

CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE CÂNCER EM HOMENS E MULHERES EM TRATAMENTO PALIATIVO

Data de aceite: 03/07/2023

Guilherme Marcelo Guimarães da Cruz

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/2597079021205607>

Maria Isabel Raimondo Ferraz

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0955571203170698>

Luana Carina Lenartovicz

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/3976539343734488>

Jéssica Iliote Hardt

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8219243766227768>

Caroline Griebler Provin

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/8996656084996650>

Maria Lúcia Raimondo

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/4733211930604681>

Alexandra Bittencourt Madureira

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/3266105797831372>

Camila Harmuch

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/7812761481645789>

Denise Lopes Dambroski

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/6178775303059674>

Andrielly de Campos Moreira

Universidade Estadual do Centro-Oeste/
Unicentro, Guarapuava – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/0670481309636429>

RESUMO: Pesquisa quantitativa realizada em um serviço de oncologia na região Centro-Sul do Estado do Paraná, referência no diagnóstico e tratamento do câncer, a qual teve como objetivo: Caracterizar os casos de câncer em homens e mulheres em tratamento paliativo. A mesma foi provada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste/Unicentro, parecer número 2.588.910/2018. Participaram da pesquisa 64 homens e mulheres com câncer em tratamento paliativo. A maioria dos participantes eram

mulheres (59,3%), na faixa etária acima de 60 anos (62,6%); com casa própria (89,1%) e saneamento básico (92,2%); 56,2% com ensino fundamental incompleto, 51,6% renda pessoal de até um salário mínimo e 15,6% nenhuma renda. Entre os cânceres com recomendação de rastreamento houve predomínio de mama (18,75%), intestino (12,5%), seguido do colo do útero (9,4%). Referente ao câncer de mama, a maioria das mulheres estavam na faixa etária entre 41 a 50 anos (9,3%) e 31 e 40 anos (3,0%). Concluiu-se que é fundamental reavaliar as estratégias de detecção precoce empregadas pelos programas existentes, vez que cânceres diagnosticados precocemente contribuem com aumento na sobrevida dos doentes e com a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer, Cuidados de Enfermagem, Cuidados Paliativos.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas, as quais são constituídas por células que possuem a capacidade de crescer desordenadamente e invadir tecidos adjacentes e órgãos à distância. As células neoplásicas possuem divisão rápida, crescimento desordenado, tendem a ser agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores. Quando acometem tecidos epiteliais, como a pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se acometer os tecidos conjuntivos, como os ossos, músculos ou cartilagens, são denominados sarcomas. (BRASIL, 2022a).

Estima-se que no Brasil, no ano de 2023 ocorrerão 73.610 casos novos de câncer de mama feminino e 71.730 de próstata. Para o câncer de cólon e reto são estimados 21.970 casos no sexo masculino e 23.660 femininos. Traqueia, brônquio e pulmão estimam-se 18.020 casos no sexo masculino e 14.540 femininos. Estômago, 13.340 masculino e 8.140 feminino. Para o colo do útero estimam-se 17.010 casos novos. (BRASIL, 2022b).

No Brasil, a detecção precoce do câncer é um dos componentes da linha de cuidado prevista na Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e compreende os níveis primário e secundário da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O aumento no número de casos da doença em nosso país culminou na necessidade de melhorar as ações estratégicas voltadas para o controle da doença. Nesse sentido, a detecção precoce ocupa um papel de destaque nessas ações. (BRASIL, 2021).

No ano de 2013, no Brasil, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria número 874 de 16 de maio de 2013. No seu artigo quarto, são apresentados os princípios e diretrizes, entre os quais está contemplada a prevenção e controle do câncer, conforme segue: Princípios gerais; Princípios e diretrizes relacionados à promoção da saúde; Prevenção do câncer; Vigilância, monitoramento e avaliação; Cuidado integral; Ciência e tecnologia; Educação; Comunicação em saúde. (BRASIL, 2013a). Nesse sentido, vale ressaltar que:

“O controle do câncer hoje é entendido como um *continuum* de ações que têm início no controle das exposições aos fatores de risco, na detecção precoce da doença e nos cuidados paliativos, esses últimos compostos por diagnóstico, tratamento, seguimento durante o período de sobrevivência e cuidados de fim de vida para aqueles que não alcançam a cura ou o controle da doença. Para que o cuidado integral aconteça em todas essas etapas, são necessários um planejamento cuidadoso, a organização dos serviços de saúde e o monitoramento permanente das ações de controle.” (BRASIL, 2022b, p.7).

Nessa perspectiva, tornar visível a caracterização dos casos de câncer em homens e mulheres em tratamento paliativo poderá se configurar em subsídio, o qual poderá auxiliar os profissionais no planejamento de ações voltadas para a detecção precoce, reduzindo os índices de mortalidade por câncer.

Diante do exposto, teve-se como objetivo: Caracterizar os casos de câncer em homens e mulheres em tratamento paliativo.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa quantitativa realizada em um serviço de oncologia na região Centro-Sul do Estado do Paraná, o qual é referência no diagnóstico e tratamento do câncer.

Participaram desta pesquisa 64 homens e mulheres com câncer em tratamento paliativo, sendo que a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COMEP) da Universidade Estadual do Centro-Oeste Unicentro, mediante parecer número 2.588.910/2018.

Os dados foram coletados a partir de um instrumento estruturado elaborado pelos pesquisadores e digitados em planilha eletrônica facilitando sua interpretação. A identificação dos participantes foi mantida em sigilo e os dados foram utilizados unicamente com finalidade científica.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 64 pessoas com câncer em tratamento paliativo, sendo que os resultados foram apresentados nas tabelas 1 e 2.

SEXO	n	%
Masculino	26	40,7
Feminino	38	59,3
FAIXA ETÁRIA	n	%
21-30	1	1,6
31-40	2	3,1
41-50	10	15,5
51-60	11	17,2
61-70	20	31,3
71 ou mais	20	31,3
MORADIA	n	%
Própria	57	89,1
Alugada	6	9,3
Não informado	1	1,6
SANEAMENTO BÁSICO	n	%
Possui	59	92,2
Não possui	5	7,8
ESCOLARIDADE	n	%
Analfabeto	1	1,6
Fundamental incompleto	36	56,2
Fundamental completo	14	21,9
Ens. Médio incompleto	4	6,3
Ens. Médio completo	6	9,3
Sup. Incompleto	1	1,6
Sup. Completo	2	3,1
RENDA PESSOAL	n	%
Sem renda	10	15,6
Até 1 salário mínimo	33	51,6
Até 2 salários mínimos	12	18,7
Dois salários mínimos ou mais	3	4,7
Não informado	6	9,4
RENDA FAMILIAR	n	%
Sem renda	1	1,6
Até 1 salário mínimo	22	34,1
Até 2 salários mínimos	25	39,5
Mais de 3 salários mínimos	10	15,5
Não informado	6	9,3
TOTAL	64	100

Tabela 1 - Caracterização de pessoas com câncer em tratamento paliativo.

Fonte: os autores

Na tabela 1 verifica-se que a maioria (59,3%) das pessoas em tratamento paliativo eram do sexo feminino e 40,7% do sexo masculino. A faixa etária predominante foi de pessoas com idade entre 61-70 anos (31,3%) e 71 anos ou mais (31,3%). No entanto, vale destacar que a faixa etária de 51 a 60 anos ocorreu porcentagem 17,2% dos casos.

No tocante a moradia verifica-se que 89,1% dos participantes declararam possuir casa própria; 92,2% tinham saneamento básico. Um dado que chama a atenção é o nível de escolaridade dos participantes, sendo que 56,2% tinham o ensino fundamental incompleto e 21,9% o ensino fundamental completo. Referente à renda pessoal, constatou-se que 51,6% viviam com até um salário mínimo; 39,5% possuíam renda familiar de até dois salários mínimos; 34,1% de até um salário mínimo e 1,6% sem nenhuma renda.

Dados semelhantes ao da atual pesquisa foram encontrados em pesquisa realizada em Belém, no Pará, com análise de 274 prontuários de pacientes oncológicos atendidos em um programa de visita domiciliar do Hospital Ophir Loyola, na qual constatou-se que a maioria dos pacientes eram do sexo feminino (59,9%), na faixa etária dos 60 a 80 anos (50,0%), casados (45,3%) com média de estudo de quatro a sete anos (37,6%), e renda familiar de um a três salários-mínimos (61,3%) (MAIA; GRELLA; CUNHA, 2021).

Maia, Grella e Cunha (2021, p.1) citam que:

“O perfil sociodemográfico constitui fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de neoplasias em geral, podendo comprometer as ações de prevenção, dificultar o diagnóstico precoce e/ou acesso à terapêutica adequada, ocasionando reflexos negativos no prognóstico e na qualidade de vida dos pacientes.”

No tocante à identificação de que um participante da atual pesquisa (1,6%) não possuía nenhuma renda, é relevante destacar que a avaliação da condição socioeconômica das pessoas com câncer é importante, a fim de que seja assegurada uma renda mínima. De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social, em seu Art. 20 fica estabelecido que:

“O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.” (BRASIL, 1993).

De acordo com a Lei 13.981 de 23 de março de 2020, § 3º “*Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/2 (meio) salário-mínimo.*” (BRASIL, 2020).

LOCALIZAÇÃO DO TUMOR	FAIXA ETÁRIA																		Total				
	21-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71 ou mais		Total										
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	n	%	n	%							
Esôfago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3					
Estômago	-	-	-	-	-	-	2	3,0	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	5					
Face	-	-	-	-	-	-	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1					
Intestino	-	-	-	-	1	1,6	1	1,6	-	-	2	3,0	2	3,0	1	1,6	1	1,6	8				
Mama	-	-	-	2	3,0	-	6	9,3	-	3	4,7	-	-	-	-	-	-	12					
Olho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6	-	1				
Pâncreas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6	1	1,6	1	1,6	2	3,0	-	5					
Próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3,0	-	-	3	4,7	-	5					
Rim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6	-	1					
Testículo	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1					
Vesícula	-	-	-	-	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1					
Cabeça	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6	-	-	-	1					
Fígado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6	1				
Ovário	-	-	-	-	-	1	1,6	-	-	-	-	-	-	1	1,6	-	-	2					
Pulmão	-	-	-	-	-	-	1	1,6	-	-	1	1,6	3	4,7	1	1,6	-	6					
Tireoide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6	-	-	1	1,6	2				
Útero/colo do útero	-	-	-	-	-	1	1,6	-	1	1,6	-	-	2	3,0	-	-	2	3,0	6				
Não sabe/informou	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,6	-	1	1,6	3			
Total	1	1,6	-	-	2	3,0	1	1,6	9	14,1	3	4,8	8	12,5	10	15,4	11	17,1	11	17,3	8	12,6	64

Tabela 2 - Caracterização dos casos de câncer de acordo com a faixa etária em pessoas com câncer em tratamento paliativo.

Fonte: os autores.

Na tabela 2 verifica-se que o tipo de câncer de maior predomínio foi o de mama feminino, com 18,6% no total de casos. Chama a atenção que 9,3% das mulheres que realizavam tratamento paliativo para o câncer de mama estavam na faixa etária de 41 a 50 anos, seguido da faixa etária entre 51 e 60 anos (4,7%). Verifica-se também que 3,0% estavam na faixa etária entre 31 a 40 anos de idade.

O câncer de intestino foi o segundo com maior predomínio entre os participantes (12,4%), sendo 3,0% entre mulheres e 3,0% entre homens com idades entre 61 a 70 anos.

O câncer de pulmão foi o terceiro tipo que mais acometeu a população estudada representando 9,5% do total, com predomínio na faixa etária entre 61 e 70 anos, sendo 4,7% entre mulheres e 1,6% entre homens.

O câncer de útero/colo do útero foi diagnosticado em 9,2% das mulheres na faixa etária entre 61 e 70 anos (3,0%) e entre aquelas acima de 71 anos de idade (3,0%).

O câncer de próstata representou 7,8% do total de cânceres diagnosticados entre a população do estudo; 3,1% estavam na faixa etária entre 61 e 70 anos e 4,7% entre 71 anos ou mais.

O câncer de estômago também foi identificado em 7,8% dos participantes, sendo 3,0% na faixa etária entre 51 a 60 anos de idade no sexo feminino e 3,0% na faixa etária acima de 71 anos (1,6% mulheres e 1,6% homens).

Para o controle do câncer, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda ações de prevenção, detecção precoce e acesso ao tratamento. (WHO, 2017 apud BRASIL, 2021). Quanto mais precocemente o câncer for identificado, maiores serão as chances de cura, motivo pelo qual, entre essas ações, a detecção precoce é relevante. (BRASIL, 2021).

A detecção precoce envolve as estratégias de diagnóstico precoce e de rastreamento. O diagnóstico precoce é realizado em pessoas que já apresentam sinais e/ou sintomas de uma doença. O rastreamento é direcionado para ações em uma população assintomática, na fase subclínica do problema em questão. (BRASIL, 2010).

“A detecção precoce pode salvar vidas, reduzir a morbidade associada ao curso da doença e diminuir custos do sistema de saúde relacionados ao tratamento das doenças. Ela deve ser estruturada na atenção à saúde, com a definição clara de suas estratégias e a efetiva incorporação de seus princípios técnicos e operacionais pelos profissionais de saúde.” (BRASIL, 2010, p.68).

No tocante ao diagnóstico precoce, o Ministério da Saúde acrescenta que:

“Considerando a evolução da doença, o diagnóstico precoce irá ocorrer no período clínico, ou seja, a aplicação de um exame em indivíduos que já apresentam manifestações iniciais da doença. Como os tipos de câncer têm comportamentos e evoluções distintas, nem todos são passíveis de diagnóstico precoce, pois alguns só apresentam sinais e sintomas quando já estão em um estágio avançado. Essa estratégia possibilita utilizar terapias mais simples e efetivas, contribuindo para a redução do estágio de apresentação do câncer, sendo conhecido na literatura de língua inglesa como stage-shift. Com o diagnóstico precoce, o câncer pode ser detectado em um estágio

potencialmente curável, melhorando a sobrevivência e a qualidade de vida. O objetivo geral das ações de diagnóstico precoce é possibilitar a confirmação diagnóstica do câncer o mais breve possível. Para tanto, é necessário diminuir as barreiras de acesso e qualificar a oferta de serviços, bem como garantir a integralidade e a continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).” (BRASIL, 2021, p.16).

Referente à detecção precoce do câncer, o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2021) apresenta como é estruturado o fluxo dos usuários nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), e isso pode ser observado na figura 1.

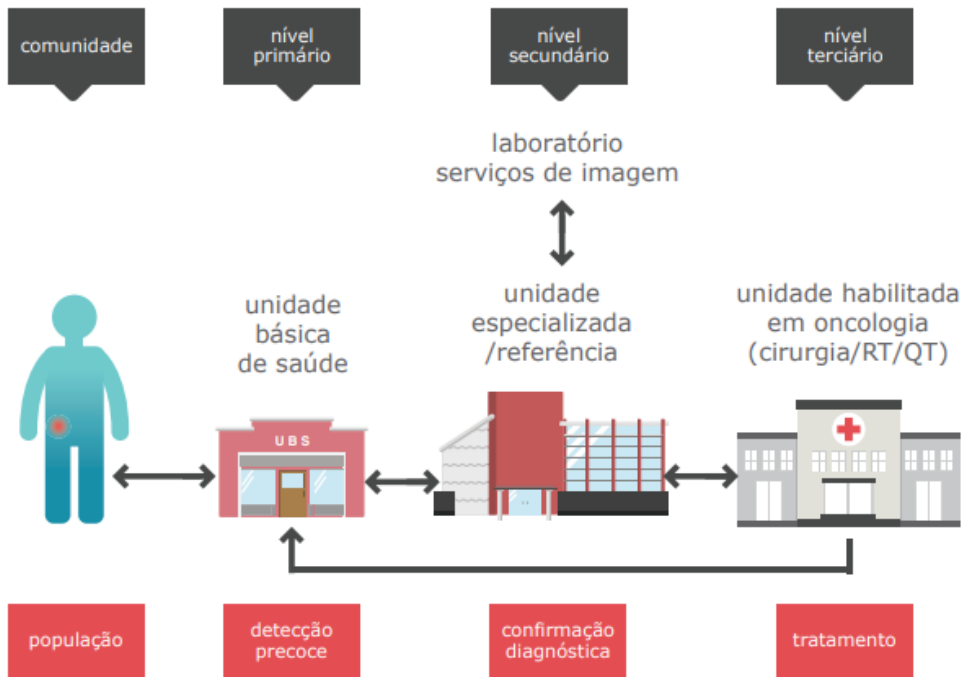


Figura a: Fluxo do usuário na RAS.

Fonte: NEAD/INCA (2021, p.22).

O Ministério da Saúde recomenda o rastreamento para os cânceres de mama, colo do útero e cólon e reto. Exceto os cânceres pulmão e esôfago, os cânceres de estômago, pele, próstata e cavidade oral são passíveis de diagnóstico precoce mediante avaliação e encaminhamento oportunos após a manifestação dos primeiros sinais e sintomas. (BRASIL, 2010).

No tocante ao câncer de mama, a estimativa para 2022, válida para o triênio 2022-2025 apresenta que:

“Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama feminina é o mais incidente no país e em todas as Regiões brasileiras. O maior risco estimado é observado na Região Sudeste, de 84,46 por 100 mil

mulheres. O risco é de 71,44 casos por 100 mil na Região Sul; de 57,28 casos por 100 mil na Região Centro-oeste; de 52,20 casos por 100 mil na Região Nordeste; e de 24,99 casos novos por 100 mil mulheres na Região Norte.” (BRASIL, 2022b, p.39).

Os sintomas mais comuns de câncer de mama envolvem: o aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro, fixo e irregular ou que vem aumentando de tamanho, no entanto, há tumores que apresentam consistência branda, globosos e bem definidos. Podem surgir outros sinais como: edema cutâneo semelhante à casca de laranja; lesões eczematosas da pele que não respondem a tratamentos tópicos; aumento progressivo do tamanho da mama com presença de sinais de edema; retração cutânea; dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo; secreção papilar, especialmente quando é unilateral e espontânea (transparente, rosada ou avermelhada). Também pode surgir linfonodos axilares palpáveis; tumoração palpável unilateral em homens com mais de 50 anos (BRASIL, 2015; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022c).

No tocante à prevenção do câncer de mama, vale ressaltar que há fatores que não são modificáveis, como os hereditários e aqueles associados ao ciclo reprodutivo da mulher. No entanto, há fatores que podem ser modificados, tais como: o excesso de peso corporal, inatividade física, consumo de álcool e terapia de reposição hormonal, são, em princípio, passíveis de mudança. (BRASIL, 2022d).

A prevenção primária a fim de reduzir o risco de câncer de mama pode ocorrer mediante uma alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequados. Nessa perspectiva é importante estimular a prática de atividade física, manutenção do peso corporal adequado, alimentação mais saudável e evitar ou reduzir o consumo de bebidas alcoólicas. A amamentação também é considerada um fator protetor. (BRASIL, 2022d; BRASIL, 2022h).

Na atual pesquisa foi possível identificar que 12,3% das participantes com câncer de mama paliativo estavam na faixa etária de 31 a 49 anos de idade. Nesse sentido é importante destacar que o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, a Sociedade Brasileira de Mastologia e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia recomendam a inclusão de mulheres com idade entre 40 a 49 anos no rastreamento para o câncer de mama. O principal benefício do rastreamento é a redução na mortalidade pelo câncer de mama nessa faixa etária (URBAN, CHALA, BAUAB, et al., 2017).

O câncer colorretal, está relacionado aos tumores que acometem o intestino grosso (o cólon) e o reto. (BRASIL, 2021). Estima-se que para o ano de 2023 ocorram 21.970 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e 23.660 em mulheres. (BRASIL, 2022b).

“O câncer de intestino abrange os tumores que se iniciam na parte do intestino grosso chamada cólon e no reto (final do intestino, imediatamente antes do ânus) e ânus. Também é conhecido como câncer de cólon e reto ou colorretal. É tratável e, na maioria dos casos, curável, ao ser detectado precocemente,

quando ainda não se espalhou para outros órgãos. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso." (BRASIL, 2023a, p.1).

São considerados como fatores relacionados ao maior risco para o desenvolvimento do câncer de intestino: idade igual ou acima de 50 anos; inatividade física; excesso de gordura corporal (sobrepeso e obesidade); alimentação pobre em frutas, vegetais e outros alimentos que contenham fibras. O consumo de carnes processadas e a ingestão excessiva de carne vermelha (acima de 500 gramas de carne cozida por semana). História familiar de câncer de intestino, história pessoal de câncer de intestino, ovário, útero ou mama, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas. Doenças inflamatórias do intestino, como retocolite ulcerativa crônica e doença de Crohn; doenças hereditárias, como polipose adenomatosa familiar (FAP) e câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC). Exposição ocupacional à radiação ionizante, como aos raios X e gama, pode aumentar o risco para câncer de cólon. (BRASIL, 2022i; BRASIL, 2023a).

A prevenção do câncer de intestino inclui: manutenção do peso corporal adequado, prática de atividade física, alimentação saudável composta, principalmente, por alimentos *in natura* e minimamente processados, como frutas, verduras, legumes, cereais integrais, feijões e outras leguminosas, grãos e sementes.

Evitar o consumo de carnes processadas e limitar o consumo de carnes vermelhas até 500 gramas de carne cozida por semana. Manutenção do peso corporal dentro dos limites da normalidade e fazer atividade física são fatores protetores, além de não fumar e não se expor ao tabagismo. (BRASIL, 2023^a; BRASIL, 2022i).

O câncer de pulmão é o primeiro em todo o mundo em incidência entre os homens e o terceiro entre as mulheres. Em mortalidade, é o primeiro entre os homens e o segundo entre as mulheres, segundo estimativas mundiais de 2020. Ressalta-se que apenas 16% dos cânceres de pulmão são diagnosticados em estágio inicial. (BRASIL, 2022e).

Estima-se que no Brasil para o ano de 2023 ocorram 18.020 casos novos de câncer de traqueia, brônquio e pulmão em homens e 14.540 em mulheres. (BRASIL, 2022b).

O tabagismo e a exposição passiva ao tabaco são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pulmão. Outros fatores incluem: exposição ao fumo passivo, ao amianto, a certos metais (cromo, cádmio, arsênico), alguns produtos químicos orgânicos, radiação, poluição do ar e escape de diesel. Exposições ocupacionais na fabricação de borracha, pavimentação, coberturas, pintura e varredura de chaminé. Pessoas com história de tuberculose. Susceptibilidade genética. Acredita-se que a exposição a arsênico na água também seja um fator de risco. Uso de suplementos de altas doses (>20mg) de betacaroteno, diferentemente do betacaroteno via alimentação, aumenta o risco para tabagistas. Praticar atividade física pode contribuir para a prevenção desse tipo de câncer. (BRASIL, 2022e).

O câncer do colo do útero é causado pela infecção persistente por alguns tipos do

Papilomavírus Humano (HPV). O câncer do colo do útero é uma doença de desenvolvimento lento, que pode não apresentar sintomas em fase inicial. Nos casos mais avançados, pode evoluir para sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais. (BRASIL, 2023a; BRASIL, 2023b). São estimados no Brasil, para o ano de 2023 17.010 casos novos de câncer do colo do útero. (BRASIL, 2022b).

São fatores de risco para o câncer de colo do útero: início precoce da atividade sexual e múltiplos parceiros; tabagismo (a doença está diretamente relacionada à quantidade de cigarros fumados); uso prolongado de pílulas anticoncepcionais. A prevenção inclui a diminuição do risco de contágio pelo Papilomavírus Humano (HPV), a vacinação contra o HPV e a realização do exame preventivo (Papanicolau). (BRASIL, 2023a; BRASIL, 2023b).

No Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens, e é considerado um câncer da terceira idade, pois cerca de 75% dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. São fatores de risco: idade; pai ou irmão com câncer de próstata antes dos 60 anos; excesso de gordura corporal (sobrepeso e obesidade); exposições a aminas aromáticas, arsênio, produtos de petróleo, motor de escape de veículo, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, fuligem e dioxinas. (BRASIL, 2022f). São estimados no Brasil, para o ano de 2023 71.730 casos novos de câncer de próstata. (BRASIL, 2022b).

Os sinais e sintomas do câncer de próstata incluem: em sua fase inicial, há ausência de sintomas, ou quando surgem incluem: dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes durante o dia ou à noite. Na fase avançada, pode provocar dor óssea, sintomas urinários, infecção generalizada ou insuficiência renal. A atividade física é recomendada a fim de aumentar a sobrevida de pacientes com câncer de próstata. (BRASIL, 2022f).

O câncer de estômago/gástrico do tipo adenocarcinoma é responsável por cerca de 95% dos casos, no entanto, os linfomas e sarcomas, também podem ocorrer no estômago. O câncer de estômago é o quarto tipo mais frequente entre homens e o sexto entre as mulheres no Brasil. (BRASIL, 2022g). São estimados no Brasil, para o ano de 2023 13.340 casos novos de câncer de estômago em homens e 8.140 em mulheres. (BRASIL, 2022b).

São fatores de risco para o câncer gástrico: excesso de gordura corporal; álcool; consumo excessivo de sal, alimentos salgados ou conservados no sal; tabagismo; ingestão de água proveniente de poços com alta concentração de nitrato; doenças pré-existentes, como anemia perniciosa, lesões pré-cancerosas (como gastrite atrófica e metaplasia intestinal) e infecções por *Helicobacter pylori*; combinação de tabagismo com bebidas alcoólicas ou com cirurgia anterior do estômago; exposição ocupacional à radiação ionizante, como raios X e gama, em indústrias ou em instituições médicas; exposição de trabalhadores rurais a compostos químicos, em especial agrotóxicos; exposição ocupacional, na produção da borracha, a compostos químicos como benzeno, óleos minerais, produtos de alcatrão de hulha, compostos de zinco e uma série de pigmentos; histórico familiar de câncer de estômago. (BRASIL, 2022g; BRASIL 2023a).

Os sinais e sintomas do câncer gástrico não são específicos e incluem: perda de peso e de apetite, fadiga, sensação de estômago cheio, vômitos, náuseas e desconforto abdominal persistente; dor no momento em que o estômago é palpado ao exame físico; vômito com sangue ocorre em cerca de 10% a 15% dos casos, sangue nas fezes, fezes escurecidas, pastosas com odor fétido. Ao surgir massa palpável na parte superior do abdômen, aumento do tamanho do fígado, linfonodo palpável na região inferior esquerda do pescoço e nódulos periumbilicais é indicativo de doença avançada. (BRASIL, 2022g; BRASIL 2023a).

A prevenção do câncer de estômago inclui a manutenção do peso corporal adequado; evitar consumo e bebidas alcóolicas, alimentos salgados ou preservados em sal, e não fumar. (BRASIL, 2022g).

Diante do exposto, é relevante que ocorra o fortalecimento das ações voltadas para a detecção precoce do câncer, vez que envolvem tanto estratégias de rastreamento como o diagnóstico precoce. Assim, mediante a implementação de ações mais efetivas de detecção precoce, os cânceres poderão ser prevenidos e/ou diagnosticados em estágios mais iniciais, culminando na redução dos índices de mortalidade que tem como causa o diagnóstico tardio.

4 | CONCLUSÕES

Ao término desta pesquisa foi possível concluir que a maioria das pessoas com câncer em tratamento paliativo eram mulheres (59,3%), na faixa etária acima de 60 anos (62,6%). No tocante a moradia, 89,1% tinham casa própria e 92,2% saneamento básico; 56,2% tinham o ensino fundamental incompleto, 51,6% renda pessoal de até um salário mínimo e 15,6% nenhuma renda. Sobre a renda familiar, 39,5% viviam com até dois salários mínimos e 1,6% sem nenhuma renda.

Um fator importante para a manutenção da qualidade de vida e de saúde é a renda, nesse sentido, foi possível concluir que uma parcela importante dos participantes vivia com pouca ou nenhuma renda em um momento da vida no qual o tratamento oncológico passou a fazer parte, com gastos financeiros mais significativos.

Os cânceres com recomendação de rastreamento com maior predomínio foram o de mama (18,75%), intestino (12,5%), seguido do colo do útero (9,4%). Essa constatação remete a necessidade de reavaliação dos programas de rastreamento e das estratégias de diagnóstico precoce existentes, vez que são cânceres que poderiam ter sido detectados em estágios iniciais evitando a mortalidade dessa população, além de impactar na redução de custos.

Referente ao câncer de mama, a maioria das mulheres estavam na faixa etária entre 41 a 50 anos (9,3%) e 31 e 40 anos (3,0%), e isso remete à necessidade de reavaliar o programa de detecção precoce, no intuito de identificar os fatores que contribuíram para

o diagnóstico tardio da doença. Cânceres diagnosticados precocemente contribuem com aumento na sobrevivência dos doentes e na melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Diário oficial da União. **Lei número 13.981 de 23 de março de 2020**. 2020. Acesso em: 05/09/2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.981-de-23-de-marco-de-2020-249436587>

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei número 8.742 de 7 de dezembro de 1993**. 1993. Lei Orgânica da Assistência social. Acesso em: 06/09/2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 874 de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 30/05/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Câncer de estômago**. 2022g. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/estomago>. Acesso em: 08/06/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Câncer de intestino**. 2022i. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/intestino>. Acesso em: 30/05/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Câncer de mama**. 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>. Acesso em: 30/05/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Câncer de próstata**. 2022f. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/prostata>. Acesso em: 30/05/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Câncer de pulmão**. 2022e. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pulmao>. Acesso em: 30/05/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Câncer do colo do útero**. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/colo-do-utero>. Acesso em: 30/05/2023.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce do câncer**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2021.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a deteção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Deteção precoce**. 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce>. Acesso em: 04/06/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>. Acesso em: 21/05/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **O que é câncer.** 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em: 30/05/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Prevenção.** Prevenção do câncer de mama. 2022h. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/acoes/prevencao>. Acesso em: 04/06/2023.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer - INCA. **Tipos de câncer.** 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos>. Acesso em: 30/05/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção básica número 29.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MAIA, A.E.S.; GRELLA, F.A.C.; CUNHA, K.C. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Pacientes com Câncer Cadastrados no Programa de Visita Domiciliar de um Hospital da Rede Pública. **Revista Brasileira de Cancerologia.** 2021; v.67, n.2: e-05864. Acesso em 05/06/2023. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/864/941>

URBAN, L.A.B.D.; CHALA, L.F.; BAUAB, S.P.; SCHAEFER, M.B.; SANTOS, R.P.; MARANHÃO, N.M.A.; KEFALAS, A.L.; KALAF, J.M.; FERREIRA, C.A.P.; CANELLA, E.O.; PEIXOTO, J.E.; AMORIM, H.L.E.; CAMARGO JUNIOR, H.S.A. **Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama.** Radiol Bras. 2017. Jul/Ago. v.50.n.4. p.244–249.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guide to cancer early diagnosis. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254500/9789241511940-eng.pdf?sequence=1>. apud BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Detecção precoce do câncer.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2021.