmões, seguido por câncer de próstata e câncer de estômago entre o sexo masculino, e o de mama, seguido por câncer de traqueia, brônquios e pulmões e câncer do cólon e reto entre o sexo feminino. A OMS afirma que 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas, assegurando assim que estratégias de prevenção são essenciais para mudar esta realidade (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017a).

É imprescindível que ações de controle do câncer sejam desenvolvidas no país, tendo em vista suas dimensões continentais e fortes diferenças regionais, com comportamentos e crenças bastante diversificados em cada uma delas. Identificar os fatores de risco de cada localidade apresenta-se assim como um desafio para a saúde pública, tendo em vista que esses conhecimentos auxiliarão no norteamo de ações de prevenção primária (prevenção da ocorrência) ou secundária (detecção precoce) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017b).

Os principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do câncer são os hábitos de vida prejudiciais como sedentarismo, má alimentação, agentes infecciosos, uso de bebidas alcoólicas, tabagismo e exposição solar. Acredita-se ainda que, se ninguém fosse usuário ou exposto ao tabaco, uma média de dois terços dos casos de câncer poderia ser evitado. Quanto ao que se refere à padrões saudáveis de alimentação e atividade física, a prevenção poderia chegar à um quarto. Com base nesses dados, estratégias de prevenção baseada em evidências podem ser desenvolvidas de acordo com a realidade de cada região, e cuidadosamente monitoradas e aprimoradas de acordo com a devolutiva da população (BRASIL, 2009).

A exposição à radiação ultravioleta (UV) proveniente do sol é a principal causa dos cânceres de pele melanoma e não melanoma, contribuindo também para o envelhecimento celular. A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer estima

que pelo menos uma média de 80% dos cânceres de pele acontecem devido à exposição solar. Este é o tipo de neplasia mais frequente no país com cerca de 170 mil casos novos ao ano, e medidas simples podem diminuir os riscos de adoecimento por esta patologia, com o uso de protetor solar e limitação do tempo de exposição ao sol como as principais ações de prevenção (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008, 2017)

A redução da exposição a esses fatores de risco é uma das principais medidas de combate às neoplasias malignas. A participação efetiva da equipe multiprofissional nas ações de promoção de saúde nas comunidades é de extrema importância, e a continuidade dessas ações podem levar à uma melhora significativa do perfil de morbidade populacional (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a)

No desenvolvimento de ações educativas, o enfermeiro deve estar atento ao perfil comportamental de sua população de atuação, de modo a incentivar sempre a adoção de hábitos de vida saudáveis, através da prevenção primária. Outro método de prevenção, sendo esta secundária, é voltado ao rastreamento precoce das alterações neoplásicas. Este consiste na realização de exames em sujeitos assintomáticos a fim de identificar lesões precursoras ou cancerígenas em estado inicial, seguida de investigação diagnóstica para confirmação ou exclusão da patologia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Quanto mais rápido o câncer for detectado, maiores chances de cura o sujeito acometido pela patologia possui. A detecção precoce visa a identificação das alterações celulares ainda no início de seu desenvolvimento, quando estas ainda estão localizadas no órgão de alvo e não sofreram metástase. Este serviço pode ser classificado como: rastreamento organizado (método validado de detecção, oferecido à população de maneira sistematizada); e rastreamento oportunístico (acontece quando o sujeito procura a Unidade Básica de Saúde – UBS e o profissional decide fazer o rastreamento com a utilização de um método validado de detecção) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a).

O diagnóstico precoce é entendido como o procedimento utilizado para identificar a patologia o mais cedo possível naquele indivíduo que já apresenta sintomas, principalmente quando estes apresentam-se associados a fatores de risco. Quando o câncer é detectado em fase inicial, os recursos terapêuticos se apresentam muito mais eficazes, permitindo menos complicações decorrentes do tratamento, podendo resultar diretamente na queda do índice de mortalidade. As

ações de conscientização quanto a importância dessa investigação contínua devem ser realizadas com a população, tendo em vista que várias pessoas ainda apresentam receio em realizar testes de rastreamento, não reconhecendo a importância da prevenção e detecção precoce das neoplasias malignas, onde vários sujeitos relatam, inclusive, que tem medo do diagnóstico (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

### **1.2.2 Tratamentos oncológicos**

É possível observar nas últimas décadas avanços no que se refere ao tratamento oncológico. Os principais objetivos são: cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. Os curativos correspondem a um terço dos casos, principalmente os relacionados aos cânceres de mama, colo do útero, cavidade oral e cólon, quando detectados precocemente. As três formas de tratamento principais são: locais, como a cirurgia e radioterapia, e sistêmicas como a quimioterapia. Elas podem ser utilizadas separadamente ou em conjunto, entretanto, atualmente são poucos os casos que utilizam somente uma modalidade terapêutica (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a; LEITE et al., 2013)

Antes de iniciar o tratamento, o paciente passa por uma série de exames para diagnóstico e avaliação, a fim de determinar a extensão da doença por meio de exames de imagem tais como: radiografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cintilografia óssea, exames de sangue e avaliação de órgãos vitais como os rins, coração e fígado (KALIKS et al., 2013).

Muitas vezes, a **cirurgia** acaba sendo o método adotado para o tratamento do tumor. Após avaliação, é observada a possibilidade de ressecar o tumor ou operá-lo. O processo de ressecamento significa que ele pode ser removido, porém, isso dependerá da localização e o tipo histológico do tumor; este pode ser operável quando existe a possibilidade de realização terapêutica cirúrgica, porém isso está diretamente relacionado à capacidade funcional do paciente, suas condições clínicas, e fatores como idade avançada, doenças crônicas e outras comorbidades (MIGOWSKI et al., 2018).

Apesar dos avanços nas outras áreas de tratamento oncológico, a cirurgia continua sendo fortemente utilizada. Estima-se que dos 15,2 milhões de novos casos de câncer ocorridos em 2015, 80% necessitaram realizar um procedimento

cirúrgico em algum momento durante a evolução da patologia, e esta é ferramenta valiosa para as melhores condições de vida dos pacientes (SILVA, 2016).

O planejamento cirúrgico deve abranger todos os cuidados referentes aos princípios gerais preconizados para esse tipo de procedimento, e o preparo do paciente e familiares quanto às alterações fisiológicas e estéticas decorrentes deste processo. Esta terapêutica pode ter finalidade curativa, utilizada nos casos iniciais da maior parte dos tumores sólidos, sendo considerado um tratamento radical, com a retirada do tumor primário com margem de segurança, e, se indicado, a retirada, também, dos linfonodos de drenagem linfática. A “margem de segurança” vai ser determinada com base na localização e o tipo histológico, exigindo muitas vezes uma ressecção mais ampla, como por exemplo: melanoma maligno (retirada de 5 cm a mais que a extensão da lesão nos tumores de tronco e membros e 2,5 cm, nos de pele da face); sarcoma (retirar as inserções dos músculos acometidos); tumor de pulmão (retirada de um lobo pulmonar ou todo o pulmão acometido); tumor de cólon (retirada de 5 cm de margem distal e 10 cm de margem proximal, ou hemicolecomia). Quando possui finalidade paliativa, a cirurgia visa reduzir a população de células tumorais ou controlar sintomas que colocam em risco a vida do paciente, ou comprometem a sua qualidade de vida (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Para tanto, a **radioterapia** aliada à cirurgia poderá ser realizada antes ou após o procedimento cirúrgico. Quando se refere ao pré-operatório, tem como finalidade destruir as células tumorais que estão na superfície do tumor, permitindo uma visão ampla das margens de ressecção. No entanto, pode apresentar alteração dos achados, havendo retardo na cirurgia e assim aumentando o risco de complicações. Esta é a modalidade terapêutica baseada na radiação ionizante que leva a célula à morte ou a sua inviabilidade celular, no interior da estrutura celular (MIGOWSKI et al., 2018a)

Este é um método terapêutico para tratamento local ou loco-regional, que utiliza aparelhos e técnicas variadas para irradiar áreas do corpo, prévia e cuidadosamente demarcadas. A radioterapia externa é denominada “Teleterapia”, e refere-se à aplicação diária de uma dose de radiação (Centigray – cGy ou Gray – Gy) em intervalos pré-determinados de uma fonte de radiação que fica localizada longe do corpo do paciente. O tempo médio de tratamento varia de 4 a 5 semanas, e a dosagem varia entre 180 a 200 cGy/dia, entretanto, esta pode aumentar ou

diminuir de acordo com a finalidade do tratamento, a localização e o tipo histológico do tumor. Geralmente quando são utilizadas doses maiores de radiação, este é considerado regime de hipofracionamento, na maior parte das vezes direcionado à pacientes em cuidados paliativos, em decorrências de complicações clínicas como metástases ósseas e cerebrais, sangramento e compressão medular. Já quando a fonte de radiação fica próxima ou em contato com o tumor, denomina-se “Braquiterapia”, podendo ser de baixa ou alta dosagem, e realizada prioritariamente por inserção. A “iodoterapia” também é um tipo de radioterapia interna, onde utiliza-se iodo radioativo, e geralmente é associada ao tumor de tireóide (BRASIL, 2015).

A braquiterapia, também chamada de terapia de radiação interna, é uma das modalidades de tratamento da radioterapia que utiliza a fonte de radiação em contato direto com os tecidos a serem tratados. Atualmente, há duas formas de braquiterapia, a permanente e a temporária. Nesse tipo de tratamento são implantados materiais radioativos em formas de pequenas sementes encapsuladas com titânio. O uso desse método está relacionado à preservação dos tecidos saudáveis e dos órgãos próximos ao tumor, podendo ser utilizada para tratar tumores por todo o corpo, incluindo: próstata, colo do útero, cabeça e pescoço, pele, mama, vesícula biliar, útero, vagina, pulmão, reto e olhos (BRASIL, 2015).

A ideia popular de que a radioterapia é apenas um tratamento “paliativo” não é verdadeira, uma vez que todos os tipos de câncer, em estágio inicial, podem ser curados utilizando os tratamentos radioterápicos, e, muitas vezes, sem utilizar outro tipo de tratamento. Porém, no Brasil, ainda é necessário aumentar a quantidade de aparelhos, bem como qualificar a mão de obra no SUS (SALVAJOLI; SALVAJOLI, 2012). No que se refere a Região Norte, este serviço é disponibilizado em Palmas e Araguaína no Tocantins, em Belém e Santarém no Pará, em Macapá no Amapá, em Manaus no Amazonas, em Porto Velho e Cacoal em Rondônia, em Boa Vista em Roraima, e Rio Branco no Acre (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019).

Desta forma, objetivando um trabalho qualificado e humano, voltado às necessidades dos usuários de radioterapia, é de suma importância que a equipe multidisciplinar conheça as características das pessoas atendidas, desde o perfil sócio demográfico ao clínico (KARKOW et al., 2013).

Em seus estudos, Leite et al. (2013) acreditam que metade dos pacientes oncológicos necessitam ou, provavelmente irão necessitar, de radioterapia durante o seu tratamento. Entretanto, apesar de ser um tratamento considerado eficaz, em

grande parte das vezes, infelizmente, há alguns efeitos colaterais relacionados, entre eles, os principais são: as reações de pele (radiodermite, eritema), náuseas, mucosite, xerostomia, fadiga, anorexia, diarreia e disfagia. Faz-se assim de extrema importância a prevenção e controle destes efeitos, uma vez que estes podem acarretar, de forma temporária ou mesmo definitiva, a desmotivação do paciente em continuar com tratamento.

A **quimioterapia** é uma modalidade terapêutica sistêmica, realizada com medicamentos que são denominados quimioterápicos ou antineoplásicos. Possui finalidade “neoadjuvante ou prévia” quando é utilizada antes da terapia curativa estabelecida no tratamento do sujeito, indicada para a redução dos tumores loco e regionalmente avançados, a fim de favorecer a diminuição do tamanho para ressecção deste. A quimioterapia pode ter finalidade “adjuvante ou profilática”, sendo aplicada após a realização da cirurgia curativa, quando o paciente não apresenta indícios de que células neoplásicas malignas através do exame físico e laboratoriais. A quimioterapia pode ser ainda utilizada para “controle temporário da patologia”, quando há tumores sólidos avançados ou recidivados ou neoplasias hematopoéticas de evolução crônica. Esta não possui finalidade curativa, mas acredita-se que é capaz de aumentar a sobrevida global do paciente. E a quimioterapia pode apresentar ainda direcionamento “paliativo”, realizada para controle de sintomas do paciente, entretanto, não espera-se com isso alterações no tempo de sobrevida, somente na qualidade de vida do sujeito (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2017a; KARKOW et al., 2013).

Geralmente a quimioterapia é bem tolerada pelos pacientes, entretanto, por atuar de forma sistêmica, esta pode atingir a medula óssea, os pêlos e a mucosa do tubo digestivo. Assim, faz-se necessário que ela seja aplicada em ciclos periódicos, em intervalos que permitam às células saudáveis tempo de recuperação (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

O efeito indesejável da quimioterapia segue dois grupos. Os precoces ou agudos, que acontecem de 0 a 3 dias, com: náuseas, vômitos, mal-estar, adinamia (fraqueza muscular), artralgia, exantemas e flebites; e os efeitos adversos tardios, podendo durar meses ou anos: miocardiopatia, hiperpigmentação e esclerodermia, pneumonite, imunossupressão, nefrotoxicidade, infertilidade, carcinogênese, distúrbio do crescimento em criança e cirrose hepática (DIEGUES; CICONELLI; SEGRETO, 2008).

Ao serem utilizadas de maneira combinada, quimioterapia e radioterapia podem aumentar o índice de resposta tumoral. Os pacientes que recebem este tipo de terapêutica geralmente obtêm resultados positivos em relação ao controle local da doença e preservação de órgão (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2008).

Quando o câncer se apresenta em estágio avançado ou em evolução para essa condição, a abordagem paliativa deve adentrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle, contanto que associado a aspectos psicossociais da doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo da vida, o tratamento paliativo se impõe para garantir dignidade e qualidade de vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

### **1.2.3 Processo de aceitação**

Kellehear (2016), médico e sociólogo da Universidade de New South Wales – Austrália investiga o modo como os indivíduos lidam com o morrer, desde a Idade da Pedra até a sociedade atual, denominada pelo autor de “mundo cosmopolita contemporâneo”. Para ele, o que diferencia os homens dos animais no processo de enfrentamento da morte, é apesar de essa consciência do termino da vida ser uma herança da ascendência animal, as pessoas possuem a capacidade de prever a morte e refletir a respeito dos seus significados.

O sofrimento é uma condição humana e afeta a pessoa em seus aspectos biopsicossocial e espiritual. Este sentimento muitas vezes é potencializado quando o indivíduo está vivenciando uma enfermidade que ameaça a vida, pois a dor é percebida como uma experiência que se caracteriza pela subjetividade e multidimensionalidade, e pode apresenta sinais fisiológicos e/ou emocionais. Assim, tendo em vista que o enfermeiro geralmente é o profissional que fica mais próximo ao paciente, este deve executar estratégias de manejo da dor, proporcionando alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida (FERNANDES et al., 2013).

A morte sempre suscitou o medo, este que apesar de assustar a todos, é uma condição inerente ao processo de estar vivo. Esse sentimento geralmente esta associado à conscientização da morte, e de que a experiência terrestre é finita. Esta experiência é vivida de maneira única e individual, não podendo ser partilhada com os demais, o que muitas vezes gera inquietação e sensação de solidão (BOFF, 2017).

É importante que as terapêuticas trabalhadas com pacientes oncológicos sejam voltadas para o atendimento holístico, incorporando a assistência global do sujeito, com abordagem biopsicossocial. As significações pessoais são fator chave para o processo de base do bem-estar psicológico diante das condições adversas de saúde, e as abordagens não devem ser voltadas somente a reestruturação da dimensão biológica, mas do sujeito como um todo (RAMOS, 2016).

O processo de luto não refere-se somente a perda de um ente querido, mas ao processo de aceitação à qualquer perda significativa para o sujeito, sendo assim bastante complexo, e pode acontecer também diante da situação de adoecimento. Este manifesta-se como um estado de grande angústia, associado a perturbações psicológicas e somáticas (ENGEL, 1977; RAMOS, 2016).

Elisabeth Kübler-Ross (1985) foi a primeira a definir as fases do luto, dividindo-as em cinco: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. O primeiro estágio é o de negação, onde o paciente não aceita o fato de estar doente. Esta negação inicial acontece tanto naqueles sujeitos que são informados de seu quadro patológico no início do adoecimento, quanto naqueles que se percebem doentes, e nos indivíduos que descobriam sobre a doença sozinhos.

A morte, ao ser percebida como um estágio final da idade adulta, passou a ser muitas vezes “ignorada”, e assim, direcionada à assistência somente dos profissionais da saúde, ocorrendo muitas vezes o isolamento do sujeito de seu meio social (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A segunda fase, denominada de “raiva”, ocorre quando a negação da realidade patológica não pode mais ser sustentada pelo sujeito e este se conscientiza da nova realidade que esta vivenciando. Este inicia então questionamentos sobre o “por que” de este fato ter atingido-o, revoltando-se e desenvolvendo sentimentos de revolta, inveja e ressentimento (KÜBLER-ROSS, 1985).

Os pacientes que se encontram na fase da “raiva” geralmente se revoltam contra Deus ou alguém próximo, questionando-se principalmente sobre “Por que eu?”, “Por que Deus deixou isso acontecer comigo?”, “Por que isso esta acontecendo justamente comigo?”. Assim, muitas vezes o profissional de saúde pode ser “mal tratado” pelo indivíduo, e este deve compreender a situação que o paciente esta passando, sem receber aquele comportamento como uma represália pessoal (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

A terceira fase é a da “barganha”, acontecendo geralmente por um curto intervalo de tempo, e sendo desenvolvido pelo sujeito como um processo de negociação com Deus, o universo ou o destino. Falas comumente encontradas nesse estágio são: “se eu fizer isso, eu vou conseguir ficar curado”, “eu prometo que se me curar, eu farei isso”. Além do desenvolvimento de metas, como: “farei mais ações de caridade se conseguir sobreviver por mais tempo”, buscando assim, viver mais através do desenvolvimento de promessas (KÜBLER-ROSS, 1985).

Geralmente o indivíduo que se encontra nesta fase realiza estas barganhas em segredo, desejando e esperando que o seu bom comportamento seja recompensado por Deus ou pelo universo, mantendo-se ao máximo calmo e reflexivo (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A quarta fase é a “depressão”. Neste ponto, o sujeito percebe que as barganhas não surtiram o efeito desejado e ele continua adoecido. As tentativas dos familiares e amigos de motivá-lo através do uso de frases como “não fique triste”, muitas vezes acabam por agravar o quadro dos indivíduos que se encontram neste estágio. Este sente-se incapaz de evitar o sentimento de tristeza, porque encara tanto a realidade de sua finitude quanto as consequências que acontecerão por conta deste processo. Muitos pacientes perdem o emprego e as condições financeiras ficam acentuadamente prejudicadas, outros tem somado a isso o isolamento social, o sentimento de perda da dignidade pois em muitos casos necessitam de cuidadores (KÜBLER-ROSS, 1985).

A fase de “aceitação” é a quinta, e é atingida pelos pacientes que tiveram tempo suficiente para viver e superar as fases anteriores. Estas etapas, por sua vez, não precisam vivenciadas necessariamente na ordem com que foram apresentadas neste texto, mas em todas elas é necessário que o indivíduo receba apoio para enfrentá-las e superá-las. A aceitação não é, entretando, sinônimo de felicidade, mas é, como o nome já diz, a aceitação por parte do indivíduo que sua vida pode estar chegando ao fim, sem que isto cause nele um sofrimento intenso (KÜBLER-ROSS, 1985).

O profissional de saúde deve conhecer os principais fatores envolvidos no processo de adoecimento e morte, para assim poder ajudar os pacientes oncológicos em cada fase. É extremamente importante que os indivíduos não sintam que a equipe desistiu de ajudá-lo por este se encontrar em uma potencial situação de terminalidade de vida, pois se assim acontecer, este pode chegar até mesmo a

desistir de realizar o tratamento. Mesmo para aqueles que estão fora das possibilidades de cura, faz-se necessário que a equipe esteja preparada para dar todo o suporte a esse sujeito, assistindo-o em toda a sua dimensão biopsicossocial (PAIVA; ALMEIDA JÚNIOR; DAMÁSIO, 2014).

#### **1.2.4 Enfermagem no enfrentamento da morte**

No ensino, bem como na assistência de enfermagem ao paciente oncológico, o foco é promover o alívio da dor, bem como atuar diante de outros sintomas estressantes. Além disso, um dos objetivos é reafirmar vida e morte enquanto processos naturais, bem como oferecer um sistema de apoio e suporte para os familiares lidarem com a comorbidade do paciente em seu próprio ambiente, uma vez que este necessita de cuidados específicos não apenas na clínica, mas, sobretudo no apoio emocional, pois, infelizmente, acaba sendo comum o número de pacientes que adoecem de forma psíquica durante o tratamento oncológico (OLIVEIRA; STANCATO; SILVA, 2018).

Durante a convivência com os pacientes, alguns profissionais acabam se identificando com eles e desenvolvendo laços afetivos. Diante da morte deste, o enfermeiro pode passar por um processo de luto, e desenvolver sentimentos de baixa auto-estima e desamparo, os quais comumente são ocultados pela utilização de recursos defensivos, como a negação, o distanciamento, a sustentação de relações superficiais com os pacientes e a instituição de normas e rotinas (CHERER; QUINTANA; PINHEIRO, 2015).

Existem profissionais que internalizam uma postura firme e objetiva, acreditando que reconhecer o seu sofrimento o tornará vulnerável. Com isso, acabam desenvolvendo mecanismos de defesa, como o distanciamento, a frieza e o deslocamento, acumulando sentimentos de insatisfação, culpa e negação (VICENSI, 2016).

Os enfermeiros que encaram o óbito de seus pacientes como um fracasso pessoal podem vir a desenvolver sentimentos de frustração, desesperança e impotência, o que pode levá-lo a situações de estresse e intenso sofrimento. Há também aqueles que em busca de não transparecer suas angústias, dissumilam seus sentimentos frente à morte do paciente, na tentativa de bloquear seus

pensamentos e emoções, para poder continuar desempenhando as suas atividades (CHERER; QUINTANA; PINHEIRO, 2015).

Os cuidados paliativos podem ser entendidos como: alívio do sofrimento (físico, sentimental, social e espiritual); assistência a fim de garantir uma morte digna; uma rede de apoio solidificada e atuante; o estabelecimento de uma relação aberta e de confiança entre paciente, familiares e equipe de saúde; garantia de atendimento por uma equipe multidisciplinar humanizada pautada nos critérios científicos; e a efetivação da interdisciplinaridade de atendimento (DOYLE, 2011).

A morte pode desencadear os mais variados sentimentos, entre eles podemos citar a desesperança, dor, medo, angústia, tristeza, impotência, fracasso. É importante que o discente seja capacitado não só quanto ao tratamento e cura de patologias, pois quando isto acontece, os profissionais podem desenvolver a crença de que somente a cura é importante, e quando não é possível atingi-la, estes podem ficar frustrados e com sentimento de culpa (MOTA et al., 2011).

A convivência com a morte não deve impossibilitar os profissionais a expressarem sentimentos de tristeza. É preciso que estes profissionais compreendam que estes sentimentos são naturais, para ser possível então, que este processo não cause a ele tanto sofrimento, conseguindo assim controlar suas emoções e ajudar pacientes e familiares de maneira mais eficiente (SANCHES; CARVALHO, 2009).

O paciente que se encontra em fase de terminalidade, ou seja, não tem a cura como objetivo terapêutico, pode apresentar situações de fragilidade e limitações nas esferas biológica, espiritual, psicológica e social. A partir disto, é necessário que sejam desenvolvidas estratégias que visem o conforto do paciente e seus familiares, diminuindo a dor e a angústia vivenciados por eles, de modo a garantir a eles suporte integral diante desta nova realidade (OLIVEIRA; HENRIQUE, 2011).

## **2. Cuidados Paliativos em Oncologia**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os cuidados paliativos pela primeira vez em 1990, e atualizou essa definição em 2002. Para ela, os cuidados paliativos consistem em um atendimento que promova a qualidade de vida e alívio do sofrimento de pacientes e familiares de pessoas que enfrentam patologias que

ameaçem a continuidade da vida (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A Organização Mundial da Saúde afirma ainda, que os cuidados paliativos são voltados às necessidades de todos os pacientes quanto ao alívio de sintomas, e aos sujeitos e familiares quanto ao apoio emocional e psicossocial, a fim de melhorar a sua qualidade de vida. Isto se faz ainda mais urgente quando estes encontram-se em estágios avançados de adoecimento e em processo de terminalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

De acordo com a OMS, uma média de 68% de todos as mortes no Brasil incluiriam sujeitos que se beneficiariam de cuidados paliativos (o que corresponderia a aproximadamente 873.000 pessoas em 2015. Esses cuidados melhoram a qualidade de vida dos sujeitos, melhoram o manejo de sintomas e reduzem a utilização dos recursos de saúde (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2017).

Qualidade de Vida (QV) pode ser entendida como saúde, nas esferas pessoal, emocional e econômica. Sua avaliação observa desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida. Ela é mensurada através da auto percepção do sujeito de sua posição na vida no contexto sociocultural em que esta inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Quando ocorre a hospitalização do paciente, a equipe multiprofissional dos centros oncológicos em cuidados paliativos são responsáveis por prover um cuidado humanizado a este sujeito, ajudando-o a trabalhar os seus sentimentos de tristeza, baixa autoestima e possível desenteresse pela vida ou tratamento (SILVA; LIMA, 2011).

O perfil de cada paciente é considerado para promover um único objetivo: melhorar a qualidade de vida e conforto. O familiar participativo é um aliado do Enfermeiro na oncologia, fornecendo todas as informações possíveis nas ações de cuidados prestados pela Enfermagem, os aspectos negativos pela família lançam desafios para o Enfermeiro, e todos de sua equipe, pois precisam atuar de forma efetiva e ativa, encorajando atitudes positivas independente desta representar uma demanda grande de trabalho.

O Manual de Cuidados Paliativos diz que qualquer que seja o modelo de prestação de serviços, o que há de comum no trabalho das equipes de Cuidados

Paliativos é (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2017, p.95):

Reconhecimento e alívio da dor e de outros sintomas, qualquer que seja sua causa e natureza. Reconhecimento e alívio do sofrimento psicossocial, incluindo o cuidado apropriado para familiares ou círculo de pessoas próximas ao doente. Reconhecimento e alívio do sofrimento espiritual/existencial. Comunicação sensível e empática entre profissionais pacientes, parentes e colegas. Respeito à verdade e honestidade em todas as questões que envolvem pacientes, familiares e profissionais. Atuação sempre em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar.

O paciente oncológico deve ser ouvido e ter suas prioridades respeitadas. Ele passará por um processo de ressignificação a respeito da própria vida, e deve ser auxiliado pela equipe de saúde em todo esse processo (KUCZYNSKI; ASSUMPCÃO JR, 2013).

A atuação da equipe multiprofissional deve focar na adequada avaliação e no manuseio dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais do paciente e da sua família, e estar presentes em todas as fases da trajetória da doença.

## 2.1 O papel da equipe multiprofissional

O primeiro atendimento realizado pela equipe multidisciplinar deve ser do **médico**, que avalia a história clínica do paciente, identifica as suas necessidades nos campos físico, psíquico e social e elabora o PCP (Plano de Cuidados Paliativos), que posteriormente será discutido e validado pela equipe de saúde (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

O **enfermeiro** avaliar sistematicamente os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, a fim de discutir com a equipe multiprofissional sobre o PCP, confirmando, adicionando ou modificando aquilo que posteriormente foi estabelecido como prioritário, tanto para o paciente quanto para seus familiares e rede de apoio. Este é o profissional que geralmente mantêm-se mais próximo dos familiares e do sujeito acometido por uma neoplasia maligna, possibilitando a ele realizar avaliações mais precisas das necessidades deles, e por isso possui papel fundamental na equipe de Cuidados Paliativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

O enfermeiro deve prestar assistência ao paciente em situação de terminalidade tanto em ambiente hospitalar como domiciliar, desenvolvendo planos

de cuidados, orientando pacientes e cuidadores quanto ao uso de medicações, realiza e orienta quanto aos curativos necessários, avaliação e manuseio de sondas e cateteres, aplica hidratação parenteral e subcutânea, orienta quanto aos cuidados de higiene e adaptação domiciliar para melhor deambulação, dentre outros (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

Os Cuidados Paliativo devem ser vivenciados pela enfermagem como um compartilhar de sentimentos, sendo possível aprender com os pacientes que é possível morrer com dignidade. Os profissionais devem proporcionar ao doente a certeza de que ele não está enfrentando essa realidade sozinho, oferecendo cuidado holístico, atenção humanizada, com intensa avaliação e controle da dor e dos demais sintomas. Realizando isto, o enfermeiro pode até, contribuir com a desestigmatização da morte por parte da sociedade (MONTEIRO; OLIVEIRA; VALL, 2010).

É importante que o enfermeiro desenvolva competências clínicas e relacionais para poder atuar com eficiência perante a realidade oncológica, e especialmente, nas situações de terminalidade. Faz necessário ainda que este profissional tenha boas habilidades de comunicação, o que garantirá a ele, pacientes e a própria instituição de saúde, que suas práticas clínicas estão sendo desenvolvidas da melhor maneira possível (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

O **fonoaudiólogo** incorpora o quadro da equipe multiprofissional acompanhando pacientes e familiares e orientando-os de modo a que eles possam desenvolver ao máximo suas potencialidades. Ele contribui principalmente nas dificuldades de comunicação que envolvem a fala e a audição, e quando há disfagias, concentrando sua atuação nessas alterações, buscando a reabilitação ou readaptação do sujeito (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

É de responsabilidade deste profissional a procura por alternativas de comunicação, com placas contendo letras, linguagem de gestos ou através da observação de manifestações faciais ou corporais do indivíduo, na tentativa de estabelecer a relação equipe-paciente-família. Deve-se respeitar sempre a autonomia do paciente, e trabalhar de modo a auxiliá-lo diante de medos e sentimentos de impotência (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

O uso de medicações para alívio de alguns sintomas na oncologia podem alterar a capacidade de deglutição ou alterações na produção de saliva. Tumores

localizados na cavidade oral ou glossectomizados apresentam para o paciente restrições quanto a movimentação da língua, e os localizados na faringe poderão desenvolver no sujeito quadros de disfagia. A radioterapia realizada em cabeça e/ou região cervical podem provocar mudanças nas funções histológicas e musculares, alterando o paladar, reduzindo a quantidade de saliva, e geralmente reduzindo o reflexo de deglutição tanto durante como após a realização do tratamento (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2008).

O **psicólogo** realiza a escuta ativa e observa as respostas emocionais e dos processos mentais de pacientes e familiares, avaliando e ajudando-os a trabalharem esses sentimentos, medos e angústias, frustrações relacionados ao processo de terminalidade. Este profissional procura trabalhar ainda com a elucidação de conflitos pessoais e familiares, atuais e anteriores, investigando os fatores inconscientes do comportamento, para torná-los conscientes e minimizá-los (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

A qualidade da relação entre o paciente e seus cuidadores pode influenciar positivamente no seu processo de adoecimento, no entanto, quando esta convivência desenvolve-se de maneira conflituosa, isto pode prejudicar o processo de luto. Assim, o psicólogo deve ser capacitado para manejar e trabalhar situações e conflitos familiares (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A percepção das necessidades múltiplas do indivíduo em Cuidados Paliativos e a certeza de que somente uma área não oferecera respostas necessárias fazem crescer, e se consolidar, a busca inegável por um trabalho efetivamente em equipe interdisciplinar. Por isso, o papel do **assistente social** nas equipes de atenção em Cuidados Paliativos orienta-se pela atuação junto a paciente, familiares, rede de suporte social, instituição na qual o serviço encontra-se organizado e diferentes áreas atuantes na equipe (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

O Assistente Social faz parte da equipe e orienta o acesso aos serviços e benefícios que são disponibilizados aos pacientes durante esse estágio de adoecimento, focando prioritariamente na sua qualidade de vida. Ele realiza uma avaliação das condições sociais e trabalhistas dos sujeitos, identificando seu perfil, se eles compreenderam os Cuidados Paliativos em todas as suas dimensões e objetivos. A sua prática profissional é norteadada pela Política Nacional de Humanização e o Código de Ética Profissional e auxilia no acolhimento do paciente

e seus familiares pela equipe de saúde, ponto fundamental para a efetivação de um bom relacionamento (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

A atuação do **nutricionista** não é voltada a recuperação do estado nutricional ou ganho de peso, mas sim, ao alívio dos sintomas relacionados diretamente com a alimentação, em especial os gastrointestinais, e o seu foco de assistência à qualidade de vida do paciente. No processo de adoecimento pelo câncer, e principalmente no processo de terminalidade, é comum que os indivíduos apresentem caquexia, caracterizada principalmente pela perda acentuada de peso e anorexia. Além disto, eles apresentam disfagia, odinofagia, disgeusia, mucosite, náuseas, êmese, dispnéia e demais sintomas que podem prejudicar substancialmente a capacidade de se alimentar desse paciente, e que muitas vezes estão relacionados à localização do tumor ou mesmo o tipo de tratamento realizado. O profissional diante desta realidade irá desenvolver um plano alimentar individualizado, e propor condutas de acordo com os sintomas apresentados pelo paciente (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

Em Cuidados Paliativos, o **fisioterapeuta**, a partir de uma avaliação fisioterapêutica, vai estabelecer um programa de tratamento adequado com utilização de recursos, técnicas e exercícios, objetivando, através da abordagem multiprofissional e interdisciplinar, alívio do sofrimento, alívio de dor e outros sintomas estressantes, oferecer suporte para que os pacientes vivam o mais ativamente possível, com qualidade de vida, dignidade e conforto, além de oferecer suporte para ajudar os familiares na assistência propriamente dita ao enfermo, no enfrentamento da doença e no luto (MARCUCCI, 2005).

O **massoterapeuta** utiliza técnicas manuais ou com auxílio de instrumentos que visam o alívio da dor, tensões musculares, ansiedade e estress, auxiliando no reequilíbrio do paciente e promovendo seu relaxamento. É realizada através da manipulação dos tecidos moles, com aplicação de movimentos de alisamento ou percussão, melhorando a ação do sistema vascular, realizando a estimulação mecânica dos receptores sensoriais, produzindo sensação de prazer ou bem-estar (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

O **musicoterapeuta** que atua nos Cuidados Paliativos tem como objetivo facilitar a expressão emocional dos pacientes promovendo o alívio tanto da ansiedade quanto da depressão, diminuindo a angústia e dor. A música auxilia neste processo, pois possui uma linguagem acessível e que consegue ser compartilhada

com facilidade. É possível por meio dela, resgatar lembranças e fortalecer os vínculos familiares, oferecendo a esses indivíduos um espaço seguro de partilha e acolhimento. Ela estimula ainda o subconsciente do paciente, trazendo alívio à sua psique (UNIDADE DE CUIDADOS, 2009).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Investigar de que forma o ensino da oncologia vem sendo trabalhado na formação inicial do enfermeiro em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas da Região Norte do Brasil.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Avaliar as Matrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) de graduação em Enfermagem de Instituições de Ensino Superior públicas da Região Norte do país.

Verificar o desenvolvimento das novas demandas no exercício da profissão, preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) do Curso de Graduação de Enfermagem.

Elaborar um Plano de Disciplina voltado ao ensino da Oncologia tendo por base as análises dos materiais pesquisados.

## 4. MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório, documental, que foi desenvolvido através de uma análise descritiva de documentos de domínio público como PPCs, Matrizes Curriculas e Ementários, sob a premissa da pesquisa qualitativa.

Por meio de busca no site do E-MEC, pôde-se constatar que a Região Norte possui 10 universidades federais, sendo que Enfermagem aparece em 7 destas universiadces, com 11 câmpus e 04 universidades estaduais com 8 câmpus, de ensino, públicas, e que possuem o curso de graduação em enfermagem, totalizando assim um universo de 19 instituições.

### 4.1 Critérios de inclusão e exclusão

A partir disso, os critérios de inclusão adotados foram: ter disponíveis em seus sítios eletrônicos a matriz curricular e o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) ou disponibilizá-la por meio de solicitação por email. Tendo sido excluídas as IES que estivessem com cadastro constando descredenciada, em desativação ou extinção voluntária no sistema do Ministério da Educação (MEC). A partir disto, a coleta de dados foi realizada no mês de agosto e setembro de 2019.

Após a aplicação dos critérios obteve-se uma amostra de 13 câmpus, no qual, do universo de 19 apontado anteriormente, 01 foi excluído por constar como descredenciado por oferta de EaD no sistema do MEC, e 02 por não disponibilizarem PPC, matriz ou ementário tanto pelo site quanto por solicitação via *email*, um destes, inclusive, contando como licenciatura no site do Ministério da Educação, o único deste tipo na Região Norte, e outros 03 campus por possuírem o mesmo PPC da IES sede, sendo considerados assim como uma única Instituição de Ensino Superior a ser analisada

### 4.2 Instrumento e coleta de dados

Partindo do rigor científico e visando obter informações necessárias à proposta deste estudo, foi adotado como instrumento para a coleta de dados um

roteiro de análise documental com o objetivo de examinar as disciplinas dos cursos de graduação de Enfermagem, a fim de verificar a inclusão ou não de conteúdos práticos e teóricos que contemplem a disciplina de oncologia, contendo as seguintes questões: Disciplina de oncologia obrigatória?; Disciplina de Oncologia Optativa?; Disciplina obrigatória com conteúdos de oncologia?; Disciplina optativa com conteúdos de oncologia; Os PPCs abordam a integralidade em seus objetivos, competências e habilidades do egresso?.

### **4.3 Metodologia de análise de dados**

A metodologia escolhida foi a da pesquisa documental em conjunto com a análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 1977). Realizou-se primeiramente a leitura de todo o material, e posteriormente foram coletadas informações quanto a existência ou não de disciplinas de oncologia/cancerologia obrigatórias ou optativas, de disciplinas que tivessem em seus ementários conteúdos relacionados ao tema pesquisado, e os objetivos e perfil do egresso do curso que trabalhassem a preparação acadêmica direcionada ao perfil epidemiológico nacional ou regional, e a integralidade da assistência.

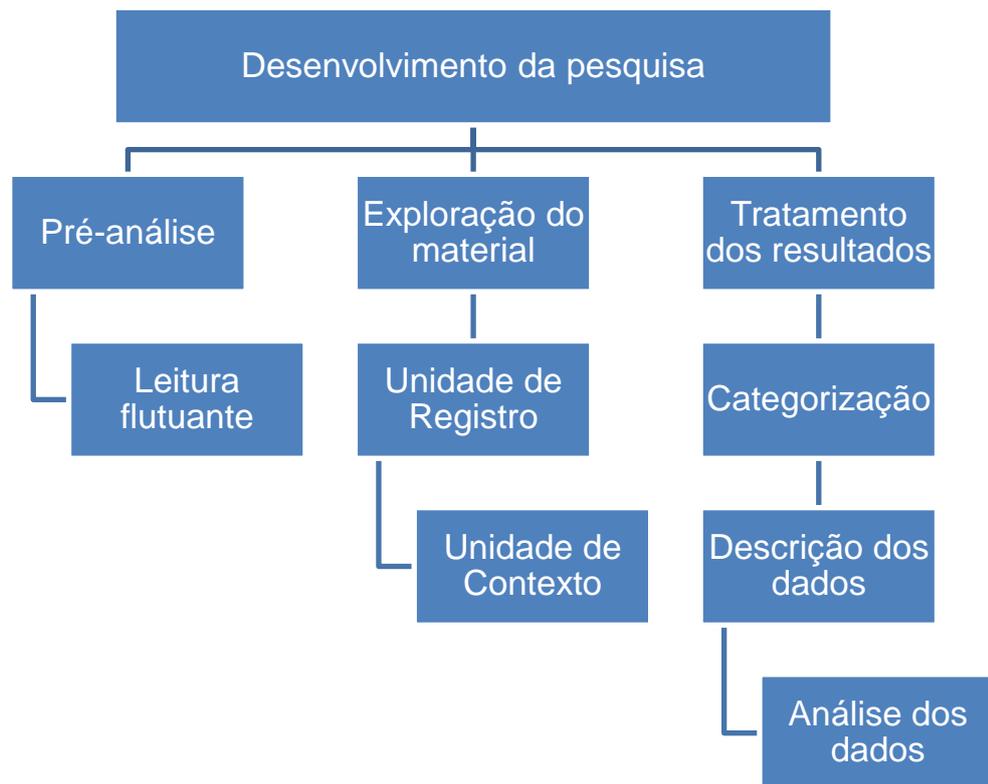
Em seus estudos Bardin (1977) afirma que a análise de conteúdo dos dados é caracterizada pela expansão das aplicações da técnica a disciplinas muito diversificadas e pelo aparecimento de interrogações e novas respostas no plano metodológico, no qual consistiu na leitura detalhada de todo o material transcrito, na identificação de palavras e conjuntos de palavras que tivessem sentido para a pesquisa, assim como na classificação em categorias ou temas que tenham semelhança quanto ao critério sintático ou semântico.

Desta forma, buscamos nos Projetos Pedagógicos de Curso, Matrizes Curriculares e Ementários as recorrências e as singularidades do tema investigados, isto é, oncologia/ensino de oncologia. A partir das informações obtidas, estas foram analisadas quanto à preparação do acadêmico de enfermagem para a assistência oncológica nos diferentes níveis de assistência. Os dados foram organizados e categorizados, dando origem as seguintes categorias: adesão à disciplina específica de oncologia na graduação de enfermagem; disciplinas afins que trabalham

conteúdos relacionados à oncologia em suas ementas; perfil do egresso nas instituições de ensino de graduação em enfermagem.

Nesse sentido, baseados nos estudos de Bardin (1997) nosso roteiro de análise de conteúdo consistiu em:

**Figura 01** – Análise de Conteúdo



Fonte: os autores.

A técnica de Análise de Conteúdo é fragmentada de forma cronológica e sistematizada sob quatro eixos:

**a) Pré-análise:** a fase de organização dos dados com o intuito de criar o *corpus* da pesquisa. Este representado pelo conjunto de documentos que serão analisados. Neste momento, realizamos a leitura flutuante dos documentos (PPC, Matriz Curricular e Ementário), buscando a primeira percepção das mensagens contidas no texto.

**b) Exploração do material:** foram definidas as unidades de registro e unidades de contexto, que nada mais são que os resultados brutos que serão

analisados a fim de obtenção de seus significados, tornando-se válidos. Esta fase consiste na organização sistemática das escolhas realizadas, permitindo que as unidades de registro sejam criadas. Estas unidades podem ser de diferentes tipos, contendo conjuntos de palavras, temas ou itens, e neste trabalho, especificamente, optamos pelos “itens”.

**c) Unidades de Contexto:** as unidades de contexto podem ser criadas a partir de dois critérios: o custo ou a pertinência. Nesta pesquisa, utilizamos a pertinência dos temas, os quais foram estratificados de acordo com a recorrência nos PPC, Matrizes Curriculares e/ou Ementários. Desta forma, com o auxílio das unidades de registro, nos remetemos, novamente, aos dados, objetivando buscar as recorrências e as singularidades dos temas gerando novas unidades de contexto.

**d) Tratamento dos resultados:** os dados foram organizados tendo por base a etapa anterior, Unidades de Contexto. Para tanto, Bradin (1977, p.67) denota que as categorias de análise, são uma *“operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”* que serão originadas das unidades de contexto.

#### **4.4 Aspectos éticos**

Tendo em vista que este estudo trata-se de uma pesquisa documental com informações de acesso público, o mesmo não necessitará de avaliação de Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) de acordo com a resolução 510/2016, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 (BRASIL, 2016).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por tratar-se de um estudo de dados secundários, de domínio público, a pesquisa não apresentou riscos a seres humanos, tendo em vista que não houve exposição de sujeitos. Entretanto, a fim de garantir o anonimato das instituições participantes deste estudo, foram dotados a elas, ao longo da discussão dos resultados, os seguintes pseudônimos: IES-1, IES-2, IES-3, IES-4, IES-5, até IES-13. Segue abaixo quadro com IES e os materiais utilizados para análise.

**Tabela 01.** Caracterização do material.

	Tipo de curso	PPC	Matriz Curricular	Ementário
IES-1	Bacharel		X	X
IES-2	Bacharel	X	X	X
IES-3	Bacharel	X	X	X
IES-4	Bacharel	X	X	X
IES-5	Bacharel	X	X	X
IES-6	Bacharel		X	
IES-7	Bacharel		X	
IES-8	Bacharel	X	X	
IES-9	Bacharel	X	X	X
IES-10	Bacharel	X	X	X
IES-11	Bacharel	X	X	
IES-12	Bacharel	X	X	
IES-13	Bacharel	X	X	X

Fonte: os autores.

É possível observar que dentre as IES participantes da amostra foi possível obter somente o PPC de 10 (76,9%) instituições e destes, somente 07 (70%) possuíam Matriz Curricular e Ementário de maneira completa; 01 (7,6%) IES disponibilizou exclusivamente Matriz Curricular e Ementário *online*; e 02 (15,3%) apenas a Matriz Curricular, também de maneira *online*.

Idealmente buscamos realizar a pesquisa com base nos PPC, entretanto, algumas delas não disponibilizavam este material em seus sítios eletrônicos e não responderam as solicitações por *email*. Outras três instituições desenvolveram os seus PPC com ausência de ementário, dificultando a análise dos conteúdos abordados nas disciplinas da Matriz Curricular, tendo em vista que para ser

considerada uma “disciplina afim” seria necessária a visualização dos conteúdos que estão sendo trabalhados.

### **5.1 Adesão à disciplina específica de oncologia**

Após a coleta de dados, foi possível observar que dentre todas as Instituições de Ensino Superior da Região Norte do país que ofertam o curso de graduação em Enfermagem, nenhuma possui disciplina específica de oncologia em sua grade curricular, de forma obrigatória ou optativa.

A pesquisa realizada por Lins e Souza (2018) a respeito da formação para o cuidado em oncologia na graduação em enfermagem evidenciou que dentre a amostra de 34 enfermeiros egressos de diferentes instituições, 76% informaram não terem tido disciplina específica de assistência oncológica durante a formação inicial e 54% afirmavam não ter recebido qualquer tipo de preparo por parte das IES quanto ao cuidado voltado a este público. A maioria (76%) da população pesquisa informou ainda que não se sentia preparada para trabalhar com pacientes com neoplasias malignas.

Na década de 80, diante do impacto que a oncologia começou a apresentar no país, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu uma proposta de integração ensino-serviço com os cursos de graduação em Enfermagem e Medicina. Assim, foi desenvolvido o Projeto de Integração Docente-Assistencial na Área do Câncer (PIDAAC), que tinha como objetivo a integração de conteúdos relacionados a assistência à oncologia nas grades curriculares se saúde das universidades. Entretanto, houve resistências quanto ao desenvolvimento deste, tendo como principal obstáculo de implementação as rígidas estruturas curriculares das IES, principalmente nas universidades públicas (FERREIRA; DA SILVA; DA SILVA, 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2018), em 2016, as DCNT foram responsáveis por 41 milhões de mortes no mundo inteiro, representando 71% do total geral de óbitos, e destes, o câncer foi a segunda maior causa, representando 9 milhões (22%). O perfil epidemiológico brasileiro também apresenta uma crescente acentuada nos registros de casos de câncer no país e a estimativa para os próximos anos é que esses valores continuem aumentando. No

que concerne a Região Norte, especificamente, o padrão não se modifica. Acredita-se que no biênio 2018-2019 aconteça o desenvolvimento de câncer de próstata em 29,41 a cada 100 mil homens, de câncer de colo de útero em 25,62 a cada 100 mil mulheres. Esta é ainda, a única região no país que possui taxas dos cânceres de mama e colo do útero considerada equivalentes entre o público do sexo feminino (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017b).

A mudança no perfil nacional de saúde tem levantado a necessidade de se discutir a maneira como o ensino da oncologia tem sido trabalhado na graduação de enfermagem, tendo em vista que este profissional necessita de subsídios teóricos que o preparem para atuar diante do cenário de atuação em que esta inserido. Observa-se que a articulação teórico-prático ainda apresenta-se deficitária em algumas IES no país e isso evidencia-se quando o enfermeiro recém-formado apresenta dificuldades em agir diante da vivência profissional. Assim, a formação destes sujeitos deve considerar os problemas de saúde do local em que estão inseridos, aproximando-o das questões reais da prática assistencial e possibilitar a ele as ferramentas para desenvolvimento do pensamento crítico quanto às maneiras de intervir para melhorar os padrões de saúde (TREVISAN *et al.*, 2013).

Diante das grandes transformações em saúde, a realidade apresentada desafia as bases de formação do enfermeiro, fazendo-se necessário refletir sobre a maneira como este tem compreendido as políticas públicas voltadas à oncologia e a forma como deve ocorrer a assistência à essa área, a fim de fomentar um pensamento reflexivo com prática profissional de excelência (OLIVEIRA; STANCATO; SILVA, 2018).

No estudo realizado por Trevisan *et al.*, (2013) realizado com 14 enfermeiros, foi possível observar que este público relata dificuldades de integração entre o que é trabalhado na graduação e o que é realmente exigido dele na prática profissional, principalmente no que tange a reflexão crítica.

Grande parte das ações de combate ao câncer depende da capacitação profissional da equipe de saúde, especificamente de enfermagem, para atuar tanto nas estratégias de prevenção quanto na detecção precoce e na reabilitação dos pacientes diagnosticados com alguma neoplasia maligna. Essa assistência, entretanto, é muitas vezes vista pelo enfermeiro como um desafio, pois este deve atuar diante das necessidades do paciente e família além da realização de procedimentos. Estes devem estar capacitados para analisar a dimensão

biopsicossocial de cada sujeito, possuindo habilidades também de amparo emocional tanto diante do tratamento, quanto à possibilidade de terminalidade (FERREIRA; BARROSO, 2016).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, disposto na resolução COFEN nº 564/2017, artigo 45, afirma que o enfermeiro tem como dever “*prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência*” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). Desta forma, diante das transformações epidemiológicas que a Região Norte do país vem sofrendo no que se refere às DCNT, e, principalmente, quanto ao câncer, faz-se necessário que as IES repensem a forma com que este tema tem sido trabalhado na graduação, a fim de garantir ao seu egresso as competências necessárias no desenvolvimento da profissão que não o impossibilitem de realização alguma ação durante a prática profissional por medo de imperícia, enfrentando dificuldades diante das novas demandas de saúde do país (CALIL; PRADO, 2010)

Independentemente de qual seja a área direta de atuação do enfermeiro, este muito provavelmente terá contato com indivíduos com câncer e precisarão, assim, ter fundamentação teórica quanto à doença, os tipos de tratamento e procedimentos à serem realizados. É competência deste profissional, ainda, a avaliação das necessidades específicas de cada paciente e seus familiares, bem como e apresentar habilidade no campo da comunicação (ONCOLOGY NURSING SOCIETY AND ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2017).

A assistência a pacientes oncológicos coloca o enfermeiro diante de situações de dor, angústia sentimental, mutilações, reações adversas dos medicamentos que levam a importantes reações tanto físicas quanto emocionais, sentimentos de desesperança, e expectativa para obtenção da cura. Essa realidade exige capacitação profissional para poder assistir a este público de maneira eficiente e humanizada e faz-se importante que os currículos dos cursos de graduação em Enfermagem sejam adaptados, a fim de preparar o seu egresso para agir crítica e reflexivamente diante do contexto de saúde pública em que esta inserido (LINS; SOUZA, 2018).

As grades curriculares de enfermagem passaram por diversas modificações a de adequarem-se às novas realidades sócio-econômicas e políticas do país em diferentes épocas. Entretanto, em grande parte das vezes, esses currículos nem sempre estão de acordo com a realidade nacional. As reformas nessas estruturas

devem ser voltadas para as exigências do mercado de trabalho e das DCNs, favorecendo o desenvolvimento de competências e habilidades gerais e específicas, de modo a tornar o enfermeiro capacitado para atuar diante da realidade de saúde em que esta inserido (CALIL; PRADO, 2010).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem, especificamente, estabelecem que os cursos de Enfermagem devem proporcionar à seus egressos competências e habilidades tanto gerais quanto específicas, pautada nos princípios éticos, e que, após a graduação, este profissional deve estar capacitado para intervir diante dos principais agravos de saúde no âmbito epidemiológico do país e da sua região de atuação (BRASIL, 2001).

Segundo a *Oncology Nursing Society* e a *Royal College of Nursing* (2017), alguns princípios devem nortear o enfermeiro no desenvolvimento de sua assistência a pessoas acometidas por câncer, como ser capazes de reconhecer as muitas e complexas necessidades deste público à nível físico e emocional, atuar diante dos diversos estágios de tratamento com todos os grupos etários, incorporação de novas práticas e favorecimento da articulação multiprofissional. É importante que a base desse atendimento seja pautado em conhecimento científico e haja o favorecimento dessas diretrizes na formação educacional do enfermeiro, tendo em vista que este deve agir tanto na prevenção e promoção à saúde, quanto na detecção precoce, durante o tratamento ativo, reabilitação e nos cuidados paliativos, quando o paciente estiver fora das possibilidades terapêuticas.

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer preconiza ainda, através da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, a Seção I, Art. 5º, III, que a formação dos profissionais de saúde devem incentivar a aquisição de habilidades e competências voltadas à rede de atenção oncológica (BRASIL, 2013). A lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) - lei n.9.394 de 20 de dezembro de 1996, aponta para a necessidade de que os cursos de graduação trabalhem suas grades curriculares a fim de preparar os egressos à atuar na realidade atual da demanda de serviços (BRASIL, 2001).

## **5.2 Disciplinas afins que trabalham conteúdos relacionados**

Foram consideradas disciplinas afins, aquelas que continham em seu Ementário conteúdos que fizessem relação direta com o câncer, seja ele na perspectiva da prevenção, detecção precoce ou tratamento.

Dentre as investigadas, as IES-6, IES-7, IES-8, IES-11 e IES-12, totalizando assim 5 (38,4%) de instituições, não disponibilizavam informações a respeito do ementário e, por esse motivo, não puderam ser analisadas no que tange a essa categoria. Assim, foi possível constatar que nas outras 8 (61,5%) IES as disciplinas da Matriz Curricular trabalham conteúdos relacionados a oncologia de maneira obrigatória/optativa. Ressalta-se que algumas Matrizes Curriculares não especificavam quais disciplinas eram obrigatórias ou optativas, e, por isso, o presente trabalho não poderá diferenciá-las.

As IES-1 e IES-2 trabalham a disciplina de Genética Humana com conteúdo específico relacionado à oncologia: “*Genética e câncer*”. Além desta, a IES-2 também tem em sua grade curricular a disciplina Processos Patológicos Gerais, juntamente com as IES-4, IES-5, IES-12 e IES-13, com os seguintes conteúdos:

“Estuda a fisiopatologia das neoplasias benignas e malignas considerando aspectos epidemiológicos” (IES-2).

“Neoplasias” (IES-4)

“Os grandes processos mórbidos (alterações celulares [...] distúrbios do crescimento e da diferenciação” (IES-5)

“alterações do crescimento celular (aplasias, displasias, etc.)” (IES-12)

“respostas celulares às agressões, inflamação e reparo, distúrbios hemodinâmicos e neoplasias” (IES-13).

Atuação de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher foi evidenciada como disciplina afim nas IES-2, IES-9 e IES-10, abordando os assuntos relacionados a atuação do enfermeiro na atenção primária com enfoque nas ações voltadas ao cânceres de mama e colo do útero:

“Ações de promoção à saúde e prevenção do câncer do colo do útero e de mama”; “ações de prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino” (IES-2).

“Assistência à Saúde da Mulher nas diversas fases da vida, com ênfase nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ações de prevenção do câncer de mama e cérvico-uterino” (IES-9).

“Visa instrumentalizar o aluno para a prestação da assistência sistematizada de enfermagem na prevenção de câncer de mama e de colo de útero” (IES-10).

A IES-3 apesar de disponibilizar o ementário no PPC, este não contém nenhuma disciplina com conteúdos relacionados diretamente à oncologia, mesmo que esta tenha em sua Matriz Curricular disciplinas similares as apresentadas anteriormente, como Patologia Geral, Genética e Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal.

É possível constatar por meio dos dados que a IES-2, apesar de não ter em sua Matriz disciplina específica de Oncologia em sua Matriz Curricular, foi a que mais apresentou em seu Ementário conteúdos voltados a Cancerologia. Entretanto, a fragmentação de conteúdos tem se mostrado um entrave para o desenvolvimento crítico-reflexivo dos enfermeiros, principalmente no que tange a integração entre as disciplinas da graduação e a prática profissional. A compartimentalização de assuntos por parte das IES favorece a construção do conhecimento de modo disperso, sem articulação entre os conteúdos da grade curricular, o que acaba por dificultar o exercício da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de maneira eficiente na prática profissional (TREVISAN *et al.*, 2013).

Em pesquisa realizada pelo INCA em 2012, por meio da distribuição de questionários que investigava a percepção sobre a demanda de qualificação em Atenção Oncológica na região de atuação e para a sua categoria profissional. Foram recebidos 477 questionários, no qual 15,4% eram da Região Norte. Entre os 143 enfermeiros participantes, 16,1% atuavam na Região Norte e a assistência foi a área de atuação predominante (66%). A respeito dos conteúdos apontados por eles como de maior urgência para qualificação foram: noções básicas de controle e prevenção do câncer (71,5%), atuação profissional na promoção à saúde e na prevenção de agravos direcionados à oncologia (69,4%), atuação profissional no paciente oncológico ambulatorial (67,2%) e gestão e políticas públicas de atenção ao câncer (66,7%).

A formação do enfermeiro voltada também a cancerologia faz-se uma necessidade, tendo em vista as dificuldades que essa classe profissional enfrenta ao atender um público que cresce de forma exponencial no país. A falta de embasamento teórico voltado à oncologia na graduação pode vir a fragilizar este profissional durante o exercício de sua profissão e ser um entrave no processo de identificação deste com a área de atuação, e os paciente e familiares podem ser atingidos de modo indireto, mas significativo (OLIVEIRA; STANCATO; SILVA, 2018).

No estudo realizado pelo INCA (2012), os enfermeiros participantes relataram ainda que o aumento cada vez maior de pacientes oncológicos justificaria um reajuste das grades curriculares de graduação em Enfermagem, de modo a proporcionar aos egressos uma melhor qualificação na área de cancerologia em toda a linha de cuidado, da Atenção Primária até a Alta Complexidade.

Existe um déficit na capacitação do enfermeiro quanto à oncologia, tendo em vista que grande parte dos cursos de graduação não oferece aprofundamento nos conteúdos teóricos desta área especificamente, trabalhando aqueles que ainda são oferecidos de maneira fragmentada, o que aumenta os desafios. É importante que haja adaptações das Matrizes Curriculares, tendo em vista que as DCNENFs preconizam a formação de um enfermeiro generalista, porém, capacitado para atuar diante das demandas do exercício profissional no contexto epidemiológico nacional (AMADOR *et al.*, 2011).

Ao não incluírem a oncologia de maneira ampla na Matriz Curricular dos cursos de Enfermagem, muitas IES formam enfermeiros com déficits quanto ao conhecimento e capacidade crítica reflexiva para intervir sobre as situações de saúde-doença e as demandas mais prevalentes da região. É fundamental que este profissional saia da graduação preparado para atender um público que perpassa além das exigências biológicas, mas apresenta grandes impactos emocionais em decorrência do quadro patológico (CALIL; PRADO, 2010).

A realização do diagnóstico precoce e do efetivo manejo do tratamento é muito importante e a sua não efetivação pode implicar diretamente em menores chances de cura e maiores despesas para o paciente, família e órgãos públicos. Entretanto, estes pontos têm sido desenvolvidos sem tanta excelência, ao que pode ser atribuído, além de outros fatores, a falta de preparo dos profissionais de saúde, carência essa ligada as grades curriculares das IES do país (LINS; SOUZA, 2018).

Para que possa atender a população da sua região de atuação de maneira efetiva, faz-se importante que os estudantes dos cursos de enfermagem encontrem na graduação um embasamento teórico a respeito do câncer que permitam a eles o desenvolvimento do raciocínio crítico para a prestação de cuidado humanizado e embasado em conhecimento científico, mantendo uma visão holística tanto do paciente quanto da realidade (FERREIRA; BARROSO, 2016).

A IES-2 apesar de ter sido, entre as investigadas, a que mais apresenta em sua Matriz Curricular disciplinas afins com a oncologia, totalizando 3, é possível

observar que a construção deste conhecimento ainda encontra-se de maneira fragmentada, focando prioritariamente na oncogênese (processo de formação do câncer) em duas delas e quando aborda a parte assistencial, concentra-se somente no aspecto preventivo e, exclusivamente, da saúde da mulher quanto as cânceres de mama e colo de útero. Apesar de estes serem pontos importantes a se trabalhar na graduação do enfermeiro, acredita-se que esta compartimentalização, sem uma disciplina que incorpore os pontos essenciais da assistência preventiva e assistencialista, tanto na atenção primária quanto terciária, acaba por fomentar um ensino que pode não garantir ao seu egresso segurança no atendimento deste público.

### **5.3 Perfil do egresso**

Foram investigadas ainda, quais eram os objetivos do curso, competências e habilidades do egresso que estavam nos PPC. Dentre todas as instituições participantes da pesquisa, somente foi possível obter esses dados de 10 IES. Procurou-se identificar nas informações disponibilizadas se estas continham informações a respeito da integralidade da assistência, contextos sociais e epidemiológicos.

Foi possível constatar que a IES-2, em seu PPC, afirma que um dos objetivos do curso é garantir a formação do enfermeiro pautada no desenvolvimento de habilidades de agir em toda linha assistencial de saúde, considerando aquilo que é preconizado tanto pelas DCNs quanto Conselho Federal de Enfermagem, como pode ser visto a seguir:

“Formar profissionais de enfermagem, de acordo com as diretrizes curriculares do Ministério da Educação e parâmetros legais para a prática profissional do Conselho Federal de Enfermagem, visando o desenvolvimento de habilidades para análise, gerenciamento, execução e avaliação de medidas de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, considerando a diversidade de aspectos sociais, culturais e éticos que envolvem as coletividades humanas e o meio ambiente” (IES-2).

Segundo informações do INCA (2017), a estimativa é que os casos de neoplasias malignas continuem aumentando no país. Para o biênio 2018-2019 esperava-se a ocorrência de 600 mil novos casos por ano. Levando-se em

consideração que podem existir sub-notificações, esse valor pode chegar à uma média de 640 mil.

De acordo com a Resolução do CNE /CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, inciso I do Art. 4, a formação do enfermeiro deve ter por objetivo proporcionar ao profissional competência para desenvolver sua prática assistencial de forma integrada e contínua com os demais setores, sendo estimulado quanto ao desenvolvimento de raciocínio crítico para analisar e atuar diante dos problemas sociais e de saúde em que esta inserido. Quanto ao inciso II do mesmo artigo, o trabalho do enfermeiro deve ser pautado no conhecimento científico, o que o garantirá a ele a capacidade de melhor gerenciamento de recursos humanos e financeiros (BRASIL, 2012).

O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, por sua vez, por meio da Resolução COFEN nº 0564/2017, Capítulo 1, Art. 1, que discorre a respeito dos direitos do enfermeiro, afirma que este deve “*exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental*”. Assim, para que o enfermeiro seja capaz de agir de acordo com os preceitos éticos da profissão no que tange a segurança técnica e científica, e tendo em vista que o perfil epidemiológico brasileiro evidencia um alto nível de casos de câncer no país, faz-se importante que este profissional seja capacitado durante a graduação, de modo a evitar que este recuse-se “*a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade*”, um direito garantido a ele através do Art. 22 da mesma resolução (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

A IES-3 não apresentou em seu PPC nenhuma disciplina específica ou afim com os conteúdos da oncologia, entretanto, entre seus objetivos para o curso estão uma formação crítico-reflexiva voltada a realidade locais, regionais e nacionais:

“Formar enfermeiro generalista, humanista, crítico-reflexivo diante de realidades sociopolíticas locais, regionais e nacionais; desenvolver investigação, ação e reflexão mediante fundamentação teórico-prática pautada no modelo social local, regional e nacional; conduzir o acadêmico a ação-reflexão-ação por meio da construção de conhecimentos coletivos, para que ele possa enfrentar situações complexas apresentadas no cotidiano trabalhista” (IES-3).

Quanto as Competências e Habilidades do Egresso, a IES-3 aborda a necessidade de que este esteja apto a atuar diante da realidade clínica-epidemiológica do país, além de investigar os fatores determinantes para o desenvolvimento de patologias em sua área de atuação:

“Atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos do modelo clínico-epidemiológico, social e educacional; e identificar necessidades individuais e coletivas de saúde da população e fatores condicionantes e determinantes de doença e agravos” (IES-3).

Em consonância com a IES-3, as IES-4 e IES-11 também abordam em seus objetivos do curso a necessidade de o enfermeiro estar apto para atuar diante da realidade epidemiológica da Região Norte.

“Capacitar o acadêmico para o conhecimento e intervenção sistemática e humanizada da assistência de enfermagem no processo saúde-doença, em seus diversos níveis, observando o perfil epidemiológico da região norte e do país, identificando os determinantes biopsicosocioculturais” (IES-4)

“Planejar, coordenar, executar e controlar programas de saúde, adotando o Sistema Único de Saúde como modelo epidemiológico clínico, respondendo às especificidades de saúde da Amazônia, por meio de intervenções planejadas estrategicamente e de um currículo que busque atender as exigências geradas pelo perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população e seus determinantes, sem perder de vista a interdisciplinaridade” (IES-11).

As IES-2, IES-8, IES-10, IES-13 também abordam nas Competências e Habilidades do Egresso a necessidade de um ensino voltado à realidade clínico-epidemiológica.

“Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, identificando as necessidades individuais e coletivas de saúde, seus condicionantes, determinantes e perfis epidemiológicos” (IES-2).

“Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na região Amazônica, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes” (IES-8).

“O enfermeiro egresso [...] deverá estar habilitado para o trabalho de enfermagem nas dimensões do cuidar, gerenciar, educar e pesquisar, com base em princípios éticos bem como em conhecimentos específicos e interdisciplinares, considerando o perfil epidemiológico e o contexto sociopolítico, econômico e cultural da região e do país” (IES-10).

“Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações, através da busca acurada por soluções, num aprendizado contínuo e evolutivo” (IES-13).

A Região Norte apresenta como os tipos de cânceres mais incidentes o de próstata em homens, e mama entre as mulheres, entretanto, outros tipos de neoplasias malignas apresentam alta incidência e tem impacto importante para a população, como os de estômago e colo do útero. Esta é ainda, a única região no país que apresenta taxas para câncer de mama e colo de útero equivalente. Outro ponto importante a se considerar são as particularidades da região com relação a algumas neoplasias como a Leucemia, que apesar de ser somente a quinta mais frequente na região norte, sem considerar os tumores de pele não melanoma, é dentre todas as regiões do país a que apresenta maior incidência desse tipo específico (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

Faz-se importante que os aspectos preventivos e de controle do câncer obtenha o mesmo enfoque e atenção que as outras áreas de serviços assistenciais de saúde, pois o crescente aumento no número de casos associado a uma formação dos profissionais fragilizada no que se refere à cancerologia, pode fazer com que nas próximas décadas o sistema público de saúde não tenha recursos humanos e financeiros suficientes para a demanda oncológica no país (ROSA et al., 2017).

Ao terminar o curso de graduação, é importante que o enfermeiro esteja apto a desenvolver estratégias de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, entretanto, na maioria das vezes, ao deparar-se com a realidade profissional este não sente-se preparado para analisar a situação de saúde da sua área de atuação e assistir aos pacientes oncológicos. Sabe-se que embasamento teórico é um fator que facilitaria o aprimoramento técnico-científico para que este possa desenvolver uma assistência de enfermagem resolutiva e integral no que se refere a cancerologia após terminar a sua formação (LINS; SOUZA, 2018).

Outro ponto importante abordado nos tópicos de objetivo e perfil do egresso nos PPCs refere-se à importância da integralidade da assistência, a nível individual e coletivo.

“Reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade do cuidado, entendida como conjunto articulado e contínuo de ações de promoção e de recuperação da saúde e de prevenção de agravos, individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade do sistema e de acordo com as especificidades regionais” (IES-2).

“Aptidão para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Prática integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo

capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos” (IES-5).

“Agregar-se a projetos estaduais/nacionais de luta pela transformação das práticas de saúde, contribuindo para a efetivação dos princípios do SUS e, conseqüentemente, melhorando a qualidade da assistência” (IES-9).

“Responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades” (IES-12).

De acordo com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Capítulo II, Art. 7, inciso II, os serviços de saúde devem garantir à população uma assistência *“entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (BRASIL, 1990).

O conceito de integralidade defendido pelo SUS abrange um leque de sentidos, no qual três dos principais são: a prática de atenção dos profissionais de saúde focada nos sujeitos de maneira não compartimentalizada, não sendo trabalhado neste somente o sistema acometido por alguma patologia, mas todos os seus aspectos biológicos e sociais; outra vertente desta ideia é pautada em uma organização do sistema de saúde de maneira conectada, a fim de formar uma rede de serviços entre os diferentes tipos e níveis assistenciais; e a terceira refere-se à utilização dos dois conceitos anteriores em uma perspectiva epidemiológica das necessidades de atenção em saúde de cada local, a fim de garantir uma assistência eficiente em todos os tipos de patologia, principalmente aquelas com maior incidência, prevalência e mortalidade no país, de maneira completa e eficiente (SILVA *et al.*, 2014).

A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde vem de encontro com o conceito defendido pelo SUS, promovendo a descentralização da assistência e o aumento da corresponsabilidade entre os serviços de saúde, a fim de garantir a integralidade da atenção em cancerologia (BRASIL, 2013).

Atualmente a maior parte da demanda de atendimentos oncológicos ainda se direciona à Alta Complexidade, entretanto, a mudança epidemiológica do país e a indispensabilidade da integralidade dos serviços de saúde pública tornam importante que a assistência em rede de atenção à saúde realmente aconteça, em todos os

níveis de atenção do SUS. Essas transformações levantam a necessidade de reformulação das IES com cursos na área da saúde. Somente com a adequação dos currículos com conteúdos de cancerologia, os egressos estarão preparados para atender às novas demandas, e desenvolverão raciocínio crítico-reflexivo para atuar de modo a modificar os padrões de saúde desta área especificamente, em consonância com as mudanças das políticas públicas dos últimos anos (ROSA et al., 2017).

#### 5.4 Plano de disciplina voltado ao ensino da Oncologia

Tendo por base as premissas que analisamos e discutimos ao longo dessa dissertação, compreendemos a necessidade de elaborar um Plano de Disciplina, voltado, especificamente, para o Ensino de Oncologia na enfermagem. Objetivamos habilitar o aluno, durante o seu percurso formativo, compreender a epidemiologia e origem do câncer, a terapêutica utilizada e medidas de suporte ao paciente oncológico, bem como a Assistência ao paciente com diagnóstico de câncer; a prevenção primária e secundária do câncer. Além disso, habilitar o futuro enfermeiro para a assistência ao paciente em Quimioterapia, Radioterapia; Teleterapia e Braquiterapia; Cirurgia oncológica e, quando não houver mais possibilidade de cura, a Assistência de enfermagem em Cuidados Paliativos Oncológicos.

<b>Curso:</b> Bacharel em Enfermagem
<b>Turma:</b>
<b>Período letivo:</b>
<b>Disciplina:</b> Enfermagem Oncológica
<b>Carga horária total: 60h      Carga horária teórico-prática: 30h-30h</b>
<b>Professor(a):</b>

**Ementa:** Conhecer a epidemiologia do câncer no Brasil e no Mundo. Bioética. Os princípios básicos da fisiopatologia do câncer e o mecanismo da carcinogênese. Nomenclatura dos tumores, os fatores de risco associados ao câncer e as ações de prevenção primária e secundária do câncer. A assistência de enfermagem ao paciente oncológico na avaliação diagnóstica e nos tipos tratamentos. Mecanismos de ação, classificação, e toxicidade das terapias antineoplásicas. Aspectos legais e

de recursos humanos e materiais do serviço de oncologia. Definição e modalidades de radioterapia. Ações de enfermagem frente ao manejo dos efeitos adversos aos tipos de tratamento. Avaliação e controle da dor. Cuidados Paliativos. Processo de morte e morrer. Habilidades afetivas no relacionamento psicossocial enfermeiro-paciente e família.

### Objetivos do curso

Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior.

### Habilidades e Competências esperadas

Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior.

<b>Eixo Estruturante</b>	<b>Competências e Habilidades</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Descritores</b>	<b>Metodologia</b>
<p>O Perfil Epidemiológico Mundial e Nacional com interface na Rede de Saúde Brasileira e suas considerações bioéticas.</p>	<p>Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior.</p>	<p>Epidemiologia do câncer.</p> <p>Programas nacionais de prevenção do câncer.</p> <p>Políticas públicas e a organização da Assistência Oncológica.</p> <p>Aspectos éticos/bioéticos diante do processo de adoecimento e fim de vida.</p>	<p>Compreender o impacto do câncer a nível nacional e regional;</p> <p>Entender o papel do enfermeiro em todos os níveis de atenção em saúde em consonância com as políticas públicas voltadas a oncologia;</p> <p>Conhecer o papel do enfermeiro na prática preventiva dos principais tipos de neoplasias malignas evidenciadas na Região Norte.</p> <p>Entender o processo assistencial de enfermagem ao paciente oncológico na atenção primária tanto na prevenção, como no cuidado durante o tratamento.</p>	<p>Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior e ao docente que ministrará a disciplina.</p>

<p>Processo Patológico em Oncologia</p>	<p>Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior.</p>	<p>Oncogênese, genética e biologia tumoral. Tumores malignos e benignos.</p> <p>Lesões, metástase e as lesões pré-neoplásicas.</p>	<p>Entender o processo de formação das neoplasias, em específico a neoplasia maligna.</p>	<p>Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior e ao docente que ministrará a disciplina.</p>
<p>Modalidades de tratamento oncológico e gerenciamento em Oncologia</p>	<p>Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior.</p>	<p>Classificação e finalidade dos quimioterápicos. Determinantes do plano terapêutico.</p> <p>Vias e métodos de administração de quimioterápicos.</p> <p>Efeitos colaterais e toxicidade e as complicações do tratamento.</p> <p>Normas e técnicas de manuseio de agentes quimioterápicos.</p> <p>Conceitos e finalidades de radioterapia.</p> <p>Implicações biológicas da radioterapia.</p> <p>Efeitos colaterais, toxicidade e complicações do tratamento.</p> <p>Outros tipos de tratamento em oncologia.</p> <p>Avaliação e manejo da dor.</p>	<p>Compreender os tipos de tratamento para o câncer, e o papel da enfermagem no que tange ao tratamento e ao atendimento humanizado ao paciente e família;</p> <p>Compreender o papel da dor no paciente oncológico, mecanismos de avaliação e intervenção.</p>	<p>Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior e ao docente que ministrará a disciplina.</p>
<p>Assistência de enfermagem diante do processo de adoecimento.</p>	<p>Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior.</p>	<p>Impacto psicológico do câncer para o paciente, família, cuidadores e profissionais da saúde.</p> <p>Ética e Humanização no</p>	<p>Entender como o enfermeiro pode auxiliar pacientes e familiares no processo de adoecimento, e quando não existe mais possibilidade de cura;</p>	<p>Adaptáveis aos PPCs de cada Instituição de Ensino Superior e ao docente que ministrará a disciplina.</p>

		<p>Cuidado.</p> <p>Processo de luto.</p> <p>Modelos organizacionais de Cuidados Paliativos.</p>	<p>Entender que o profissional também está sujeito a estresse emocional pelo processo de adoecimento dos pacientes;</p> <p>Compreender o papel do luto para a obtenção da fase de aceitação.</p> <p>Compreender como ocorre a assistência de enfermagem nos cuidados paliativos;</p> <p>Entender a importância da ética no cuidado oncológico e processo de luto.</p>	
--	--	---	---	--

### Sugestão de metodologias

Exposições dialogadas, discussões em grupo, estudos de caso, problematização, relato de experiências. Metodologia ativa do tipo *flipped classroom* pelo método *Team-Based Learning (TBL)* com *feedback*. Aula expositiva, dialogada sobre a temática, utilizando os seguintes procedimentos: apresentação introdutória e contextualizada; levantamentos dos conhecimentos prévios; exposição conceitual; questionamentos aos alunos sobre o tema abordado.

### Bibliografia sugerida

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. Conselho Federal de Enfermagem. 2 ed. 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>

BRASIL. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//acoes-enfermagem-controle-cancer.pdf>

BRASIL. **Desafios no cuidado integral em oncologia**. Org: Ana Beatriz Rocha Bernat, Daphne Rodrigues Pereira, Monica Marchese Swinerd. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_psicologia\\_desafios\\_cuidado\\_integral\\_oncologia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_psicologia_desafios_cuidado_integral_oncologia.pdf)

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Org: Mario Jorge Sobreira da Silva. – 4. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em:

[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro\\_ABC\\_4ed\\_4a\\_prova.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Livro_ABC_4ed_4a_prova.pdf)

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_clinicos\\_diretrizes\\_terapeuticas\\_oncologia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes_terapeuticas_oncologia.pdf)

BRASIL. **Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil: alimentação, nutrição e atividade física**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sumario\\_executivo\\_politicas\\_acoes\\_prevencao\\_cancer.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sumario_executivo_politicas_acoes_prevencao_cancer.pdf)

FIGUEIREDO, E.; MONTEIRO, M.; FERREIRA, A. **Tratado de Oncologia**. 1ª ed. Editora Aerinca, 2013.

FONSECA, S. M.; PEREIRA, S. R. **Enfermagem em Oncologia**. 1ª ed. Editora

Atheneu, 2014.

HOFF, P. M. G. **Manual Multiprofissional em Oncologia: enfermagem.** 1ª ed. Editora Atheneu, 2018.

KUBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes; 1998.

MOURA, V. T. **Manual de Oncologia Clínica do Brasil: enfermagem.** Editora Dendrix, 2017.

RODRIGUES, A. B; OLIVEIRA, P. P. **Oncologia para Enfermagem.** 1ª Ed. Editora Manole, 2016.

## 6. CONSIDERAÇÕES

Foi possível constatar que dentre as 13 IES analisadas nenhuma possuía disciplina obrigatória ou optativa a respeito da Oncologia, e entre as 8 que disponibilizavam o ementário, somente 7 continham conteúdos diretamente relacionados ao câncer.

Foi possível observar assim, uma fragilidade dos cursos de graduação quanto a disciplinas e conteúdos oncológicos. As IES que apresentam disciplinas afins não aparentam em suas matrizes fazer uma interrelação entre os conteúdos de Genética e Patologia com os outros componentes da matriz curricular, exceto talvez, Saúde da Mulher, e esta última aborda temas unicamente dirigidos a parte preventiva do câncer de mama e colo do útero.

O perfil epidemiológico da Região Norte apresenta maior prevalência de câncer de mama e colo do útero entre as mulheres, e próstata entre os homens (excluindo-se o câncer de pele não melanoma), perfil que converge com o nacional. No entanto, para que esta realidade se modifique, é importante que as disciplinas afins que trabalham a parte assistencial da enfermagem como Saúde da Mulher, abordem temas que vão além da perspectiva preventiva.

Os currículos de graduação geralmente trabalham a formação de seu egresso de maneira fragmentada, e no que tange à oncologia, observou-se que essa realidade não é diferente. Foi constatado que as Matrizes curriculares em enfermagem até trabalham com os discentes os mecanismos de formação do câncer nas disciplinas bases como genética, porém como o ensino não ocorre de modo integrado, o discente, ao trabalhar conteúdos de saúde do adulto, criança e idoso nos períodos mais avançados do curso, frequentemente não consegue fazer a conexão de ideias e visualizar a construção da sua prática assistencial voltada à um conteúdo das bases curriculares.

Reforça-se assim a importância das IES da Região Norte repensarem a maneira como o ensino de enfermagem vem sendo trabalhado, e se os seus egressos estão sendo capacitados para atuar diante da realidade epidemiológica do seu local de atuação e, também, do país.

O enfermeiro é o principal ponto de contato da rede assistencial com a população, e como tal, ele é potencialmente responsável quanto ao desenvolvimento de ações de prevenção, tratamento e controle das mais diversas patologias,

incluindo-se o câncer. As DCNENFs preconizam a formação de um enfermeiro generalista, entretanto, a oncologia já faz parte da realidade diária da população, e conseqüentemente, dos profissionais de saúde que à atendem, não podendo mais ser encarada como um tema voltado para às pós-graduações, mas sim, como um conteúdo que deve ser trabalhado na graduação, exatamente para que o enfermeiro possa ser “generalista”, e atuar diante do perfil de morbimortalidade que tem o câncer tão evidenciado.

Além da carga científica e a exigência de um pensamento crítico-reflexivo para a atuação diante da prevenção e tratamento, é imprescindível que o enfermeiro também seja capacitado para atuar de maneira humanizada, especialmente com aqueles indivíduos que necessitam de cuidados paliativos e demandam um atendimento que os auxilie a trabalhar os medos e frustrações diante da morte, sentimentos esses que, ao não ser trabalhado com o discente durante a graduação, podem gerar no profissional sentimentos de impotência e sofrimento diante convivência diária com situações de luto e morte.

Em seus PPCs, a maior parte das instituições aborda a importância de um ensino voltado ao perfil epidemiológico da Região Norte, a integralidade da assistência e a importância de o seu egresso estar preparado para atuar diante das exigências da prática profissional. A partir disto, sugere-se que as IES repensem as grades curriculares dos cursos de enfermagem, a fim de adensar a formação de seus egressos nesta área.

Destaca-se a dificuldade da pesquisadora na obtenção dos dados para a realização do estudo. Grande parte das IES tem não seus PPC disponibilizados através dos seus *sites*, e mesmo disponibilizando a Matriz Curricular de modo *online*, as páginas eletrônicas não continham informações do Ementário. Seria interessante que as instituições tivessem o cuidado de fornecer essas informações de maneira mais facilitada, pois o compartilhamento de informações possibilita que ocorram novas discussões a respeito do que e como tem se trabalhado o ensino na graduação de enfermagem, e assim, melhorais podem ser alcançadas.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Ofício 1599/2017**. São Paulo: 2017.

AMADOR, D. D. et al. Concepção dos enfermeiros acerca da capacitação no cuidado à criança com câncer. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 94–101, 2011.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. **Presses Universitaires de France**, 1977.

BOFF, C. M. **Escatologia: Breve Tratado Teológico-Pastoral**. 1ª ed ed. Editora Ave-Maria, 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: 1990.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001: Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Ministério da Educação**, p. 1–6, 2001.

BRASIL. **Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília: Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

BRASIL. Resolução 466/2012/CNS/MS/CONEP. **Diário Oficial da União**, v. 12, p. 59, 2012.

BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. **Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL. **Manual de Bases Técnicas em Oncologia - SIA/SUS**. [s.l.] Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação, 2015. v. 21ª Edição

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016**. 2016.

BRAY, F. et al. Global Cancer Statistics 2018 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: CANCER J CLI**, v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018.

- CALIL, A. M.; PRADO, C. Ensino de oncologia na formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 671–674, 2010.
- CHERER, E. DE Q.; QUINTANA, A. M.; PINHEIRO, U. M. S. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de Terapia Intensiva pediátrica. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 4, p. 685–694, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução cofen nº 0564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **COFEN**, n. 5642017, p. 1–15, 2017.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Paliativo**. São Paulo: 2008.
- DIAS, S. A. O.; AQUINO, G. B. DE. Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. **Revista Científica da Faminas**, v. 9, n. 1, p. 105–124, 2014.
- DIEGUES, S. S.; CICONELLI, R. M.; SEGRETO, R. A. Causas de interrupção não-programadas da radioterapia. **Radiologia Brasileira**, v. 41, n. 2, p. 103–108, 2008.
- DOYLE, D. Cuidados paliativos para o mundo. **Revista Ciências em Saúde**, v. 1, n. 1, 2011.
- ENGEL, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.
- FAGUET, G. B. **A brief history of cancer: Age-old milestones underlying our current knowledge database** *International Journal of Cancer*, 2015. Disponível em: <<http://www.medicinacomplementar.com.br/biblioteca/pdfs/Cancer/ca-4950.pdf>>. Acesso em: 22 maio. 2019
- FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2589–2596, 2013.
- FERREIRA, R.; BARROSO, R. A importância do ensino da oncologia no curso de graduação de Enfermagem. **Revista Saberes SPC**, v. 1, n. 3, 2016.
- FERREIRA, D. A. V.; DA SILVA, A. P.; DA SILVA, K. R. X. Ensino de oncologia na graduação médica e autorregulação da aprendizagem. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 0, p. 50–58, 2015.
- GRONNING, T. History of Cancer. In: **The SAGE Encyclopedia of Cancer and Society**. 2455 Teller Road, Thousand Oaks, California 91320: SAGE Publications, Inc., 2015. p. 549–553.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. Rio de Janeiro: INCA, 2012a. v. 58
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Ensino em atenção oncológica no Brasil:**

**carências e oportunidades.** Rio de Janeiro: INCA, 2012b.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **A mulher e o câncer de mama no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** 3 ed. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2017a.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** v. 1. 2017b

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Onde tratar pelo SUS.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/onde-tratar-pelo-sus>> acessado em 07 dez. 2019

KALIKS, R. A. et al. Pacientes com câncer de mama oriundas do Sistema Único de Saúde tratadas no setor privado: custos de um piloto de parceria público-privada em oncologia. **Einstein**, v. 11, n. 2, p. 216–223, 2013.

KAPP, K. A.; TALBOY, G. E. John Hunter, The Father of Scientific Surgery. **American College of Surgeons**, p. 34–41, 2017.

KARKOW, M. C. et al. Perfil dos usuários do serviço de radioterapia de um hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 0, p. 636–646, 2013.

KELLEHEAR, A. Uma história social do morrer. p. 538, 2016.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1985.  
KUCZYNSKI, E.; ASSUMPÇÃO JR, F. B. Qualidade de vida em oncologia. In: LOPES, A.; CHAMMAS, R.; IYEYASU, H. **Oncologia para a graduação.** 3ª ed. São Paulo: Lemar, 2013. p. 15–72.

LEITE, F. M. C. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados aos efeitos adversos da radioterapia. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 946–951, 2013.

LIMA, D. M. S. DE. **Os livros de ciências: saúde e doença prevalentes da população negra em uma possível articulação com a Lei 10.639/2003.** João Pessoa: Programa de Pós- graduação em Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

LINS, F. G.; SOUZA, S. R. DE. Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 66–74, 2018.

MALZYNER, A.; CAPONERO, R. **Câncer e prevenção.** Summus Editorial, 2013.

MARCUCCI, F. C. I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67–77, 2005.

MIGOWSKI, A. et al. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saude Publica**, v. 34, n. 6, p. 1–16, 2018a.

MIGOWSKI, R. A. O. E OS 30 ANOS DO SUS. et al. A Atenção Oncológica e os 30 Anos do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 2, p. 247–250, 2018b.

MONTEIRO, F. F.; OLIVEIRA, M. DE; VALL, J. A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. **Revista Dor**, v. 11, n. 3, p. 242–248, 2010.

MORA, L. D. História do Tratamento Cirúrgico do Câncer da Mama: empirismo e ciência. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v. 27, p. 41–58, 2013.

MORTAZAVI, M. M. et al. Gabriele Fallopio (1523-1562) and his contributions to the development of medicine and anatomy. **Child's Nervous System**, v. 29, n. 6, p. 877–880, 2013.

MOTA, M. S. et al. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista gaúcha de enfermagem / EENFUFGRS**, v. 32, n. 1, p. 129–135, 2011.

NETO, L. A. A.; TEIXEIRA, L. A. **De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX** *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi: Ciências Humanas* Belém, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981.81222017000100010>>. Acesso em: 19 maio. 2019

OLIVEIRA, A. M.; STANCATO, K.; SILVA, E. M. Formação do enfermeiro: Políticas públicas na atenção oncológica. **Enfermagem Foco**, v. 9, n. 3, p. 48–52, 2018.

OLIVEIRA, F. T.; HENRIQUE, R. Bioética e humanização na fase final da vida: visão de médicos. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, p. 247–258, 2011.

ONCOLOGY NURSING SOCIETY AND ROYAL COLLEGE OF NURSING. Career and education framework for cancer nursing. **Royal College of Nursing**, 2017.

PAIVA, F. C. L. DE; ALMEIDA JÚNIOR, J. J. DE; DAMÁSIO, A. C. Ética em Cuidados Paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v. 22, n. 3, p. 550–560, 2014.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. DOS. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241–250, 2012.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 2016.

RAMOS, V. A. B. O processo de luto. **Psicologia**, p. 1–16, 2016.

REZENDE, J. M. DE. Dos quatro humores às quatro bases. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**, p. 49–53, 2009.

ROSA, L. M. et al. Demandas de atendimento de enfermagem e de qualificação em oncologia na Atenção Básica em Saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 4, n. 22, p. 1–9, 2017.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SALVAJOLI, J. V. .; SALVAJOLI, B. P. O papel da radioterapia no tratamento do câncer: avanços e desafios. **Revista Oncologia**, v. 13, n. 3, p. 32–36, 2012.

SANCHES, P. G.; CARVALHO, M. D. DE B. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p. 289–296, 2009.

SCARPIM, A. C. et al. Patissier: fragmentos de uma contribuição à ergonomia. Editora UNESP. . **A evolução histórica da ergonomia no mundo e seus pioneiros [online]**. São Paulo: 2010.

SIDDHARTHA, M. **O imperador de todos os males: uma biografia do câncer**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SILVA, L. A. SA. R. DA. Cirurgia oncológica: um grande desafio. **Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes**, v. 43, n. 3, p. 139–140, 2016.

SILVA, M. J. S. DA et al. Política de Atenção ao Câncer no Brasil após a Criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n. 3, p. 177–187, 2017.

SILVA, M. M. DA et al. Índícios da integralidade do cuidado na prática da equipe de enfermagem na atenção paliativa oncológica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 795–803, 2014.

SILVA, M. C.; LIMA, T. B. DE. Análise de fatores que influenciam a Qualidade de Vida no trabalho de colaboradores de uma Organização Privada do ramo de Segurança na cidade de João Pessoa-PB. **EnGPR**, p. 2–17, 2011.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. World Cancer Report 2014. **International Agency for Research on Cancer**, 2014.

TALAMONI, A. C. B. **No anfiteatro da anatomia: o cadáver e a morte**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, n. suppl 1, p. 13–31, 2010.

- TEIXEIRA, L. A.; PORTO, M.; HABIB, P. A. B. B. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 375–380, 2012.
- TREVISAN, D. D. et al. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 331–337, 2013.
- UNIDADE DE CUIDADOS. **Manual de Cuidados Paliativos em pacientes com câncer**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2009.
- VICENSI, M. DO C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 64–72, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control: knowledge into action**. Geneva: 2007.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: 2018.