

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANTONIO RAFAEL DE MEDEIROS NETO

FATORES AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS DO
DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER:
PERFIL DOS USUÁRIOS

Campina Grande

2011

ANTONIO RAFAEL DE MEDEIROS NETO

**FATORES AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS DO
DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER:
PERFIL DOS USUÁRIOS**

*Trabalho de Conclusão de curso
apresentado junto à banca avaliadora
do Curso de Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba
como pré-requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.*

Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos

Campina Grande

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

M488f Medeiros Neto, Antonio Rafael de.
Fatores ambientais e socioeconômicos do desenvolvimento do câncer [manuscrito]: perfil dos usuários / Antonio Rafael de Medeiros Neto. – 2011.
25 f.: il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos, Departamento de Enfermagem”.

1. Oncologia. 2. Câncer. 3. Usuários. I.
Título.

21. ed. CDD 616.992

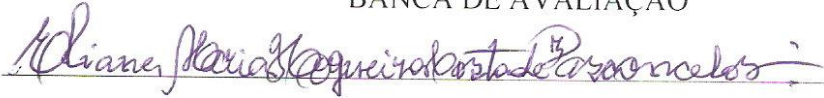
ANTONIO RAFAEL DE MEDEIROS NETO

FATORES AMBIENTAIS E SOCIOECONÔMICOS DO
DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER:
PERFIL DOS USUÁRIOS

*Trabalho de Conclusão de curso
apresentado junto à banca avaliadora
do Curso de Enfermagem da
Universidade Estadual da Paraíba
como pré-requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.*

MONOGRAFIA APROVADA EM ___/___/___

BANCA DE AVALIAÇÃO




Prof^ª. Ms Orientadora Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB



Enf^ª.Esp. Renatha Coelho Bernardo Cunha

Fundação Assistencial da Paraíba – FAP



Prof^ª. Esp. Jacinta Tavares Vieira

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

Campina Grande

2011

Dedico este trabalho à minha família que foi a mais importante ferramenta a me possibilitar a realização deste trabalho, aos amigos que caminharam comigo quando a estrada foi difícil e aos meus professores, cujo exemplo tomarei como farol no navegar da vida acadêmica.

RESUMO

O Câncer constitui atualmente uma das principais causas de morte no Brasil e no Mundo. Representa genericamente centenas de tipos de neoplasias, que têm em comum o crescimento desordenado de células, portanto deve ser visto sob a perspectiva da multicausalidade. A presente pesquisa teve por objetivo traçar o perfil geral dos pacientes oncológicos enfatizando os fatores associados à incidência do câncer, visando à identificação de parâmetros para planejar uma intervenção mais individualizada. Esta pesquisa também propôs identificar quais os fatores de risco mais significativos, os problemas e diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Para a construção desta pesquisa foi observada a incidência de casos de câncer em hospital de referência associando às variáveis consideradas, por meio dos prontuários e da consulta individualizada de enfermagem. Esta pesquisa também correlaciona os dados observados com outros estudos descritivos, a fim de identificar as especificidades regionais no perfil dos usuários. Concluiu-se que grande número dos casos poderiam ser identificados precocemente se o paciente fosse apropriadamente informado e tivesse melhor acesso aos serviços de saúde. Muitos dos fatores de risco associados ao câncer são modificáveis, e a orientação do usuário é uma ferramenta valiosa no controle do câncer.

Palavras chave: Perfil. Câncer. Oncologia.

ABSTRACT

Cancer is currently one of the leading causes of death in Brazil and worldwide. Generically represents hundreds of types of cancers, which have in common the uncontrolled growth of cells and should therefore be seen from the perspective of multiple causes. This research aimed to trace the general profile of oncology patients emphasizing the factors associated with cancer incidence, subsequent to the identification of parameters for a more individualized plan. This research also proposed to identify the most significant risk factors, problems and more frequent nursing diagnoses. For the construction of this research was observed the case incidence of cancer in reference hospital associated with the variables considered, by the medical records and individualized nursing consultation. This research also correlates the data observed with other descriptive studies, to identify specific regional profile of users. It is concluded that a large number of cases could be identified early if the patients had been proper informed and have better access to health services. Many of the risk factors associated with cancer are modifiable, and user orientation is a valuable tool in cancer control.

Key Words: Profile. Cancer. Oncology.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	08
2.1 O câncer e seus fatores de risco.....	08
2.2 Formas de prevenção.....	09
2.3 Diferenças regionais.....	10
2.4 Assistência de enfermagem.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 Objetivo geral.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
4.1 Delineamento de pesquisa.....	13
4.2 População e amostra.....	13
4.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	12
4.4 Variáveis da pesquisa.....	13
4.5 Processamento e análise dos dados.....	15
5. RESULTADOS.....	16
6. DISCUSSÃO.....	20
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma das patologias de maior importância para os serviços de saúde da atualidade, uma vez que sua incidência tende a crescer com o aumento da expectativa de vida e as mudanças de hábitos da modernidade, inclusive mudanças do padrão e qualidade alimentares (BRASIL, 2009). Seu estudo, tanto para compreender sua incidência, fatores predisponentes e melhor terapêutica, é realizado por diversas instituições, contudo, tomando de forma generalizada a população.

O Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP é centro de referência para o tratamento de pacientes oncológicos na cidade e também na região, contudo observa-se carência de dados apurados sobre a incidência de determinados tipos de câncer e perfis dos usuários. Dessa situação foi sentida a necessidade de traçar um perfil que caracterize o usuário que busca tratamento oncológico, como também que identifique quais os fatores predisponentes para a ocorrência desses casos.

A compreensão dessa patologia também remete ao atendimento de enfermagem, pois remete a uma terapêutica de duração prolongada, que traz alterações significativas da qualidade de vida do indivíduo e que levam à necessidade de cuidados contínuos e orientação ao usuário e seus cuidadores. O entendimento dos fatores de risco mais comuns é subsídio para ações de educação em saúde mais eficazes e planejamento da assistência.

Este trabalho se propôs, portanto, a traçar o perfil de usuários atendidos no Hospital FAP e observar a incidência de tipos de câncer associando às variáveis consideradas. A partir desse perfil se observou os fatores de risco mais significativos para a população estudada.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo câncer representa genericamente um conjunto de mais de 100 tipos de neoplasias, que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos (INCA, 2011). Constitui atualmente uma das principais causas de morte no Brasil e no Mundo. Desde 2003, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM (IBGE *in*: INCA, 2009).

Em 2008, a Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer – IARC estimou que ocorressem 12,4 milhões de casos novos e 7,6 milhões de óbitos por câncer no mundo. No Brasil, as estimativas válidas para o ano de 2011 apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer (INCA, 2009), evidenciando sua significância para a saúde pública.

2.1 O câncer e seus fatores de risco

A ocorrência do câncer deve ser vista sob a perspectiva da multicausalidade. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2006) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), fatores como expectativa de vida, avanços no setor de saúde, as mudanças de hábitos relacionados à industrialização e urbanização estão diretamente relacionados com o aumento do risco de desenvolvimento de câncer, entre os quais o tabagismo, etilismo, hábitos alimentares, fatores ocupacionais, exposição a agentes químicos e físicos – todos estes considerados fatores de risco.

A exposição aos fatores de risco é cumulativa no tempo, portanto, o risco de câncer aumenta com a idade (INCA, 2006). Contudo, a interação entre os fatores intrínsecos e extrínsecos é complexa e determinante sobre o risco individual do câncer, que tem início com um dano a um gen ou a um grupo de genes de uma célula.

Grande parte dos fatores de risco é dependente do comportamento do indivíduo, que pode ser modificado. Alimentação inadequada, sobrepeso, inatividade física, agentes infecciosos ou que levem a imunossupressão, a exemplo do papiloma vírus humano ou HPV, radiação ultravioleta, etilismo, tabagismo, poluição ambiental e riscos ocupacionais são todos fatores de risco modificáveis.

2.2 Formas de prevenção

Tendo em vista compreender o desenvolvimento da patologia e visando seu controle houve o desenvolvimento de registro de câncer de base populacional, foi fundada a Associação Internacional de Registros de Câncer no ano de 1966 em associação com a Organização Mundial da Saúde. No Brasil, é referência nessa área o INCA, reconhecido em 1960 embora suas origens e serviços no estudo e tratamento do câncer remetam à década de 30. Os estudos epidemiológicos e as ações de prevenção se destacaram como ações de controle desde então, devido o potencial para subsidiar maiores investigações e também estratégias para as organizações de saúde desenvolver ações de controle e tratamento adequados.

Prevenção primária, por definição, compreende as ações que visam a diminuição da incidência de doenças, removendo os fatores causais, enquanto prevenção secundária abrange o rastreamento de pessoas assintomáticas (*screening*) e o diagnóstico precoce dos casos (INCA, 2008). A principal ação da prevenção primária é a educação em saúde, para que o próprio indivíduo evite hábitos potencialmente nocivos. Ainda segundo INCA (2008), diagnóstico precoce é o procedimento para identificar a doença o mais cedo possível, a partir de sinais clínicos e sintomas, principalmente quando associados a fatores de risco. Juntas, as ações de prevenção primária e secundárias são uma forma eficaz de lidar com o câncer e tentar reduzir sua incidência.

Para as políticas públicas brasileiras, referendada pela Portaria GM/MS nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005, os custos elevados, a crescente demanda por serviços de alta complexidade e a necessidade de estimular a atenção integral tornam as ações preventivas de fundamental importância para a saúde pública como estratégia para combater o aumento da incidência e fornecer uma assistência humanizada, levando em conta as características da população.

O INCA (2007) cita as recomendações do Fundo Mundial de Pesquisa sobre Câncer (*World Cancer Research Fund – WCRF*) que envolvem o estilo de vida e afetam o risco de câncer. De forma generalista, as principais recomendações são: manter-se magro, com IMC entre 18,5 e 24,9; não fumar, ou se já estiver, procurar tratamento para parar; manter-se fisicamente ativo como rotina; limitar o consumo de alimentos de alto valor calórico, de carnes vermelhas e carnes processadas; limitar o consumo de bebidas alcoólicas; limitar o consumo de sal e alimentos industrializados com alto teor de sal; manter alimentação balanceada, rica em verduras, frutas e legumes variados, bem como cereais e grãos integrais. Também se recomenda às mulheres amamentar seus bebês exclusivamente até os 6 meses de vida do bebê, uma vez que a amamentação confere proteção à mãe contra o câncer e previne a obesidade para o bebê.

2.3 Diferenças regionais

Pesquisas do INCA (2006) evidenciam a existência de grande variação regional quanto ao perfil de incidência de cânceres no Brasil, com valores de incidência mais elevados para cidades das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Também são observadas diferenças quanto aos tipos mais frequentes em certas regiões; por exemplo, segundo INCA (2006), câncer de colo de útero é mais incidente nas cidades das regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Ainda segundo INCA (2006), as taxas de mortalidade por neoplasias são maiores na região Sul e menores na Norte.

Os mecanismos de desenvolvimentos de células neoplásicas e do câncer são complexos e variados. Sabe-se, no entanto que a adoção de certos hábitos está relacionada ao aumento de incidência de tipos específicos de neoplasias, a exemplo do tabagismo para neoplasias de pulmão, ou ainda a ocorrência delas independentemente do tipo, como a idade avançada e exposição ocupacional.

Diferenças regionais devem-se, portanto, a perfis heterogêneos de exposição a fatores de risco e modos de vida, além de diferenças regionais de condições de acesso, uso e desempenho dos serviços de saúde.

As estatísticas também podem ser influenciadas pela qualidade dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, uma vez que ainda se constata maior incidência de óbitos sem causas definidas nas regiões Norte e Nordeste. Diferenças de nível socioeconômico, do acesso aos serviços de saúde e de informação da população, hábitos de vida e alimentares também podem variar conforme a região e influenciar nas estimativas dos casos.

Como a incidência está relacionada a determinados hábitos e seu registro é influenciado pelo acesso aos sistemas de saúde, é possível que o perfil evidenciado esteja sujeito a generalização, ignorando as especificidades de cada região e sujeito à ocorrência de subnotificação, o que leva a necessidade de dados que reflitam a realidade regional e sirvam de comparação para os centros de referência. Para a Paraíba especificamente, a referência é dada pelo perfil de João Pessoa, embora seja entendido que o acesso, uso e desempenho dos sistemas de saúde da cidade sejam diferenciados de outras cidades no interior do mesmo estado.

As relações entre os fatores de risco e os tipos de câncer ainda não foram devidamente elucidadas, portanto este trabalho não se propôs a relacionar causalidade.

2.4 Assistência de enfermagem

A assistência de enfermagem pode ser entendida, de forma generalista, como prover as necessidades do cliente e visar seu bem-estar. Os diagnósticos de enfermagem permitem identificar os que acometem ao usuário e propor uma série de intervenções que possam ser avaliadas ao longo do tempo e postas em prática de forma eficiente e sistematizada por toda a equipe de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro.

O modelo de diagnóstico de enfermagem tomado por referência é o da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), utilizado e presente nos prontuários. A NANDA é um sistema criado por enfermeiras americanas em 1982, que tem como objetivo desenvolver uma classificação que padronize as intervenções frente às reações do usuário diante da doença para ser usado por profissionais de enfermagem.

Para a aplicação de tal processo é fundamental o diálogo entre o paciente e o enfermeiro. FONTES (2008) ressalta a condição essencial do diálogo como base do cuidado ao cliente e sua família ajuda no alívio de sentimentos destrutivos e ameaçadores à integridade emocional de ambos. O diálogo também é base para as atividades preventivas.

É preconizado que as ações educativas e de prevenção deveriam ser realizadas desde a atenção primária de saúde, a exemplo das Estratégias de Saúde na Família – ESF (INCA, 2008). É realidade a atuação dessas unidades em programas educativos voltados para a educação em saúde e combate a hábitos nocivos, como o programa Hiperdia e os grupos de apoio aos tabagistas e etilistas. Também é incentivado o auto-exame das mamas e a realização de exames periódicos. No entanto, o foco dessas ações ainda é a prevenção de doenças infecciosas ou doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes *Mellitus*, o que torna necessária uma ênfase na qualidade de vida e práticas saudáveis para que o controle do câncer possa ser incorporado na estratégia da atenção primária nas unidades básicas de saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Traçar o perfil dos usuários que foram atendidos na FAP enfatizando os fatores associados à incidência do câncer.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar quais os fatores de risco mais significativos para a população estudada.
- Traçar quais os diagnósticos de enfermagem mais frequente nos usuários que participarem da pesquisa, como subsídios de parâmetros para posteriores planejamentos de assistência.
- Traçar estratégias para melhor orientar o usuário e estudar adesão às estratégias terapêuticas.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento de pesquisa

A pesquisa foi conduzida com abordagem quantitativa descritiva de base populacional, tendo em vista traçar um perfil do usuário atendido na instituição onde procederá a pesquisa e a observação da incidência de casos de câncer associando às variáveis consideradas. Foi realizada na Fundação Assistencial da Paraíba - FAP, hospital de referência em Oncologia no município de Campina Grande-PB e região. Os dados que serviram de suporte para a pesquisa foram obtidos a partir dos prontuários, que contém as informações de admissão do usuário e também um Formulário de Entrevista semi-estruturado, com perguntas diretas e indiretas de fácil entendimento, anexado ao prontuário do usuário pelo serviço de enfermagem.

4.2 População e amostra

Considera-se população os usuários atendidos no hospital para abertura do prontuário no ano de vigência da pesquisa. No hospital da FAP foram registrados 796 novos casos entre Janeiro e Outubro de 2011. Destes, foram considerados uma amostra de 50 usuários (amostragem probabilística casual), incluídos na pesquisa aleatoriamente desde que atendendo aos critérios de inclusão. A amostra foi definida ao acaso até que o numero de amostra foi alcançado, conforme as especificações.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados critérios de inclusão:

- a) Ser cliente do hospital onde se realizou a pesquisa, com admissão em 2011;
- b) Ser brasileiro;

- c) Maior de 21 anos;
- d) Ter recebido diagnóstico médico, independentemente do tipo de câncer;
- e) Estar com o prontuário devidamente preenchido e ter sido avaliado pela equipe multiprofissional e especificamente, pela equipe de enfermagem.

4.4 Variáveis da pesquisa

Entende-se por variáveis nesta pesquisa os fatores que podem estar relacionados à incidência de câncer. O sobrepeso, a alimentação, atividade física, exposição a agentes químicos, ionizantes, infecciosos e ocupacionais são fatores de risco para o câncer, contudo, de complexa mensuração, pois requerem uma abordagem individualizada. Para a generalização de um perfil a partir de dados retrospectivos, a avaliação específica desses fatores não se torna viável.

Tomando como base as diretrizes de WHO/IARC (1999), para a avaliação de um perfil populacional, foram adotados nesta pesquisa: o Índice de Massa Corpórea (IMC) como alternativa para mensurar a relação entre alimentação, sobrepeso e prática de atividades físicas, levando em conta também a Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* uma vez que sua ocorrência está relacionada aos fatores citados e contribuem significativamente para os índices de morbimortalidade no Brasil; a atividade ocupacional como referência para exposição a agentes ambientais (como radiação ultravioleta, poluição ou agentes químicos).

Os diagnósticos de enfermagem segundo a NANDA, para a presente pesquisa, entram como parâmetro para nomear os problemas que acometem os pacientes oncológicos que foram identificados ou relatados com maior frequência e registrados no prontuário. Também visa a contornar algumas limitações inerentes a um estudo com prontuários e que demande dados subjetivos (como os principais fatores relacionados à adoção de hábitos nocivos e as reações percebidas frente ao diagnóstico e terapêutica). Desconsideram-se outras etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem tendo em vista que tendem a ser específicas e não refletir um perfil mais abrangente.

São consideradas variáveis relevantes:

- a) Faixa etária;
- b) Sexo;
- c) Raça/etnia;
- d) Escolaridade;
- e) Estado civil;
- f) Condições de moradia (saneamento básico, água encanada, rede de esgoto);
- g) Tabagismo;
- h) Etilismo;

- i) Patologias de base: Hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*;
- j) Ocupação;
- k) Casos de câncer na família;
- l) Diagnóstico médico;
- m) História clínica da patologia;
- n) Problemas e diagnósticos de enfermagem identificados.
- o) Índice de Massa Corpórea.

4.5 Processamento e análise dos dados

Os dados foram analisados em programa SPSS 18ª edição (Statistical Package for the Social Sciences), um software científico, para descrição de dados estatísticos. O mesmo utiliza vários recursos para elaboração de gráficos e correlação de variáveis em testes estatísticos, como de correlação e teste de hipóteses.

Foi realizada a descrição dos dados e correlação dos principais fatores relacionados com a incidência de câncer, os hábitos de vida e fatores ambientais mais significativos, descrevendo-se os dados em tabelas. Em seguida, a partir dos dados, levou-se a discussão, confrontando e embasando-se pela bibliografia referendada.

É importante ressaltar que o presente trabalho é limitado por tratar-se de um estudo baseado em dados de prontuário analisados retrospectivamente e que não se destina a elaborar um plano de assistência, apenas identificar as situações mais comuns associadas e fornecer subsídios para posteriores discussões.

5. RESULTADOS

A amostra foi composta de 50 indivíduos, 23 homens e 27 mulheres; todos os indivíduos foram oriundos de Campina Grande, local da pesquisa, ou de cidades circunvizinhas.

Foi identificado na amostra: 42% dos indivíduos de pele branca, 16% de negros e 30% pardos (outros parâmetros ou sem registro somam apenas 6 casos na amostra), conforme **Quadro 1**.

Quadro 1. Raça/Etnia

	Frequencia	Percentual	Percentual válido	Porcentagem cumulativa
Branco	21	42,0	42,0	42,0
Negro	8	16,0	16,0	58,0
Pardo	15	30,0	30,0	88,0
Outro	6	12,0	12,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Foi observada na amostra uma ampla *faixa etária*, com tendência à idades mais avançadas. A idade mínima registrada foi de 24 anos e a máxima foi de 81; a média de idade na amostra foi de 59 anos, conforme **Quadro 2**.

Quadro 2. Faixa etária

	Frequencia	Percentual	Percentual válido	Porcentagem cumulativa
21 30	2	4,0	4,0	4,0
31 40	0	0,0	0,0	4,0
41	7	14,0	14,0	18,0
51	12	24,0	24,0	42,0
61	20	40,0	40,0	82,0
71	8	16,0	16,0	98,0
	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

O relato de *casos de câncer na família próxima* (pais, irmãos, avós) apresentou incidência de 60%. Foram contabilizadas apenas as respostas “sim” ou “não”, de forma que nos casos cuja resposta era duvidosa ou não havia casos na família próxima as respostas foram contabilizadas como “não há casos na família”.

Sobrepeso e obesidade, aliados a inatividade física e nutrição desequilibrada são fatores de risco. Para mensurar fatores foi utilizado o índice de massa corpórea (IMC) tomando como parâmetro valores iguais ou acima de 25 como *sobrepeso*, sem distinguir níveis de obesidade. 30% da amostra apresentaram IMC maior que 17 e menor que 25, enquanto 48% apresentaram valor acima de 25, conforme **Quadro 3**.

Quadro 3. Índice de Massa Corpórea

	Frequencia	Percentual	Percentual válido	Porcentagem cumulativa
≤ 17	0	0	0	0
17 ≥ 20	5	10,0	10,0	10,0
20,1 ≥ 24,9	10	20,0	20,0	30,0
25 ≥ 29,9	9	18,0	18,0	48,0
≥ 30	15	30,0	30,0	78,0
?	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Entre as *doenças de base*, foi considerada a ocorrência da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes *Mellitus* (HAS). Foi considerada para ambas apenas a confirmação do diagnóstico em “sim” ou “não”. Sua incidência na amostra foi de, respectivamente, 32% e 12%. Para apenas 4% da amostra foi referido ter ambas as patologias.

Quanto ao *escolaridade* dos indivíduos da amostra, foi observado que a maioria (54%) tem até o 1º Grau Incompleto, 22% são analfabetos e 10% são analfabetos funcionais. Segundo o **Quadro 4**, não havia na amostra indivíduos com 2º Grau de formação; observa-se predominância de indivíduos com 1º Grau incompleto, seguido de analfabetos.

Quadro 4. Escolaridade

	Frequencia	Percentual	Percentual válido	Porcentagem cumulativa
2º Grau	0	0	0	0
1º Grau Completo	7	54,0	14,0	14,0
1º Grau Incompleto	27	54,0	54,0	68,0

Alfabetizado	5	10,0	10,0	78,0
Analfabeto	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Quanto à *ocupação* dos usuários, são numerosos os pensionistas (aposentados ou acostados) com 16%, mas a ocupação de agricultor é maioria dos casos com 42%; a terceira atividade mais incidente é descrita como “do lar” com 14%. As demais ocupações referidas, entre as quais vigilante, marceneiro e pescador, se enquadram em “ocupações manuais” (14%).

Quanto ao estado civil, observou-se que a maioria (74%) teve ou tem um conjuge (casados e viúvos); são maioria os casados com 58%, seguido de viúvos com 16%. Divorciados e solteiros correspondem a 10% cada um.

20% moram em residências que não apresentam água encanada, rede de esgoto ou saneamento básico, de forma que se entende que é predominante o acesso a esses serviços essenciais e a possibilidade de *condições de moradia* consideradas adequadas.

Comparando *hábitos de vida*, observa-se que o *tabagismo* lidera a incidência em relação ao uso do álcool no usuário oncológico. 40% dos usuários na amostra foram ou afirmam ser tabagistas por tempo prolongado; 16% dos usuários foram ou afirmam ser *etilistas*; 12% da amostra afirmaram ambos os hábitos.

Quanto aos *tipos de câncer* observados por tipologia o câncer de mama e de pele (melanoma) foram os mais incidentes, com respectivamente 22% e 12%. Câncer de língua, laringe e boca foram considerados casos separados (respectivamente 6%, 4% e 8%), mas juntos representam 18%. Entre os casos de câncer de língua, bucal e de laringe observa-se que 6 entre 8 (75%) eram tabagistas. Os tipos de câncer identificados podem ser observados no **Quadro 5**.

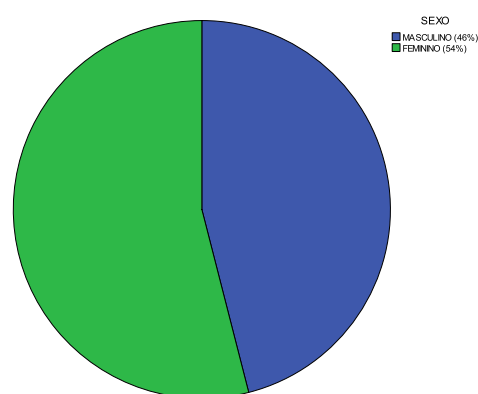
Quanto às queixas e diagnósticos de enfermagem, as mais comuns foram: a “ansiedade” (24%), seguido por “mobilidade física prejudicada” (14%). Diagnósticos de “dor”, “padrão de sono prejudicado” ambos apresentam 8% de incidência, enquanto “déficit de conhecimento” 10%. Outros diagnósticos mais específicos compõem 36%.

Quadro 5. Tipologia de câncer

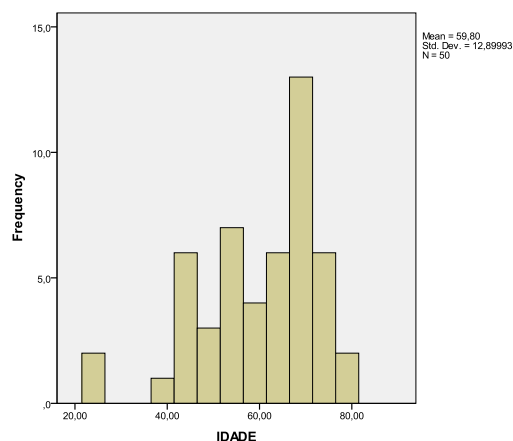
Local	Frequencia	Percentual	Percentual válido	Porcentagem cumulativa
Bexiga	2	4,0	4,0	4,0
Boca	4	8,0	8,0	12,0
Cabeça	3	6,0	6,0	18,0
Coxa	2	4,0	4,0	22,0
Estomago	2	4,0	4,0	26,0
Face	1	2,0	2,0	28,0
Gast_Intest	1	2,0	2,0	30,0
Laringe	2	4,0	4,0	34,0
Leiomioma	1	2,0	2,0	36,0
Linfoma	3	6,0	6,0	42,0
Língua	3	6,0	6,0	48,0
Mama	11	22,0	22,0	70,0
Pele	6	12,0	12,0	82,0
Peritoneal	1	2,0	2,0	84,0
Próstata	3	6,0	6,0	90,0
Pulmão	1	2,0	2,0	92,0
Reto	1	2,0	2,0	94,0
Trompa	3	6,0	6,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

6. DISCUSSÃO

Em uma população de 796 casos novos por ano, a amostra de 50 apresentou-se válida neste estudo para representar a população alvo. Apresentou resultados similares aos estudos do INCA (2006) no que se refere a leve prevalência de casos em mulheres, seguindo uma tendência nacional. Conforme INCA (2006), em 2006 foram registrados 234.570 casos novos para o sexo masculino e 237.480 para o sexo feminino.



Também foram encontrados resultados similares para raça/etnia e faixa etária, contudo, por serem fatores de risco não-modificáveis, assim como o sexo, nos atemos apenas a descrever a observação sobre o fator de risco. A média de idade desses indivíduos na amostra foi de 59 anos, indicativo que o câncer ainda é predominante em idades avançadas.



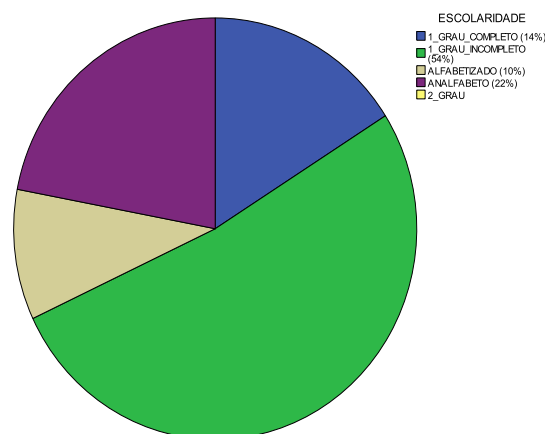
A elevada incidência de casos de câncer relatados na família próxima (pais, irmãos, avós) leva a cogitar a possibilidade da correlação com hereditariedade como também a adoção de hábitos, principalmente alimentares, no ambiente familiar. A contabilização das respostas “não” ou “não sabem” como “não há casos na família”

pode implicar que a porcentagem de casos de câncer é maior e esteja subestimada nesta pesquisa.

A observação de elevados valores para o índice de massa corpórea, especialmente quando associados a fatores como etilismo, tabagismo e a presença de doenças de base sugerem que a alimentação inadequada seja entre os fatores de risco modificáveis um dos mais significativos e, portanto, o que deve ser mais trabalhado junto à população.

Tanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) quanto a Diabetes *Mellitus* (DM) são doenças sistêmicas, que se relacionam a patologias do aparelho circulatório e representam risco para outras patologias. HAS e DM estão envolvidas nos elevados índices de morbimortalidade e diminuição da capacidade funcional. Podem ainda, levar a problemas associados a mobilidade, estilo de vida sedentário, intolerância a atividade e déficit de auto-cuidado, todos problemas relacionados por SOUZA (2010) a síndromes geriátricas e com significância para os índices de morbimortalidade.

Fatores socioeconômicos também são considerados de risco para o câncer. Entende-se que um maior nível socioeconômico implique em mais informação e recursos para manter a saúde, além de melhor acesso aos sistemas de saúde. Foram investigados nesta pesquisa o grau de instrução, ocupação dos indivíduos e o que referem sobre suas condições de moradia, desconsiderando demais fatores envolvidos.

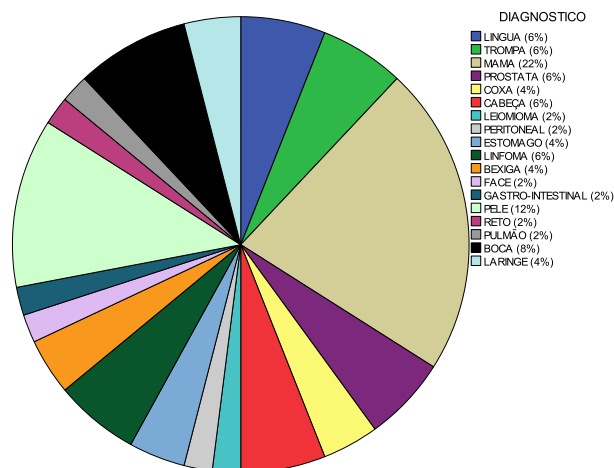


Ao se observar a baixa escolaridade deve-se lembrar que é comum em coortes de idade avançada no Brasil a baixa escolaridade. Contudo, como esta pesquisa se propõe a evidenciar um perfil do usuário atendido, fica evidente a relevância da baixa escolaridade para o comprometimento do auto-cuidado e para o acesso e uso adequados dos serviços de saúde. Levando em consideração que a maioria dos indivíduos de idade avançada procura o serviço de saúde acompanhado e depende em algum nível de ajuda da família ou outro cuidador para a realização de atividades rotineiras e manutenção do regime terapêutico, a adoção de práticas de prevenção através da educação em saúde deveriam ser focadas nos cuidadores ou membros da família do indivíduo, para que através de mudança de rotinas e do apoio familiar o mesmo possa desenvolver o auto-cuidado gradualmente e evitar hábitos nocivos não só relacionados ao câncer como também a outras patologias.

Observando os resultados expostos anteriormente, percebemos que o usuário atendido com problema oncológico apresenta, em sua maioria: idade avançada, baixa escolaridade, renda limitada a pensão e outras menores contribuições. São todos possíveis agravantes para que o usuário não tenha acesso ao sistema de saúde ou não possa utilizá-lo em plenitude. Os baixos níveis socioeconômicos são citados pelo INCA como um dos desafios das políticas públicas [...] “a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais, assim como da rede assistencial; o despreparo das equipes para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção. (INCA, 2006, pg. 84)”

Comparando hábitos de vida, observa-se que o tabagismo lidera a incidência em relação ao álcool no usuário oncológico. Com base em FEITOSA & PONTES (2011), o tabagismo se torna particularmente nocivo levando em conta a presença de grande número de substâncias com potencial cancerígeno nos cigarros e seu uso precoce e prolongado, frequentemente associado ao etilismo e obesidade. Esses autores citam ainda que, em conformidade com outros achados na literatura, grande parte dos tabagistas fuma em casa, levando o hábito e o tabagismo passivo para seu convívio doméstico.

Quanto aos tipos de câncer observados, por topologia, observam-se algumas semelhanças e também diferenças dos resultados do INCA (2006) para João Pessoa, referência no estado. Câncer de estômago e gastrointestinais foram menos frequentes, assim como o de pulmão e próstata. Em contrapartida, os tumores de mama e pele têm grande incidência e representam



Quanto às queixas e diagnósticos de enfermagem, as mais comuns foram: a “ansiedade” (24%), seguido por “mobilidade física prejudicada” (14%). Diagnósticos de “dor”, “padrão de sono prejudicado” ambos apresentam 8% de incidência, enquanto “déficit de conhecimento” 10%. A limitação física e uma terapêutica dolorosa são, portanto, os que requerem maior atenção pelo enfermeiro.

Quanto ao estado civil, é alto o percentual de casados e também de indivíduos que perderam o conjugue. Levando em conta os altos percentuais assim como os baixos índices de escolaridade dos pacientes, é possível cogitar que grande parte de dos relatos de ansiedade e das queixas com relação a mobilidade física estejam associadas com as situações de enfrentamento e as emoções vividas pelos cuidadores e pelos debilitados.

FONTES (2008) aponta que o câncer leva a transtornos de ordem física, psicossocial e financeira que recaem sobre o paciente e seus familiares e, conseqüentemente, levam a mudanças nos papéis sociais e geram angústia e redução do auto-cuidado, aumento do risco de depressão. Segundo INOCENTI (*et al*, 2009), na presença de uma doença degenerativa o usuário, ao longo do tempo, passa a perder muitas de suas funções anteriores, tanto na esfera emocional e física como nos papéis sociais.. O isolamento social do idoso, como cita SOUZA (2010), também pode contribuir para o comprometimento do auto-cuidado e adoção de hábitos não-saudáveis.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegou-se ao entendimento que muitos dos fatores de risco associados ao câncer poderiam ser minimizados valendo-se da prevenção primária. Os principais fatores identificados na amostra foram o tabagismo e os hábitos alimentares, tomando por base o IMC. Somam-se outras possibilidades, como o etilismo e exposição a fatores ambientais, como radiação ultravioleta ou produtos químicos (agrotóxicos é uma possibilidade tendo em vista a elevada incidência entre agricultores). Nota-se que todos os citados são fatores de risco modificáveis e de significância para saúde pública, inclusive alvo de vários programas comunitários, como grupos de apoio a tabagistas e etilistas, de reeducação alimentar, de controle de hipertensos e diabéticos (Hiperdia).

Quanto aos problemas observados pela equipe de enfermagem, percebe-se que a incapacidade física e uma terapêutica dolorosa representam grande parte das preocupações dos usuários. Isso sugere a necessidade de trabalhar: a percepção dos indivíduos sobre a patologia e o tratamento; a auto-estima do usuário; e reforçar o apoio familiar uma vez que são majoritariamente idosos e em vários casos, viúvos ou divorciados. O baixo nível de escolaridade observado representa um obstáculo à prevenção primária, embora os temas citados possam ser trabalhados com esses indivíduos de forma comunitária, nas unidades básicas de saúde.

Conforme as políticas vigentes, além das ações de base comunitária destinadas à prevenção (*screening*, diagnóstico precoce, educação em saúde sobre hábitos saudáveis), deve-se incorporar no atendimento de enfermagem uma consulta individualizada, que vise a assistir, na medida do possível, os fatores relacionados à patologia. Devem-se levar em consideração as mudanças fisiológicas e de hábitos do usuário, acarretadas pela patologia ou pela terapêutica, para que o atendimento de enfermagem possa promover o auto-cuidado do usuário e a adoção de práticas saudáveis e controle da dor.

Cada tipo de câncer tem suas especificidades, mas o controle dos fatores de risco é abrangente para a maioria, contribui para a prevenção da ocorrência ou agravamento do estadiamento. Ao enfermeiro cabe em sua assistência informar e orientar sobre os fatores de risco e hábitos saudáveis, atentar para os fatores de risco e os sinais clínicos que levantem suspeitas, encaminhar os usuários aos serviços de saúde, assim como atentar a situações onde se desenvolvam condições para baixa auto-estima e limitações funcionais. A desmistificação do diagnóstico e da incurabilidade da patologia deve fazer parte da consulta individual de enfermagem. Considera-se uma pesquisa de relevância e utilidade para a comunidade acadêmica e científica, desde que seus resultados e recomendações sejam propagados.

REFERÊNCIAS

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DO CANCER; **Ações de Enfermagem para o controle do câncer**, 3ªed. Rio de Janeiro – INCA, 2008.

BRASIL; INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/>> - acesso em 16 de Junho 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **Registros Hospitalares De Câncer: Planejamento E Gestão / Instituto Nacional De Câncer**. [s.n.] 2ª ed. Rio de Janeiro - RJ: 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/control_cancer> - acessado em Maio de 2011.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CANCER. **Alimentos, Nutrição, Atividade Física e Prevenção de Câncer: uma perspectiva global**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DE CANCER.. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006. 119p.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Estimativa 2010: incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro – INCA 2009.

ISBN 978-85-7318-161-6. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf> - acessado em Junho 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA DO SUS. **Sistema de informação sobre mortalidade 2006 – 2007: dados de declaração de óbito**. Brasília: DATASUS, 2009. Disponível em: www.datasus.gov.br – acessado em Junho de 2011.

FEITOSA RCL; PONTES ERJC. **Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil)**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n2/v16n2a24.pdf> - acessado em Maio de 2011.

FONTES CAS; ALVIM NAT. **Importância Do Diálogo Da Enfermeira Com Clientes Oncológicos Diante Do Impacto Do Diagnóstico Da Doença**. In: Rev. Cienc Cuid Saude, Julho/Setembro 2008, vol. 7, nº3, pg.346-354.

INOCENTI, A.; RODRIGUES, I.G.; MIASSO, A.I.; **Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos**. In: Rev. Eletr. Enf. [internet], 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf> - acessado em Novembro de 2011.

LOPES, RAM; MACEDO, DD; LOPES, MHB de M. **Diagnósticos de Enfermagem mais freqüentes em uma Unidade de Internação de Oncologia**. In: Rev. latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto – SP, Outubro 1997, Vol. 5, nº 4, pg. 35-41.

SOUSA RM et al. **Diagnósticos de Enfermagem Identificados em Idosos Hospitalizados: Associação com as Síndromes Geriátricas**. In: Rev. Esc. Anna Nery (impr.), Outubro/Dezembro 2010, Vol. 14, nº 4, pg. 732-741.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Cancer Epidemiology: Principles and Methods**. IARC Scientific Publications: Lyon, France, 1999. ISBN 92 832 0405 0. Disponível em <<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/index.php>> - acessado em Junho 2011.