



**Bárbara Martins Soares Cruz
Larissa Louise Campanholi
(Organizadoras)**

A Residência Multiprofissional em Oncologia



**Bárbara Martins Soares Cruz
Larissa Louise Campanholi
(Organizadoras)**

A Residência Multiprofissional em Oncologia

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobom – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
R433	A residência multiprofissional em oncologia [recurso eletrônico] / Organizadoras Bárbara Martins Soares Cruz, Larissa Louise Campanholi. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-872-4 DOI 10.22533/at.ed.724192312 1. Oncologia. I. Cruz, Bárbara Martins Soares. II. Campanholi, Larissa Louise. CDD 616.992
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Residência Multiprofissional em Oncologia” é uma obra que tem como foco principal a experiência agregada à ciência através de trabalhos que compõe seus capítulos. Os volumes abordarão de forma categorizada os trabalhos, pesquisas, relatos de casos, relatos de experiência e/ou revisões que permearam a experiência adquirida nos programas de residência multiprofissional que tem como objetivo construir competências compartilhadas para o cuidado em saúde, por meio da ação articulada entre diferentes profissionais, tendo como base fundamental os Princípios e Diretrizes do SUS.

O objetivo foi apresentar de forma clara estudos desenvolvidos em programas de residências multiprofissionais do país. Em todos os trabalhos o foco foram vivências evidenciadas e transformadas em artigos científicos.

Diversos temas foram apresentados aqui com a proposta de fomentar o conhecimento de acadêmicos e profissionais e de alguma forma estimular a participação nos programas de residência.

Deste modo a obra Residência Multiprofissional em Oncologia apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que arduamente desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Bárbara Martins Soares Cruz
Larissa Louise Campanholi

SUMÁRIO

INTERVENCIONISTAS

CAPÍTULO 1 1

ANÁLISE DE CUSTO E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE TRASTUZUMABE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO

Rosali Maria Ferreira da Silva
Rayanne Vitória Oliveira da Costa Tavares
Aracelly França Luis
Alba Tatiana Serafim do Nascimento Dimech
José de Arimatéa Rocha Filho
Juvanier Romão Cruz
Douglas Tavares de Albuquerque
Maria Joanellys dos Santos Lima
Thâmara Carollyne de Luna Rocha
Williana Tôrres Vilela
Pedro José Rolim Neto

DOI 10.22533/at.ed.7241923121

CAPÍTULO 2 14

AValiação DA EFETIVIDADE DOS CURATIVOS DE DEISCÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA DE CIRURGIA POR CâNCER DE MAMA

Adrielle Oliveira Azevedo de Almeida
Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos
Juliana Cunha Maia
Altamira Mendonça Félix Gomes
Régia Christina Moura Barbosa Castro
Ana Fátima Carvalho Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.7241923122

RELATOS DE CASO

CAPÍTULO 3 21

CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE JOVEM SEM FATORES DE RISCO - RELATO DE CASO

Gabriela Andrade Dias de Oliveira
Elizabeth Araujo Dias Silva
Luciana Ferreira Alves
Maria Luiza Tabosa de Carvalho Galvão
Caio César Maia Lopes
Vitória Maia Pereira Albuquerque
Leila Coutinho Taguchi

DOI 10.22533/at.ed.7241923123

CAPÍTULO 4 29

IMPORTÂNCIA DA COLONOSCOPIA DE SCREENING COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO DE RETO

DOI 10.22533/at.ed.7241923124

CAPÍTULO 5 31

PERCEPÇÃO DA PERDA DE CABELOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDOS AOS PROTOCOLOS QUIMIOTERÁPICOS ACT, AC E TC EM USO DE RESFRIAMENTO CAPILAR

Letícia Noelle Corbo
Adriana Serra Cypriano
Isabel Ordalia Ribeiro de Castro

DOI 10.22533/at.ed.7241923125

CAPÍTULO 6 41

RELATO DE CASO:REMISSÃO TOTAL POR TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DE RECIDIVA AGRESSIVA DE ADENOCARCINOMA-ENDOMETRIOIDE PÓS CIRURGIA

Arthur Didier Marques
Miguel Xavier Bezerra Barbossa
Maria Tereza Santiago Saeger
Michael Billy dos Anjos Lima
Oséas Nazário de Oliveira Júnior
Eriberto de Queiroz Marques Junior

DOI 10.22533/at.ed.7241923126

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

CAPÍTULO 7 45

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO HOSPITALIZADO COM CÂNCER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana dos Santos
Natalya Lima de Vasconcelos
Chanthelly Lurian Medeiros de Paula
Mayara de Lucena Rangel
Thayenne Cruz Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.7241923127

CAPÍTULO 8 51

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E CÂNCER

Clícia Valim Côrtes Gradim
Bianca Maria Oliveira Luvisaro

DOI 10.22533/at.ed.7241923128

REVISÕES

CAPÍTULO 9 56

A EXPERIÊNCIA DE ADOECER DE CÂNCER E O PROJETO DE SER

Fabíola Langaro
Daniela Ribeiro Schneider

DOI 10.22533/at.ed.7241923129

CAPÍTULO 10 67

IMUNOTERAPIA: NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Raimunda Leite de Alencar Neta
Ingridy Michely Gadelha do Nascimento
Thiago Antunes Adriano de Andrade
Gislayne Tacyana dos Santos Lucena

DOI 10.22533/at.ed.72419231210

CAPÍTULO 11	77
CARACTERÍSTICAS E TERAPÊUTICA DO TUMOR BORDERLINE DE OVÁRIO	
Ingridy Michely Gadelha do Nascimento	
Raimunda Leite de Alencar Neta	
Maria Iranilda Silva Magalhães	
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa	
Yuri Charllub Pereira Bezerra	
Patrícia Peixoto Custódio	
Maria Alciene Saraiva de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.72419231211	
CAPÍTULO 12	85
OSTEOSSARCOMA E FISIOTERAPIA	
Bruna Reguim de Brito	
Matheus Henrique Silva Souza	
Gabriela Resende Yanagihara	
DOI 10.22533/at.ed.72419231212	
SOBRE AS ORGANIZADORAS	95
ÍNDICE REMISSIVO	96

ANÁLISE DE CUSTO E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE TRASTUZUMABE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO

Rosali Maria Ferreira da Silva

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Rayanne Vitória Oliveira da Costa Tavares

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Aracelly França Luis

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Alba Tatiana Serafim do Nascimento Dimech

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

José de Arimatéa Rocha Filho

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Juvanier Romão Cruz

Hospital do Câncer de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Douglas Tavares de Albuquerque

Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Maria Joanellys dos Santos Lima

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Thâmara Carollyne de Luna Rocha

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Williana Tôrres Vilela

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

Pedro José Rolim Neto

Departamento de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco.

RESUMO: Câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, e cerca de 20% das pacientes acometidas são do tipo HER-2⁺ (*Human Epidermal Growth Factor Receptor-2*). Este tipo, o mais agressivo, caracteriza-se por apresentar células com número anormal do gene HER-2, que é fundamental para ativação de vias de sinalização associadas à proliferação e diferenciação celular. Um dos tratamentos possíveis é o uso do anticorpo monoclonal Trastuzumabe, um bloqueador do receptor HER-2, que age inativando sua superexpressão. O setor de Farmácia do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), é o responsável pelo repasse desse medicamento que é utilizado como monoterapia ou terapia adjuvante no tratamento desse tipo de câncer de mama. Assim sendo, o objetivo deste trabalho é analisar o perfil das pacientes com câncer de mama que receberam como tratamento Trastuzumabe, e avaliar o impacto financeiro desta farmacoterapia. Trata-se de um

estudo retrospectivo, com uma abordagem quantitativa, de cunho experimental-social. Os dados foram coletados em formulários de dispensação interna, no HC-UFPE, correspondente ao ano de 2017. Espera-se que as análises dos resultados possam gerar melhorias, melhor planejamento do tratamento e investimentos na terapia das pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Trastuzumabe. Câncer de Mama. Perfil Epidemiológico.

COST AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE ANALYSIS OF THE USE OF TRASTUZUMABE IN A UNIVERSITY HOSPITAL OF PERNAMBUCO

ABSTRACT: Breast cancer is the second most frequent type of cancer in the world, and about 20% of the affected patients are type her-2+ (Human Epidermal Growth Factor Receptor-2). This type, the most aggressive, is characterized by presenting cells with abnormal number of the gene her-2, which is fundamental for activation of signaling pathways associated with cell proliferation and differentiation. One of the possible treatments is the use of the monoclonal antibody Trastuzumabe, a blocker of the receptor her-2, which acts inactivating its overexpression. The pharmacy sector of the Hospital das Clínicas, Federal University of Pernambuco (HC-UFPE), is responsible for the transfer of this medicine that is used as monotherapy or adjuvant therapy in the treatment of this type of breast cancer. Thus, the objective of this study is to analyze the profile of patients with breast cancer who received trastuzumab treatment, and to evaluate the financial impact of this pharmacotherapy. This is a retrospective study, with a quantitative approach, with an experimental-social nature. The data will be collected in forms of internal dispensation, in the HC-UFPE, corresponding to the year 2017. It is hoped that the analysis of the results can generate improvements, better treatment planning and investments in the therapy of patients.

KEYWORDS: Trastuzumab. Breast cancer. Epidemiological Profile.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou que, a cada ano, 8,8 milhões de pessoas morrem de câncer, e a maioria em países de baixa e média renda per capita. Segundo a OMS, o número é tão alto que é duas vezes e meia maior que o número de pessoas que morrem por complicações relacionadas ao *Human Immunodeficiency Virus (HIV) ou Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) / Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)* ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tuberculose e malária combinadas (WHO, 2017).

Analisando a mortalidade proporcional não ajustada para o câncer de mama, entre os anos de 2000 e 2014, obteve-se um crescimento gradativo ano após ano e, comparando a situação do país com o cenário mundial, neste mesmo período de tempo, percebeu-se que a taxa padrão do Brasil para o número de óbito em mulheres com essa patologia foi de 12,6% enquanto a taxa mundial foi de 11,76%. Podendo representar assim, que mais mulheres morreram no Brasil acometidas com câncer de

mama, nos anos de 2000 a 2014, quando comparado ao cenário mundial (BRASIL, 2014a).

O termo câncer é dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo (BRASIL, 2013). Na atualidade, o câncer de mama é considerado o segundo tipo de câncer mais comum no mundo, sendo o mais frequente entre as mulheres. Acometendo-as por volta dos 50 anos de idade. Alguns fatores destacam o câncer de mama das demais neoplasias, como a alta incidência, elevado índice de mortalidade, dificuldade para estabelecer diagnóstico precoce e a escassez de informações quanto ao comportamento biológico (VIEIRA et al., 2012).

Em nosso país, a elevadíssima taxa de mortalidade se justifica principalmente pelo diagnóstico tardio, uma vez que, na maioria das pacientes, a doença é reconhecida nos estádios clínicos III e IV. Embora a melhor maneira de reduzir as taxas de mortalidade seja a detecção precoce, um outro meio é a melhora no manejo da doença em qualquer estágio que ela tenha alcançado no momento do diagnóstico, que pode ser feito através de anamnese, exame físico, autoexame e mamografia, ultrassonografia e biópsia da lesão (HEGG, 2000).

O aparecimento de tumor na mama é o principal sintoma da doença, o qual, em mais de 80% dos cânceres, é diagnosticado pelas próprias pacientes, através do aparecimento de um nódulo (HEGG, 2000).

Aproximadamente 25% das mulheres com câncer de mama apresentam superexpressão do receptor 2 para o fator de crescimento epidermal (HER-2). Para esses casos, avaliaram o papel do Trastuzumabe, um anticorpo monoclonal bloqueador desse receptor HER-2, na quimioterapia adjuvante de mulheres com esse tipo de câncer de mama (MARTINS; YAMAMOTO, 2008).

Para o tratamento desse tipo de câncer de mama, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) incluiu o Trastuzumabe nas diretrizes terapêuticas dessa patologia no ano de 2012, sendo indicado para o tratamento de pacientes com câncer de mama metastático (monoterapia e terapia adjuvante) e de fase inicial, após cirurgia, quimioterapia (neoadjuvante ou adjuvante) e radioterapia (BRASIL, 2012).

Conhecer e compreender as necessidades das pacientes hoje é um desafio, visto que, o fator socioeconômico, muitas vezes, interfere a adesão e sucesso da terapia. Dessa maneira, o objetivo desse trabalho é analisar custo anual e médio mensal, baseado no número de frascos dispensados no serviço de saúde e o perfil das pacientes que utilizam esse medicamento para o tratamento de câncer em fase inicial e metastático.

2 | METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, de cunho experimental-social.

2.2 População estudada

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, localizado no bairro da Cidade Universitária no município de Recife-PE. Estão incluídos no estudo pacientes que fizeram uso de Trastuzumabe para tratamento do câncer de mama, no período de janeiro a dezembro de 2017.

2.3 Coletas de dados

Os dados foram coletados do acervo do setor de farmácia do Hospital das Clínicas e correspondem ao período de janeiro a dezembro de 2017, com uma amostra total de 15 formulários de dispensação interna das pacientes tratadas com o Trastuzumabe. As variáveis referem-se a: sexo, idade, cidade, concentração do medicamento, tipo de terapia, quantidade de frascos e órgão de fomento do medicamento. A partir do resultado de qual a concentração mais utilizada e a quantidade de frascos, foi possível calcular o custo anual para cada órgão que fornece esse medicamento – o Ministério da Saúde, a Secretária Municipal de Saúde e o próprio Hospital das Clínicas. As informações obtidas foram registradas na Tabela 1. Após a obtenção desses dados, as informações foram dispostas em forma de gráficos gerados por Microsoft Excel®, para melhor análise dessas informações.

Sexo	Feminino () Masculino ()
Idade	_____anos.
Cidade	_____.
Tipo de Terapia	Monoterapia () Adjuvante ()
Concentração	150mg () 440mg ()
Quantidade de Frascos	150mg () 440mg ()
Órgão de Fomento	_____.

Tabela 1 – Coleta de dados das variáveis analisadas

Fonte: Dados da Pesquisa.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os formulários de dispensação interna de usuários, maiores de 18 anos admitidos na instituição, no ano de 2017.

Foram excluídos os formulários de dispensação interna cujas informações estiveram incompletas ou ilegíveis, bem como casos de dupla notificação e pacientes menores de 18 anos.

2.5 Análise estatística

Foi conduzida uma análise estatística dos dados em Microsoft Excel®, onde as variáveis qualitativas foram dispostas em frequências relativas (percentuais) e frequências absolutas (N), e as variáveis quantitativas numéricas, em média e desvio-padrão (LEITE; NUNES; CORRÊA, 2009).

2.6 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP em humanos da Universidade Federal de Pernambuco, campus Recife, localizado no 1º andar do Centro de Ciências da Saúde, iniciado logo após sua aprovação, de acordo com a resolução 466/12. E recebeu o número do parecer consubstanciado do CEP 2.361.871.

2.7 Riscos

A pesquisa realizada não gerou riscos nem ao paciente e nem ao pesquisador, visto que foi feita uma coleta de dados apenas de formulários de dispensação interna, utilizados para controle de dispensação do setor de farmácia de uma unidade hospitalar.

2.8 Benefícios

Os benefícios da pesquisa servirão para alertar e fortalecer programas na terapia de combate ao câncer de mama do tipo HER2+, por ela assistido. A análise do custo servirá para que o órgão de fomento a qual o medicamento é financiado tenha uma noção da demanda anual de frascos em suas determinadas concentrações, permitindo um planejamento financeiro.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presença da superexpressão do fator de crescimento epidérmico humano do tipo 2 (HER-2) indica a probabilidade de resposta a certos agentes quimioterapêuticos (anticorpos monoclonais) e identifica as mulheres que podem responder ao Trastuzumabe. Esse fármaco é um anticorpo monoclonal desenvolvido e encontrado no mercado pelo nome comercial de Herceptin®, importado e distribuído no Brasil pela Indústria Roche®. Possui duas apresentações farmacêuticas registradas na ANVISA sob a forma de pó liofilizado para solução injetável, a de 150 mg (21 mg/mL), fabricada por *F. Hoffmann-La Roche Ltd*, Basileia, Suíça, *Roche Diagnostics GmbH*, Mannheim,

Alemanha e embalada por *F. Hoffmann-La Roche Ltd.*, Kaiseraugst, Suíça ou por *Roche Diagnostics GmbH*, Mannheim, Alemanha (HERCEPTIN®), que é custeada pelo Ministério da Saúde (MS), e a de 440 mg (21 mg/mL), fabricada por *F. Hoffmann-La Roche Ltd.*, Basileia, Suíça, por *Genentech Inc.*, São Francisco do Sul, Califórnia, EUA e embalado por *F. Hoffmann-La Roche Ltd.*, Kaiseraugst, Suíça (HERCEPTIN®), sendo custeada pela Secretária Estadual de Saúde (SES).

Segundo o Protocolo Clínico proposto pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) - Ministério da Saúde (2017), além de ser indicado para câncer de mama inicial, o Trastuzumabe é indicado no tratamento de pacientes com câncer de mama metastático, nas seguintes condições:

- Em monoterapia para o tratamento de pacientes que já tenham recebido um ou mais tratamentos quimioterápicos para suas doenças metastáticas;
- Em combinação com Paclitaxel ou Docetaxel para o tratamento de pacientes que ainda não tenham recebido quimioterapia para suas doenças metastáticas.

Na rotina do serviço de saúde onde foi feita a pesquisa, para o Trastuzumabe ser enquadrado em qualquer apresentação para esse tipo de tratamento de câncer de mama do tipo HER-2, faz-se necessário por em anexo a prescrição, o relatório imuno-histoquímico e o complemento anatomopatológico para sua dispensação. Essas condutas adotadas pelo setor de farmácia se confirmam com o critério de incorporação aprovado pela CONITEC, em 2012 (BRASIL, 2017). Assim também como a apresentação da Classificação Internacional de Doenças (CID), para cânceres de mama, como: C50 (Neoplasia maligna da mama), C50.1 (Neoplasia maligna da porção central da mama), C50.8 (Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva) e C50.9 (Neoplasia maligna da mama, não especificada) que estavam relatadas nas fichas de dispensação internas das pacientes.

3.1 Aspectos relacionados às características epidemiológicas

Analisando os dados coletados, observou-se que todos os pacientes que faziam a terapia eram do sexo feminino e integravam a faixa etária de 27 a 75 anos, sendo distribuídos percentualmente em recortes etários de 20 a 30 anos (6%), 31 a 40 anos (7%), 41 a 50 anos (40%), 51 a 60 anos (27%), 61 a 70 anos (13%) e acima de 70 anos (7%).

Esses dados, refletem uma deficiência na faixa etária base de rastreio, instituída pelo ministério da saúde, sendo de 51 a 75 anos. Se os programas de combate ao câncer diminuíssem essa faixa etária base, poderemos ainda mais mudar nossa realidade de combate ao câncer de mama (BRASIL, 2014b).

Cerca de 54% das pacientes que fazem uso das 52duas terapias moram em Recife

e cerca de 6,6% para cada uma das seguintes cidades: Carpina, Flores, Garanhuns, Paulista, Serra Talhada, Tabira e Timbaúba.

Na Figura 1 verifica-se a distribuição da localização da residência destas pacientes em mesorregiões de Pernambuco, que, foram dívidas em Capital (53%), Região Metropolitana (7%), Zona da Mata (13%), Agreste (7%) e Sertão (20%), sendo possível perceber a alta recorrência no interior do Estado.

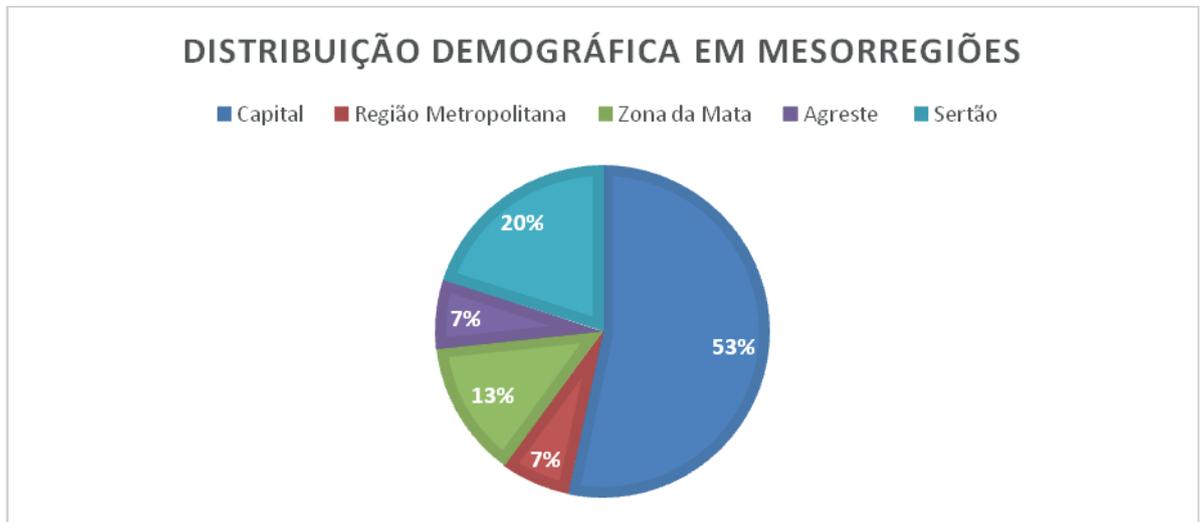


Figura 1 – Descrição em porcentagem da distribuição demográfica das pacientes tratadas com Trastuzumabe nas apresentações de 150 mg e 440 mg no ano de 2017

Fonte: Dados da pesquisa

Quando se analisa a distribuição demográfica dos pacientes tratados com o Trastuzumabe, podemos verificar que quase metade deles residem em outras cidades, sendo muitos do interior do Estado. Esses dados sugerem que ainda existe uma carência na assistência médica nas localidades mais afastadas da capital, o que no caso de doenças como câncer representa um fator de risco muito grave, pois essa falta de suporte pode levar ao diagnóstico tardio e também à ausência de tratamento para aquelas pessoas que possuam algum tipo de empecilho para se locomover até outra cidade tão distante, bem como de aderir ao tratamento prolongado por haver a necessidade constante de se locomover até a capital para alcançá-lo.

Após tratados os dados referentes ao tipo de concentração e terapia, foram encontrados um consumo total de 187 frascos da apresentação de 150 mg (87%) e 28 frascos para a apresentação de 440 mg (13%), como mostra a figura 2. Essa mesma porcentagem, se caracteriza para o tipo de órgão de fomento, que, pode-se dividir em Ministério da Saúde (150 mg) e Secretária Estadual de Saúde (440 mg).

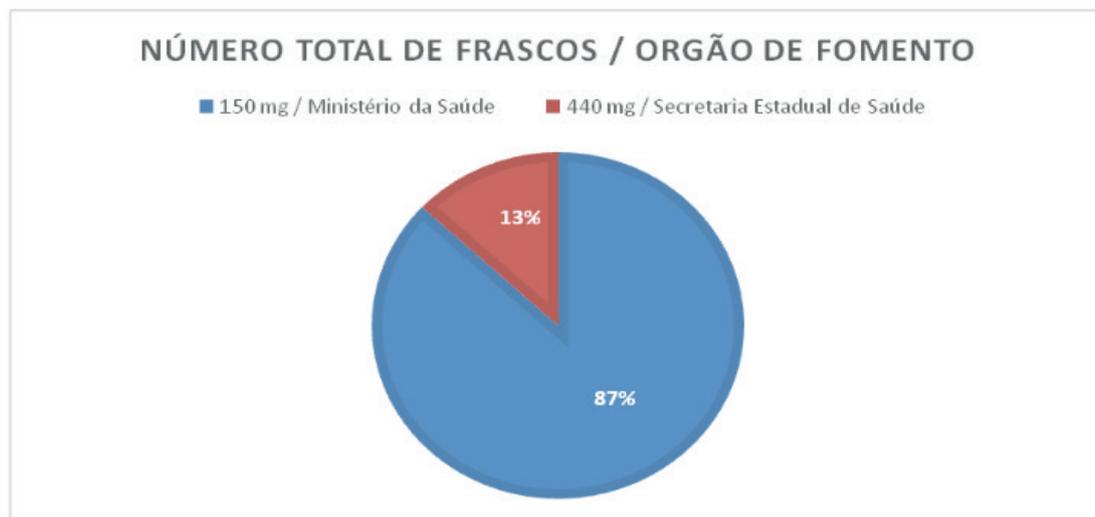


Figura 2 – Descrição em porcentagem do número total de frascos e órgão de fomento de pacientes que utilizam as concentrações de 150 mg e 440 mg tratadas com Trastuzumabe no ano de 2017

Fonte: Dados da pesquisa

Esses dados, nos fazem refletir do porque não utilizar três frascos da concentração de 150 mg, em vez de uma na concentração de 440 mg, visto que, seu alto valor monetário pode-se dificultar a aquisição em comparação a de 150 mg, para o término de um ciclo de tratamento. Inúmeros fatores dificultam essa possibilidade, como por exemplo, a burocracia dos órgãos de fomento. Para o Ministério da Saúde, pode-se apenas liberar para o tratamento os frascos de 150 mg, se as pacientes tiverem em estágio I, II e III, com no máximo 17 ciclos prescritos e uma dose de ataque.

Enquanto para a Secretaria Estadual de Saúde, libera-se apenas o tratamento em estágio metastático, que não possui limite de ciclos, garantindo o tratamento até o óbito.

Na figura abaixo, verifica-se que, 60% das pacientes utilizam o Trastuzumabe na apresentação de 150 mg e fazem uso de terapia adjuvante. E cerca de 40% das pacientes, utilizam na apresentação de 440 mg, fazendo uso de monoterapia, ou seja, estão em fase metastática.

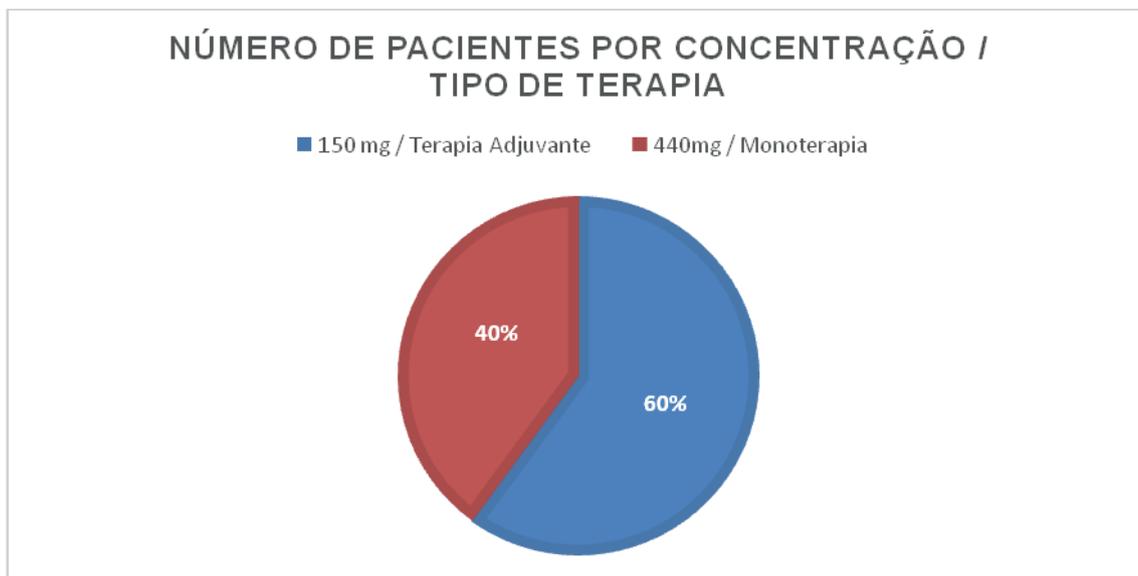


Figura 3 – Descrição em porcentagem do número de pacientes que utilizam as concentrações de 150 mg e 440 mg e tipo de terapia das pacientes tratadas com Trastuzumabe no ano de 2017

Fonte: Dados da pesquisa

Todas as análises encontradas, nos fazem perceber a importância do farmacêutico na rotina hospitalar e assistência a pacientes em tratamento de câncer de mama. O esforço realizado para garantir mediante a burocracia um ciclo completo de tratamento independente do órgão de fomento, é uma rotina do setor de farmácia do Hospital das Clínicas, que, com a dinamização de tarefas distribuídas, consegue sucesso na garantia do tratamento.

3.2 Aspectos relacionados ao custo da terapia à secretaria estadual de saúde

Quando os dados foram tratados para o Trastuzumabe com a apresentação de 440 mg, observamos a quantidade inferior de frascos utilizadas em comparação a de 150 mg, o quantitativo utilizado de 28 frascos durante o ano de 2017, referente ao tratamento do câncer em fase metastática (monoterapia). E apesar da quantidade de frascos ser inferior, o seu valor unitário é cerca de 70% mais caro que o de 150 mg, baseado na média de consumo mensal.

Calculando o custo total de frascos utilizadas, tem-se R\$ 266.653,51 gastos pela Secretária Estadual de Saúde (SES) no ano de 2017. Assim, tendo sido esses valores distribuídos em doze meses, tem-se uma média mensal de aproximadamente 3 frascos e cerca de R\$ 22.221,12 gastos. A baixa quantidade de frascos utilizados, se caracteriza pela prescrição a pacientes em fase metastática, como citado por HEGG, 2000, consequência do diagnóstico tardio da doença.

Quando os dados foram tratados detalhadamente, observou-se o seguinte consumo mensal, apresentado na tabela 2.

Mês	Frascos (Unidade)	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Janeiro	2	8.146,19	16.292,98
Fevereiro	5	8.146,19	40.730,95
Março	4	8,146,19	32.584,76
Abril	-	-	-
Maiο	1	8.146,19	8.146,19
Junho	4	8.146,19	32.584,76
Julho	6	8.146,19	48.877,14
Agosto	6	7.887,09	47.322,54
Setembro	0	0,00	0,00
Outubro	0	0,00	0,00
Novembro	0	0,00	0,00
Dezembro	0	0,00	0,00
Total	28	56.764,23	266.653,51

Tabela 2 – Custo detalhado mensal do Trastuzumabe de 440 mg para o ano de 2017

Fonte: Dados da pesquisa

A variação de preço no valor unitário por ampola também pode estar associada à variação de preço das empresas licitadas para a distribuição da droga, como também a diferença de consumo mensal e quantidade de ciclos ou abertura de tratamento.

3.3 Aspectos relacionados ao custo da terapia ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

Após a análise dos dados, foi observado que, no mês de abril, a verba obtida para o financiamento da terapia foi oriunda do fundo emergencial do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O custo unitário foi de R\$ 10.028,56 por frasco de 440 mg de Trastuzumabe, sendo neste mês utilizadas 4 frascos, gerando um custo total de R\$ 40.114,24 ao fundo emergencial.

De modo geral, em 2017, ano referente aos dados coletados da pesquisa, a indústria Roche® era a única fabricante do anticorpo monoclonal Trastuzumabe e, portanto, a única fornecedora desse tratamento, o que pode ser associado ao elevado custo desse medicamento. No ano de 2018, houve a queda da patente do composto, sendo assim, espera-se o surgimento de biossimilares de outros fabricantes e que haja, conseqüentemente, o barateamento do custo no tratamento do câncer de mama do tipo HER-2.

3.4 Aspectos relacionados ao custo da terapia ao ministério da saúde

Após a análise de dados, observou-se que foram utilizados 187 frascos do Trastuzumabe na apresentação de 150 mg durante o ano de 2017 para terapia adjuvante, obtendo-se um custo total de R\$ 186.502,33 ao Ministério da Saúde (MS), órgão a qual compete seu financiamento. Distribuindo esses valores em doze meses,

obtemos uma média mensal, no ano de 2017 o quantitativo de aproximadamente 16 frascos e cerca de R\$ 15.541,86 gastos. E com esse cenário, a realização de um possível planejamento anual, para compra do medicamento e garantia do tratamento até o final do ciclo proposto pelo prescritor, pôde-se analisar os dados coletados e compará-los com o de outros anos.

Na tabela 3, pode-se observar um discrepante consumo mensal referente aos frascos de 150 mg do Trastuzumabe, o que pode dificultar o planejamento financeiro, mas não o de consumo:

Mês	Frascos (Unidade)	Valor unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Janeiro	17	1.005,16	17.087,80
Fevereiro	19	1.005,16	19.098,13
Março	19	1.001,54	19.029,26
Abril	12	1.001,54	12.018,22
Maiο	17	1.001,54	17.026,22
Junho	8	1.001,54	8.012,32
Julho	21	997,17	20.940,57
Agosto	7	994,48	6.961,36
Setembro	21	989,66	20.782,86
Outubro	9	991,99	8.927,91
Novembro	21	989,66	20.782,86
Dezembro	16	989,66	15.834,56
Total	187	11.969,1	186.502,33

Tabela 3 – Custo detalhado mensal do Trastuzumabe de 150 mg para o ano de 2017

Fonte: Dados da pesquisa

A diferença observada no valor unitário de cada dose pode ser associada à variação de preço das empresas licitadas para a distribuição da droga ou pelo valor do dólar/euro, por ser um medicamento importado e fabricado pela Indústria Roche®. Já a diferença de consumo mensal por frasco, pode ser associada à quantidade de ciclos marcados para cada mês, como também, o término ou abertura de um novo ciclo de tratamento.

4 | CONCLUSÃO

Os dados analisados nesta coleta nos permitiram conhecer o perfil epidemiológico das pacientes em tratamento para o câncer de mama HER 2+ do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, que fazem uso do anticorpo monoclonal Trastuzumabe, sendo possível observar que a população estudada encontra-se, em 40% dos casos, na faixa etária de 41 a 50 anos, e metade dos casos reside em Recife, enquanto a outra metade é advinda de outras cidades do Agreste, Sertão e Zona da Mata, a concentração e número de frascos mais usados foram o de 150 mg, financiadas pelo Ministério da Saúde.

Traçar uma análise de custo deste tratamento com base nos medicamentos fornecidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde nos permitiu obter dados detalhados dos custos, comparando-os mês a mês e facilitando a execução do planejamento financeiro para possíveis demandas do ano de 2018. Esses dados obtidos, também podem ser enviados em forma de relatório aos órgãos de fomento, para que, também possa haver uma comparação de consumo e gasto total de valor monetário para esse medicamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, permitindo um repasse mais preciso do número de frascos para cada apresentação de Trastuzumabe.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Trastuzumabe para tratamento do câncer de mama avançado. **Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 08**. 2012. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2012/Trastuzumabe_caavancado_final.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **O que é o câncer?** 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Atlas On-line de Mortalidade**. 2014a. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. 2014b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/31e01e8045c5a619bacefedad9df0b60/%27201410091145_Diretrizes_Mama_Brasil_10_2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=31e01e8045c5a619bacefedad9df0b60>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Trastuzumabe para o tratamento do câncer de mama her-2 positivo metastático em primeira linha de tratamento. **Relatório para sociedade – informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS**. 2017. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Sociedade/ReSoc48_TRANSTUZUMABE_cancer_mama.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2018.
- HERCEPTIN®. Responsável Técnico Tatiana Tsiomis Diaz. Rio de Janeiro: Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A. 2014. Bula de remédio.
- HEGG, R. Como diagnósticas e tratar câncer de mama. **Revista Brasileira De Medicina**, São Paulo, v. 57, n. 05, maio 2000.
- LEITE, H. R.; NUNES, A.P. N.; CORRÊA, C. L. Perfil epidemiológico de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em Diamantina, MG. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 34-39, 2009.
- MARTINS, S. J.; YAMAMOTO, C. A. Aspectos clínico-econômicos da quimioterapia adjuvante no câncer de mama HER-2 positivo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 494-499, dez. 2008.
- VIEIRA, S. C. et al. **ONCOLOGIA BÁSICA**. 1. ed. Teresina: Fundação Quixote, 2012. 324 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Early cancer diagnosis saves lives, cuts treatment costs**.2017. Disponível em: <http://www.who.int/en/news-room/detail/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>>. Acesso em: 6 mar. 2018.

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DOS CURATIVOS DE DEISCÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA DE CIRURGIA POR CÂNCER DE MAMA

Adrielle Oliveira Azevedo de Almeida

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza – Ceará

Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos

Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Fortaleza – Ceará

Juliana Cunha Maia

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza – Ceará

Altamira Mendonça Félix Gomes

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza – Ceará

Régia Christina Moura Barbosa Castro

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza – Ceará

Ana Fátima Carvalho Fernandes

Universidade Federal do Ceará

Fortaleza – Ceará

RESUMO: Uma das complicações no pós-operatório é a deiscência. A atuação da enfermagem é essencial para o tratamento adequado e eficaz dessas feridas. Esse estudo tem o objetivo de avaliar a efetividade dos curativos com base nas altas por cicatrização do tratamento de deiscência pós-operatória de cirurgia por câncer de mama. Trata-se de um estudo exploratório e retrospectivo realizado em um hospital público no município de

Fortaleza. Participaram do estudo 28 mulheres com deiscência pós-operatória de cirurgia por câncer de mama que realizaram curativos com enfermeiras de janeiro a dezembro de 2017. Os dados foram extraídos do livro de registros de procedimentos de enfermagem do referido setor e do prontuário eletrônico do Aplicativo de Gestão do Hospital no período de junho a agosto de 2018. A análise dos dados foi realizada utilizando-se tabelas do Excel e as variáveis do estudo exploradas por frequência simples. Realizaram-se 339 curativos em 30 feridas, devido duas pacientes ter deiscência bilateral. Excluiu-se da análise 5 feridas, pois duas pacientes foram encaminhadas para outro serviço, uma abandonou o tratamento após o primeiro curativo, uma foi a óbito e uma estava em tratamento até a coleta de dados. A maioria recebeu alta por cura da ferida (73,3%), tendo permanecido no serviço de uma a quatro semanas (57,7%), seguido por melhora da ferida com posterior realização de ressutura (10%). Evidenciou-se a efetividade dos curativos realizados pela alta percentagem de mulheres que concluíram o tratamento e obtiveram alta por cura da lesão, consolidando a importância da enfermagem no cuidado prestado.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia da Mama; Deiscência de Ferida Operatória; Tratamento de Feridas; Enfermagem.

AVALIATION OF EFFECTIVENESS OF CURATIVES OF DEHISCENCE POSTOPERATIVE OF BREAST CANCER SURGERY

ABSTRACT: One of the postoperative complications is dehiscence. Nursing performance is essential for the proper and effective treatment of these wounds. This study aims to evaluate the effectiveness of dressings based on healing discharges of postoperative dehiscence treatment for breast cancer surgery. This is an exploratory and retrospective study conducted in a public hospital in the city of Fortaleza. The study included 28 women with postoperative dehiscence of breast cancer surgery who performed dressings with nurses from January to December 2017. The data were extracted from the nursing procedure logbook of that sector and from the electronic application of the Nursing Application Hospital Management from June to August 2018. Data analysis was performed using Excel tables and the study variables explored by simple frequency. 339 dressings were performed on 30 wounds due to two patients having bilateral dehiscence. Five wounds were excluded from the analysis because two patients were referred to another service, one abandoned treatment after the first dressing, one died and one was undergoing treatment until data collection. Most were discharged due to wound healing (73.3%) and remained in the service for one to four weeks (57.7%), followed by wound improvement with subsequent resection (10%). The effectiveness of the dressings performed by the high percentage of women who completed the treatment and were discharged due to the cure of the lesion was evidenced, consolidating the importance of nursing in the care provided.

KEYWORDS: Breast Neoplasm; Operative Wound Dehiscence; Wound care; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente nas mulheres em todo o mundo, excetuando-se o câncer de pele não-melanoma. Corresponde a cerca de 25% dos novos casos de câncer a cada ano, sendo esse percentual um pouco mais elevado no Brasil, chegando a 29%. No Brasil são esperados 59.700 novos casos para o ano de 2019 (INCA, 2018).

Os fatores de risco incluem os fatores endócrinos, como, por exemplo, a menarca precoce e/ou menopausa tardia, a história reprodutiva, o processo de envelhecimento, reposição hormonal por mais de cinco anos; os fatores genéticos como histórico familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau principalmente antes do 50 anos de idade; os fatores de risco modificáveis, como alimentação inadequada, sedentarismo, obesidade e ingestão de álcool; e os fatores ambientais, que são referentes à exposição frequente à radiações ionizantes (INCA, 2018; BERNARDES et al., 2019).

Diagnosticada a neoplasia da mama, o médico em conjunto com sua equipe e o paciente, visa escolher dentre os diversos tipos de tratamento o mais adequado, este pode ser cirúrgico como a mastectomia e a conservadora, assim como sistêmico o que inclui a radioterapia, a quimioterapia, a terapia alvo e a hormonioterapia, podendo ser associados ou não variando conforme o estadiamento da doença, tamanho do tumor, entre outras variáveis (CHAGAS; VIEIRA, 2011; VERMOT, 2011; DIAS et al., 2017).

A cirurgia de mama assim como qualquer procedimento cirúrgico requer cuidados e apresentam riscos. Tanto a cirurgia conservadora, também chamada de lumpectomia, na qual há preservação da mama; e a mastectomia parcial ou total, onde há remoção da mama podem ter complicações no processo de cicatrização da ferida. Dentre estas, destaca-se a deiscência da ferida operatória, que é a separação das bordas dos tecidos que foram unidos por uma incisão, podendo ocorrer sob duas formas: deiscência parcial ou total, com descarga de secreção serossanguinolenta (DIAS et al., 2017; PANOBIANCO, 2010).

Vários fatores podem influenciar a capacidade de cicatrização da ferida, mesmo que esta tenha sido planejada cirurgicamente e realizada de modo a reduzir as complicações. Os fatores podem ser distribuídos em sistêmicos o que inclui presença de infecção, idade, hiperatividade do paciente, oxigenação e perfusão dos tecidos, condições nutricionais, diabetes, tratamento com algumas drogas (corticosteróides, quimioterápicos e radioterápicos) e estado imunológico; e os locais estão relacionados a vascularização das bordas da ferida, grau de contaminação da ferida e tratamento da ferida (asepsia e antisepsia, técnica cirúrgica correta, cirúrgico e cuidados pós-operatórios adequados) (SANTOS et al., 2011; LEAL, 2014).

Espera-se que a cicatrização de feridas dessa natureza, sem infecções, venha a ocorrer entre 2 a 3 semanas. Entretanto, feridas complexas podem demorar mais tempo para cicatrizar. O manejo do tratamento tópico com o preparo adequado do leito dessa ferida de forma a acelerar essa cicatrização endógena e melhorar a eficácia dos produtos avançados, torna-se o objetivo principal do enfermeiro durante sua assistência à saúde (CHAGAS; VIEIRA, 2011).

A ferida operatória com deiscência influencia tanto o aspecto físico como o psicológico. A paciente diante dessa complicação, pode apresentar desconforto com a aparência, ansiedade, medo, depressão, baixa autoestima, além do incômodo com o exsudato e o odor (GOZZO et al., 2014).

Compreende-se, portanto que é essencial uma avaliação criteriosa de um enfermeiro habilitado para incluir no seu plano de cuidados conforto, qualidade de vida, controle de sintomas, reabilitação precoce e cura das lesões com o uso adequado dos materiais disponíveis para o manejo da ferida operatória de cirurgia por câncer de mama com deiscência.

Dessa forma, o presente estudo tem o objetivo de avaliar a efetividade dos curativos com base nas altas por cicatrização do tratamento de deiscência pós-operatória de cirurgia por câncer de mama.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de mastologia de um hospital de referência, localizado no município de Fortaleza.

Neste setor, há uma sala de exames/procedimentos onde são realizadas punções aspirativas por agulha fina (PAAF) e por agulha grossa (PAG ou core biopsy), retirada de dreno de sucção e/ou pontos, curativos, esses dois últimos procedimentos também realizados pelas enfermeiras, cujo atendimento é registrado no livro específico para tais atividades e também no prontuário eletrônico a partir do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), tornando-se fontes de pesquisas secundária.

Foram incluídas no estudo todas as pacientes portadoras de ferida pós-operatória de cirurgia por câncer de mama com deiscência que realizaram curativos com as enfermeiras de janeiro a dezembro de 2017 cuja evolução da situação clínica da ferida foi descrita pelas enfermeiras no sistema AGHU (prontuário eletrônico), compondo a amostra do estudo com 28 mulheres.

Os dados foram extraídos do livro de registros de procedimentos de enfermagem do referido setor e do AGHU coletados de junho a agosto de 2018 sendo organizados em um instrumento elaborado pela pesquisadora com as variáveis sociodemográficas, histórico cirúrgico atual, características da lesão, histórico dos curativos e produtos utilizados. A análise dos dados foi realizada utilizando-se tabelas do Excel e as variáveis do estudo exploradas por frequência simples.

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da instituição campo de estudo e aprovado sob o Parecer nº 2.786.007, CAAE 93989318.5.0000.5050. A pesquisa obedeceu a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que trata da realização de pesquisas com seres humanos. Ressalta-se que por se tratar de uma pesquisa em prontuário, a pesquisadora assinou o Termo de Comprometimento para utilização dos dados.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das 28 pacientes que constituíram a amostra variou entre 30 a 85 anos, com média de 50,8 anos, a maioria possuía idade entre 30 a 59 anos (75%), mais da metade procedentes de Fortaleza (53,6%), e coabitando com o companheiro (50%).

A indicação do Ministério de Saúde é a realização de mamografia a cada 2 anos para mulheres entre 50 e 69 anos, e mamografia anual a partir dos 35 anos para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2018).

As taxas de incidência aumentam rapidamente dos 35 aos 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. A coexistência de um companheiro pode ser um facilitador no apoio a adoção dos cuidados necessários ao tratamento (SOUSA et al., 2018).

A grande maioria (89,2%) apresentou o Carcinoma Ductal Invasivo (CDI) e 60,7% das pacientes foram submetidas a mastectomia (com e sem esvaziamento axilar). Pesquisas relacionadas a câncer de mama em mulheres brasileiras de Gozzo et al., (2014) e Oliveira et al., (2015), afirmam que das 62 pacientes de sua amostra, 93,5%

tinham diagnóstico de CDI, e entre 746 participantes, 88,49% também se enquadravam nesse perfil, respectivamente.

Em relação a cobertura utilizada, em 63,3% das feridas foi usado o AGE em gel, óleo ou fazendo parte da composição da gaze de Rayon. O alginato de cálcio e sódio esteve presente em 50% das feridas, isolado ou em uso concomitante com outras substâncias. O hidrogel e a combinação hidrogel+carvão com prata foi utilizado em uma ferida respectivamente.

O AGE é uma loção oleosa a base de ácidos graxos essenciais e vitaminas que revitalizam a pele além de possuir ação hidratante que mantém o equilíbrio hídrico e aumenta a permeabilidade celular estimulando a proliferação. Pode ser usado tanto na profilaxia de lesões de pele como no tratamento. É indicado para lesões abertas não infectadas. A associação do AGE com alginato de cálcio ou carvão ativado e diversos outros tipos de cobertura pode ser realizado com segurança. (SOUBHIA et al., 2016; JORGE, DANTAS; VIEIRA, 2005).

O alginato de cálcio e sódio é utilizado para absorver o exsudato por troca iônica podendo ser utilizado em feridas abertas (planas ou cavitárias), exsudativas. É um tipo de curativo antimicrobiano altamente absorvente. O sódio presente no exsudato e no sangue interage com o cálcio presente no curativo de alginato e essa troca iônica auxilia no desbridamento autolítico resultado da formação de um gel que mantém meio úmido para cicatrização induzindo a hemostasia (DANTAS;VIEIRA, 2005; BLANES, 2017).

O Carvão com Prata trata-se de uma cobertura antimicrobiana de carvão ativado com prata desenvolvida para proteger a ferida contra a infecção, enquanto elimina o odor. Já o Hidrogel é composto por polímero de amido modificado, glicerol e água purificada, com capacidade de doação de umidade, promovendo a absorção de exsudato e realizando o desbridamento seletivo (FRANCO; GONÇALVES, 2008).

Em 80% das feridas foi necessária remoção de tecido através de desbridamento mecânico ou químico, por se tratar de tecido desvitalizado. Precisamente, o desbridamento instrumental foi necessário em 43,3% com o intuito de remover tecidos necrosados.

O desbridamento é um método realizado com a finalidade de remover o tecido desvitalizado, contaminado ou necrosado com o objetivo de expor tecido saudável e assim preparar o leito da ferida, os seus bordos e a pele envolvente para otimizar o processo de cicatrização com uma evolução favorável, interrompendo-se o ciclo de inflamação crônica e potenciando-se as fases de proliferação (granulação e epitelização) e remodelação (SANTOS, OLIVEIRA & SILVA, 2013; STROHAL et al., 2013).

Foram realizados 339 curativos em 30 feridas, devido duas pacientes ter deiscência bilateral. A maioria recebeu alta por cura da ferida (73,3%), tendo permanecido no serviço de 1 a 4 semanas (57,7%), seguido por melhora da ferida com posterior realização de ressutura (10%). Excluiu-se da análise 5 feridas, pois 2 pacientes foram

encaminhadas para outro serviço, 1 abandonou o tratamento após o primeiro curativo, 1 foi a óbito e 1 estava em tratamento até a coleta de dados.

O tempo de tratamento das feridas é variável a depender da gravidade das lesões assim como a resposta do organismo ao uso dos produtos. Condições clínicas como idade, estado nutricional, imobilidade, vascularização, uso de medicamentos contínuos, principalmente drogas imunossupressoras, condições sistêmicas, presença de infecções e tecido desvitalizado, fatores locais e psicossociais do paciente têm que ser avaliadas de forma ampla a fim de obter uma ótima cicatrização e cura da ferida (DEALEY, 2008; GIORDANI; CROSSETTI, 2012).

4 | CONCLUSÃO

Evidenciou-se a efetividade dos curativos realizados pelas enfermeiras pela alta percentagem de mulheres que concluíram o tratamento e obtiveram alta por cura da lesão a partir do uso de coberturas adequadas para cada caso. O conhecimento dos produtos adequados a partir da avaliação correta da ferida e os cuidados prestados pela enfermagem possibilita menor tempo de cicatrização com melhor eficácia.

A caracterização da paciente e o conhecimento das suas particularidades, a partir do histórico de enfermagem, constituindo a primeira etapa do processo de enfermagem, possibilita o planejamento de uma atenção individualizada e direcionada, premissa da qualidade da assistência de enfermagem.

Sendo assim, a conclusão incide na característica dos cuidados prestados, o que pode se tornar o fator mais significativo na determinação da qualidade de vida das pacientes com deiscências pós-operatória por câncer de mama. O tratamento de feridas envolve o acompanhamento periódico de sua evolução por um profissional de enfermagem habilitado por se tratar um processo complexo que submerge além da questão física.

Além disso, destaca-se a importância da elaboração e da aplicação de um instrumento que contemple dados das feridas como classificação, tamanho, aparência, presença de exsudato, tipo de cobertura utilizada, fatores de risco, o que poderá favorecer no acompanhamento e na avaliação da evolução do processo de cicatrização.

Ademais, uma qualificação periódica das enfermeiras acerca de curativos as deixarão expertises no assunto e certamente esse conhecimento afetará positivamente na assistência à saúde. Portanto, conclui-se que a enfermagem consolida-se como grande responsável para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes nesse cenário de cuidado.

REFERÊNCIAS

- BERNARDES, N.B.; SÁ, A. C. F.; FACIOLI, L.S.; FERREIRA, M.L.; SÁ, O.R.; COSTA, R.M. Câncer de Mama X Diagnóstico. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. v.13, n. 44, p. 877-885, 2019. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>.
- BLANES, L. Coberturas padronizadas para curativos. **Hospital São Paulo**. Associação Paulista para o desenvolvimento da medicina. Hospital Universitário da UNIFESP. 2017.
- CHAGAS, C.R; VIERIA, R.J. **Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011. Volume II. p.1371-1373.
- DEALEY C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. 3ª ed. São Paulo. Atheneu, 2008. 240 p.
- DIAS M.; ZOMKOWSKI K.; MICHELS, F.A.S.; SPERANDIO, F.F. Implicações das cirurgias de câncer de mama nas atividades profissionais. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 2, p. 325-332, 2017.
- FRANCO D, GONÇALVES L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v.35, n. 3, p. 203-206, 2008. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912008000300013>.
- GIORDANI CS, CROSSETTI MGO. Curativos para tratamento de deiscência em feridas operatórias abdominais: uma revisão sistemática. **Revista gaúcha de enfermagem**. v.33, n.3 p. 182-189, 2012. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85424/000865840.pdf?sequence>. Acesso em 04 set 2019.
- GOZZO, TO; TAHAN, FP; ANDRADE, M de; NASCIMENTO, TG; PRADO, MAS. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. **Escola Anna Nery**. v.18, n.2, 2014.
- INCA. **Estimativas para 2018**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2018/inca-estima-cerca-600-mil-casos-novos-cancer-para-2018>. Acesso em 09/04/2018.
- SANTOS, JB; PORTO, SG; SUZUKI, LM; SOSTIZZO, LRZ; ANTONIAZZI, JL; ECHER, IC. Avaliação e tratamento de feridas – orientações aos profissionais de saúde. **Hospital de Clínicas Porto Alegre**, 2011.
- SANTOS, I. C. R. V., OLIVEIRA, R. C., & SILVA, M. A. Desbridamento cirúrgico e a competência legal do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.22, n.1, p.184-192, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-0707201300010002>.
- SOUBHIA, C.M. et al. **Manual de curativos**. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria de Saúde. Departamento de Saúde. 2016. 24p.
- STROHAL, J. R., DISSEMOND, J., JORDAN, O. B. J., PIAGGESI, A., RIMDEIKA, R., YOUNG, T., & APELQVIST, J. **An updated overview and clarification of the principle role of debridement**. *Journal of Wound Care*, v.22, n.1, p.S1-S49, 2013. Disponível em http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Project_Portfolio/EWMA_Documents/EWMA_Debridement_Document_JWCfinal.pdf
- SOUSA, M.N.A; BEZERRA, A.L.D; TEMOTEO, R.CA. **Saúde e bioética em foco – coletânea de artigos multitemáticos**. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2018.
- VERMOT, M.H.R.R. Cuidados gerais com as sobreviventes do câncer de mama. In: YAMADA, B.F.A. O processo de limpeza das feridas. In: JORGE, S.A. **Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.p. 45-67.

CARCINOMA HEPATOCELULAR EM PACIENTE JOVEM SEM FATORES DE RISCO - RELATO DE CASO

Gabriela Andrade Dias de Oliveira

Universidade Federal de Pernambuco
Recife – PE

Elizabeth Araujo Dias Silva

Universidade Federal de Pernambuco
Recife – PE

Luciana Ferreira Alves

Universidade de Pernambuco
Recife – PE

Maria Luiza Tabosa de Carvalho Galvão

Universidade de Pernambuco
Recife – PE

Caio César Maia Lopes

Universidade de Pernambuco
Recife – PE

Vitória Maia Pereira Albuquerque

Universidade Federal de Pernambuco
Recife – PE

Leila Coutinho Taguchi

Hospital Universitário Oswaldo Cruz
Recife – PE

icterícia e ascite. Diagnóstico realizado por marcadores sorológicos, métodos de imagem e confirmação histológica com biópsia. Opções de tratamento são: ressecção, transplante, injeção local de substâncias tóxicas, radioterapia, quimioterapia, embolizações, radiofreqüência e criocirurgia. Preconiza-se o acompanhamento de pacientes com fatores de risco, visando ao diagnóstico precoce do tumor. Resultados: A.P.N, 37 anos, sexo feminino, admitida em Março/2017 no Hospital Universitário Oswaldo Cruz queixando-se de sonolência, anorexia e episódios de síncope, com início dos sintomas há 1 mês. Ao exame: emagrecida (perda de 5kg em 1 mês), febril ao toque, abdome doloroso à palpação, fígado pétreo à 10cm do rebordo costal direito. A tomografia computadorizada evidenciou fígado aumentado, contornos irregulares, densidade heterogênea, múltiplos nódulos sólidos; além de nódulos pulmonares. A Biópsia hepática confirmou neoplasia glandular maligna, hepatocarcinoma (grau II/III de Edson Steiner), sem invasão angiolinfática. Estádio clínico IV (metástase pulmonar) com início dos cuidados paliativos, evoluindo para óbito no dia 19/07/2017. Conclusão: O CHC é um câncer agressivo, os pacientes geralmente apresentam-se estádio avançado ao diagnóstico, impossibilitando a cura. A partir deste contexto, cabe à equipe multidisciplinar em cuidados paliativos visualizar o sofrimento

RESUMO: Introdução: O Carcinoma hepatocelular (CHC) é mais frequente em homens, com pico de incidência aos 70 anos, está muito associado à preexistência de doenças hepáticas crônicas. A sintomatologia está relacionada ao comprometimento da atividade hepática, como encefalopatia,

do doente como componente importante, prestando uma assistência total e continuada, que envolve não apenas o paciente, mas também sua família. Destaca - se que a paciente não se enquadra nos fatores de risco para CHC: mulher, 37 anos, com sorologias negativas para hepatites virais e sem doença hepática crônica.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma hepatocelular; Palição; Oncologia

HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN YOUNG PATIENT WITHOUT RISK FACTORS - CASE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Hepatocellular carcinoma (HCC) is more frequent in men, with a peak incidence at 70 years, and is very associated with the pre-existence of chronic liver diseases. Symptoms are related to impairment of liver activity, such as encephalopathy, jaundice and ascites. Diagnosis performed by serological markers, imaging methods and histological confirmation with biopsy. Treatment options are resection, transplantation, local injection of toxic substances, radiotherapy, chemotherapy, embolization, radiofrequency and cryosurgery. The follow-up of patients with risk factors is recommended for early tumor diagnosis. Results: A.P.N, 37 years old, female, admitted in March / 2017 at Oswaldo Cruz University Hospital complaining of drowsiness, anorexia and syncope episodes, with symptoms beginning 1 month ago. On examination: thinner (5kg loss in 1 month), feverish to the touch, painful abdomen on palpation, stony liver 10cm from the right costal margin. Computed tomography showed enlarged liver, irregular contours, heterogeneous density, multiple solid nodules; besides pulmonary nodules. Liver biopsy confirmed malignant glandular neoplasia, hepatocellular carcinoma (Edson Steiner grade II/III), without angiolymphatic invasion. Clinical stage IV (pulmonary metastasis) with the beginning of palliative care, progressing to death on 07/19/2017. Conclusion: HCC is an aggressive cancer, patients are usually at an advanced stage of diagnosis, making cure impossible. From this context, it is up to the multidisciplinary palliative care team to visualize the patient's suffering as an important component, providing total and continuous care that involves not only the patient, but also his family. It is noteworthy that the patient does not fit the risk factors for HCC: female, 37 years old, with negative serology for viral hepatitis and without chronic liver disease.

KEYWORDS: Hepatocellular carcinoma; Palliation; Oncology

1 | INTRODUÇÃO

O hepatocarcinoma ou carcinoma hepatocelular (CHC) é um tumor primário do fígado que usualmente se desenvolve no cenário de uma doença hepática crônica, principalmente em pacientes com cirrose, hepatite B crônica ou infecção pelo vírus da hepatite C. O diagnóstico de CHC pode ser difícil e usualmente requer o uso de uma ou mais modalidades de exames de imagem. O ideal é que os tumores sejam detectados com tamanho igual ou menor a 2 cm, para que mais opções terapêuticas sejam viáveis.

O quadro clínico do CHC é variável, podendo apresentar-se desde forma assintomática até doença grave, com risco de vida, como hemorragia por varizes. Muitos pacientes podem apresentar sintomas decorrentes da cirrose subjacente, possivelmente manifestando características de descompensação. (NJEI, 2015)

O CHC resulta em aproximadamente 800 mil mortes por ano no mundo. Segundo o INCA, o hepatocarcinoma é responsável por aproximadamente 5 mil óbitos todo ano apenas no Brasil. O CHC possui um padrão bem sedimentado de distribuição geográfica, por gênero e idade. O padrão de distribuição também difere entre os grupos raciais e étnicos dentro de uma mesma localização, sendo mais frequentes em indivíduos asiáticos, em relação aos caucasianos, negros e hispânicos. Essas diferenças provavelmente se relacionam com as variações regionais de exposição ao vírus da hepatite e patógenos ambientais. Regiões de alta incidência incluem países da África subsariana, China, Hong Kong e Taiwan. A América do Sul se insere em uma área de baixa incidência. No Brasil, o CHC é um câncer menos comum na população, apresentando um maior número de casos, segundo dados do DataSUS, nos estados do Sul e do Sudeste. (NJEI, 2015)

Em todo o mundo é notada maior prevalência em indivíduos do sexo masculino, numa proporção que varia em torno de 2 a 6 vezes o número de mulheres diagnosticadas. Entre os fatores de distribuição também se insere a idade avançada: o CHC é mais prevalente na população idosa, possuindo pico de incidência entre a sexta e sétima década de vida. O CHC é o quinto câncer mais diagnosticado em homens, o nono em mulheres e a quarta causa de mortes por câncer no mundo. A maioria dos casos ocorre em pacientes com história de doença hepática ou cirrose. Entre os fatores de risco importantes para o desenvolvimento de CHC, tem-se a infecção pelos vírus da hepatite B, hepatite crônica pelo vírus da hepatite C, hemocromatose e cirrose de qualquer causa. Em uma análise global realizada em 2012, mais de 50% dos pacientes possuíam a infecção pelo vírus da hepatite B e 20% pelos vírus da hepatite C como causa atribuída ao CHC, sendo esses os principais fatores de risco para o surgimento desta neoplasia. (NJEI, 2015)

2 | RELATO DE CASO

A.P.N, 37 anos, sexo feminino, admitida em Março/2017 no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) após ter apresentado um episódio de sonolência excessiva, desorientação e perda da consciência, associado à febre intermitente, perda ponderal, astenia e hiporexia há 1 mês. Foi encaminhada ao HUOC com o resultado de uma tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou: dois nódulos sólidos em lobo inferior do pulmão direito, sugestivo de implante secundário, fígado com dimensões aumentadas, contornos irregulares, bordos rombos e densidade heterogênea por apresentar múltiplos nódulos sólidos com tamanhos variados, o maior no segmento VII do lobo direito, medindo 13,4 x 12,0 x 9,5 cm, de aspecto exófito. A paciente

também estava em acompanhamento com mastologista por ter apresentado na ultrassonografia mamária múltiplos nódulos mamários bilaterais, todos menores que 1 cm, e BI-RADS III. Além disso, alfa fetoproteína estava aumentada com valores de 45.000 ng/ml e 71.000 ng/ml, ambas de março/2017. As sorologias para hepatites B e C foram negativas, e A.P.N não possuía histórico de etilismo crônico.

A paciente apresentou-se ao exame físico com estado geral bom, anictérica, acianótica, hipocorada (+/++++), emagrecida (perda de 5kg em 1 mês), febril ao toque, com abdome doloroso à palpação e fígado pétreo à 10 cm do rebordo costal direito.

Foi realizada a biópsia hepática, cujo resultado mostrou tecido hepático com arquitetura lobular preservada, discreta balonização dos hepatócitos e ausência de neoplasia nas amostras estudadas. Repetiu-se a biópsia, e o segundo resultado evidenciou fragmento de neoplasia glandular maligna compatível com hepatocarcinoma clássico moderadamente diferenciado (grau II/III de Edmonson e Steiner), sem evidências de invasão angiolímfática ou necrose, estágio clínico IV.

Durante o internamento paciente evoluiu com episódios de hipoglicemia assintomáticos e, eventualmente, sintomáticos. Além de um episódio de convulsão focal e um de taquicardia supraventricular paroxística auto-limitada, sem fator desencadeante evidente.

Os cuidados paliativos foram iniciados e a paciente evoluiu para óbito no dia 19/07/2017.

3 | DISCUSSÃO

A apresentação clínica do hepatocarcinoma é muito variável, dependendo de fatores como estágio da doença e presença de doença hepática pré - existente. Vários estudos têm reconhecido uma diferença na apresentação, dependendo se o CHC apresenta-se em paciente com cirrose hepática. Pacientes cirróticos geralmente apresentam descompensação hepática, que leva à ascite, encefalopatia, icterícia e hemorragia por varizes. Pacientes não cirróticos são mais propensos a apresentarem mais sintomas constitucionais tais como perda de peso, anorexia ou mal-estar. A dor abdominal é a queixa mais frequente tanto dos pacientes cirróticos como não cirróticos. (HOFF, 2013)

Pacientes com CHC podem desenvolver também síndromes paraneoplásicas, que na maioria das vezes estão associadas a um pior prognóstico. Algumas manifestações são: hipoglicemia, que geralmente ocorre em casos avançados de CHC, como resultado de uma alta necessidade metabólica do tumor, quando há uma severa redução dos níveis plasmáticos de glicose, pode ocorrer letargia e confusão mental. Menos de 5% dos tumores secretam fator de crescimento semelhante à insulina - II, podendo causar hipoglicemia severa e sintomática em estágios iniciais da doença. Hipercalemia pode estar presente associado à metástase óssea, mas também pode ocorrer sem metástase devido à secreção da proteína relacionada ao hormônio da

paratireóide. Diarreia pode ocorrer em alguns casos, tendo relação com o aumento da secreção de peptídeos, como a gastrina. (CHANG, 2013)(TIETGE, 1998)(YEN,2008) (STEINER, 1986)

As metástases podem estar presentes no momento do diagnóstico em 10 - 15% e são mais comuns em pacientes com tumores em estágios avançados: > 5 cm, com invasão vascular de grandes vasos. Os sítios mais comuns de metástase são pulmão, linfonodos intra-abdominais, ossos e glândula adrenal, nesta ordem. (UKA, 2007) (HARDING, 2018)

A abordagem diagnóstica de pacientes sem doença hepática crônica inclui a identificação de fatores de risco para lesões hepáticas sólidas, exames sorológicos para a pesquisa de doenças hepáticas e exame de imagem. A escolha do tipo de exame de imagem deve ser individualizada, baseada na disponibilidade do método, contraindicações e preferências do paciente. Exames de imagem contrastados de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética são acurados para o diagnóstico de CHC. (MAUCORT-BOULCH, 2018)(AKINYEMIJU, 2017)

Nos pacientes que possuem alto risco para o desenvolvimento do CHC, o diagnóstico pode ser feito apenas com exame de imagem, sem necessidade de biópsia. Em pacientes sem fatores de risco, a confirmação deve ser dada pelo exame histológico. (MAUCORT-BOULCH, 2018)(AKINYEMIJU, 2017)

Alfa fetoproteína (AFP) é o marcador tumoral mais utilizado nos testes de triagem para CHC, porém apresenta especificidade de aproximadamente 80% e sensibilidade de aproximadamente 60%. As concentrações de AFP podem ser normais em até 30% dos pacientes no momento do diagnóstico. Os níveis de AFP são maiores em CHC avançado, comparado com CHC em estágios iniciais. A AFP pode ser útil para monitorar a progressão do tumor, a resposta ao tratamento ou detectar a recorrência da doença. (YEN, 2008)(HOFF, 2013)

Quanto à terapêutica, o tratamento do CHC varia de acordo com o grau de lesão e também com o nível de comprometimento hepático gerado pela doença de base, que na maioria das vezes está presente. Pode ser classificado em curativo e não curativo. (JGM, 2014)(NCCN, 2019)

Dentre as modalidades terapêuticas curativas, destacam-se a ressecção hepática, o transplante do órgão e a ablação local. A ressecção hepática está indicada para os pacientes que possuem fígados saudáveis, desde que excluídas causas extra-hepáticas e considerado o volume hepático remanescente. A análise criteriosa das condições clínicas de cada paciente é fundamental para a correta indicação dessa modalidade terapêutica, em virtude da possibilidade de ocorrência de isquemia hepática e sangramento transoperatórios. Ambos eventos são preditores de risco de falência hepática pós-operatória. Pacientes com fígado cirrótico podem submeter-se a ressecção, desde que estejam classificados em Child-Pugh A e não apresentem sinais de hipertensão portal, com níveis de bilirrubina normais e sejam preditores de apresentar volume remanescente do órgão maior que 50%. (JGM, 2014) (NCCN, 2019)

Outra modalidade curativa bem estabelecida para pacientes com CHC é o transplante do órgão. Em geral, indica-se o transplante para aqueles pacientes com cirrose avançada, com tumor restrito ao fígado e que reúnam os critérios de Milão ou da UCFS. Ao que parece, o transplante hepático apresenta melhores resultados de sobrevida em 5 anos e recorrência do CHC em comparação a ressecção. A vantagem desse tratamento se encontra na possibilidade de restaurar a função hepática além de promover a cura da neoplasia. Pode-se, ainda, ser indicada para pessoas com CHC em fases iniciais e que possuam risco cirúrgico elevado uma abordagem loco regional, que visa eliminar as células cancerosas e diminuir o tamanho do tumor. Isso pode ser conseguido por meio da injeção percutânea de substâncias como álcool ou ácido acético, ou mesmo por meio de técnica de ablação por radiofrequência. (JGM, 2014) (NCCN, 2019)

Os pacientes em estágios mais avançados (B, C ou D da classificação BCLC) podem se beneficiar do tratamento não curativo, que embora não vise a cura do câncer, é capaz de aumentar a sobrevida e promover melhor qualidade de vida para essas pessoas. Dentre as modalidades não curativas destacam-se a quimioembolização, quimioterapia e cuidados paliativos. A quimioembolização consiste na obstrução do fluxo arterial, que irriga o tumor, associada à injeção de substâncias quimioterápicas, e é a terapia indicada para pacientes na categoria B da classificação BCLC. Atualmente, a quimioterapia está indicada para pacientes na categoria C e o único medicamento aprovado e que promove aumento na sobrevida é o Sorafenibe. (JGM, 2014) (NCCN, 2019)

Aos pacientes que se encontram em estágio terminal (categoria D da BCLC) é recomendado os cuidados paliativos, com medidas de suporte. Os cuidados paliativos podem ser definidos como o cuidado multidisciplinar, ativo e total do ser humano, considerando suas dimensões biopsicossocial e espiritual. Essa modalidade de tratamento visa principalmente o aumento da qualidade de vida do paciente, bem como o fornecimento de suporte familiar. Grande parte desse tratamento de suporte pode ser prestado pela equipe de médicos assistentes e o momento ideal da consulta de cuidados paliativos especializados depende dos recursos locais e da necessidade do doente. Componentes importantes dos cuidados paliativos incluem: explorar o entendimento do paciente sobre sua doença e prognóstico, avaliar e gerenciar sintomas, solicitar e discutir metas de cuidados e coordená-los. A abordagem dos cuidados no fim da vida deve ser guiada pelos objetivos e valores do paciente no contexto do prognóstico atual e das opções de tratamento disponíveis. (NCCN, 2019) (HEIMBACH, 2017)

4 | CONCLUSÃO

O CHC caracteriza-se por ser um câncer agressivo, que se apresenta em estágio avançado ao diagnóstico, tornando mínimas as chances de cura. Normalmente ocorre em pacientes com história de hepatopatia crônica e cirrose, acometendo principalmente idosos, com prevalência do sexo masculino. O presente trabalho relata o caso de uma paciente jovem, previamente hígida e sem fatores de risco prévios como a infecção por vírus das hepatites B e C ou alcoolismo crônico, que apresentou CHC já metastático ao diagnóstico. O quadro iniciou-se de forma súbita, a paciente apresentou sinais e sintomas graves de síndrome paraneoplásica e evoluiu para o óbito. Nesse contexto, diante do diagnóstico inesperado de uma doença terminal em paciente jovem, pode-se concluir que a terapêutica paliativa deve ser encarada como um cuidado que coexiste com a terapêutica curativa, visando principalmente o aumento da qualidade de vida e de morte do paciente. Cabe à equipe multidisciplinar em cuidados paliativos visualizar o sofrimento do paciente e sua família, oferecer controle da dor e dos sintomas físicos e angustiantes bem como suporte psicológico e emocional, incluindo a assistência ao luto.

REFERÊNCIAS

AKINYEMIJU, T. et al. **The Burden of Primary Liver Cancer and Underlying Etiologies From 1990 to 2015 at the Global, Regional, and National Level: Results From the Global Burden of Disease Study.** JAMA Oncology, 2017.

CHANG, P. et al. **Epidemiology and Prognosis of Paraneoplastic Syndromes in Hepatocellular Carcinoma.** ISRN Oncology, v. 2013, p. 1-8, 2013.

HARDING, J. et al. **Frequency, Morbidity, and Mortality of Bone Metastases in Advanced Hepatocellular Carcinoma.** Journal of the National Comprehensive Cancer Network, v. 16, n. 1, p. 50-58, 2018.

Heimbach J, Kulik LM, Finn R, et al. **AASLD guidelines for the treatment of hepatocellular carcinoma.** Hepatology 2017.

HOFF, P. et al. **Tratado de Oncologia.** Atheneu, 2013.

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx (Accessed on September 09, 2019).

Journal of Gastroenterology of Mexico (JGM) (Edição em Inglês), Volume 79, Edição 4, Outubro - Dezembro de 2014, Páginas 250-262

LOK, A. et al. **Des- γ -Carboxy Prothrombin and α -Fetoprotein as Biomarkers for the Early Detection of Hepatocellular Carcinoma.** Gastroenterology, v. 138, n. 2, p. 493-502, 2010.

MAUCORT-BOULCH, D. et al. **Fraction and incidence of liver cancer attributable to hepatitis B and C viruses worldwide.** International Journal of Cancer, v. 142, n. 12, p. 2471-2477, 2018.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). **NCCN Clinical practice guidelines in oncology.**

Njei B, Rotman Y, Ditah I, Lim JK. **Emerging trends in hepatocellular carcinoma incidence and mortality.** Hepatology 2015; 61:191

STEINER, E. **Hepatocellular Carcinoma Presenting With Intractable Diarrhea**. Archives of Surgery, v. 121, n. 7, p. 849, 1986.

TIETGE, U. et al. **Hepatoma with severe non-islet cell tumor hypoglycemia**. The American Journal of Gastroenterology, v. 93, n. 6, p. 997-1000, 1998.

UKA, K. **Clinical features and prognosis of patients with extrahepatic metastases from hepatocellular carcinoma**. World Journal of Gastroenterology, v. 13, n. 3, p. 414, 2007.

YEN, T. et al. **Hypercalcemia and parathyroid hormone-related protein in hepatocellular carcinoma**. Liver, v. 13, n. 6, p. 311-315, 2008.

IMPORTÂNCIA DA COLONOSCOPIA DE SCREENING COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE TUMOR NEUROENDÓCRINO DE RETO

INTRODUÇÃO

Os tumores neuroendócrinos (TNEs) são neoplasias malignas raras, compreendendo 0,49% dos tumores malignos, sendo o trato gastrointestinal (TGI) o local mais acometido. Há maior incidência em mulheres por volta dos 50 anos.

OBJETIVO

Relatar o caso de paciente com tumor neuroendócrino retal em seguimento após tratamento curativo.

MÉTODOS

Informações coletadas na entrevista com a paciente, coleta de dados do prontuário e revisão da literatura nas bases de dados Scielo, PubMed e UpToDate.

RESULTADO

Paciente sexo feminino, 52 anos, submetida a colonoscopia de screening, apresentou pólipos de 1,5cm no reto inferior. Realizou-se polipectomia e biópsia desse, correspondendo a neoplasia de pequenas células monomórficas de arranjo glanduliforme, revelando-se na imunohistoquímica Ki-67 positivo em menos de 2% das células e cromogranina compatível com TNE estadiado G1. Passados 3 meses, a nova colonoscopia

e biópsia da cicatriz não evidenciou neoplasia. A paciente segue em acompanhamento, assintomática e sem recidivas.

DISCUSSÃO

Os TNEs originam-se das células de Kulchitsky e 67,5% desses tumores são no TGI, sendo 27,4% localizados no reto. Metade dos casos são assintomáticos, porém há relatos de sangramento retal e dor abdominal. O diagnóstico é endoscópico, com biópsia da lesão e imunohistoquímica com Ki-67 positivo. A decisão terapêutica e prognóstico dependem do diâmetro, grau de diferenciação, localização e presença de metástase. Estudos apontam que tumores maiores que 11mm de diâmetro apresentam comportamento semelhantes àqueles maiores de 20mm, em relação à presença de metástase e progressão da doença, favorecendo maior rigor no seguimento dos TNE's maiores que 1,1cm. A cura é possível com cirurgia ou ressecção local e a escolha da modalidade depende da dimensão, diferenciação, estadiamento e presença de metástase ao diagnóstico da doença.

CONCLUSÃO

A colonoscopia é um excelente método diagnóstico e terapêutico para patologias de cólon e reto. Indicações baseadas em screening

podem identificar lesões iniciais, sucedendo um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

Woltering EA, Bergsland EK, Beyer DT, et al. Neuroendocrine tumors of the appendix. In: AJCC Cancer Staging Manual, 8th, Amin MB (Ed), AJCC, Chicago 2017. p.389. Corrected at 4th printing, 2018.

Shi C, Woltering E, Beyer DT, et al. Neuroendocrine Tumors of the Colon and Rectum. In: AJCC Cancer Staging Manual, 8th, Amn MB (Ed), AJCC, Chicago 2017. p.395. Corrected at 4th printing, 2018.

Smith JD, Reidy DL, Goodman KA, et al. A retrospective review of 126 high-grade neuroendocrine carcinomas of the colon and rectum. *Ann Surg Oncol* 2014; 21:2956

Chen T, Yao LQ, Xu MD, et al. Efficacy and Safety of Endoscopic Submucosal Dissection for Colorectal Carcinoids. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016; 14:575.

Strosberg JR, Weber JM, Feldman M, et al. Prognostic validity of the American Joint Committee on Cancer staging classification for midgut neuroendocrine tumors. *J Clin Oncol* 2013; 31:420.

de Mestier L, Brixi H, Gincul R, et al. Updating the management of patients with rectal neuroendocrine tumors. *Endoscopy* 2013; 45:1039.

PERCEPÇÃO DA PERDA DE CABELOS EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDOS AOS PROTOCOLOS QUIMIOTERÁPICOS ACT, AC E TC EM USO DE RESFRIAMENTO CAPILAR

Letícia Noelle Corbo

Enfermeira especialista em Oncologia pelo Hospital Israelita Albert Einstein, mestranda em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP.

Adriana Serra Cypriano

Especialista e Tutora em qualidade do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo-SP.

Isabel Ordalia Ribeiro de Castro

Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo-SP.

RESUMO: Introdução: O câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres após o melanoma. O diagnóstico de câncer pode favorecer o aparecimento de ansiedade, estresse e depressão, assim como os eventos adversos das medicações impactam negativamente para o doente. Medicações como Doxorrubicina, Ciclofosfamida, Paclitaxel e Docetaxel contemplam os protocolos quimioterápicos mais utilizados para tratamento de câncer de mama e podem ocasionar alopecia. O resfriamento capilar visa prevenir a alopecia em pacientes submetidos a quimioterapia, no entanto, há carência de estudos randomizados sobre sua eficácia e a percepção dos pacientes que utilizam a técnica. Objetivos: Mensurar o tamanho do resfriamento capilar, segundo

a auto avaliação de pacientes com câncer de mama, submetidas aos protocolos ACT, AC e TC. Métodos: Trata-se de um estudo de caso sobre mulheres com câncer de mama submetidas a um dos protocolos ACT, AC ou TC que utilizaram resfriamento capilar. Foram aplicados dois questionários para auto avaliação, registro fotográfico e a avaliação de uma avaliadora independente. Resultados: As auto avaliações de satisfação com o resfriamento capilar, não demonstraram variações nos escores estudados nos 30 e 60 dias após início de tratamento. Quando comparadas com a avaliadora, observou-se que na segunda avaliação, três pacientes tiveram percepção de queda maior que a avaliadora e na última as respostas foram correspondentes. Conclusões: O uso do resfriamento capilar produz percepção de prevenção de queda de cabelos. Espera-se contribuir para novos estudos sejam realizados e que os dados encontrados sirvam de embasamento teórico-prático sobre o benefício do resfriamento capilar.

PALAVRAS-CHAVE: alopecia, neoplasias da mama, oncologia.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres, após o melanoma, e, segundo dados do Instituto Nacional de

Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) o número de novos casos têm crescido significativamente nos últimos anos, sendo que, estima-se cerca de aproximadamente 60 mil casos novos de câncer de mama em 2018/2019 (BRASIL, 2018).

Embora a medicina tenha avançado em relação aos diagnósticos e apresentado melhores resultados sobre tratamentos, o diagnóstico de câncer, de uma forma geral, carrega consigo um estigma de sofrimento e de morte, levando o indivíduo a alterações do estado psicológico e social como ansiedade, estresse e depressão (AVELAR et al, 2006; MANSANO-SCHLOSSER e CEOLIM, 2012; KLUTHCOVSKY, 2012).

O tratamento envolve além da dedicação do paciente em seguir às orientações médicas e da equipe multiprofissional na prevenção de agravos de sua doença, mudanças de rotina, qualidade de vida e da estética corporal, bem como possíveis eventos adversos relacionados às medicações faz com que o doente sofra um impacto negativo neste processo (FANGEL, PANOBIANCO e GOZZO, 2013; CAETANO, 2005).

As medicações antineoplásicas podem ser de caráter neoadjuvante ou adjuvante (NETO et al, 2013; KLUGER, 2012). As drogas Doxorrubicina, Ciclofosfamida, Paclitaxel e Docetaxel são comumente utilizadas podendo ser administradas associadas umas as outras, de acordo com os protocolos quimioterápicos (NETO et al, 2013; RUGO et al, 2017; TALLON, BLANCHARD e GOLDBERG, 2010; WANG, LU e AU, 2006; KANTI et al, 2014).

O protocolo ACT consiste em Doxorrubicina 60 mg/m² e Ciclofosfamida 600mg/m² a cada 14 dias por 4 ciclos seguido de Paclitaxel 175mg/m² a cada 14 dias por 4 ciclos (NETO et al, 2013).

Já no protocolo AC, o esquema das drogas administradas é Doxorrubicina 60 mg/m², Ciclofosfamida 600 mg/m² com intervalo de 21 dias até que se completem 4 ciclos (NETO et al, 2013).

O protocolo TC consiste no esquema de drogas Ciclofosfamida 600 mg/m² e Docetaxel 75 mg/m² com intervalo de três semanas cada ciclo, até que se completem 4 ciclos (NETO et al, 2013).

A Doxorrubicina tem seu mecanismo de ação na produção de radicais livres de hidroxila, porém não há especificidade no ciclo celular, seus efeitos adversos mais comuns são: náuseas e vômitos e seu índice de evento adverso é de 92,4% para alopecia (NETO et al, 2013; BUZAID e MALUF, 2013). Paclitaxel é utilizado em caso de câncer de mama metastático ou como quimioterapia adjuvante, pacientes que utilizam esta droga tem $\geq 10\%$ de chance de desenvolver alopecia. Outros efeitos adversos comuns são infecção, neutropenia, leucopenia, febre, neurotoxicidade, hipotensão, mucosite, náusea, vômito, diarreia (NETO et al, 2013; GLENMARK, 2014).

A Ciclofosfamida é uma droga que não tem ação em fase específica do ciclo celular, se fazendo presente em todas as fases. Em relação à alopecia, o paciente tem 40 a 60% de desenvolver alopecia, outros efeitos adversos como náuseas, vômitos e leucopenia (NETO et al, 2013; BUZAID e MALUF, 2013). Docetaxel tem como ação o bloqueio da divisão celular na metáfase, seus efeitos adversos mais comuns

são: neutropenia, leucopenia, amenorreia, anemia, estomatites, diarreia, náuseas e vômitos. A probabilidade para alopecia é de 56,3 a 97,8%(NETO et al, 2013; BUZAID e MALUF, 2013).

Alopecia induzida por quimioterapia é um evento adverso comum no câncer de mama e pode ser evidenciada de uma a três semanas após a infusão do quimioterápico, podendo se estender até dois meses ao início do tratamento. Após o término da quimioterapia, em torno de seis meses, os folículos capilares tendem a crescer novamente, no entanto, as características do cabelo antes do tratamento quimioterápico podem ser alteradas (WANG, LU e AU, 2006; KANTI et al, 2014).

O resfriamento capilar é um método utilizado para prevenção da alopecia induzida por quimioterapia, por meio de uma touca onde se acopla fragmentos de gelo (BREAST CANCER ORG., 2019) ou por meio de uma touca acoplada a uma máquina, onde pode ser programado o tempo do resfriamento. Seu mecanismo de ação se dá pela baixa temperatura local, que promove a vasoconstrição dos vasos sanguíneos limitando a chegada da droga nos folículos capilares (van den HURK et al, 2013).

Outras intervenções para prevenção de alopecia são realizadas além do resfriamento capilar como compressão do couro cabeludo e aplicação tópica de Minoxidil (SHIN et al, 2015).

Ainda assim, o resfriamento capilar é o método mais utilizado e que apresenta melhores resultados. No entanto, há carência de estudos randomizados para avaliação de sua eficácia, assim como a percepção das pacientes que fazem uso (SHIN et al, 2015).

Embora alguns países tenham estudado o efeito do resfriamento capilar, não há dados no Brasil que este estudo tenha sido realizado. Com isso, espera-se contribuir com embasamento prático da realidade do benefício do uso do resfriamento capilar sob a ótica de pacientes que optaram por utilizar este método de prevenção de alopecia, em uma população de pacientes brasileiras portadoras de câncer de mama submetidas aos protocolos de tratamento ACT, AC e TC.

2 | OBJETIVO

Mensurar o tamanho do efeito do resfriamento capilar, segundo a auto avaliação de pacientes com câncer de mama, submetidas aos protocolos de tratamento ACT, AC e TC, optaram pela técnica de resfriamento capilar para prevenção de alopecia; descrever o perfil sociodemográfico das pacientes e comparar a auto avaliação de perda de cabelos com a escala de Dean.

3 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso realizado com mulheres diagnosticadas com neoplasia de mama, submetidas aos protocolos ACT, AC ou TC atendidas em um

Centro de Oncologia e Hematologia de um hospital na cidade de São Paulo do estado de São Paulo, realizado no período de março de 2017 a fevereiro de 2019.

Na rotina do serviço, após a definição da quimioterapia proposta, é oferecido o resfriamento capilar como forma de prevenção de alopecia induzida por quimioterapia, baseado nas evidências de estudos já publicados em outros países com o uso da técnica (RUGO et al, 2017; van den HURK et al, 2013). O tempo de resfriamento capilar do setor se dá por 30 minutos antes da instalação da quimioterapia, sendo continuado durante toda a infusão e permanecendo até 90 minutos ao término da infusão. O tamanho da touca é estipulado por uma avaliação prévia de uma enfermeira de conhecimento do processo de resfriamento capilar e manipulação da máquina, antes do início do tratamento.

Foram incluídas pacientes do gênero feminino, com idade superior a 18 anos, submetidas ao protocolo quimioterápico ACT, AC ou TC, que estavam iniciando o tratamento quimioterápico com o resfriamento capilar, e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão, optamos por excluir do estudo aquelas sem diagnóstico definido, que optaram por outro mecanismo de prevenção da alopecia que não o resfriamento capilar e as que não aceitarem participar do estudo.

Este estudo teve apreciação e aprovação prévia do Comitê de Ética da SBIBAE (CAAE: 87916418.8.0000.0071).

3.1 Coleta das amostras

As pacientes que atendessem aos critérios de inclusão foram convidadas a participar do estudo no primeiro dia do tratamento quimioterápico, após o aceite e assinatura do TCLE, as mesmas foram avaliadas em três momentos conforme explanado abaixo:

A primeira avaliação, foi preenchida a Ficha para caracterização dos participantes (Apêndice 1) e registro fotográfico através de uma máquina fotográfica Sony Cyber-shot 14.1 mega pixels, do couro cabeludo das regiões frontal, occipital, laterais e topo do cabelo com divisão dos cabelos na linha media do couro cabeludo, com a cabeça em um ângulo de 45° (UEBEL, MARTINS e SILVEIRA, 2013), os rostos das participantes foram cobertos por folhas sulfite de uma forma que ficassem irreconhecíveis nas fotos, para que sua identidade seja preservada. A distância da câmera fotográfica foi de 20 cm, estipulada por uma régua graduada, as luzes do local foram acesas e o flash da câmera desligado.

As segunda e terceira avaliações, além do registro fotográfico, foram entregues dois questionários para auto avaliação, sendo o primeiro em formato Likert (LIKERT, 1932) de autoria da própria pesquisadora (Apêndice 2) e o segundo com afirmações referentes a escala de Dean (DEAN, SALMON e GRIFFITH, 1979) (Apêndice 3).

Após todas as avaliações, as fotografias foram reveladas e nomeadas de acordo

com o número da paciente incluída no estudo e referente à qual avaliação a foto pertencia. As fotográficas foram classificadas pela escala de Dean por uma enfermeira oncológica não participante do estudo, que não teve contato com as pacientes incluídas no estudo e com conhecimento da escala.

3.2 Análise dos dados

As análises descritivas das variáveis de identificação e socioeconômicas foram baseadas em frequências absolutas e porcentagens para as variáveis categóricas e medidas resumo como médias e desvios padrão ou medianas e quartis, além de valores mínimos e máximos para as variáveis numéricas (ALTMAN, 1991).

As variações nos escores de avaliação de perda de cabelos, preenchidos 30 dias e 60 dias após o início do tratamento quimioterápico foram investigadas por meio de testes não paramétricos de Wilcoxon para dados pareados separadamente para pacientes e avaliador. Os escores de avaliação de satisfação das pacientes também foram comparados entre os dois momentos pelo mesmo teste.

O percentual de pacientes que aderiram ao resfriamento capilar durante o seguimento foi calculado e acompanhado de intervalo de confiança de 95% e a relação entre a classificação de Dean fornecida pelo avaliador e a avaliação de perda de cabelos feita pelas pacientes foi investigada pelo coeficiente de concordância de Gwet (GWET, 2014) em cada momento de avaliação.

As análises foram realizadas com auxílio do programa SPSS (IBM corp, 2016), considerando nível de significância 5%.

4 | RESULTADOS

A amostra ficou composta por cinco participantes com idades entre 34 e 52 anos, com média de 42,8 anos (DP=6,8 anos), quatro (80,0%) eram casadas e uma (20%) divorciada. Em relação a etnia, 80,0% se declararam branca. Todas as participantes possuíam nível de escolaridade superior completo, sendo uma delas com pós-graduação. O protocolo quimioterápico ACT foi prescrito (60,0%) e o TC (40,0%). Nenhuma paciente apresentava doença metastática.

O tempo entre o primeiro dia do primeiro ciclo e a primeira auto avaliação realizada pelas pacientes variou entre 27 e 33 dias, com média de 28,8 dias (DP=2,4) e na segunda auto avaliação havia decorrido entre 56 e 61 dias, com média de 57,2 dias (DP=2,2 dias) desde a primeira dose de quimioterápico.

Comparando as auto avaliações de satisfação com o resfriamento capilar realizadas pelas pacientes em 30 e 60 dias após o início do tratamento quimioterápico não observamos evidências de variação nos escores de preocupação com a queda de cabelo ($p=0,317$), satisfação com o resultado do resfriamento capilar ($p>0,999$), necessidade de utilizar lenços ou perucas ($p=0,109$), sensação de recuperação da auto estima ($p>0,999$), satisfação com a atual aparência ($p>0,999$) e indicação do

resfriamento capilar ($p>0,999$).

Nas avaliações de perda de cabelos realizadas em 30 e 60 dias após o início do tratamento quimioterápico não observamos evidências de variação nos escores de auto avaliação da percepção das pacientes ($p=0,083$) e de avaliação fotográfica realizada pela enfermeira oncológica por meio da Escala de Dean ($p=0,157$). Os escores de auto avaliação quando relacionados à avaliação da enfermeira oncológica na segunda e terceira avaliações não apresentaram diferenças entre eles ($p=0,157$ em 30 e 60 dias). A ausência de uma paciente deve-se à falta do registro fotográfico 60 dias após o início do tratamento quimioterápico.

Verificamos que em 30 dias após o início da quimioterapia, para três (60,0%) pacientes as avaliações são correspondentes e duas (40,0%) perceberam maior proporção de queda de cabelos do que a enfermeira, com essas pacientes percebendo um grau de perda a mais do que a enfermeira. Em relação à avaliação 60 dias após o início da quimioterapia, duas (50,0%) pacientes obtiveram respostas correspondentes e duas (50,0%) perceberam maior proporção de queda de cabelos do que a enfermeira. A paciente que obteve menos perda de cabelos nas avaliações de 30 e 60 dias (sem perda de cabelos) está representada nas figuras 1 e 2, assim como a paciente que reteve menos cabelos durante o tratamento onde na avaliação de 30 dias apresentou perda de até 25% de queda e em 60 dias 25-50% de perda representa nas figuras 3 e 4.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

5 | DISCUSSÃO

A avaliação de retenção de cabelos com o uso de resfriamento capilar por meio da Escala de Dean foi encontrada em outros dois estudos em combinação com um questionário sobre auto percepção (RUGO et al, 2017; CHAN et al, 2018). Quando avaliadas intensidades de depressão, ansiedade e imagem corporal fraca, as graduações mais intensas estavam direcionadas àquelas que estavam vivenciando maior perda de cabelos (KOMEN et al, 2016). Com base nestes achados, a imagem corporal e as emoções poderiam ter influenciado em uma auto percepção mais acentuada do que o olhar da enfermeira oncológica conhecedora da escala de Dean evidenciado neste estudo.

Durante a coleta das amostras, 60% das pacientes mantiveram preocupação com a queda de cabelos durante todas as avaliações, mesmo que 40% discordaram totalmente da necessidade do uso de lenços/perucas seguido de 20% que discordaram parcialmente e a perda de cabelos não excedeu a 25-50% e em nenhum dos casos das participantes coletadas foi necessário o uso de lenços/perucas.

A duração do resfriamento capilar foi à mesma estipulada para este estudo com exceção de um estudo que acrescentou 15 minutos no resfriamento pré-instalação do quimioterápico e utilizaram a monitorização da temperatura do couro cabeludo durante todo o processo, onde 75% das pacientes tiveram necessidade do uso de lenços e perucas e 21% que foram submetidas ao protocolo taxol combinado com antraciclina apresentaram retenção de cabelos satisfatória (KOMEN et al, 2016). Um estudo cita que pacientes submetidas a taxano monoterápico vivenciaram menor perda de cabelos (45%) seguidos de taxano combinado com antraciclina (20%) (CHAN et al, 2018). Estes resultados podem ser comparados com o estudo (VASCONCELOS, WIESKE e SCHOENEGG, 2018) onde 74% dos protocolos prescritos consistiam em

antraciclina combinada a taxano e 28,6% dos participantes tiveram queda de menos de 50% de cabelos, no entanto, apenas pacientes que apresentaram perda de até 30% não optaram por uso de lenços/perucas.

No presente estudo, 60% das pacientes foram submetidas a taxol combinado com antraciclina com resultados satisfatórios, sem necessidade do uso de lenços/perucas. 80% das participantes indicariam o resfriamento capilar completamente e apenas 20% concordaram parcialmente com esta indicação. A porcentagem de indicação pode ser comparada ao estudo (RUGO et al, 2017) onde 90,3% das participantes ficaram satisfeitas com o resfriamento capilar e que indicariam a técnica.

6 | CONCLUSÕES

Foi percebido pelas participantes submetidas ao resfriamento capilar que o mesmo possui o efeito de prevenção da queda de cabelos. Àquelas que apresentaram maior retenção dos fios obtiveram a percepção próxima a da enfermeira oncológica enquanto as que retiveram menos fios classificaram o grau de alopecia mais acentuado quando comparadas a classificação da avaliadora independente.

O número de participantes foi reduzido devido à demanda do serviço e, para futuros projetos, pretende-se aumentar a amostra para melhores avaliações quanto à percepção das pacientes em relação ao resfriamento capilar, assim como uma maior abrangência dos protocolos quimioterápicos prescritos para tratamento de câncer de mama.

Esperamos poder contribuir para que novos estudos sejam realizados e que os dados encontrados sirvam de embasamento teórico-prático para profissionais da saúde sobre o benefício do resfriamento capilar.

REFERÊNCIAS

Altman, D.G. **Practical statistics for medical research**, London: CRC Press, 1991.

Avelar, A.M.A et al. **Qualidade de vida, ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama antes e após a cirurgia**. Rev. Ciênc. Méd., v.15, n.1, pp:11-20 Campinas, 2006. Disponível online em: <http://docplayer.com.br/18660614-Qualidade-de-vida-ansiedade-e-depressao-em-mulheres-com-cancer-de-mama-antes-e-apos-a-cirurgia-1.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Incidência de câncer no Brasil – Estimativa 2018. Rio de Janeiro, 2018**. Disponível online em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp>

BreastCancerOrg. **Cold Caps and Scalp Cooling Systems**. Março, 2019. Disponível online em: http://www.breastcancer.org/tips/hair_skin_nails/cold-caps

Buzaid, A.C.; Maluf, F.C. Manual de Oncologia Clínica no Brasil. Tumores Sólidos. **Doxorrubicina**. [2013?] Disponível online em: https://mocbrasil.com/wp-content/themes/moc_novo/ajax_get_glossary_item.php?item=doxorrubicina

Buzaid, A.C.; Maluf, F.C. Manual de Oncologia Clínica no Brasil. Tumores Sólidos. **Ciclofosfamida**.

Disponível online em: [https://mocbrasil.com/wpcontent/themes/moc_novo/ajax_get_glossary_item.php?item=ciclofosfamida.\[2013?\]](https://mocbrasil.com/wpcontent/themes/moc_novo/ajax_get_glossary_item.php?item=ciclofosfamida.[2013?])

Buzaid, A.C.; Maluf, F.C. Manual de Oncologia Clínica no Brasil. Tumores Sólidos. **Docetaxel**. Disponível online em: [https://mocbrasil.com/wp-content/themes/moc_novo/ajax_get_glossary_item.php?item=docetaxel \[2013?\]](https://mocbrasil.com/wp-content/themes/moc_novo/ajax_get_glossary_item.php?item=docetaxel [2013?])

Caetano, J.A.; Soares, E. **Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal**. R Enferm UERJ; v.13, pp:210-6, 2005. Disponível online em: <http://www.facef.uerj.br/v13n2/v13n2a11.pdf>

Chan, A. et al. **Efficacy of scalp cooling in reducing alopecia in early breast cancer patients receiving contemporary chemotherapy regimens**. The Best. V.41, pp:127-132, 2018. Disponível online em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30048865>

Dean, J.C.; Salmon, S.E.; Griffith, K.S. **Prevention of doxorubicin-induced hair loss with scalp hypothermia**. Medical Intelligence.; v.301, n.26, pp: 1427-1429 ,1979. Disponível online em: <http://sci-hub.io/10.1056/nejm197912273012605>

Fangel, L.M.V.; Panobianco, M.S.; Kebbe, L.M.; Almeida, A.M.; Gozzo, T.O. **Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias**. Acta paul. enferm. V.26, n.1, pp: 93-100, 2013. Disponível online em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100015

Glenmark Farmacêutica LTDA. Agência nacional de vigilância sanitária. **Paclitaxel**. Disponível online em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=216302014&pIdAnexo=1933364. 2014.

Gwet, K.L. **Handbook of Inter-Rater Reliability: The Definitive Guide to Measuring the Extent of Agreement Among Raters**, 2014.

IBM Corp. **IBM SPSS Statistics for Windows**, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2016

Kanti, V. et al. **Analysis of quantitative changes in hair growth during treatment with chemotherapy or tamoxifen in patients with breast cancer: a cohort study**. British Journal of Dermatology, v.170, pp:643–650, 2014. Disponível online em: <http://sci-hub.io/10.1111/bjd.12716>

Kluger, N. et al. **Permanent scalp alopecia related to breast cancer chemotherapy by sequential fluorouracil/epirubicin/ cyclophosphamide (FEC) and docetaxel: a prospective study of 20 patients**. Annals of Oncology, v.23, pp: 2879–2884, 2012. Disponível online em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22571858>

Kluthcovsky, A.C.G.C.; Urbanetz, A.A.L. **Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. V.34, n.10, pp: 453-458, 2012. Disponível online em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001000004

Komen, M.M.C, et al. **Results of scalp cooling during anthracycline containing chemotherapy depend on scalp skin temperature**. The Best, v.30, pp:105-110, 2016. Disponível online em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27689316>

Likert Rensis. **A technique for the measurement of attitudes**. Archives of psychology. v.140, n.22, pp:5-54, 1932. Disponível online em: https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf

Mansano-Schlosser, T.C.; Ceolim, M.F. **Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia**. Texto Contexto – Enferm. V. 21, n. 3, pp: 600-607, 2012. Disponível online em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300015

Neto, M.C. et al. **Guia de Protocolos e Medicamentos para Tratamento em Oncologia e Hematologia**. São Paulo, Hospital Albert Einstein; 1ed; pp:18-33, 2013. Disponível online em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/Guia_Oncologia_Einstein_2013.pdf

Rugo, H.S. et al. **Association Between Use of a Scalp Cooling Device and Alopecia After Chemotherapy for Breast Cancer**. JAMA; v.317, n.6, pp: 606-614, 2017. Disponível online em: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2601503>

Shin, H. et al. **Efficacy of interventions for prevention of chemotherapy-induced alopecia: A systematic review and meta-analysis**. Int. J. Cancer, n.136, pp:442–454, 2015. Disponível online em: <http://sci-hub.io/10.1002/ijc.29115>

Tallon, B.; Blanchard, E.; Goldberg, L.J. **Permanent chemotherapy-induced alopecia: Case report and review of the literature**. J am acad dermatol; v. 63, pp:333-6, 2010. Disponível online em: [http://www.jaad.org/article/S0190-9622\(09\)00823-8/abstract](http://www.jaad.org/article/S0190-9622(09)00823-8/abstract)

Uebel, C.O.; Martins, P.D.E.; Silveira, J.A.M.; Gazzalle, A. **Megassessões de unidades foliculares e fatores de crescimento plaquetário**. Rev Bras Cir Plást.; v.28, n.1, pp:156-64, 2013. Disponível online em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100026

van den Hurk, C.J.G. et al. **Impact of scalp cooling on chemotherapy-induced alopecia, wig use and hair growth of patients with câncer**. Paxman netherlands clinical study of efficacy / 2. Eur J Oncol Nurs. v.17, n.5, pp: 536-40, 2013. Disponível online em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23571182>

Vasconcelos, I.; Wieske, A.; Schoenegg, W. **Scalp cooling successfully prevents alopecia in breast cancer patients undergoing anthracycline/taxane-based chemotherapy**. The Best, v.40, pp:1-3, 2018. Disponível online em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29660543>

Wang, J.; Lu, Z.; Au, L.S. **Protection Against Chemotherapy-Induced Alopecia**. Pharmaceutical Research, v.23, n.11, pp:2505-2514, 2006. Disponível online em: <http://sci-hub.io/10.1007/s11095-006-9105-3>

RELATO DE CASO: REMISSÃO TOTAL POR TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DE RECIDIVA AGRESSIVA DE ADENOCARCINOMA- ENDOMETRIOIDE PÓS CIRURGIA

Arthur Didier Marques

Graduandos em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança ,João Pessoa

Miguel Xavier Bezerra Barbosa

Graduandos em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança ,João Pessoa

Maria Tereza Santiago Saeger

Graduandos em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança ,João Pessoa

Michael Billy dos Anjos Lima

Graduandos em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança ,João Pessoa

Oséas Nazário de Oliveira Júnior

Graduandos em Medicina pela Faculdade de Medicina Nova Esperança ,João Pessoa

Eriberto de Queiroz Marques Junior

Orientador- Médico Oncologista Preceptor da residência médica em Oncologia do IMIP

tratamento quimioterápico e radioterápico obteve remissão total. Materiais e métodos: O relato de caso foi realizado com a utilização dos dados do prontuário e imagens dos exames diagnósticos. Resultado: R.C.C.L, mulher, 25 anos, metrorragia recorrente há 4 meses. Fevereiro (2014), exame físico colo uterino endurecido e sangrante. Submetida à colposcopia com biópsia, anatomopatológico mostrou adenocarcinomaendocervical moderadamente diferenciado (IB1). A paciente foi submetida à pan-histerectomia. Com resultado anatomopatológico de adenocarcinomaendometrióide infiltrando parede cervical T 2.8cm GH1, IVS. Corpo uterino e anexos sem neoplasia. Tratamento adjuvante não indicado. 2 meses após, a paciente evolui com dor abdominal intensa, RNM de Pelve mostrou lesões solidas expansivas do fundo vaginal até o sítio cirúrgico. Diante da recidiva volumosalocorregional foi realizado tratamento com Cisplatina, Paclitaxel e Avastin Em novembro (2014), PET mostrou remissão completa da doença. Após a resposta foi realizado tratamento com radioterapia associado a cisplatina e gencitabina por 1 mês, seguido de 2 ciclos a cada 21 dias. Após, realizou citologia oncótica e biopsia por colposcopia sem evidencia de doença, PET sem alterações. Seguimento até 2018 sem alterações. Conclusão: Os esquemas de

RESUMO: Introdução: O câncer de colo uterino é uma neoplasia frequente, responsável por 528.000 casos em 2012 com 266.000 óbitos registrados no período¹. No Brasil é estimado 16.370 novos casos em 2018². O adenocarcinomaendometrióide origina-se de células do epitélio podendo progredir com invasão das estruturas uterinas e adjacentes ao órgão². Objetivo: Apresentar relato de caso de Adenocarcinomaendometrióide com recidiva após tratamento cirúrgico, cujo

quimioterapia com base de cisplatina conferem sobrevida Global de 12 meses³. No caso resultou em remissão completa e 4 anos de intervalo sem progressão. Portanto, foi indiscutível o benefício do tratamento, despertando a reflexão sobre o impacto e a necessidade dessa droga no cenário metastático, onde encontramos pacientes cada vez mais jovens podendo se beneficiar do aumento de sobrevida.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma Endometrióide, Neoplasias Endométrio, Avastin, Remissão, Recidiva

INTRODUÇÃO

O câncer de colo uterino é uma das neoplasias femininas mais frequentes em todo o mundo, sendo responsável por 528.000 casos em 2012 com 266.000 óbitos registrados no período¹. No Brasil é a terceira maior incidência, com estimativa de 16.370 novos casos em 2018 (INCA). O adenocarcinoma endometrióide origina-se de células do epitélio glandular responsáveis pela sua renovação podendo progredir com invasão de miométrio, estruturas periuterinas e metástase para pulmões, peritônio e ovário².

OBJETIVO

Apresentar relato de caso de paciente diagnosticada com Adenocarcinoma endometrióide, com recidiva volumosa após 2 meses de tratamento cirúrgico, cujo tratamento quimioterápico e radioterápico obteve remissão total, livre de progressão por pelo menos 4 anos até a presente data.

MATERIAIS E MÉTODOS

A formulação do relato de caso foi realizada com a utilização dos dados do prontuário, e imagens dos exames diagnósticos.

RESULTADO – CASO CLÍNICO

R.C.C.L, sexo feminino, 25 anos sem filhos, procedente do Recife- PE, iniciou quadro de sangramento genital recorrente pós menstrual há 4 meses do primeiro atendimento na ginecologia. Avaliada inicialmente em fevereiro de 2014 no exame físico colo uterino endurecido e sangrante. Submetida à colposcopia com biópsia, cujo anatomopatológico mostrou adenocarcinoma endocervical moderadamente diferenciado (IB1). Um mês após o diagnóstico, a paciente foi submetida à cirurgia oncológica de pan-histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral com linfadenectomia. Com resultado anatomopatológico de adenocarcinoma endometrióide infiltrando parede cervical T 2.8cm GH1, IVS. Corpo de uterino, trompas, linfonodos e paramétrios, sem neoplasia. Baseado nos achados histopatológicos não foi indicado

tratamento adjuvante.

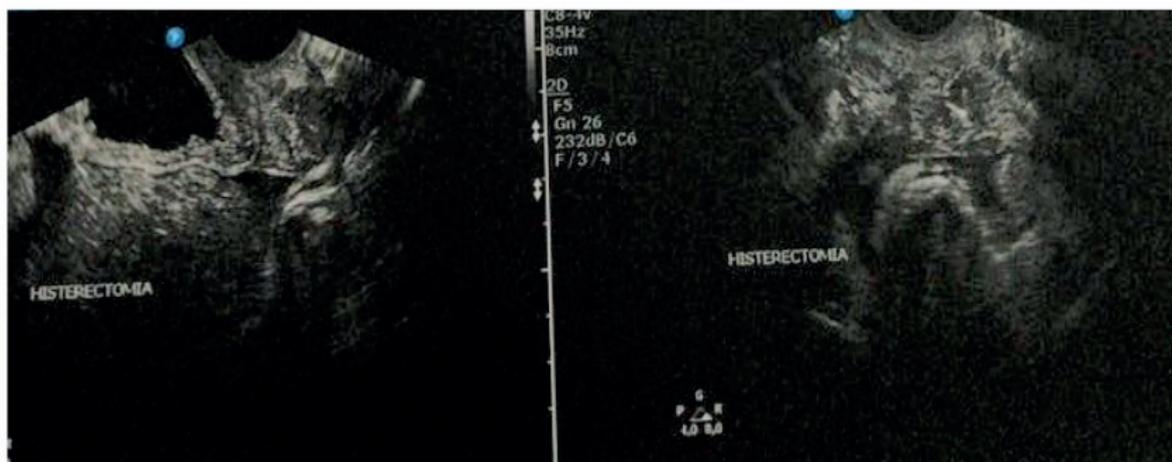


Figura 1: Ultrasonografia pélvica transvaginal realizada em 2015

2 meses após a cirurgia a paciente evoluiu com dor abdominal de forte intensidade RNM de Pelve que mostrou conglomerado de lesões solidas expansivas estendendo-se da região do fundo vaginal, pela região anexial esquerda até o local de cicatriz cirúrgica, medindo 14 cm x 8 cm x 6 cm. Diante da recidiva volumosa local foi realizado tratamento com Cisplatina (73mg), Paclitaxel (255mg) e Avastin (717mg) por 6 ciclos. 3 meses após o fim do tratamento realizou um PET que mostrou remissão completa da doença. Após a excelente resposta foi realizado tratamento com radioterapia (50,4gy) associado a cisplatina (40mg/m²) e gencitabina 125mg/m² por 1 mês, seguido de 2 ciclos com as mesmas drogas na dose de 50mg/m² e 1000mg/m² d1, d8 a cada 21 dias. Durante a ultima fase do tratamento apresentou mielotoxicidade. Após o término, realizou citologia oncológica e biopsia de colo uterino por colposcopia sem evidencia de doença, PET sem alterações. Paciente mantém seguimento com último PET-CT de abril de 2018 sem nenhuma evidência de doença.



Figura 2 Ultrasonografia pélvica transvaginal realizado em 2018

CONCLUSÃO

Os esquemas de quimioterapia com base de cisplatina conferem sobrevida Global de 5 a 12 meses³. Pouco tempo, considerando a faixa etária das pacientes acometidas. Esse esquema utilizado no caso, mostrou um excelente resultado, com resposta radiológica completa e quase 4 anos de intervalo livre de progressão, em uma doença de comportamento agressivo, com um curto intervalo de recidiva e alto volume. Portanto, foi indiscutível o benefício do tratamento, o que desperta a reflexão da magnitude do impacto e a necessidade dessa droga no cenário metastático, onde encontramos pacientes cada vez, mais jovens e sintomáticas, podendo se beneficiar de um aumento de sobrevida e melhora clínica.

REFERÊNCIAS

Cervical cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Accessed on March 18, 2015).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2016. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

Moore DH, Tian C, Monk BJ, et al. Prognostic factors for response to cisplatin-based chemotherapy in advanced cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecol Oncol* 2010; 116:44.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL AO IDOSO HOSPITALIZADO COM CÂNCER: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana dos Santos

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa –
Paraíba

Natalya Lima de Vasconcelos

Hospital Universitário Lauro Wanderley,
Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa –
Paraíba

Chanthelly Lurian Medeiros de Paula

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa –
Paraíba

Mayara de Lucena Rangel

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa –
Paraíba

Thayenne Cruz Nascimento

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa –
Paraíba

RESUMO: O aumento da qualidade de vida da população mundial contribuiu para o crescimento do número de idosos. Tal fenômeno demográfico e social exerce influência direta sobre o processo saúde-doença, visto que no envelhecimento ocorre o aumento de doenças crônicas, a exemplo do câncer, devido à própria mudança biológica ou pelos longos períodos de exposição a agentes patógenos. A partir deste cenário, buscam-se melhorias na assistência integral ao idoso, sobretudo, o hospitalizado. O projeto terapêutico singular é um dos dispositivos que pode auxiliar no aprimoramento

dos atendimentos e integralidade do cuidado. Este estudo objetiva relatar a experiência do desenvolvimento de projeto terapêutico singular como estratégia de cuidado ao idoso hospitalizado com câncer. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em um hospital universitário pela equipe da residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar. A construção do projeto terapêutico singular se deu por meio de visita multiprofissional na enfermagem, intervenções assistenciais e reuniões de equipe. Foram identificadas demandas para atuação de toda a equipe multiprofissional, através do reconhecimento de nós críticos, estabelecimento de ações e metas e reavaliação de condutas. As intervenções terapêuticas articuladas, mediadas por discussões coletivas, promoveram o cuidado integral dos idosos, respondendo as demandas objetivas e subjetivas, a fim de aliviar o sofrimento e proporcionar conforto. A assistência multiprofissional prestada aos idosos hospitalizados com câncer fomentaram um cuidado holístico e o fortalecimento de estratégias de enfrentamento do adoecimento e hospitalização. O projeto terapêutico singular apresentou-se como um instrumento eficaz de intervenção e direcionamento de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Assistência Integral à Saúde; Hospitalização; Câncer.

SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT AS A MULTI-PROFESSIONAL CARE STRATEGY FOR THE ELDERLY HOSPITALIZED WITH CANCER: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: The increase in the quality of life across the world has contributed to the growth of the elderly population. This demographic and social phenomenon exerts a direct influence on the health-disease process, since in aging there is an increase in chronic diseases, such as cancer, due to the biological change itself or the long periods of exposure to pathogens. From this scenario, This study seeks improvements in the comprehensive care for the elderly population, especially the hospitalized elderly. The unique therapeutic project is one of the devices that can assist in improving care and comprehensive care. This study aims to report the experience of developing a unique therapeutic project as a care strategy for the elderly hospitalized with cancer. This study is a descriptive experience-based study conducted in a university hospital by the team of the multi-professional integrated residency in hospital health. The construction of the unique therapeutic project took place through a multi-professional visit to the ward, assistance interventions, and team meetings. Demands were identified for the performance of the entire multi-disciplinary team, through the recognition of critical nodes, development of actions and goals, and reevaluation of conduct. The articulated therapeutic interventions, mediated by collective discussions, promoted the integral care of the elderly, responding to objective and subjective demands in order to relieve suffering and provide comfort. The multidisciplinary care provided to hospitalized elderly with cancer fostered holistic care and the strengthening of coping strategies for illness and hospitalization. The unique therapeutic project was presented as an effective instrument of intervention and care guidance.

KEYWORDS: Aged; Comprehensive Health Care; Hospitalization; Cancer.

1 | INTRODUÇÃO

O aumento da qualidade de vida da população mundial contribuiu para o crescimento do número de idosos. Tal fenômeno demográfico e social exerce influência direta sobre o processo saúde-doença, visto que no envelhecimento ocorre o aumento de doenças crônicas, a exemplo do câncer, devido à própria mudança biológica ou pelos longos períodos de exposição a agentes patógenos (VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007; SILVA; et al, 2015).

O câncer é uma patologia que apresenta grande incidência entre os idosos, correspondendo a mais de 60% dos novos diagnósticos de câncer. Além disso, 70% das mortes por câncer especificamente ocorrem em indivíduos com idade superior a 65 anos, fazendo desta doença a segunda causa de morte neste grupo populacional (FREITAS; PY, 2017).

Tanto o câncer quanto seu tratamento ocasiona diversas alterações na esfera social, emocional e funcional do paciente idoso. A ruptura do seu cotidiano pode gerar momentos de fragilidade psíquica e contribuir para a perda de sua capacidade

funcional, isto é, perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, interferindo na sua independência, autonomia e qualidade de vida (BAMBARÉN; ZIMMERMANN; SFOGGIA, 2015; SOARES; CUSTÓDIO, 2011; SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

A partir deste cenário, buscam-se melhorias na assistência integral ao idoso, sobretudo, o idoso hospitalizado com diagnóstico de câncer. O projeto terapêutico singular (PTS) é um dos dispositivos que pode auxiliar no aprimoramento dos atendimentos e integralidade do cuidado desta população.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas para um paciente, resultado da discussão coletiva de uma equipe multiprofissional, geralmente dedicado a situações mais complexas (BOCCARDO, et al. 2011; BRASIL, 2011; SILVA et al., 2013). Diante do exposto este estudo teve como objetivo relatar a experiência do desenvolvimento de projeto terapêutico singular como estratégia de cuidado ao idoso hospitalizado com câncer.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciado por uma equipe de residentes da residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar com ênfase em saúde do idoso na clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). A construção do projeto terapêutico singular se deu por meio de visitas multiprofissionais na enfermagem, intervenções assistenciais e reuniões de equipe no período de maio a julho de 2017.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da admissão do paciente idoso com diagnóstico de câncer, a equipe de residentes realizava visitas multiprofissionais ao leito para avaliação e identificação de possíveis demandas para a atuação de toda a equipe multiprofissional. Visando o desenvolvimento de condutas terapêuticas articuladas foi construído e estabelecido o projeto terapêutico singular, que tem como etapas: diagnóstico, estipulação de metas e ações, divisão de responsabilidade entre os profissionais da equipe de saúde e reavaliação sobre o andamento da assistência.

A experiência vivenciada pela equipe de residentes na atenção ao paciente com base no projeto terapêutico singular seguia um plano de ação previamente pactuado com a coordenação e os preceptores do serviço, onde fora estipulado um cronograma a ser seguido e um instrumento a ser utilizado para construção e condução do PTS.

Deste modo, todas as quartas ao final da manhã, aconteciam às reuniões com a presença de todos os profissionais da equipe para a discussão dos casos mais graves identificados na visita multiprofissional com potencial para gerar um novo Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem como neste momento também era feita a reavaliação

dos PTS's em andamento, onde eram revistas às demandas e a evolução de cada paciente frente às intervenções efetuadas pela equipe de saúde.

Em outro momento reservado às tardes das quartas acontecia a construção dos novos PTS's elencando nas reuniões pela manhã. Nessa oportunidade ocorria estudo dos casos para a troca de saberes entre os núcleos profissionais, o estudo fisiopatológico da enfermidade do paciente em questão e a busca de novas terapêuticas e tecnologias de apoio.

A construção e condução dos PTS's basearam-se no instrumento apresentado na figura 1, onde eram elencados os nós críticos do paciente, as ações a serem desenvolvidas para a solução de cada nó, eram estipuladas metas a serem alcançadas, para cada nó elegiam-se os profissionais responsáveis de acordo com a demanda por núcleo profissional e havia a parte destinada à reavaliação do caso na próxima reunião que acontecia semanalmente na clínica médica mantendo as metas que ainda se adequavam e/ou traçando novas metas.

PTS- PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

DADOS CLÍNICOS		DIAGNÓSTICO:		
USUÁRIO:				
NÓ CRÍTICO	AÇÕES	METAS	RESPONSÁVEIS	REAVALIAÇÃO

Figura 1: Instrumento para construção e condução do Projeto Terapêutico Singular (PTS) utilizado pela equipe multiprofissional

Fonte: Arquivo pessoal dos residentes.

As intervenções da equipe mediada pelo PTS permitiram a atenção integral ao idoso com câncer, a partir do entendimento da doença em seus múltiplos determinantes. As condutas terapêuticas realizadas com os pacientes se davam conforme as necessidades de cada caso e conforme fossem surgindo, de modo que poderiam ser atendidas por toda equipe multiprofissional ou direcionadas a um ou mais núcleo profissional conforme a natureza do caso, possibilitando redimensionar o olhar dos

profissionais da equipe para uma abordagem ampliada do atendimento.

Conforme apontam HORI e NASCIMENTO (2014) o trabalho em equipe é um elemento essencial para elaboração e pactuação do PTS, implicando em compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diversas áreas de conhecimento na busca pela compreensão da situação. A estratégia do PTS permite ampliar o trabalho já existente, aprimorando as ações em saúde, gerando melhora na relação entre a tríade: paciente, equipe e gestão (SILVA et al., 2013).

As intervenções terapêuticas articuladas da equipe multiprofissional de residentes, baseadas na estratégia do PTS buscou responder as demandas objetivas e subjetivas, fortalecer estratégias de enfrentamento, aliviar o sofrimento, proporcionar maior conforto aos pacientes idosos hospitalizados e diagnosticados com câncer.

4 | CONCLUSÃO

A assistência multiprofissional prestada aos idosos hospitalizados com câncer fomentaram um cuidado holístico e o fortalecimento de estratégias de enfrentamento do adoecimento e hospitalização.

O projeto terapêutico singular apresentou-se como um instrumento eficaz de intervenção e direcionamento de cuidado, onde é ofertado ao paciente o acompanhamento humanizado prestado por uma equipe multiprofissional que possui enfermeiras, fisioterapeutas, psicóloga, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais, assistente social, farmacêuticos e nutricionistas. Um cuidado que perpassa desde a admissão até o seu desfecho clínico na alta hospitalar ou na assistência à morte, e possibilita discussão do caso, planejamento das ações, estratégia e tomadas de decisões pertinentes ao estado de saúde, superando a atenção isolada dos atendimentos e possibilitando a construção do cuidado a partir das necessidades do idoso otimizando assim a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

BAMBARÉN, C. Y.; ZIMMERMANN, P. R.; SFOGGIA, A. **Características das solicitações de interconsultas psiquiátricas em idosos internados em hospital universitário da região sul do Brasil**. Pajar, v. 3, n.1, p.8-14, 2015.

BOCCARDO, A. C. et al. **O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental**. Revista Terapia Ocupacional Univ. São Paulo. v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Ministério da Saúde: centro de estudo e pesquisa em saúde coletiva, Brasília, 2011.

FREITAS, E.V.,; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2017.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. **O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos núcleos de apoio à saúde da família em Guarulhos (SP)**, Brasil. Ciências e Saúde Coletiva.

v.19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

SILVA, E. P. et al. **Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v.17, n. 2, p. 197-202, 2013.

SILVA, J. V. F. et al. **A relação do envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública.** Ciências Biológicas e da saúde, Maceió. v.2, n.3, p. 91-100, 2015.

SILVA, S. S.; AQUINO, T. A. A.; SANTOS, R. M. **O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. v.2, n. 1, p. 90- 109, 2008.

SOARES, N. N.; CUSTÓDIO, M. R. M. **Impactos emocionais da alteração da rotina em idosos hospitalizados.** Encontro: revista de psicologia, v.14, n.21, p. 9-23, 2011.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L. E.; LENARDT, M. H. **Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico.** Acta Paulista de Enfermagem v.20 ,n.4, p. 509-13, 2007.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E CÂNCER

Clícia Valim Côrtes Gradim
Bianca Maria Oliveira Luvisaro

and Residency

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência “como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2003).

Em minha experiência como enfermeira e docente de uma instituição de ensino, me vi na obrigação de inserir o conteúdo violência contra a mulher em 2003 porque como atuava em áreas tidas como violentas e a formação do enfermeiro sobre a temática se fazia necessário, tanto para prepará-los com o que poderiam encontrar, como para saber o que fazer. Esse fato me levou a trabalhar com a temática desde então para atuar no serviço e atender as necessidades que me eram apresentadas.

Iniciei levantando os dados de violência do município onde resido e verifiquei que a violência ocorre em todas as classes sociais. Nas classes sociais mais elevadas ela não chega a aparecer como dado policial, pois não há queixas registradas. O fator social é que irá permitir que a violência contra a mulher seja

RESUMO: Relato de experiência que demonstra que a violência contra a mulher deve ser um fator pesquisado ao lidar com pacientes oncológicos, pois muitas mulheres relatam a vivência de violência antes do diagnóstico. Apesar de a violência ser uma temática nova e os estudos terem amostras pequenas, a importância de novos trabalhos se faz necessário e ao lidarmos com a formação de profissionais na área da oncologia essa deve ser uma temática que deve constar em sua formação.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia, violência, Internato e Residência

VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CANCER

ABSTRACT: Experience report that demonstrates that violence against should be a researched factor when dealing with cancer patients, as many women report the experience of violence before diagnosis. Although violence is a new theme and studies have small samples, the importance of new work is necessary and when dealing with the training of professionals in the field of oncology this must be a theme that should be included in their formation.

KEYWORDS: Neoplasms, Violence, Internship

acobertada. Assim, mulheres de classes sociais mais elevadas não fazem boletim de ocorrência para não se exporem. Interessante que mulheres residentes em área de tráfico também não fazem denúncias devido ao risco que se expõem perante a comunidade. Podemos afirmar que o medo é um fator preponderante (SOUZA, NOGUEIRA, GRADIM, 2013).

As pessoas têm vergonha de dizer que são agressoras e/ou que são agredidas porque esse é um comportamento reprovado pela sociedade, mas o ser humano é agressivo e por isso a tolerância ocorre.

Com a aprovação da Lei nº 11.340/2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, definiu-se os tipos de violência e criou-se mecanismos de combate e prevenção da violência doméstica contra a mulher. Conceituou as diversas formas de violência familiar e doméstica, classificando-as em violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006). Essa legislação foi complementada pela Lei nº 13.827 de 13 de maio de 2019 que definiu a ordem de autoridades que podem receber a queixa de violência (BRASIL, 2019).

A partir de 2006, falar de violência familiar se torna mais fácil, pois a própria sociedade passa a assumir que ela existe e que há necessidade de esclarecimento sobre os seus vários tipos.

E quando pensamos que a Instituição de Ensino é responsável pela formação de profissionais de saúde, a temática violência deve ser incluída nos currículos, visto que, muitos discentes não tem a formação de lidar com o paciente vítima de violência.

Atuando junto com mulheres portadoras de câncer de mama, descobri aos poucos que a violência era um tema recorrente na fala das mesmas, como um fator que podia ter colaborado para o surgimento do câncer.

Assim, esse texto tem como objetivo discutir a importância de se abordar a temática violência frente a mulheres com diagnóstico de câncer de mama ou ginecológico.

METODOLOGIA

Esse estudo é um relato de experiência atuando junto a mulheres com câncer de mama e a importância de se pesquisar sobre antecedentes de violência.

DISCUSSÃO

Ao trabalhar com mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico e de mama, observei que havia muitos relatos de que elas tinham passado por momentos difíceis, mas como trabalhava em grupo não consegui aprofundar a questão.

A partir dessas conversas realizei duas pesquisas sobre fatores estressantes antes do diagnóstico do câncer e para minha surpresa, o fator violência doméstica foi predominante.

Quando falamos de violência, pensamos na física, naquela que deixa marcas e que é visível, mas o que mais encontramos são os outros tipos de violência. Aquela que ocorre em ambiente íntimo e que não deixa marcas visíveis aos outros e somente

na pessoa e que por não ser dividida ou exposta leva a pessoa a adoecer.

O estresse já era conhecido como um fator que favorece ao desenvolvimento do câncer, associado a outros fatores comportamentais, como o tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas, que associado a fatores genéticos podem contribuir para o crescimento desordenado de células (FILETI, 2007).

Em nossa experiência quando pesquisamos fatores de estresse antes do câncer de mama, um estudo qualitativo, com amostra de treze pessoas, nos deparamos com a questão da violência doméstica, sendo que apenas duas mulheres relataram que acreditavam existir relação da violência vivida com o surgimento do câncer (CARVALHO; GRADIM, 2014).

Frente a esse achado realizamos um estudo com 57 mulheres com diagnóstico de câncer de mama e a violência foi encontrada em 20 delas. Quanto ao tipo de violência a mais citada foi a psicológica (35%) e na fase adulta. Todas essas mulheres tinham fatores de comorbidades para o câncer de mama como obesidade, menopausa tardia, nuliparidade, histórico familiar entre outros (LUVISARO; GRADIM, 2016)

A partir desses estudos começamos a ter um olhar diferente perante as mulheres e o fator violência sempre é pesquisado quando atendemos uma cliente.

Na última década os estudos sobre violência e câncer começaram a surgir. A maioria relatando a associação entre violência sexual na infância e o surgimento de câncer na fase adulta (PORTS, et al, 2019; DUTTA, HADERXHANA, AGLEY, JAYAWARDENE, MEYERSON, 2018; COKER, FOLLINGSTAD., GARCIA, CRAWFORD, BUSH, 2012).

Esses estudos têm surgido com maior frequência, principalmente a relação do câncer de colo do útero e violência na infância. Mas há necessidade de se associar a outros fatores, como multiplicidade de parceiros sexuais, infecções sexualmente transmissíveis, entre outros.

No câncer de mama, o fator que tem sido discutido é que mulheres que sofreram maus tratos na infância tendem a ser mais depressivas e essa depressão associada a outros fatores, como nuliparidade, não aleitamento materno, histórico familiar e violência na fase adulta podem ser fatores que colaboram com o surgimento da doença (KUHLMAN et al, 2017; BANDINELLI ;LEVANDOWSKI; GRASSI-OLIVEIRA,2017; .LUVISARO; GRADIM, 2016)

No entanto, verifica-se um ponto em que todos os estudos concordam: que a amostra foi pequena e que esses deveriam ser repetidos em serviços com fluxos maiores e o questionamento ser feito de rotina aos pacientes. (PORTS, et al, 2019; DUTTA, HADERXHANA, AGLEY, JAYAWARDENE, MEYERSON, 2018; LUVISARO; GRADIM, 2016; COKER, FOLLINGSTAD., GARCIA, CRAWFORD, BUSH, 2012).

Se observarmos na prática, o surgimento do câncer de mama e ginecológico, é que a idade das mulheres com diagnóstico está cada vez menor. O INCA demonstra que cada vez teremos uma estimativa maior de diagnóstico e que a mortalidade ou sobrevida ainda é alta, mesmo com todos os avanços na tecnologia médica (INCA, 2017).

Por outro lado, os estudos na área da violência têm aumentado, com o apoio de instituições como OMS, que propõem desde 2010 atividades de prevenção desde a infância. (OMS, 2012).

Esses dados proporcionados por essas duas instituições permitem que os profissionais não as usem somente como dados estatísticos ou de definição de comportamento, mas que procurem implantar os protocolos em seus serviços para promoção da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As residências no Brasil existem desde a década de 60 e na área oncológica desde 2005. Elas realizam uma formação diferenciada aos discentes devido a carga horária de 60 horas semanais.

Introduzir a temática violência e câncer no currículo da Residência Oncológica permitirá a formação de profissionais com um olhar diferente sobre os pacientes que esses irão atender e talvez melhorar a abordagem e o atendimento aos mesmos.

As questões de pesquisa nessa temática poderão ser estimuladas na forma de trabalhos de conclusão de curso.

Como discutido, não temos uma resposta definitiva de que a violência leva ao câncer e sim que esse seria um fator a ser pesquisado em populações maiores para verificar se ele é significativo.

Acreditamos, que a introdução de programas de promoção e prevenção da violência desde a infância pelos serviços de Estratégia Saúde da Família e/ou escolas possam contribuir para uma melhora da saúde da população como um todo e os residentes podem contribuir com essa implantação nos serviços.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei n. 11.340/2006. Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República, 2006.

BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei n. 13.827 de 13 de maio de 2019. Medidas protetivas pelas autoridades policiais. Presidência da República, 2019.

BANDINELLI, L.P.; LEVANDOWSKI, M.L.; GRASSI-OLIVEIRA, R. The childhood maltreatment influences on breast cancer patients: A second wave hit model hypothesis for distinct biological and behavioural response. **Medicine Hypotheses**. 2017. 108: 86-93p.

CARVALHO, C.C.; GRADIM, C.V.C. Situações de violência vivenciadas por mulheres antes do diagnóstico de câncer de mama. **Journal Health & Biological Science**. 2014.v. 2(4): 208-212p.

COKER, A. L., FOLLINGSTAD, D., GARCIA, L. S., WILLIAMS, C. M., CRAWFORD, T. N., AND BUSH, H. M. "Association of Intimate Partner Violence and Childhood Sexual Abuse with Cancer-Related Well-Being in Women." **Journal of Women's Health**. 2012.21 (11): 1180-8.

DUTTA T, HADERXHANAJ L, AGLEY J, JAYAWARDENE W, MEYERSON B. Association Between Individual and Intimate Partner Factors and Cervical Cancer Screening in Kenya. **Prevention Chronic**

Diseases. 2018. 15: 180182.

FILETE, M. **Behaviors Analysis of History Events in Women with Breast Cancer.** Campinas: PUC-Campinas. 2007.

KUHLMAN, K.R.; BOYLE, C.C.; IRWIN, M.R., GANZ, P.A.; CRESPI, C.M.; ASHER, A.; PETERSEN, L.; BOWER, J.. Childhood maltreatment, psychological resources, and depressive symptoms in women with breast cancer. **Children Abuse & Neglect.** 2017. 72: 360-369.

INCA. **Estimativa 2018:** Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

LUVISARO B.M.O.; GRADIM C.V.C. Violence against women with Breast Neoplasms. **Journal of Pharmacy and Pharmacology.** 2016. V4. 10.17265/2328-2150/2016.11.007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. MS. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: OMS; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência.** 2012.55p.

SOUSA, A.K.A.de; NOGUEIRA, D. A.; GRADIM, C.V.C. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro. 2013, v. 21,n. 4,p. 425-431.

PORTS, K. et al. Adverse Childhood Experiences and the Presence of Cancer Risk Factors in Adulthood: A Scoping Review of the Literature From 2005 to 2015. **Journal of Pediatric Nursing,** 2019. v.44p.86-96.

A EXPERIÊNCIA DE ADOECER DE CÂNCER E O PROJETO DE SER

Fabíola Langaro

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Daniela Ribeiro Schneider

Psicóloga, Pós-Doutora em Psicologia; Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina – Coordenadora do Núcleo de Pesquisas em Psicologia Clínica – PSICLIN.

O termo câncer advém do grego *karkinos* e do latim *cancer*, significando “caranguejo”, simbolicamente pela semelhança entre as veias entumecidas de um tumor e as pernas do animal, fazendo também menção às características de imprevisibilidade e capacidade de aprisionamento (Chiattonne, 2009). Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2016), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. Dividindo-se rapidamente, essas células tendem a ser agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores.

As causas de cânceres são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambos os fatores inter-relacionados. As causas

externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (INCA, 2016).

O tratamento de uma doença com risco de vida como o câncer com frequência implica grande sofrimento, desde exames invasivos, efeitos colaterais desagradáveis até operações mutiladoras. Apesar dos avanços nas terapêuticas e da crescente possibilidade de cura ou controle, a doença ainda provoca nos pacientes experiências impactantes, tanto do ponto de vista pessoal como familiar (Scorsolini-Comin, Santos, & Souza, 2009; Silva & Santos, 2008). Os abalos produzidos pelo diagnóstico estão relacionados, entre outros aspectos, ao estigma que esta carrega, incluindo a experiências de dor intensa, mutilações, tratamentos invasivos e com efeitos colaterais diversos, deixando pacientes e familiares com frequência fragilizados (Stolaghi, Evangelista & Camargo, 2008).

Assim, é comum que a descoberta do câncer seja vivenciado pelo paciente e pela família, em um primeiro momento, como uma doença que ameaça a vida, colocando-os diante

da perspectiva da morte (Conceição & Lopes, 2008). A partir disso, a consciência da finitude pode se tornar intensificada, tanto para os pacientes como para os familiares (Ambrosio & Santos, 2011). Conforme destaca Silva (2009, p. 12), “[...] a doença abala as ilusões de permanência no mundo e restringe a escolha entre as possibilidades que se abrem todos os dias ao ser humano”. Para a autora, “[...] o diagnóstico interrompe a ilusão da imortalidade, própria de todos nós” (p. 29).

É, então, frequente que pacientes experimentem sentimentos de fragilidade, angústia, ansiedade, raiva, medo, insegurança, sensação de impotência e pensamentos relacionados à morte a partir da descoberta da doença (Liberato & Carvalho, 2008). O período de tratamentos pode incluir a vivência de efeitos colaterais intensos, fragilizando ainda mais a pessoa, que já está sendo afetada em todas as dimensões de sua existência: orgânica, psicológica, social, estética, cultural, econômica (Silva, 2009; Langaro, Pretto & Cirelli, 2012). Nesse momento, impõe-se ao sujeito a necessidade de lidar com o processo da doença e sua evolução, com a possível presença de dor, tratamentos cirúrgicos que podem implicar mutilações e outros procedimentos médicos invasivos, exames sobre a evolução da doença – que são cercados de expectativas e temores –, perdas relacionadas à autonomia, tensões ligadas à relação com a equipe de saúde, além de mudanças nas relações do paciente com sua família (Liberato & Carvalho, 2008).

Nos casos em que a doença avança e constata-se a impossibilidade de cura, é comum a experiência de sofrimento e desamparo, sensação de abandono, de falta de sentido para a vida e angústia frente à possível dependência de cuidados (Kovács, 2008). Além disso, por vezes o paciente vivencia lutos por diversas perdas: da autonomia, do corpo vivido, da imagem corporal, do lugar social e na família e da possibilidade de não prosseguir em seus planos e sonhos. Enfrentam, dessa forma, um luto antecipatório, visto que diversas perdas vão sendo experienciadas antes da morte (Kovács, 2007).

Em uma perspectiva fenomenológica, é possível pensar que o deparar-se com o adoecimento pode provocar no sujeito uma ruptura com a experiência vivida anteriormente em relação àquela vivida no presente. Essa vivência torna o futuro incerto, visto que evidencia a possibilidade de deixar-de-ser, antes negada ou não percebida (Olivieri, 1985). Nesse sentido, a vivência da doença implica uma ruptura com o campo de possibilidades futuro, que lança o sujeito a uma revisão do projeto-de-ser (Sartre, 1997).

Segundo Schneider (2011), o projeto de ser se caracteriza pela busca do sujeito em realizar plenamente o seu ser, já que está sempre indo em direção ao seu futuro. Não existe indivíduo sem projeto, visto que não ter projeto é ainda ter um projeto, pois em cada posicionamento, em cada comportamento do sujeito existe uma significação que o transcende; cada escolha concreta e empírica designa uma escolha fundamental, ou seja, a realização do projeto de ser. A ação humana, assim, está sempre direcionada ao futuro, para aquilo que o indivíduo ainda não é, pois “[...] o homem, antes de mais

nada, é o que se lança para um futuro, e o que é consciente de se projetar no futuro. O homem é, antes de mais nada, um projeto que se vive subjetivamente [...]” (SARTRE, 1978, p. 12). Sendo este projeto caracterizado por um “desejo de ser”, pode-se, então, pensar que é principalmente a partir deste desejo – especificado em diferentes desejos concretos – que move o sujeito e o orienta no estabelecimento de suas relações com a exterioridade.

Essa relação do sujeito com o seu projeto de ser, quando este se modifica pelo adoecimento e frente à possibilidade concreta de morte, vai constituindo-se pouco a pouco por meio das experiências vividas e das escolhas implicadas em cada uma dessas vivências. Segundo Silva (2009), viver com câncer é experimentar a incerteza constante de que o tratamento pode não conter a doença. Os doentes manifestam um temor de não serem curados, e o projeto existencial é vivenciado com frequência como estando em suspenso. Sendo assim, o projeto de ser é fundamental na compreensão do processo de adoecimento e enfrentamento da morte, pois ele se coloca como condição para que o adoecimento tenha ocorrido da forma como se deu e, ao mesmo tempo, oferta a condição para o sujeito lidar com isso, ressignificar seus sonhos e sua trajetória de vida e se colocar frente à sua própria morte.

PROJETO DE SER FRENTE AO ADOECIMENTO E À MORTE

Segundo Sartre (1997), no sentido ontológico, a liberdade é definidora do ser da realidade humana, pois “[...] é precisamente o nada que é tendo sido no âmago do homem e obriga a realidade humana a fazer-se em vez de ser” (p. 545). Nessa direção, os sujeitos constituem-se a partir de suas escolhas e de ações que estão sempre relacionadas a um projeto, um desejo de ser. Suas escolhas cotidianas relacionam-se a uma escolha fundamental, que os levam a um projeto de ser fundamental, caracterizado pela totalização de ações em curso, que é o ser humano. Nesse projeto, movido por um desejo de ser, pode-se pensar que é principalmente a partir desse desejo – especificado em diferentes desejos concretos – que o ser se move e se orienta no estabelecimento de suas relações no mundo.

A liberdade, para Sartre (1978), é consequência da condição de que o homem é um “ser-no-mundo”, ou seja, é dotado de um corpo e de uma consciência, através dos quais estabelece relações que caracterizam sua existência. É, assim, “em-si” e “para-si”, ou seja, é um corpo, definitivo e sustentado em si mesmo, com sua estrutura e seu funcionamento corporal, e é consciência, na condição de movimento para algo ou como processo de estabelecer “relação a”. A consciência, como liberdade, é também caracterizada por sua intencionalidade, ou seja, por sempre visar ao objeto, sendo que “[...] pela intencionalidade ela transcende-se a si mesma, ela unifica-se escapando-se” (Sartre, 1994, p. 47). Contudo, esse em-si-para-si, como vimos acima, não pode ser concebido separadamente, pois um é a condição de possibilidade do outro, haja vista que o sujeito é uma totalidade psicofísica.

Esforçando-se para colocar “[...] todo homem no domínio do que ele é e de lhe atribuir a total responsabilidade de sua existência [...]” (Sartre, 1978, p. 12), o existencialismo compreende que o indivíduo, ao ser lançado no mundo, é também livre para fazer escolhas, sendo responsável por toda a sua ação. Sua liberdade, no entanto, é situacional, tendo em vista que as escolhas acontecem sempre em meio a uma condição para fazê-las. Além disso, é através de suas ações que os indivíduos se essencializam, ou seja, constroem seu “eu”, conforme descreve Sartre (1978, p. 12): “[...] o homem primeiramente existe, se descobre, surge no mundo; e só depois se define. [...]. O homem não é mais do que o que ele faz”.

Ainda, para Sartre (1978), a ação humana está sempre direcionada ao futuro, para aquilo que o indivíduo ainda não é, pois “[...] o homem, antes de mais nada, é o que se lança para um futuro, e o que é consciente de se projetar no futuro. O homem é, antes de mais nada, um projeto que se vive subjetivamente [...]” (p. 12). Segundo Schneider (2011), o projeto de ser se caracteriza por essa busca do sujeito em realizar plenamente o seu ser, já que está sempre indo em direção ao seu futuro. Não existe indivíduo sem projeto, visto que não ter projeto é ainda ter um projeto, pois em cada posicionamento, em cada comportamento do sujeito existe uma significação que o transcende; cada escolha concreta e empírica designa uma escolha fundamental, ou seja, a realização do projeto de ser.

Finalmente, para Sartre (1978, p. 19), só há realidade na ação: o ser humano “[...] só existe na medida em que se realiza, não é, portanto, nada mais do que o conjunto dos seus atos, nada mais do que a sua vida”. As ações são, por isso, concretas e transcendentais, e mesmo as atividades psíquicas são ações concretas no mundo, participam dele, transformam-no (Schneider, 2011).

Eleger um projeto faz-se, então, uma obrigação ontológica para os sujeitos rumo à humanização. Por ser projeto, o sujeito é definido principalmente por um futuro, visto que ele “[...] se faz no presente, com base num passado e dirigido por um desejo, por aquilo que ainda não é e projeta vir a ser [...]” (Maheirie & Pretto, 2007, p. 458).

Tendo em vista que o homem é apenas em sua existência e torna-se aquilo que fizer de si mesmo, a morte aparece não como uma possibilidade, mas como a “[...] nadificação de todas as minhas possibilidades, nadificação essa que já não mais faz parte de minhas possibilidades”. A morte é, assim, definida como “[...] uma nadificação sempre possível de meus possíveis e que está fora de meus possíveis” (Sartre, 1997, p. 658). Morrer será, então, coincidir consigo mesmo, visto que rompe com a possibilidade de modificar o seu ser na perspectiva do vir-a-ser, quando definitivamente eu sou o que fui, sem possibilidade de modificação. Com isso, é o momento do fim da dialetização, no qual triunfa o ponto de vista do outro sobre o ponto de vista que sou sobre mim mesmo. “Morrer é ser condenado a não existir a não ser pelo outro.” (Sartre, 1997, p. 666).

Na dimensão ontológica do ser humano, a morte é, portanto, um absurdo, por ser a negação da existência e de todos os projetos. “Antes de tudo, devemos sublinhar o

caráter absurdo da morte” (Sartre, 1997, p. 654). Conforme descreve Gois (2003, p. 216),

[...] a liberdade tropeça nos únicos limites que se impõe a si mesma: a morte e o nascimento. A morte é simplesmente um fato puro ou facticidade derivada de minha contingência e ser nada; e, como o nascimento, é afetada do mesmo absurdo. É absurdo que tenhamos nascido, como é absurdo que devamos morrer, esse absurdo se revela como alienação permanente de meu ser-possibilidade que não é já minha possibilidade. É uma espera enganosa, que isenta toda a significação da vida. Eu sou espera de esperas que a morte suprime totalmente; a morte transforma minha vida em destino. Mas não traça limites à minha liberdade. Trata-se, pois, de um limite permanente a meus projetos, e como tal deve ser assumido este limite. Não há no fundo diferença entre a escolha pela qual a liberdade assume sua morte como limite inacessível de sua subjetividade e aquela pela qual escolheu ser liberdade limitada. A consequência é que a morte marca o signo mais claro da negatividade do para-si, que se deve resistir com fria atitude estoica.

Em sua obra *O muro*, Sartre (1982) narra como o personagem principal, ao imaginar que será executado na manhã seguinte, revê toda a sua vida, buscando sentidos ao refletir sobre sua existência. Conforme escreve Sartre (1982, p. 24): “[...] no estado em que me achava, se viessem me avisar que eu poderia voltar tranquilamente para casa, que a minha vida estava salva, ficaria indiferente; algumas horas ou alguns anos de espera dá na mesma, quando se perdeu a ilusão de ser eterno”.

Ao descrever o processo de adoecimento e morte de sua mãe, Beauvoir (1984, p. 77) retrata as mudanças que ocorreram no modo de sua mãe, e também dela mesma, se apropriarem do mundo, da materialidade, do tempo. Diz ela: “[...] perfumes, casacos de peles, lingerie, joias: luxuosa arrogância de um mundo onde não há lugar para a morte; esta, porém, se ocultava por trás dessas fachadas, no segredo acinzentado das clínicas, dos hospitais, dos quartos fechados. Eu já não conhecia outra verdade”. Em seu sofrimento, descreve seus anseios ao deparar-se com a morte como um fato irrevogável, que modifica inevitavelmente seu modo de estabelecer relações: “[...] é inútil pretendermos integrar a morte na vida e conduzirmo-nos de maneira racional em face de uma coisa que não o é: que cada um se vire como possa na confusão de seus sentimentos” (Beauvoir, 1984, p. 98).

Seus relatos apontam que, não somente sua mãe, mas também ela mesma, a partir do diagnóstico de uma doença grave, viram-se lançadas frente à necessidade de reformulação de seu projeto de ser. As vivências que se desenrolaram a partir daí – a hospitalização, a degradação do corpo, a perda do controle sobre si mesma, a dor – modificaram seu passado, seu presente e seu futuro, trazendo outros contornos para aquilo que viviam até então. Relata Beauvoir (1984, p. 46) que as lembranças de sua mãe, “[...] seus desejos, suas preocupações, flutuavam fora do tempo, transformados em sonhos irrealis e pungentes por sua voz pueril e pela iminência de sua morte”.

Assim, as alterações no contexto ontológico, sociológico e antropológico impostas pela doença provocam alterações em suas perspectivas psicológicas e existenciais. Isso ocorre porque o sujeito se objetiva e se apropria dos arranjos sociológicos com os

quais convive, subjetivando-se neles e por eles, sendo justamente nessas condições que se constitui a experiência de ser quem é, que o orienta em seu movimento no mundo e que resulta em determinada dinâmica-de-ser ou dinâmica psicológica (Schneider, 2006). Por dinâmica psicológica compreende-se:

[...] articulação de um conjunto de ocorrências objetivas, fruto das escolhas livres do sujeito, mas a forma como o sujeito se sabe sendo nessas situações não é simplesmente fruto de sua escolha, mas a imposição de um teorema, que advém dos arranjos sociológicos com os quais convive e que são apropriados ativamente pelo sujeito. (Schneider, 2006, p. 308).

Na medida em que a morte é a “[...] nadificação de todas as minhas possibilidades [...]” (Sartre, 1997), o que pode significar para o sujeito defrontar-se com o seu adoecimento grave e com os indicativos de uma morte que se anuncia? Como é para o sujeito que, queira ou não queira, se move em direção ao seu futuro, confrontar-se com a possibilidade da ruptura desse vir-a-ser?

Conforme descreve Beauvoir (1984, pp. 61-62), acompanhar sua mãe doente fez compreender “[...] por minha própria conta, até à medula de meus ossos, que nos derradeiros momentos de um moribundo pode encerrar-se o absoluto”. Considerando a dureza desse evento, que se impôs à sua mãe, bem como aos seus familiares, apesar de seus esforços para afastá-lo, adiar-lo e mesmo impedi-lo, inutilmente, destaca: “[...] trabalho duro o de morrer, quando se ama tanto a vida” (p. 79). “Mãe amava a vida como eu a amo e sentia diante da morte a mesma revolta que eu.” (Beauvoir, 1984, p. 91).

Assim, para Beauvoir (1984), essa experiência foi cercada de silêncio e solidão. A atmosfera e o contexto de cuidados que se estabeleceram fizeram com que tivesse uma experiência dolorosa, de certo desespero, de um sentimento de impotência e dúvidas. “Isso era tão esperado e tão inconcebível, esse cadáver deitado sobre a cama no lugar de mãe. Sua mão, sua fronte, estavam frias. Ainda era ela e sempre a sua ausência.” (Beauvoir, 1984, p. 86).

Eis aqui o reflexo de uma sociedade que nega a morte e recusa, ao doente e à família, o direito de viver o processo da morte como algo ainda a ser vivido, experienciado, acrescentado ao projeto de ser. Para Morin (1997), as ciências do ser humano negligenciam a morte, apesar de a espécie humana ser a única para a qual a morte está presente ao longo da vida, a única a acompanhar a morte com um ritual funerário, a única a crer na sobrevivência ou no renascimento dos mortos. Conforme destaca Freitas (2013, p. 98):

[...] questões existenciais como a transitoriedade da vida, a efemeridade, a angústia, inerentes ao processo da morte e do morrer, são frequentemente evitadas. [...] A efemeridade da existência e sua marca fundamental, a angústia, são deslocadas da experiência vivida para o silêncio do tabu ou para o espetáculo do bizarro, como se sua ocorrência fosse um acidente estranho e evitável. [...] Esquecemos que à medida que avançamos no tempo, somos pelo próprio tempo, chamados ao risco

Para o ser humano, o ato de morrer, além de um fenômeno biológico, contém uma dimensão simbólica. Como tal, a morte apresenta-se carregada de valores e significados dependentes do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta (Combinato & Queiroz, 2006). As religiões e a filosofia há muito questionam e tentam explicar a origem e o destino do ser humano. Por tradição cultural, familiar ou por investigação pessoal, cada um constrói sua própria representação da morte (Kovács, 2010).

Assim, desde sua origem, a humanidade depara-se com o fenômeno da morte. Há registros de rituais e homenagens aos mortos desde a pré-história, relacionados principalmente à crença de que a morte seria uma transição da terra dos vivos para o mundo dos mortos (Santos, 2007). Na Idade Média, no Ocidente, tempo da “morte domada”, os doentes sabiam quando iam morrer e, ao pressentirem sua morte, realizavam seus rituais de despedida em casa, praticavam o lamento pela vida, o pedido de perdão. Em cerimônias com familiares e conhecidos, inclusive as crianças, aguardava-se a morte, de forma simples e sem caráter dramático. Nessa, que era considerada a “boa morte”, os enterros se davam fora das cidades e a crença geral era de que os mortos dormiam aguardando o Juízo Final (Ariès, 2012).

Porém, nos séculos XIX e XX, em decorrência da crescente evolução da medicina e de mudanças de vida nas sociedades ocidentais modernas, a morte passou a ser considerada inconveniente, fracasso da ciência e da tecnologia, devendo, pois, ser ocultada. Nesse cenário, a melancolia trazida pela presença da morte faz com que a sociedade a veja como um mal, tentando não pensar nela e no quanto ela é inerente à vida. A morte torna-se, então, um assunto a ser evitado, sendo condenadas as expressões da dor, atribuindo-lhe qualidade de fraqueza. Os rituais adotados acabam por negá-la e afastá-la, bem como por suprimir os processos de luto (Ariès, 2012).

Em consequência disso:

[...] a morte não é apenas afastada da atmosfera social e do discurso acadêmico, mas também do cotidiano das famílias e seus moribundos – que nos dias atuais, morrem nos hospitais, privados de maiores informações e possibilidades de decisão a respeito de sua própria vida, sem autonomia. (Freitas, 2013, p. 98).

Portanto, de um tempo em que a morte e os rituais funerários ocorriam em casa, de portas abertas, com a participação das comunidades, e os enterros realizados em locais centrais nas cidades, passou-se a um momento em que a morte acontece nos hospitais, longe da família, em que os rituais são cada vez mais curtos, e os enterros – quando ocorrem – são realizados em lugares cada vez mais distantes aos olhos (Ariès, 2012). Isso faz com que os sujeitos, quando na espontaneidade do cotidiano, vivam a experiência da morte como algo distante, estranho a si mesmos. Nesse processo, também o desenvolvimento técnico-científico, que possibilita a cura de pacientes antes

considerados irrecuperáveis, contribuí grandemente para o distanciamento da morte, que passou a ser vivida como algo “extraordinário”.

Diante, então, do fato de que a morte se impõe – como realidade, como algo que não poderá ser modificado –, calar-se, esquivar-se, fingir que ela não está já ocorrendo parece ser uma saída, embora trôpega, diante da dificuldade em observá-la, encará-la, vivenciá-la. Ninguém quer viver a morte, ninguém deseja passar por ela – mesmo que este seja um evento intransponível para os vivos.

Por vezes, deparar-se com a anúncio da morte iminente pode remeter o sujeito para a retomada de sua própria história, para os acontecimentos vividos, para os laços com seus entes queridos, como uma forma de dar sentido a esse fim que se aproxima e dar valor à vida vivida. Estando frente à morte como uma realidade próxima, um fato, o sujeito constata sua finitude, ou seja, depara-se com a possibilidade concreta de não-ser-mais-aí no mundo, buscando dar um sentido ao fato de sua existência ser limitada. Pode ser um momento do resgate dessa história, sendo gratificante olhar a sua trajetória e reconhecer-se nela, valorizar suas conquistas e os outros que compartilharam esse caminho. Assim, há muitos que dizem sentir-se satisfeitos com o caminho construído, com a história trilhada, com o projeto de ser tendo sido viabilizado. Porém, ainda que vejam a morte que se aproxima como algo que faz parte da vida, é possível que, ao mesmo tempo, sintam que deixar de viver pode ser difícil e amedrontador por perder o sabor da vida, por ter de deixar para trás e cortar a ligação com os entes queridos, com a possibilidade de continuar sendo, de continuar concretizando sua ação no mundo e passar a viver somente pela lembrança dos que ficam.

Para outros, a retomada de sua história pode ser um fardo, em função do peso dos acontecimentos vividos e da condição da apropriação deles. Deixar de viver passa também a ser difícil por questionar-se sobre o sentido da vida e sobre o que vai levar ou deixar dessa experiência. Ou, ainda, pela constatação de que se viveu uma vida sendo para-o-outro, uma vida inautêntica, sem que tivesse, efetivamente, tomado seu projeto de ser em suas mãos (Sartre, 1997). Há, portanto, aqueles que acreditam que muito haveria por ser feito ainda, para quem a morte parece sempre, a qualquer tempo, ocorrer prematuramente. É, justamente, a dor pela ruptura do projeto de ser, quando este não foi tomado com afinco, mas vivido em uma espontaneidade que sempre adia sua realização.

Importante lembrar que esse processo de reformulação do projeto de ser dependerá não somente da história construída pelos sujeitos ao longo de sua existência e de sua dinâmica psicológica, mas também das mediações às quais estiver exposto no momento de seu adoecimento e do processo de morte. Nesse sentido, adoecer gravemente e, em algum momento da trajetória do adoecimento, saber de sua impossibilidade de cura geram impactos particulares no projeto de ser dos sujeitos e de seus familiares.

Além disso, também as equipes de saúde serão importantes agentes nesse processo de reformulação das vivências de quem adocece. Dessa forma, também

devem estabelecer a reflexão acerca de como compreendem a morte, para oferecer tanto dignidade nas práticas de cuidado, como mediação para viabilizar os projetos de ser dos sujeitos que adoecem e seus familiares, garantindo que sejam ouvidos em seus desejos e compreendidos em seus anseios. Não se pode garantir que haverá êxito em todas essas ações; porém, é importante avaliar que haverá esforço e atuação conjunta nesse mesmo sentido, como projeto comum, compartilhado por pacientes, familiares e profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar o processo de adoecimento de câncer, observa-se que o diagnóstico frequentemente gera consideráveis impactos nos doentes em relação ao seu projeto de ser. Tendo sua vida atravessada pelo adoecimento, a experiência de ser quem se é pode ser interrompida pelas rotinas de tratamentos, cirurgias, hospitalização, afastados de seu cotidiano e das atividades sociais, de trabalho, de lazer.

Nesse processo, o adoecimento e a perspectiva de morte alteram passado-presente-futuro de cada sujeito. Este é, geralmente, um tempo de produzir sínteses de sua própria história, retomando os desejos realizados e os não realizados, redimensionando-os, para recolocar-se como sujeito frente ao seu próprio ser. Para os pacientes sem perspectiva de cura, é ainda importante considerar que saber que a morte vai ocorrer em consequência do adoecimento não impede que as pessoas continuem tendo esperança. Pelo contrário: é o olhar para o futuro que permite que a vida continue acontecendo, visto que somos vir-a-ser em nosso modo constitutivo de ser sujeitos.

Assim, é importante compreender que, ainda que haja muitos modos de vivê-la, a morte se impõe como aquilo que faz o sujeito voltar-se para sua história e rever aquilo que fez de sua vida, justamente porque ela representa a condição objetiva de ruptura do projeto de ser, retirando da vida, em termos ontológicos, seu significado. Em termos psicológicos, contudo, é a vida que deve ser cuidada. É nela e por meio dela que se podem ampliar horizontes de possibilidades e escolhas, de viabilizações de projetos, de desejos e relações, até que a morte venha efetivamente retirar dela todas as possibilidades. Ao considerar que somos sempre em relação, portanto, é possível pensar que o caminho até a morte pode ser compartilhado, visto que não é somente a morte que importa, mas o processo de morrer.

Ao mesmo tempo, é observar que significativas mudanças podem ainda se operar: sendo um eterno vir-a-ser, a doença e a morte podem ser razões para que pessoas e famílias reorganizem suas relações, modifiquem suas experiências e seus projetos de ser, mudando também seu modo de estar no mundo. Entretanto, essas mudanças não são da ordem do “dever-ser”, mas do “poder-ser”. São, assim, possibilidades que se abrem quando as pessoas que adoecem encontram amparo, apoio e continência e quando esses desejos aparecem no horizonte de seu ser.

Neste cenário, o existencialismo e a fenomenologia mostraram-se ferramentas potentes, tanto para a investigação e compreensão dos processos relacionados ao adoecimento e morte, como para intervenções no campo dos cuidados paliativos. A ênfase em conhecer a história de vida de cada sujeito e sua rede de relações, o modo como o adoecer e a perspectiva de morte são vividos na biografia de cada pessoa, bem como o foco em privilegiar a vida a ser vivida, o futuro ainda existente e o projeto de ser que ainda se realiza são a base para as ações no final da vida.

REFERÊNCIAS

- Ariès, P. (2012). *História da morte no ocidente* (P. V. Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1977).
- Beauvoir, S. (1984). *Uma morte muito suave*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1964).
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216.
- Conceição, L. L., & Lopes, R. L. M. (2008). O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Revista Enfermagem UERJ*, 16(1), 26-31.
- Freitas, J. de L. (2013). Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, XIX, 97-105.
- Gois, C. (2010). Sartre e a Psicanálise Existencial. *Princípios Revista de Filosofia*, 10(13-14), 207-217.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2016). *Coordenação de Prevenção e Vigilância. Câncer*. Recuperado em 22 de maio de 2016, de <http://www2.inca.gov.br/>.
- Kovács, M. J. (2007). Perdas e o processo de luto. In D. Incontri, & F. S. Santos (Orgs.), *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius (pp. 217-238).
- Kovács, M. J. (2008). Aproximação da morte. In V. A. Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus (pp. 388-397).
- Kovács, M. J. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo.
- Liberato, R. P., & Carvalho, V. A. de (2008). Terapias integradas à oncologia. In V. A. de Carvalho et al. (Orgs.), *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus (pp. 351-357).
- Langaro, F., Pretto, Z., & Cirelli, B. G. (2012). Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. *Psicologia Clínica*, 24(2), 127-146.
- Maheirie, K., & Pretto, Z. (2007). O movimento progressivo-regressivo na dialética universal e singular. *Revista do Departamento de Psicologia. UFF*, 19(2), 455-462.
- Morin, E. (1997). *O homem e a morte*. Rio de Janeiro: Imago.
- Olivieri, D. P. (1985). *O Ser Doente*. São Paulo: Ed. Moraes.
- Santos, F. S. (2007). Perspectivas histórico-culturais da morte. In D. Incontri, & F. S. Santos, (Orgs.). A

arte de morrer: visões plurais. Bragança Paulista: Comenius (pp. 13-25).

Sartre, J-P. (1978) O existencialismo é um humanismo (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural. (Texto original publicado em 1946).

Sartre, J-P. (1982). O muro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. (Texto original publicado em 1939).

Sartre, J-P. (1994). A Transcendência do Ego. Lisboa: Colibri. (Texto original publicado em 1936).

Sartre, J-P. (1997). O Ser e o Nada (14a. ed.). Petrópolis: Vozes. (Texto original publicado em 1943).

Schneider, D. R. (2006). Novas perspectivas para a psicologia clínica a partir das contribuições de J. P. Sartre. *Interação em Psicologia* (Curitiba), 10 (1), 101-112.

Schneider, D. R. (2011). Sartre e a Psicologia Clínica. Florianópolis: Ed. da UFSC.

Scorsolini-Comin, F., Santos, M. A. dos, & Souza, L. V. e. (2009). Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia* (Natal), 14(1), 41-50.

Silva, G. da, & Santos, M. A. dos (2008). “Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama [Versão eletrônica]. *Texto contexto: enferm.*, 17(3), 561-568.

Silva, L. C. da. (2009). O cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica. Maringá: Eduem.

Stolaghi, V. P., Evangelista, M. R. B., & Camargo, O. P. de (2008). Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. *Acta Ortopédica Brasileira*, 16(4), 242-246.

Silva, R. C. F. da, & Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(10), 2055-2066.

IMUNOTERAPIA: NO TRATAMENTO DO CÂNCER

Raimunda Leite de Alencar Neta

Faculdade Santa Maria – FSM.

Cajazeiras – Paraíba.

Ingridy Michely Gadelha do Nascimento

Faculdade Santa Maria – FSM.

Cajazeiras – Paraíba.

Thiago Antunes Adriano de Andrade

Universidade Federal de Campina Grande –

UFCG.

Patos – Paraíba.

Gislayne Tacyana dos Santos Lucena

Faculdade Santa Maria – FSM.

Cajazeiras – Paraíba.

RESUMO: Introdução: Com os avanços científicos, cientistas criaram a imunoterapia oferecendo um tratamento mais eficiente e promissor ao paciente oncológico, ativando o sistema imunológico do indivíduo, estimulando destruição de células tumorais com o menor dano possível às células normais. Objetivo: Analisar os avanços que o surgimento da imunoterapia possibilitou na disponibilidade de terapias mais eficientes no tratamento do câncer. Método: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizando-se busca por artigos nas bases de dados SCIELO, LILACS e PUBMED, entre junho e julho de 2019, utilizando os descritores: “Imunoterapia”, “Neoplasias” e “Oncologia”, devidamente cadastrados no

DeCS, empregando o operador booleano AND. Foram utilizados artigos publicados entre 2016 e 2019, em português e inglês, disponibilizados na íntegra, e que alcançaram o objetivo proposto após leitura completa. Sendo excluídos artigos que tratavam do uso exclusivo da quimioterapia no tratamento, bem como os que traziam a imunoterapia combinada a outros tratamentos. Sendo selecionados 5 artigos para o estudo. Resultado e discussão: Pôde-se observar que os pacientes submetidos ao tratamento imunoterápico apresentam significativa diminuição nos níveis de células tumorais, proporcionando menores danos aos tecidos. No seu desenvolvimento são utilizados biomarcadores informando os riscos de recidiva, identificando o melhor tratamento para o tumor. Porém, este tratamento é limitado no Brasil devido aos custos e atrasos na legislação. Conclusão: O surgimento da imunoterapia provocou grandes avanços na medicina oncológica, se mostrando precisa e eficaz no progresso de tratamentos de diversas doenças tumorais, embora, nenhum dos tratamentos com imunoterapia estejam disponíveis no SUS, mostrando grandes limitações no tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Imunoterapia; Oncologia; Saúde pública.

ABSTRACT: Introduction: With scientific advances, scientists have created immunotherapy offering the cancer patient more efficient and promising treatment, activating the individual's immune system, stimulating the destruction of tumor cells with smaller possible damage to normal cells. Objective: To analyze the advances that the emergence of immunotherapy turn possible the availability more efficient therapies in cancer treatment. Method: This is an integrative literature review, searching articles in the SCIELO, LILACS and PUBMED databases, between June and July 2019, using the keywords: "Immunotherapy", "Neoplasms" and "Oncology" , registered in DeCS, using the boolean operator AND. Was used articles published between 2016 and 2019, in Portuguese and English, available in full, and achieved the proposed goal after full reading. Articles that dealt with the exclusive use of chemotherapy in the treatment, as well as those that combined immunotherapy with other treatments were excluded. Was selected 5 articles to compose the study to beagin. Results and discussion: It was observed that patients undergoing immunotherapy treatment present significant decrease in tumor cell levels, resulting in less tissue damage. In its development biomarkers are used to inform the risks of recurrence, identifying the best treatment for the tumor. However, this treatment is limited in Brazil due to costs and delays in legislation. Conclusion: The emergence of immunotherapy has led to great advances in cancer medicine, proving to be accurate and effective in the progress of treatments for various tumor diseases, although none of the immunotherapy treatments are available in SUS, showing bigger limitations in treatment.

KEYWORDS: Immunotherapy; Oncology; Public health.

1 | INTRODUÇÃO

A partir do século XXI o câncer vem se tornando uma importante questão de saúde pública mundial, sendo uma das principais causas de adoecimento e morte da população, classificando-se como uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) responsável por gerar grandes preocupações aos governos. O câncer pode se tornar um grande obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico de países emergentes como o Brasil. Em 2012 a Agência Internacional para Pesquisas em Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimou que houveram mais de 14 milhões de novos casos de câncer e 8,2 milhões de mortes por ano em todo o mundo. Já o número estimado de óbitos para 2025 aumenta para 13,2 milhões por ano, e a projeção de novos casos ultrapassa dos 20 milhões (PALOMINO 2017; ALVES et al. 2017).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), foi estimado que os novos casos de câncer em 2018 ultrapassaram 500 mil, sendo que entre homens e mulheres prevalece o câncer de próstata e mama, respectivamente. Já os casos de óbitos em 2016 prevaleceram: câncer de próstata, traquéia, brônquios e pulmões em homens e mama em mulheres (INCA 2018; ARAÚJO et al. 2018).

O câncer é categorizado como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em

comum o crescimento desordenado de células diferenciadas que afetam diferentes tecidos e órgãos, como: carcinoma, sarcoma, linfoma, mieloma, dentre outros, que são classificados de acordo com a região afetada e a localização primária do tumor, podendo ser mais ou menos agressivo. Algumas das células provenientes da massa tumoral possuem ainda a capacidade de invadir e espalhar-se para outras regiões do corpo via circulação, sendo responsável pela aquisição de metástase. Atualmente, muitos tipos de câncer são curáveis, desde que sejam tratados em estágios iniciais. As formas de tratamento para essa doença vêm sendo ampliadas, desde o uso da quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, cirurgia oncológica, até a utilização de novas estratégias de tratamentos, como é o caso da terapia target e da imunoterapia. Esses tratamentos que se tornam cada vez mais eficazes, demonstram um crescimento na compreensão do câncer entre os cientistas em avanços genéticos e moleculares (PALOMINO, 2017; BRITO et al.2018).

Os avanços no entendimento de anomalias genéticas contribuem significativamente na descoberta de novos tumores, além disso, a compreensão mais apurada das interações entre células tumorais e o sistema imunológico possibilitou o desenvolvimento no campo da imuno-oncologia e com isso o desenvolvimento das imunoterapias (KALIKS, 2016).

Com o surgimento da imunoterapia, desde a primeira década do século XXI, a oncologia médica obteve grandes progressos, um monopólio no tratamento do câncer. A imunoterapia age identificando os antígenos específicos dos tumores apropriados para tornar a terapia direcionada, possibilitando o comprometimento de uma menor quantidade de células normais, pois ela estimula o sistema imunológico do indivíduo a combater essas células tumorais proporcionando efeitos colaterais menores, sendo a terapia mais eficiente para o tratamento do câncer. A imunoterapia vem sendo utilizada em diversas formas, como monoterapia, terapia combinada ou como tratamentos sucessivos para terapias sistêmicas no tratamento de alguns tumores (MAHMOUDIAN et al. 2019).

Pensado acerca do que foi relatado, o interesse em trazer essa temática para o nosso contexto atual deu-se em virtude da relevância da imunoterapia para o contexto oncológico, visto que, trata-se de uma terapêutica que apresenta características benéficas para os pacientes, já que utiliza de novos recursos genéticos a fim de minimizar os danos a células 'saudáveis'. Sendo assim, o estudo tem como finalidade realizar uma revisão integrativa para poder analisar os avanços que o surgimento da imunoterapia possibilitou na disponibilidade de terapias mais eficientes no tratamento do câncer.

2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual foi desenvolvida com base nas seis fases do processo de elaboração: delimitação da pergunta norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; busca nas bases de dados; análise e interpretação dos resultados; análise crítica com discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa (SOUSA et al. 2016).

Desta forma, a revisão foi norteada pela seguinte pergunta: Quais os avanços alcançados no tratamento do câncer com o surgimento da imunoterapia? A coleta dos dados ocorreu entre junho e julho de 2019, utilizando-se as bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e National Library of Medicine (PUBMED), sendo empregados apenas descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Imunoterapia, Neoplasias e Oncologia, empregando o operador booleano AND.

A seguir pode-se observar na tabela 1 as bases de dados utilizadas na pesquisa, apresentando seus respectivos descritores e a quantidade de artigos encontrados.

BASE DE DADOS	DESCRITORES	Nº DE ARTIGOS
SCIELO	Imunoterapia “and” Neoplasias “and” Oncologia	1
LILACS	Imunoterapia “and” Neoplasias “and” Oncologia	12
PUBMED	Immunotherapy “and” Neoplasms “and” Medical Oncology	6.853

Tabela 1- Descrição das bases de dados utilizadas na busca dos artigos, bem como descritores empregados e quantificação dos artigos encontrados após a realização da busca.

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

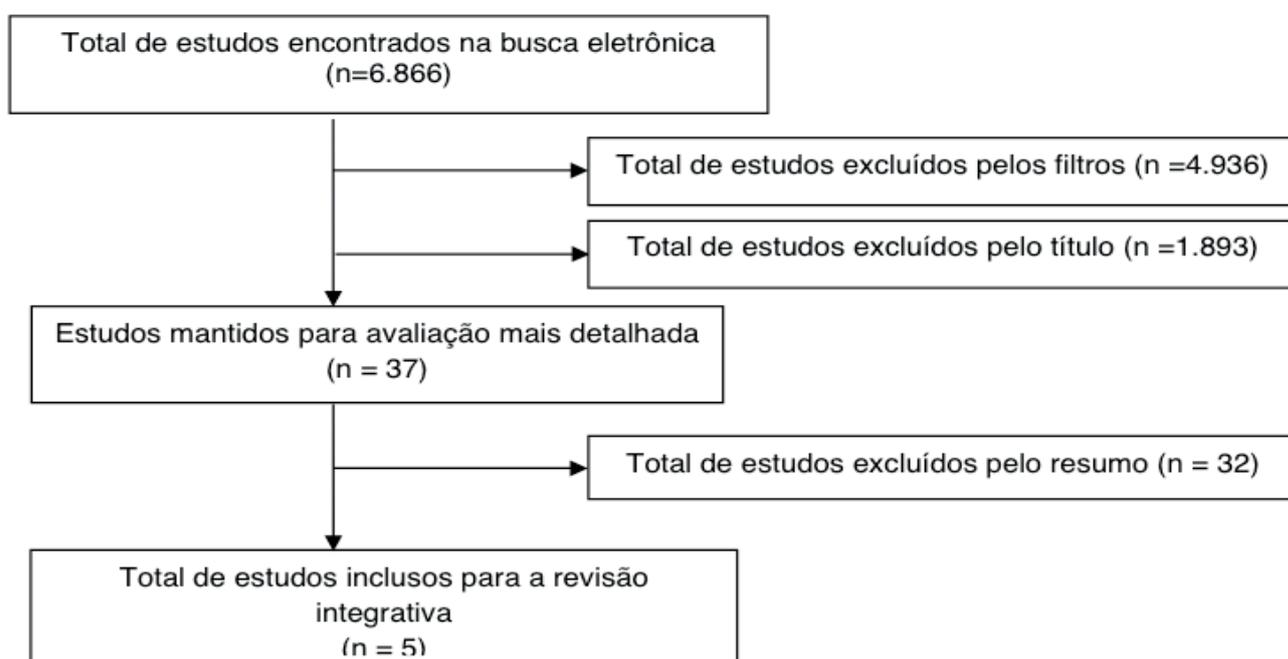
Foram selecionados os artigos que se enquadraram aos critérios de inclusão: artigos completos e disponíveis na íntegra; em português e inglês; publicados no período de 2016 a 2019 e que abordem os avanços na oncologia originados pelo surgimento da imunoterapia possibilitando a criação terapias mais eficientes no tratamento do câncer. Foram excluídos do estudo aqueles artigos que tratavam apenas do uso exclusivo da quimioterapia durante o tratamento, bem como os que traziam a imunoterapia em conjunto a outros tratamentos.

Logo após, a busca pelos artigos científicos ocorreu de forma em que se adequassem aos critérios de inclusão nas bases de dados SCIELO e LILACS utilizando os seguintes descritores: Imunoterapia “and” Neoplasias “and” Oncologia, sendo encontrado 1 artigo no SCIELO, o qual foi aplicado no estudo. Na LILACS foram

obtidos 12 artigos sendo selecionados apenas 2. Por conseguinte foram empregados os descritores Immunotherapy and Neoplasms and Medical Oncology na base de dados PUBMED, onde foram encontrados 6.853 artigos, no entanto, após empregar os critérios de inclusão restaram 1.917 artigos, contudo apenas 2 foram selecionados para compor o estudo, visto que os demais artigos relacionados ao tema não foram utilizados por serem privados. Vale ressaltar que os artigos publicados em inglês foram traduzidos para a língua vernácula.

Após a aplicação dos filtros de busca nas bases de dados, os artigos utilizados no estudo passaram por uma seleção que inicialmente avaliou o título dos artigos, em seguida, nos artigos que satisfizeram esse quesito foi feita uma leitura dos resumos e os que continham as informações relevantes para o estudo foi realizada uma leitura completa para posteriormente compor a revisão integrativa.

Estão explícitos no fluxograma os resultados das buscas realizadas nas bases de dados, utilizando os descritores acima citados, sendo encontrados 6.866 artigos. Em seguida foram excluídos 4.936 e 1.893 artigos, por não estarem relacionados aos filtros estabelecidos nos critérios de inclusão e títulos que não compreendiam ao objetivo do estudo, respectivamente. Após ter esses critérios analisadores restaram apenas 37 artigos para avaliação detalhada, e após leitura dos resumos foram excluídos 32, restando apenas 5 artigos para compor o estudo.



Fluxograma: Distribuição da seleção dos artigos, disponibilizando o total de estudos eliminados pelos filtros, pelo título e pelo resumo e o total de artigos utilizados na amostra final.

3 | RESULTADOS

COD.	AUTOR	ANO	TÍTULO	PERIÓDICO
A1	KALIKS, R. A.	2016	Avanços em oncologia para o não oncologista	Hospital Israelita Albert Einstein.

A2	PALOMINO, S.	2017	Análise da Estabilidade de um Problema em Imuno-oncologia: uma Abordagem Teórica Ampliada	Tendências em Matemática Aplicada e Computacional.
A3	PEREIRA, L. D.; FILHO, P. N.	2018	Biomarcadores preditivos em Imuno-oncologia	Acta Médica.
A4	PROTO, C. et al.	2019	Choosing wisely first line immunotherapy in non-small cell lung cancer (NSCLC): what to add and what to leave out	Cancer Treatment Reviews.
A5	THURA, M. et al.	2019	PRL3-zumab as an immunotherapy to inhibit tumors expressing PRL3 oncoprotein	Nature Communications.

Tabela 2- Descrição dos artigos contendo: autor, ano, título e periódico.

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

COD.	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	DESFECHO
A1	Apresentar ao não oncologista os novos tratamentos para o câncer e comparar a sua disponibilidade nos sistemas público e privado de saúde no Brasil com os países desenvolvidos.	Trata-se de uma revisão sistemática da literatura.	Alguns dos tratamentos utilizados para o câncer ainda não são registrados no Brasil, enfatizando a lacuna entre o nosso país e os países desenvolvidos. Além disso, muitos tratamentos só estão disponibilizados em hospitais privados, sendo indisponíveis no SUS. Esse fato só se tornará possível quando os preços dos medicamentos tornarem-se mais razoáveis em um futuro próximo, e a avaliação em tecnologia em saúde no SUS passe a ser pautada por padrões bem estabelecidos e limites pré-específicos de custo-efetividade. Essas novas terapias contra o câncer serão ainda mais limitadas para países em desenvolvimento como no caso do Brasil e, como consequência, a diferença entre o que é praticado internacionalmente e em nosso país tende a aumentar significativamente.
A2	Estudar matematicamente o tratamento imuno-oncológico que leve em consideração a questão do microambiente tumoral, sujeito a um comportamento switching como aplicado em trabalhos anteriores.	Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa.	Quando o paciente é submetido a um tratamento como a Imunoterapia, e quando comparado a outros tipos de tratamentos, a imunoterapia oferece uma diminuição significativa dos níveis de células tumorais, além de retardar o crescimento das mesmas.

A3	Analisar as recomendações sobre a aplicação clínica dos inibidores de checkpoint imunológico.	Foram revisados os ensaios clínicos que dão suporte as evidências atuais para utilização dos inibidores de checkpoint imunológico na prática clínica.	A testagem de PD-L1 como biomarcador preditivo só é recomendada para o câncer de pulmão, e não se demonstrou papel preditivo para a expressão de PD-L1 no câncer color retal e urotelial. Nas demais neoplasias a maior expressão de PD-L1 costuma se relacionar com aumento nas taxas de resposta e sobrevida, embora mesmo pacientes PD-L1 negativos se beneficiem das terapias anti-PD-1. Contudo, não há evidência para a testagem de PD-L1 como biomarcador na prática clínica, com exceção do câncer de pulmão.
A4	Analisar e discutir a utilização da imunoterapia no tratamento do câncer de pulmão, destacando os pontos fortes e os aspectos críticos dos ensaios mais recentes, a fim de ajudar os médicos em sua escolha.	Trata-se de uma revisão da literatura.	A imunoterapia mudou drasticamente o cenário terapêutico no tratamento de câncer de pulmão de pequenas células avançadas. A terapia padrão para esse tipo de neoplasia está na terapia com expressão de PD-L1, sendo utilizada em conjunto com o pembrolizumabe ou atezolizumabe e a quimioterapia à base de platina. Além disso, ocorre a dupla inibição do ponto de verificação imunológico. É importante verificar que a presença de expressão negativa do PD-L1 pode indicar um grupo de pacientes que pouco se beneficia com esse tipo de imunoterapia.
A5	Apresentar a relevância clínica da PRL3 como um antígeno tumoral frequentemente expresso em 11 tipos de câncer globalmente garantindo a exploração de PRL3-zumab como uma potencial droga contra estas malignidades.	Estudo qualitativo com amostra de 151 pacientes apresentando os 11 tipos de câncer mais comuns.	Drogas de anticorpos específicos para tumor podem servir como terapia de câncer com efeitos colaterais mínimos. A utilização do anticorpo PRL3 é expressa em 80,6% das amostras de tumores de 11 cânceres examinados, mas não em tecidos normais, implicando assim a PRL3 como um antígeno associado ao tumor.

Tabela 3- Descrição dos artigos mostrando objetivo, tipo de estudo e desfecho.

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

4 | DISCUSSÃO

A partir da leitura completa e atenta dos artigos e análises descritivas dos resultados foi possível identificar que a disponibilidade dos tratamentos realizados através da imunoterapia ainda é pouco utilizada no Brasil, uma vez que poucos são os tratamentos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Vale ressaltar que, embora se tenham alguns tipos de câncer já tratados com esse tipo de terapia, ela se restringe apenas a utilização em hospitais privados, sendo o indivíduo obrigado a propor recursos judiciais para dispor do tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS (KALIKS et al. 2017).

Segundo Kaliks et al. (2017), no território brasileiro a disponibilidade das novas terapias é delimitada principalmente por haver um atraso significativo na legislação vigente, entretanto a autora relata que a principal dificuldade encontrada é o alto custo

do tratamento por paciente, que pode custar centenas de milhões de dólares por ano, dependendo da terapia. Foi descrito ainda que no Brasil entre os anos de 2013 a 2016, foram registradas apenas imunoterapias para câncer cervical, mama e melanoma, disponíveis apenas em rede de saúde privada.

O resultado final de cada paciente deve ser relatado para que possa impulsionar o desenvolvimento de medicamentos mais eficientes e potentes, já que os relatos dos pacientes indicarão possíveis mudanças no tratamento clínico, onde este dado é utilizado para avaliação da eficiência clínica dos agentes da imunoterapia sobre a sobrevida global (ANAGNOSTOU et al. 2017).

Como proposto por Chang (2019), a utilização da imunoterapia pela medicina oncológica evoluiu muito os tratamentos para o câncer nas últimas décadas. Onde a imunoterapia está se tornando o meio mais prevalente para combater vários tipos de câncer, que segundo Kaliks et al. (2017), são disponíveis os tratamentos para os cânceres: cervical, colorretal, estômago, pulmão, mama, melanoma, ovário, tireóide, medular da tireóide e próstata. Chang (2019) complementa que a imunoterapia com citocinas e inibidores do ponto de verificação estimula a resposta do sistema imunológico por meio de vários mecanismos diferentes.

Anagnostou et al. (2017), aponta que os ensaios clínicos realizados sobre o câncer são feitos através de tratamentos convencionais como a quimioterapia, observando a sua eficácia e toxicidade. Segundo o autor, os parâmetros de toxicidade seguem uma resposta de avaliação linear que a partir da utilização de biomarcadores podem capturar o melhor mecanismo de ação com respostas biológicas obtidas com o uso da imunoterapia.

A criação de novas imunoterapias através de mutações genéticas das células T do tipo CD19 podem atuar em um número crescente de doenças tumorais. Além disso, a utilização de anticorpos inibidores do ponto de verificação dos receptores CTLA-4, PD e PD-L1 induzem em um controle dos tumores em longo prazo traz benefícios significativo para pacientes com câncer de pulmão e também de melanoma metastático (KOBOLD et al. 2018).

Suza et al. (2016) complementa que, os biomarcadores são parâmetros biológicos mensuráveis que dão auxílio na avaliação de pacientes oncológicos e na terapêutica a ser adotada. A fim de obter maior benefício para todos os pacientes que fazem o uso de inibidores de checkpoint imunológico (considerados os fármacos mais promissores da imunoterapia, com ação inibitória das principais vias utilizadas pelos tumores para escapar da defesa do sistema imunológico: via do PD-1/PD-L1 e via CTLA-4), já que apenas uma pequena parcela dos pacientes apresentam benefícios com a terapia, fazendo-se indispensável à utilização dos biomarcadores preditivos que vão auxiliar na decisão da melhor terapêutica tomada. Para isto, os biomarcadores mais investigados são a expressão de PD-L1, presença de defeitos genéticos no DNA e carga de mutação somática tumoral.

O PRL3-zumab é um anticorpo humano que se liga especificamente a fosfatase

intracelular PRL3. Este anticorpo inibe especificamente as células PRL3 em vivo, mas não in vitro. Essas células são identificadas na membrana e superfície celular, onde o PRL3-zumab se liga na superfície do PRL3 por meio de citotoxicidade mediada por células dependentes de anticorpos ou fagocitose. Novas abordagens como a imunoterapia estão sendo desenvolvidas, uma vez que os anticorpos monoclonais representam a base da imunoterapia passiva, que envolve os receptores de células B e T atingindo um antígeno desejado, onde o estudo aponta que o anticorpo dirigido por CD20 será uma nova terapia utilizada no tratamento de linfomas (THURA et al. 2016; CANDELARIA 2016).

5 | CONCLUSÃO

Levando-se em consideração os aspectos apresentados nesse estudo, é eminente que a imunoterapia trouxe grandes avanços na medicina oncológica, podendo ser utilizada em um grande número de doenças tumorais com efeitos colaterais mínimos. Dessa forma, a imunoterapia torna-se um progresso de suma relevância nos tratamentos oncológicos.

Além disso, salienta-se que tais terapias ainda não são disponíveis no SUS por se tratar de um tratamento de alto custo, encontrando-se limitadas no Brasil devido atrasos nas liberações da ANVISA.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. O.; MAGALHÃES, S. C. M.; COELHO, B. A. **A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama**. Saúde soc. v. 26, n. 1, 2017.

ANAGNOSTOU, V.; YARCHOAN, M. *et al.* **Immuno-oncology Trial Endpoints: Capturing Clinically Meaningful Activity**. Clinical Cancer Research, v. 23, n. 17, 2017.

ARAÚJO, L. H. *et al.* **Lung cancer in Brazil**. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 44, n. 1, p. 55-64, 2018.

BRITO, R. T. *et al.* **Profile of patients and factors related to the clinical staging of oral squamous cell carcinoma**. Rev. salud pública, v.20 n.2, 2018.

CANDELARIA, M. **Advances in the diagnosis and control of lymphomas**. Salud. pública Méx. v. 58, n.2, 2016.

CHANG, A. J. *et al.* **The Past, Present and Future of Immunotherapy for Metastatic Renal Cell Carcinoma**. Anticancer research, v. 39, n. 6, p. 2683-2687, 2019.

INCA. **Estimativa de Câncer no Brasil, 2018**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/números-de-cancer>>. Acesso em: 29 de jul. de 2019.

KALIKS, R. A. **Avanços em oncologia para o não oncologista**. Hospital Israelita Albert Einstein, v. 2, n. 14, 2016.

KALIKS, R. A. *et al.* **Diferenças no tratamento sistêmico do câncer no Brasil: meu SUS é**

diferente do teu SUS. Braz J Oncol, v. 13, n. 44, 2017.

KOBOLD, Sebastian et al. **Immuno-Oncology: A brief overview.** Deutsche medizinische Wochenschrift, v. 143, n. 14, p. 1006-1013, 2018.

MAHMOUDIAN, J. et al. **PLAC1: biology and potential application in cancer immunotherapy.** Cancer Immunology, Immunotherapy, p. 1-20, 2019.

PALOMINO, S. **Análise da Estabilidade de um Problema em Imuno-oncologia: uma Abordagem Teórica Ampliada.** Tend. Mat. Apl. Comput. v. 18, n. 3, 2017.

PEREIRA, L. D.; FILHO, P. N. **Biomarcadores preditivos em Imuno-oncologia.** Acta Médica, v. 39, n. 2, 2018.

PROTO, C. et al. **Choosing wisely first line immunotherapy in non-small cell lung cancer (NSCLC): what to add and what to leave out.** Cancer treatment reviews, 2019.

SOUSA, M. N. A.; SANTOS, E. V. L. **Medicina e pesquisa: um elo possível.** Ed. 1, Editora Prismas, 2016.

SOUZA, Rachel Kalkasliet et al. **Analysis of PD-L1 expression in non-small cell lung cancer microenvironment and its role as a potential predictive biomarker.** Revista de Medicina, v. 95, n. 2, p. 76-81, 2016.

THURA, M. et al. **PRL3-zumab as an immunotherapy to inhibit tumors expressing PRL3 oncoprotein.** Nature Communications, v. 10, n. 1, p. 2484, 2019.

THURA, M. et al. **PRL3-zumab, a first-in-class humanized antibody for cancer therapy.** JCI insight, v. 1, n. 9, 2016.

CARACTERÍSTICAS E TERAPÊUTICA DO TUMOR BORDERLINE DE OVÁRIO

Ingridy Michely Gadelha do Nascimento

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras – Paraíba

Raimunda Leite de Alencar Neta

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras – Paraíba

Maria Iranilda Silva Magalhães

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras – Paraíba

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras – Paraíba

Yuri Charllub Pereira Bezerra

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras – Paraíba

Patrícia Peixoto Custódio

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras – Paraíba

Maria Alciene Saraiva de Souza

Faculdade Santa Maria
Cajazeiras – Paraíba

RESUMO: Introdução: Embora não seja o mais predominante, o tumor borderline está entre as neoplasias ginecológicas mais fatais, sendo responsável por mais de 90% de todos os casos de câncer de ovário e possui baixo potencial maligno sem invasão destrutiva do estroma. Objetivo: Expor as características

dos tumores borderline no câncer de ovário e suas formas de tratamento. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com base na seguinte pergunta norteadora: Quais são as características da malignidade dos tumores borderline e quais são as formas de tratamento? Em seguida, foi realizada uma busca por artigos nas bases de dados SCIELO, LILACS e BVS, no período de agosto a setembro de 2019, utilizando os seguintes descritores: “Neoplasias Ovarianas”, “Doenças dos anexos” e “Diagnóstico”. Vale ressaltar que devido à escassez de artigos relacionados ao tema, publicados em português, foi usado artigos entre 2010 e 2012. Resultados e Discussão: Os tumores borderline passam longos períodos confinados ao ovário e têm o pico de incidência aos 46 (30-50) anos; tendo como características: um bom prognóstico, são relativamente incomuns, acometem mulheres mais jovens, possuem lento crescimento e raramente dão origem a metástases. Como formas de tratamento, estão as cirurgias e a quimioterapia como terapêutica adjuvante. Conclusão: Os tumores borderline apresentam características histológicas intermediárias, entre os tumores malignos e benignos e possui como formas de opções terapêuticas as cirurgias, podendo estas ser realizadas de modo radical ou conservador e, em adição à terapia principal, indica-se a quimioterapia.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma epitelial do ovário; Neoplasias ovarianas; Terapêutica.

CHARACTERISTICS AND THERAPEUTICS OF BORDERLINE OVARIAN TUMOR

ABSTRACT: Introduction: Although it is not the most predominant, the borderline tumor is among the most fatal gynecological neoplasms, accounting for more than 90% of all ovarian cancer cases and has low malignant potential without destructive invasion of the stroma. Objective: Expose the characteristics of borderline tumors in ovarian cancer and its forms of treatment. Methodology: This is an integrative literature review based on the following guiding question: What are the characteristics of the malignancy of borderline tumors and what are the forms of treatment? After that, research for articles was realized in the databases SCIELO, LILACS, and VHL from August to September 2019, using the descriptors: “Ovarian neoplasms”, “Diseases of the annexes” and “diagnostic”. It is noteworthy that due to the scarcity of articles related to the theme, published in Portuguese, articles between 2010 and 2012 were used. Results and Discussion: Borderline tumors pass long periods confined to the ovary and have the peak incidence at 46 (40-50) years, having as characteristics: A good prognosis, being relatively uncommon, affecting younger women, have slow growth and rarely give rise to metastases. Like forms of treatment are surgery and chemotherapy as adjuvant therapy. Conclusion: Borderline tumors have intermediate histological characteristics, between malignant and benign tumors and have as therapeutic options form the surgeries, which can be realized radically or conservatively, and in addition to the therapy, Chemotherapy is indicated.

KEYWORDS: Epithelial Carcinoma of the ovary; Ovarian neoplasms; Therapeutic.

1 | INTRODUÇÃO

Desde 1929, um atípico tumor ovariano de origem epitelial foi identificado como um grupo separado, por apresentar comportamento biológico e características histopatológicas intermediárias entre benignos e malignos. Nessa época, esse tipo de tumor recebeu diversas nomeações, tais como: tumor de baixo potencial de malignidade, carcinoma não invasor, que possui baixo grau de diferenciação, tumor de malignidade borderline, dentre outras. No entanto, em 1971, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) classificou esse grupo de tumor como carcinoma de baixo potencial de malignidade. Logo após, em 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) o designou tumor borderline, que ficou sendo a identificação mais aceita atualmente (PATURY, 2006).

Os tumores do ovário possuem diferentes agrupamentos, podendo estes ser classificados em: tumores das células germinativas, epiteliais, do estroma e metastáticos, sendo encontrado com maior frequência o tipo histológico seroso, no qual ocorre a cerca de 80 a 85% dos carcinomas ovarianos. Existem dois tipos distintos desses carcinomas: o adenoma e o carcinoma seroso bem diferenciado,

também conhecido por baixo grau, associado a áreas de tumor borderline. Este tumor apresenta um bom prognóstico, pois é de lenta progressão e normalmente permanece limitado aos ovários por longos períodos, possui baixo potencial de desenvolvimento e invasão e se distingue do tumor benigno por apresentar ao menos duas das seguintes características: atipia nuclear, tufos, ninhos de células destacados, estratificação epitelial, formação de projeções papilares microscópicas, sem invasão destrutiva do estroma. O segundo tipo mais comum é o mucinoso (PEREIRA, 2013).

Embora não seja o mais prevalente, o tumor borderline está entre as neoplasias ginecológicas de maior fatalidade, sendo responsável por mais de 90% dos casos de câncer ovariano, origina-se do epitélio desse órgão, possui baixo potencial maligno e pode acometer mulheres em qualquer idade, porém, é mais frequente depois dos 40 anos. Sua incidência não é conhecida porque estudos populacionais são inabituais em grande proporção. Seus sintomas são inespecíficos, sendo mais frequente o surgimento de desconfortos ou dores nas regiões do hipogástrio como também nas fossas ilíacas e a identificação de massa pélvica a partir da realização do exame físico; alguns sintomas raros podem ser apresentados, dependendo do tamanho e da localização da massa anexial identificada (PRETI, 2010).

Nos países desenvolvidos, a ocorrência de câncer ovariano e sua letalidade retratam o principal fator de morte por neoplasias ginecológicas. A adoção de condutas inadequadas e o diagnóstico tardio contribuem para baixa sobrevivência das pessoas que são acometidas pelo câncer de ovário (LIMA, 2010).

A partir dos avanços dos estudos oncológicos, e de um maior entendimento sobre os diversos tipos de neoplasias, surgiu o interesse em abordar os aspectos da malignidade borderline, tendo em vista que, apesar de não ser o tipo de neoplasia mais prevalente, é o mais detectado em mulheres. Dessa forma, o presente estudo tem como propósito expor as características dos tumores borderline no câncer de ovário e suas formas de tratamentos.

2 | METODOLOGIA

Foi efetuada uma revisão integrativa da literatura, com fundamento na sondagem bibliográfica que foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram empregados os seguintes descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Neoplasias Ovarianas”, “Doenças dos anexos” e “Diagnóstico”, sendo norteadas pela seguinte pergunta: Quais são as características da malignidade dos tumores borderline e quais são as formas de tratamento? A busca pelos dados ocorreu entre agosto e setembro de 2019.

A seguir, pode-se observar na tabela 1 as bases de dados utilizadas na pesquisa, apresentando seus respectivos descritores e a quantidade de artigos encontrados.

BASE DE DADOS	DESCRITORES	Nº DE ARTIGOS
SCIELO	Neoplasias Ovarianas	34
	Doenças dos anexos	19
	Diagnóstico	53.040
LILACS	Neoplasias Ovarianas	950
	Doenças dos anexos	142
	Diagnóstico	165.716
BVS	Neoplasias Ovarianas	73.011
	Doenças dos anexos	2.383
	Diagnóstico	3.892.037

Tabela 1- Descrição da base de dados, descritores e números de artigos.

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

Dessa forma, foram encontrados 53.093 artigos na base de dados SCIELO, 166.808 artigos na LILACS e 3.967.431 artigos na BVS. Na pesquisa dos dados foram utilizados como critérios de inclusão: artigos que foram disponibilizados na íntegra e publicados em português, sendo excluídos os artigos que não corresponderam ao tema abordado, assim como os que tratavam de outros tipos de tumores.

Com a realização da pesquisa, foi visto que os estudos relacionados a presente temática disponíveis no idioma português são bastante escassos, fazendo-se necessária a utilização de artigos sem delimitação de ano. Para seleção dos artigos a serem utilizados no estudo, inicialmente foi realizada uma avaliação pelos títulos dos artigos e, posteriormente, foi feita uma leitura dos resumos, os quais foram selecionados na avaliação por títulos. Em seguida, os artigos que satisfizeram esses quesitos passaram por uma leitura completa e minuciosa de seu conteúdo sendo, ao final, selecionados quatro artigos para compor o estudo.

3 | RESULTADOS

AUTOR	ANO	TÍTULO
FERREIRA, P. A. R. et al.	2012	Carcinoma de ovário seroso e não seroso: tipo histológico em relação ao grau de diferenciação e prognóstico
HARTMAN, C. A. et al.	2012	Inclusão dos sintomas na discriminação entre tumores anexiais benignos e malignos
PRETI, V. B. et al.	2010	Tumor borderline do ovário localizado no canal inguinal: relato de caso

Tabela 2- Descrição dos artigos contendo: autor, ano e título.

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	DESFECHO
Comparar as características clínico-patológicas de mulheres com carcinoma dos tipos seroso e não seroso de ovário e identificar os fatores associados à sobrevida.	Estudo de corte com coleta retrospectiva.	Quando os tumores foram comparados, os tipos serosos mais predominantes eram carcinomas de alto grau histológico (G2 e G3) sendo mais habituais na pós-menopausa, em estádios avançados, com CA125 > 250 U/mL e exame citológico positivo. Mulheres em menacme e com < 50 anos de idade obtiveram maior sobrevida quando comparadas àquelas com ≥ 50 anos de idade que estavam na pós-menopausa. Sendo a sobrevida menor, naquelas doenças diagnosticadas em estágios II a IV em comparação com as que tiveram diagnóstico no estágio I, independentemente de ser do tipo seroso ou não seroso. Foram observados 58 óbitos decorrentes da doença. Os sintomas avaliados no pré-operatório em mulheres com tumores anexiais e indicação cirúrgica pode servir de auxílio na predição da malignidade.
Avaliar a associação entre sintomas clínicos e malignidade em mulheres com tumores anexiais, submetidas à cirurgia.	Estudo de corte transversal.	Das 105 mulheres incluídas no estudo, 71,4% indicaram tumores benignos e 28,6%, malignos. Os sintomas mais frequentes e significantes das mulheres com tumores malignos foram: inchaço e aumento do volume abdominal, dor na região pélvica, menstruações irregulares, empachamento, dores abdominais e nas costas e saciedade precoce. Já as mulheres com tumores benignos exibiram principalmente desconforto pélvico, irregularidade menstrual e inchaço abdominal. No entanto, a presença de constipação, dispareunia, dores pélvicas e abdominais, sinusorragia, fadiga, menstruações irregulares, náusea e/ou vômito, diarreia e emagrecimento foram similares nos dois grupos.
Relatar o caso de uma paciente de 82 anos, que foi diagnosticada com câncer de mama e lesão anexial hipoecoica à ecografia.	Relato de caso.	A paciente foi sujeita a realização de cirurgia conservadora da mama e à laparotomia, no qual foi encontrada no interior de seu canal inguinal ao lado direito, uma lesão ovariana com aspecto sólido-cística. A análise por congelação feita no achado obteve resultado negativo para malignidade, e o exame anatomopatológico que foi realizado mostrou que se tratava de tumor ovariano borderline.

Revisar a abordagem das mulheres com massas anexiais suspeitas de malignidade.	Revisão da literatura.	O diagnóstico de câncer de ovário sempre deve ser levado em consideração quando houver existência de uma massa anexial, e elementos como: aspectos aos exames de imagem, idade, presença de sinais e sintomas, predisposição genética e níveis de marcadores tumorais, são de suma importância na escolha da melhor opção terapêutica a ser adotada. A videolaparoscopia vem mostrando um grande progresso de recomendação em oncologia. Entretanto, o padrão-ouro ainda é constituído pela cirurgia convencional, através da laparotomia mediana, devendo ser feita por um profissional especializado, para confirmação da suspeita diagnóstica e realização do estadiamento e tratamento do câncer ovariano.
--	------------------------	--

Tabela 3- Descrição dos artigos mostrando objetivo, tipo de estudo e desfecho.

FONTE: Dados da pesquisa, 2019.

4 | DISCUSSÃO

Com base na literatura disponível em relação à temática, foi possível observar que a maior incidência de neoplasias malignas do ovário ocorre entre a faixa etária dos 40 anos de idade, representando 30% dos tumores na pós-menopausa, em contradição com os tumores na pré-menopausa, que correspondem a apenas 7%. Esses tumores permanecem por longos períodos confinados ao ovário e têm o pico de incidência aos 46 anos, é comum em mulheres com idades que variam de 30 a 50 anos de idade, trazendo outro tipo de preocupação às mulheres pré-menopáusicas, pois estas, muitas vezes, desejam manter a fertilidade (PEREIRA, 2013).

As mulheres mais jovens estão mais susceptíveis a desenvolverem o tumor ovariano borderline e isto se torna outro tipo de aflição durante a idade fértil, pois grande parte das mulheres possui o desejo de engravidar, e dependendo do estágio em que o tumor seja diagnosticado, isso não se tornará possível. No entanto, de forma geral, os tumores borderline apresentam um bom prognóstico.

O câncer de ovário é a neoplasia ginecológica mais difícil de ser diagnosticada, pois os sintomas costumam aparecer em estágios mais avançados. Segundo Faria (2016), além dos aspectos clínicos, o diagnóstico é baseado no exame objetivo que indica o aparecimento de uma massa anexial com sintomatologia reduzida. Dentre os sintomas que podem ocorrer, pode-se incluir: dor pélvica, alterações na dismenorrea, dispepsia, dor abdominal não localizada, dispareunia, ou outras ligeiras modificações do aparelho digestivo, como constipações ou distensão abdominal.

Ribeiro et al (2019) aponta que por causa da complexa classificação dos tumores borderline, que apresentam uma agrupação excepcional de neoplasias, devido sua fisionomia histopatológica e conduta biológica intermediária entre tumores benignos e malignos, seu meio de diagnóstico é bastante íngreme e se faz necessário utilizar além das características clínicas, exames de imagens e histopatologia. Então, para

que o diagnóstico definitivo seja feito, é necessária a retirada do espécime cirúrgico, para a realização de biópsia, seja por imagiologia de intervenção ou por laparoscopia. O patologista deverá aplicar critérios diagnósticos para tumores limítrofes, para assim poder consolidar que se trata de um tumor com potencial maligno discreto.

Os aspectos histopatológicos apresentados nos exames e o conhecimento das características dos tumores ovarianos de baixo potencial de malignidade são essenciais para a classificação em tumores borderline.

Conforme Pereira et al (2013), 5% a 10% das neoplasias malignas de ovário tem os genes BRCA1 e BRCA2, de caráter autossômico dominante, relacionados ao padrão familiar ou de hereditariedade, onde o gene BRCA1 é mais frequentemente envolvido, com os genes MLH1 e MSH2, agregados à síndrome do cancro colorretal hereditário não polipóide (HNPCC).

Como proposto por Piatto (2004), a estratégia operatória deve ter base em alguns aspectos, como: idade da paciente, estadiamento do tumor e eventual desejo de futura gestação. Ele afirma ainda que a via laparoscópica, ultimamente, vem sendo bastante destacada nas práticas das intervenções cirúrgicas, em especial naquelas conservadoras.

A partir dos elementos pessoais e da doença, é feita a escolha da terapêutica a ser utilizada, e com base no estadiamento, adota-se o procedimento cirúrgico mais adequado a cada situação. Para uma maior eficácia do tratamento, indica-se a quimioterapia em adição a terapia principal ou inicial.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os tumores borderline possuem um bom prognóstico, são relativamente incomuns, de lento crescimento e raramente dão origem a metástases, além de apresentar altos índices de cura. Os carcinomas histológicos serosos e os mucinosos são os tipos mais habituais e a doença normalmente acomete mulheres mais jovens.

Diante dos artigos analisados para o presente estudo, foi abordado o tratamento cirúrgico, onde anteriormente é feito o estadiamento e, dependendo do estágio da doença, realiza-se a cirurgia radical ou conservadora, sendo essa última a mais utilizada. Alguns autores apontam ainda a quimioterapia como terapêutica adjuvante.

REFERÊNCIAS

FARIA, Cátia Filipa da Silva. **A cirurgia conservadora em tumores malignos e borderline do ovário**. 2016. Dissertação de Mestrado.

FERREIRA, Patrícia Andréia Rodrigues et al. **Carcinoma de ovário seroso e não seroso: tipo histológico em relação ao grau de diferenciação e prognóstico**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2012.

HARTMAN, Caio Augusto et al. **Inclusão dos sintomas na discriminação entre tumores anexiais benignos e malignos**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2012.

LIMA, Renilton Aires et al. **Abordagem das massas anexiais com suspeita de câncer de ovário**. Femina, v. 38, n. 6, 2010.

PATURY, Patrícia et al. **Tumores serosos borderline de ovário com implantes invasores e não invasores**. Revista de Ciências Médicas, v. 15, n. 2, 2006.

PEREIRA, N. R. G. B. et al. **Tumores borderline do ovário**. Acta ObstetGinecol Port. v. 7, n. 1, p. 49-57, 2013.

PIATO, Sebastião; PIATO, José Roberto Morales. **Tumor seroso do ovário com malignidade limítrofe**. ArqMedHospFacCiencMed Santa Casa São Paulo, v. 50, n. 2, p. 50-55, 2004.

PRETI, V. B. et al. **Tumor borderline do ovário localizado no canal inguinal: relato de caso**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 32, n. 6, 2010.

RIBEIRO, Guilherme Vieira Borchioet al. **TUMOR LIMÍTROFE DE OVÁRIO: RELATO DE CASO**. Anais do Seminário Científico da FACIG, n. 4, 2019.

OSTEOSSARCOMA E FISIOTERAPIA

Bruna Reguim de Brito

UNA Pouso Alegre, 5º período Graduação de
Fisioterapia

Pouso Alegre, Minas Gerais

Matheus Henrique Silva Souza

UNA Pouso Alegre, 5º período Graduação de
Fisioterapia

Pouso Alegre Minas Gerais

Gabriela Resende Yanagihara

UNA Pouso Alegre, Fisioterapeuta, Doutora em
Ciências e Docente da graduação do Curso de
Fisioterapia

RESUMO: Introdução: Câncer é a nomenclatura dada à multiplicação anormal e descontrolada de células, sendo o osteossarcoma um dos tumores malignos mais comuns no tecido ósseo. As aplicações de técnicas fisioterapêuticas no pós-operatório influenciam no sucesso do tratamento, sendo usadas técnicas como acupuntura, massoterapia, movimentação passiva entre outras. Grande parte destas técnicas tem relação com a quimioterapia servindo para alívio dos efeitos colaterais causados pelo mesmo. Quando o enfoque do profissional fisioterapeuta é o paciente que sofreu amputação, tem-se o trabalho de promover funcionalidade, força e amplitude de movimento deste. Métodos: Foram realizadas pesquisas em bases de dados científicos, como

Sacie-lo, PEDro, Pubmed e Google Acadêmico, excluindo artigos que tratassem especificamente de outros tipos de neoplasias. Resultados e Discussão: O osteossarcoma se caracteriza pelo estroma sarcomatoso, com formação de osteóide e tecido ósseo por células neoplásicas, sua localização mais comum é a metáfise de ossos longos. Apresenta um crescimento rápido, acompanhado de dor e aumento do local afetado. Independentemente da forma de tratamento, uma taxa de debilitação no paciente pode ser constatada. Sendo assim, se faz necessário dar atenção aos efeitos destes, com ênfase no tratamento quimioterápico, por meio de detalhada anamnese e avaliação física, comparada a verificação de exames complementares.

PALAVRAS-CHAVE: Sarcoma Osteogênico, Atuação Fisioterapêutica, Fisioterapia em oncologia.

OSTEOSSARCOMA AND PHYSIOTHERAPY

ABSTRACT: Introduction: Cancer is the nomenclature given to the abnormal and uncontrolled multiplication of cells, with osteosarcoma being one of the most common malignant tumors in bone tissue. The applications of physiotherapeutic techniques in the postoperative period influence the success of the treatment, using techniques such as

acupuncture, massage therapy, passive movement among others, most of which are related to chemotherapy, serving as an alleviation of the side effects caused by it. When the professional physiotherapist focuses on the patient who has undergone amputation, one has the task of promoting the patient's functionality, strength and range of motion. Methods: Research was done on scientific databases, such as Scie-Lo, PEDro, Pubmed and Google Scholar, excluding articles dealing specifically with other types of illness. Results and Discussion: Osteosarcoma is characterized by sarcomatous stroma, with formation of osteoid and bone tissue by neoplastic cells, its most common location being the metaphysis of long bones. It exhibits rapid growth, accompanied by pain and enlargement of the affected site. Regardless of the form of treatment, a rate of impairment in the patient can be ascertained. Thus, it is necessary to pay attention to the effects of these, with emphasis on the chemotherapy treatment, through detailed anamnesis and physical evaluation, bought the verification of complementary exams.

KEYWORDS: Osteogenic Sarcoma, Physiotherapeutic Performance, Oncology Physiotherapy

1 | INTRODUÇÃO

O Osteossarcoma é um tumor maligno e primitivo mais frequente no tecido ósseo que se caracteriza pelo estroma sarcomatoso, com formação de osteóide e tecido ósseo por células neoplásicas. A localização mais comum desse tipo de câncer é a metáfise de ossos longos, tendo preferência pelo fêmur distal e a tíbia proximal, ocorrendo dentre os 10 e 30 anos de idade. Apresenta um crescimento rápido com evolução em semanas, acompanhado de dor e aumento do local afetado. Seu tratamento consiste em quimioterapia, radioterapia e intervenção cirúrgica (STOLAGLI, 2008).

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	68.220	66,12	67,82	15.720	70,76	66,31	-	-	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	-	-	59.700	56,33	51,29	19.920	80,33	63,98
Colo do Útero	-	-	-	-	-	-	16.370	15,43	17,11	4.620	18,66	17,58
Traqueia, Brônquio e Pulmão	18.740	18,16	16,97	4.520	20,33	21,05	12.530	11,81	9,22	3.710	15,06	11,44
Colón e Reto	17.380	16,83	20,03	5.630	25,34	25,16	18.980	17,90	18,40	6.820	27,49	20,84
Estômago	13.540	13,11	14,98	3.240	14,55	10,95	7.750	7,32	5,96	2.210	8,92	5,34
Cavidade Oral	11.200	10,86	11,22	2.770	12,38	12,03	3.500	3,28	2,86	1.010	3,89	2,80
Laringe	6.390	6,17	6,31	1.540	6,86	8,44	1.280	1,20	0,96	420	1,30	0,92
Bexiga	6.690	6,43	7,79	1.920	8,59	9,20	2.790	2,63	2,21	890	3,42	2,61
Esôfago	8.240	7,99	6,73	1.450	6,46	7,04	2.550	2,38	1,67	540	1,85	1,38
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.150	5,79	4,80	2.140	8,46	6,54
Linfoma de Hodgkin	1.480	1,43	1,14	550	2,19	1,93	1.050	0,96	0,92	400	1,33	1,19
Linfoma não Hodgkin	5.370	5,19	5,42	1.480	6,59	6,81	4.810	4,55	4,19	1.520	6,10	5,44
Glandula Tireoide	1.570	1,49	1,50	500	1,87	1,76	8.040	7,57	5,88	2.490	10,01	7,02
Sistema Nervoso Central	5.810	5,62	5,49	1.340	6,10	6,55	5.510	5,17	5,17	1.400	5,63	4,70
Leucemias	5.940	5,75	5,51	1.480	6,69	6,58	4.860	4,56	4,29	1.190	4,72	4,59
Corpo do Útero	-	-	-	-	-	-	6.600	6,22	5,44	2.370	9,46	7,46
Pele Melanoma	2.920	2,82	2,69	800	3,34	3,31	3.340	3,16	2,15	880	3,42	2,74
Outras Localizações	41.480	40,17	35,26	9.470	42,62	43,45	36.230	34,17	29,04	8.920	36,00	28,39
Todas as Neoplasias, exceto Pele não Melanoma	214.970	208,32	217,27	52.410	235,91	226,91	202.040	190,61	191,78	61.450	247,95	199,05
Pele não Melanoma	85.170	82,53	-	17.020	76,60	-	80.410	75,84	-	17.230	69,60	-
Todas as Neoplasias Malignas	300.140	290,86	-	69.430	312,52	-	282.450	266,47	-	78.680	317,47	-
Todas as Neoplasias Malignas Corrigidas para Sub-Registro	324.580	314,55	-	-	-	-	310.300	292,74	-	-	-	-

Tabela 1: Números estimados para 2018 de incidência (Por 100 mil habitantes) de casos novos

As doenças cancerígenas ocupam o segundo lugar no índice de mortalidade no Brasil, fazendo com que sejam problema de saúde pública (**Tabela 1**)(JADÃO, 2013).

A fisioterapia teve crescimento nas áreas de oncologia, tendo estágios de reabilitação baseados em prevenção, restauração, suporte e paliativos. Os esforços do fisioterapeuta são combinados para atingir a funcionalidade potencial do paciente (GUIO, 1997). Dentro do pós-operatório, a fisioterapia apresenta grande importância para garantir o sucesso do tratamento, focando em reabilitação sensório motora, proporcionando ao paciente uma melhor recuperação e reinserção na sociedade assim como melhoria da qualidade de vida (DAROLT, 2011; TSAI, 2007). Atuando ainda em cuidados paliativos, as práticas fisioterapêuticas a pacientes sem possibilidades de cura busca auxiliar e amenizar sintomas e sinais físicos e patológicos de pacientes oncológicos. (MARCUCCI, 2004).

O fisioterapeuta atua no controle da dor através de manobras não invasivas, auxilia na redução de riscos de complicações e ainda na integridade cinético funcional de órgãos e sistemas. , enfatiza caminhos de prevenção que tem feito com que o caminho para o campo médico seja ampliado e legitimado para a atuação do fisioterapeuta, complementando assim suas habilidades, entretanto existe falta de maior fundamentação científica para a utilização de tais recursos (SAMPAIO, MOURA e RESENDE, 2005; FARIA, 2010).

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Foram realizadas pesquisas em bases de dados científicas, como Scielo, PEDro, Pubmed e Google Acadêmico. As seguintes palavras-chave foram utilizadas para a busca: Osteossarcoma, Câncer Ósseo, Fisioterapia, Tratamento fisioterapêutico em oncologia, Sarcoma Osteogénico.

Foram excluídos artigos que tratassem especificamente de outros tipos de câncer assim como técnicas fisioterapêuticas para tais.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria das células do nosso corpo possui capacidade de multiplicação. Esse é um processo natural do organismo, mas quando essa multiplicação ocorre de forma desordenada e sem controle de um determinado tecido que age de forma autônoma pelo organismo do hospedeiro, temos uma condição nomeada câncer maligno (DAROLT, 2011; DÁVIDA, 2007). As células cancerígenas apresentam bioquímica e morfologia alterada em relação a normal. Diferentemente do que se pensa, o câncer não é um processo que ocorre em células imaturas, mas um processo lógico e coordenado no qual uma célula normal sofre modificações (mutação) e adquire capacidades especiais.

Desse modo, o câncer consiste em uma série de alterações genéticas que resultam em uma quebra da integridade do ciclo celular (DAROLT, 2011).

Atualmente existem aproximadamente 180 tipos de câncer, que são classificados pela região ou área corporal onde ocorrem. (DAROLT, 2011). O uso do termo “câncer” é específico para neoplasias malignas tendo origem do latim “*cancer*” (caranguejo). Neoplasias benignas, não apresentam risco ao seu portador, pois tem um crescimento lento e ordenado e sem potencial invasivo ou migratório (DÁVIDA, 2007).

3.1 Osteossarcoma

O Osteossarcoma trata-se do mais comum dos tumores malignos primários dos ossos, sendo caracterizado, do ponto de vista histológico, por células mesenquimais neoplásticas que são formadoras de tecido ósseo imaturo ou matriz celular osteóide (GIMENEZ, 2007). Podendo também ser encontrado em tecido cartilaginoso ou fibroso (DÁVIDA, 2007), o Osteossarcoma é um tumor agressivo de crescimento rápido, com evolução dentro de semanas que apresenta dor e aumento do tamanho progressivo no local (STOLAGLI, 2008).

Existem diversos tipos de Osteossarcoma que podem ser agrupados em:

- 1) Parte anatômica do osso onde surgiu, sendo intramedular, intracortical ou superficial;
- 2) Grau de diferenciação;
- 3) Sincronia ou Metacronica, ou seja, Multicentricidade.
- 4) Primário ou Secundário.
- 5) Variantes histológicas sendo estes: Osteoplástico, Condrolástico Fibrolástico,
- 6) Telangiectásico de pequenas ou grandes (gigantes) células (DÁVIDA, 2007).

3.2 Tipos de Osteossarcoma:

Condroma: Tumor benigno que se caracteriza pela formação de cartilagem hialina madura. São frequentes e aparecem como lesões radiolúcidas, sendo principalmente nos ossos das mãos e pés, e em menor frequência, nas costelas e ossos longos (FILHO, 2008).

Condrossarcoma: é um tumor maligno, onde as células neoplásticas formam cartilagem (condroide) e não formam ossos (osteóide). Pode ser dividido em primário, quando se desenvolve em um osso previamente normal, e secundário quando se desenvolve a partir de uma lesão cartilaginosa benigna e pré-existente. Possuem número de células mais alta e têm um grande polimorfismo, apresentando grande número de células vacuolizadas com núcleos grandes ou duplos e com mitose presente em pequeno número (FILHO, 2008).

Tumores de Células Gigantes: São tumores benignos agressivos que se caracterizam por um tecido muito vascularizado, constituído por estroma de células fusiformes ou ovoides e pela presença numerosa de células gigantes do tipo osteoclasto, que é uniformemente distribuída por todo o tecido neoplástico (FILHO, 2008);

Tumores da Medula Óssea: Tumores malignos que se originam da medula óssea, sendo conhecido como Mieloma de Células Plasmáticas ou plasmocitoma. Pode ser único ou múltiplo. Se caracteriza pela presença de células redondas do tipo plasmócitos, possui diferentes graus de imaturidade e células atípicas. O Mieloma Solitário (plasmocitoma) é uma variante clínica e na maioria das vezes representa uma fase precoce do mieloma múltiplo (FILHO, 2008);

Tumores Fibrosos: Fibrossarcoma e Fibrohistiocitoma Maligno, são tumores que se caracterizam pela formação de feixes de fibras de colágeno entrelaçado ao lado de células fusiformes e apresentam ausência de formação de tecido ósseo ou cartilaginoso. Podem se apresentar como primários ou secundários (FILHO, 2008);

Tumores da Notocorda: Cordoma, se origina da Notocorda primitiva, geralmente a Notocorda desaparece no segundo mês de vida intrauterino, é localmente agressivo e raro. Raramente se manifestam antes dos 30 anos de idade, sua queixa mais frequente são as dores lombares, no cóccix ou na nádega (FILHO, 2008).

3.3 Sintomas

O mais frequente sintoma referido no Osteossarcoma é a dor. Pacientes acometidos relatam dor intermitente de leve intensidade, tornando-se contínua e intensa com o aumento visível e anormal do osso, ou ainda com fratura patológica (DAVIDA, 2007). Na maioria dos casos, a dor relatada é aguda (DAROLT, 2011). Em alguns casos também ocorre o aumento do volume local, como no tumor ósseo da pelve, condrossarcoma e outros. Tal quadro de dor não aumenta pelo exercício físico normal, mas pelo aumento do volume tumoral que comprime estruturas anatômicas nobres. Existem ainda alguns tumores onde a dor é discreta ou inexistente, sendo o primeiro fator clínico somente o aumento de volume local (MEHOAS, 2004).

3.4 Diagnóstico

A importância do diagnóstico precoce quando se trata de tumores ósseos primários é fundamental, principalmente quando são malignos (STOLAGLI, 2008). Para a investigação do diagnóstico, além da anamnese e exame físico, com mensuração clínica através de medição com fita métrica do diâmetro da tumoração, deve-se também incluir exames laboratoriais e radiológicos como: hemograma completo, clearance de creatinina, ureia, creatinina, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, transaminases, raio-X de tórax e local acometido, tomografia computadorizada, cintilografia óssea, ecocardiograma, ECG e audiometria. Tais exames auxiliam na avaliação da extensão (metástase), e avaliação de órgão mais comumente acometidos pela quimioterapia (DAVIDA, 2007).

Exames por imagem são realizados preferencialmente antes da biópsia, a fim de que não ocorram alterações anatômicas e tumorais provocadas por hematoma cirúrgico.

- 1) Radiografia: embora existam inúmeras técnicas de diagnóstico por imagem para avaliar tumores ósseos a radiografia permanece sendo a principal técnica de rastreamento por ser a mais barata. Ela detecta e caracteriza histologicamente muitos tumores ósseos, é o primeiro exame a ser realizado, avalia se a lesão é primária ou metástica, benigna ou maligna, permutativa ou linear, destrutivo ou não, e a reação periosteal (MEHOAS, 2004, BERQUIST, 1999).
- 2) Cintilografia Óssea: rastreia o esqueleto para verificação de possíveis lesões polioestóticas (MEHOAS, 2004).
- 3) Tomografia Computadorizada: utilizada na avaliação dos limites ósseos e calcificações infratumorais (MEHOAS, 2004).
- 4) Ressonância Magnética: Planejamento cirúrgico (MEHOAS, 2004).
- 5) Radiografia do Tórax: Verifica metástases no pulmão, por ser o sítio de maior frequência de lesões metástica dos sarcomas (MEHOAS, 2004).

3.5 Tratamento

Com os avanços no tratamento houve uma melhora substancial do prognóstico do osteossarcoma, o tratamento passou de basicamente a amputação (início dos anos 70), sem a possibilidade de terapias adjuvantes onde a sobrevida era de apenas 20%, para uma sobrevida de longo prazo de 60%. Seu tratamento básico inclui a quimioterapia e a cirurgias sendo essa, atualmente, feita com a preservação do membro (DAVIDA, 2007). A radioterapia não exerce papel importante nesse tipo de tumor, sendo usada apenas como uso paliativo para melhora de dor. Por outro lado, a quimioterapia apresenta resultados, apesar dos problemas referentes à toxicidade das drogas utilizadas. Dentro dos protocolos do tratamento quimioterápico, os mais utilizados são altas doses de metotrexato, doxorubicina e cisplatina. Outros protocolos utilizam drogas associadas as já citadas como vincristina, bleomicina, ciclofosfamida, ifosfamida e etopósido. O seu grande objetivo é erradicar a metástase e aumentar a segurança para cirurgia, diminuindo o tamanho dos tumores, sendo ineficiente para erradicar sozinha o tumor primário. Pode ser ainda usada pré-operatória, visando a diminuição do tumor para sua retirada total sem prejudicar o membro afetado (DAVIDA, 2007).

3.6 Tratamento Fisioterapêutico

A aplicação das técnicas fisioterapêuticas no período pós-operatório é de suma importância para o sucesso do tratamento em si, já que as técnicas em questão

têm foco em funcionalidade, força e amplitude de movimento, fatores estes que são reduzidos após a cirurgia (VENÂNCIO, 2016).

Seja qual for a forma de tratamento (cirúrgico ou quimioterápico, independente ou associado), uma taxa de debilitação no paciente pode ser constatada. Sendo assim, se faz necessário dar atenção aos efeitos destes, com ênfase no tratamento quimioterápico, por meio de detalhada anamnese e avaliação física, comparada a verificação de exames complementares (hemogramas, RX e bioquímicos) (MELKI, 2005).

Em tratamentos cirúrgicos com endoprótese total ou parcial, logo nas quarenta e oito primeiras horas de pós-operatório, pacientes são submetidos a exercícios isométricos e movimentação passiva. A partir dos primeiros sete dias são introduzidos exercícios assistido, livres, resistidos e treino sensório motor (MENDONÇA, CASSONE e BRANDALISE, 2008).

Em pacientes com Endoprótese total, as cargas no membro reconstruído permanecessem sem alteração durante os primeiros quatorze dias e os submetidos a endoprótese parcial nas seis primeiras semanas pós cirurgia. É esperado que, independentemente da forma de tratamento, em torno de 1 ano já chegue a observar funcionalidade no paciente (MENDONÇA, CASSONE e BRANDALISE, 2008).

As modalidades fisioterapêuticas utilizadas para minimização da dor resultantes do tratamento oncológico consistem em: Cinesioterapia, Eletrotermoterapia e Órteses (muletas, andadores, cadeiras adaptadas e coletes) e Termoterapia, somando-se a Massagem, Acupuntura, Técnicas de relaxamento, Distração e respiração. Técnicas de terapia manual podem ser utilizadas para auxílio complementar ao alívio da dor, diminuição da tensão muscular, melhora da circulação tecidual (FLORENTINO, 2012).

1) Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS): É um método que utiliza correntes elétricas para induzir analgesia. Pode estimular fibras sensoriais Ab, desse modo ativando Interneurônios inibitórios de dor situados no corno dorsal da medula (Neuromodulação). Pode ser usada em pacientes portadores de câncer, se levado em conta o local onde o eletrodo será aplicado (pele íntegra e sensibilidade ao toque preservada). Pacientes oncológicos, por vezes usufruem da morfina para analgesia, porém o uso crônico de morfina somada a correntes de baixa frequências do aparelho não gera resultados válidos, sendo indicado o uso de frequências maiores que 50 Hz, nesses casos. A TENS traz diversos pontos benéficos ao paciente oncológico como: redução da dor, aumento de nível funcional e atividade entre outros. É um método não invasivo e de fácil manuseio e aplicação, quenão apresenta restrição na maioria das idades quanto ao seu uso (jovens, adultos e idosos). Não apresenta efeitos colaterais assim como não é custoso (SAMPAIO, MOURA e RESENDE, 2005).

3) Massoterapia: Uma das formas mais antigas de controle da dor teve origem na china durante 2º século a.c.. É usada como forma de tratamento complementar no tratamento da dor (FERREIRA e LAURETTI, 2007), promovendo relaxamento muscular, alívio da dor, redução do estresse, redução dos níveis de ansiedade, produz

reversão de efeitos colaterais causados pelo tratamento quimioterápico como náuseas e vômitos. Uma das técnicas mais utilizadas é a massagem sueca, que promove aumento da circulação, metabolismo do tecido muscular, e elasticidade também estimula a drenagem venosa (SOUZA, 2012). Tem a capacidade de drenagem venosa, aumentando assim o metabolismo dos tecido muscular e elasticidade dos mesmos. A Massagem superficial (suave) dilata o vaso aumentando o fluxo sanguíneo. Também tem capacidade de diminuição da viscosidade do sangue, entre outras coisas (FERREIRA e LAURETTI, 2007).

2) Cinesioterapia: Restaura o desempenho funcional, utilização de exercícios que desenvolvem força e trofismo muscular, exercícios passivos, ativos e ativos assistidos, estimulam a marcha, condicionamento cardiovascular e respiratório (SOUZA, 2012).

Já quanto a outras técnicas como a de terapia manual podem ser eficazes como recurso para auxílio da dor, já que produzem estimulação mecânica dos tecidos essa consiste em uma aplicação rítmica de pressão e estiramento, reduzindo tensão muscular e melhora de circulação tecidual o que resulta em melhora na qualidade do sono e vida (MOZZINI, SCHUSTER e MOZZINI, 2007)

3) Termoterapia: As técnicas bolsa térmica e compressa de parafina podem ser usadas para aliviar a dor oncológica no controle paliativo, pois tem função de promover relaxamento muscular em pacientes com tumores primários e secundários. A Termoterapia ainda pode promover vasodilatação, remoção de produtos do metabolismo (mediadores químicos) que induzem dor, interferir no ciclo dor-espasmo-dor (reduzindo a atividade de vias eferentes Tipo II, e aumentando atividade de vias eferentes dos órgãos tendinosos de golgi). O calor Profundo (Ondas curtas, ultrassom e laser) é, todavia, contraindicado quando aplicada diretamente em áreas de tumor malignos. A Termoterapia deve ser evitada em áreas onde a sensação térmica é desprovida e onde exista insuficiência vascular (SAMPAIO, MOURA e RESENDE, 2005).

5) Crioterapia: É uma técnica terapêutica de não invasão consistente na ablação de lesões cutâneas através do congelamento celular das mesmas. É recomendada quando levada em consideração doenças cancerígenas com margens bem delimitadas e relativamente superficiais (PEREIRA, 2016). A crioterapia tem êxito histórico como técnica eficaz analgésica, além do seu baixo custo e relativamente fácil forma de aplicação. Apesar não apresentarem muitos estudos que relacionem diretamente a crioterapia e a oncologia, atualmente, o gelo possui grande capacidade de induzir analgesia, além de ser útil no controle inflamatório, o que auxilia em alguns casos oncológicos específicos (carcinoma inflamatório) (BALDINI, SALLES e SANTANA, 2010)

6) Acupuntura: É um aglomerado de conhecimentos teórico-empíricos vindos da medicina chinesa tradicional que tem como objetivo tanto a terapia quanto a cura de doenças fazendo uso de agulhas, sementes e moxas, entre outras técnicas (COSTA, 2017). Auxilia no controle dos efeitos resultantes da quimioterapia e radioterapia como:

alívio de náuseas e vômitos, analgesia prolongada, aumento dos leucócitos, também estimula o sistema imunológico (SOUZA, 2012).

4 | CONCLUSÃO

A fisioterapia tem intuito de controle da dor, usufruindo de técnicas específicas para tal ação, assim como ganho de ADM e força muscular no membro quando necessário. O bem estar físico do paciente é o principal enfoque do profissional.

REFERÊNCIAS

BALDINI, D. DOS S.; SALLES, M. T.; SANTANA, S. M. **A Atuação do Fisioterapeuta no Controle da Dor Oncológica: Uma Revisão de Literatura.** p. 1–17, 2010.

BERQUIST, T. H. et al. **Tumores Ósseos.** p. 523–528, 1999.

COSTA, A. DA C. et al. **A Acupuntura no Apoio ao Tratamento Quimioterápico: Uma Revisão Integrativa.** p. 180–191, 2017.

DAROLT, J.; FREITAS, T. P. DE; FREITAS, L. S. DE. **Diagnóstico cinesiológico-funcional de pacientes oncológicos internados no Hospital São José de Criciúma/SC.** v. 40, n. 2, p. 18–24, 2011.

DÁVIDA, D. S. **Osteossarcoma: Tratamento Quimioterápico.** 2007.

FERREIRA, A. DA S. M.; LAURETTI, G. R. **Massoterapia como Técnica Adjuvante no Controle da Dor em Pacientes Oncológicos sob Cuidados Paliativos.** p. 161–163, 2007.

FILHO, R. J. G. **Tumores ósseos e sarcomas dos tecidos moles.** v. 6, n. Figura 1, p. 102–119, 2008.

FLORENTINO, D. DE M. et al. **A Fisioterapia no Alívio da Dor: Uma Visão Reabilitadora Em Cuidados Paliativos.** 2012.

GIMENEZ, D. L. et al. **Tratamento dos Osteossarcoma.** v. 4, n. 10, p. 7–12, 2007.

GUIO, J. M. **Atuação Fisioterapêutica no Pré e Pós-operatório de Hermipelvectomy Interna Unilateral no Tratamento de Tumores Oncológicos.** 1997.

JADÃO, F. R. DE S. et al. **Avaliação dos fatores prognósticos e sobrevida de pacientes com Osteossarcoma atendidos em um Hospital Filantrópico de Teresina (PI), Brasil.** v. 48, n. 1, p. 87–91, 2013

MARCUCCI, F. C. I. **O Papel da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos a Pacientes com Câncer.** v. 51, n. 1, p. 67–77, 2004.

MELKI, F. H. **Proposta de protocolo de reabilitação para pacientes portadores de Endoprótese proximal de úmero pós- ressecção de Osteossarcoma.** Revista PIBIC, v. 2, p. 65–73, 2005.

MENDONÇA, S. M. H. DE; CASSONE, A. E.; BRANDALISE, S. R. **Avaliação Funcional dos Pacientes Portadores de Sarcomas Ósseos Submetidos a Tratamento Cirúrgico Utilizando a Endoprótese Total Ou Parcial na Substituição da Extremidade Distal do Fêmur.** v. 16, n. 1, p. 13–18, 2008.

MEOHAS, W. **Abordagem Inicial dos Tumores Ósseos**. p. 1–24, 2004.

MOZZINI, C. B.; SCHUSTER, R. C.; MOZZINI, A. R. **O Esvaziamento Cervical e o Papel da Fisioterapia na sua Reabilitação**. v. 53, n. 1, p. 55–61, 2007.

PEREIRA, M. T. D. S. R. S. **Crioterapia no Tratamento de Tumores Cutâneos**. 2016.

SAMPAIO, L. R.; MOURA, C. V. DE; RESENDE, M. A. DE. **Recursos Fisioterapêuticos no Controle da Dor Oncológica: Revisão da Literatura**. v. 51, n. 4, p. 339–346, 2005.

SILVA, J. A. G. DA. **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2018.

STOLAGLI, V. P.; EVANGELISTA, M. R. B.; CAMARGO, O. P. DE. **Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo**. v. 16, n. 4, p. 242–246, 2008.

SOUZA, C. F. DE M. et al. **A Fisioterapia Como Ferramenta Adjuvante no Tratamento do Sarcoma de Ewing. Um Estudo de Caso**. v. 1, n. 2, p. 21–35, 2012.

TSAI, L. Y. U. et al. **Protocolo Fisioterapêutico em Pacientes Submetidos à Endoprótese não Convencional de Joelho por Osteossarcoma: Estudo Prospectivo**. v. 42, n. 8, 2007.

VENÂNCIO, R. S. et al. **Physical Therapy at the postoperative of hip endoprosthesis for osteosarcoma: a case report**. n. December, 2016.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Bárbara Martins Soares Cruz - Fisioterapeuta. Mestre e doutora em Oncologia (A. C. Camargo Cancer Center). Pós-graduada em Fisioterapia em Terapia Intensiva (Inspirar). Pós-graduanda em Fisioterapia Cardiorrespiratória (Inspirar). Linfoterapeuta® (Clínica Angela Marx). Formação em Reequilíbrio Toracoabdominal® - RTA®. Docente na Uni Ateneu (unidade Lagoa de Messejana). Docente na Faculdade Inspirar (unidades Sobral e Teresina).

Larissa Louise Campanholi - Possui graduação em Fisioterapia pelo CESCAGE (2005), pós-graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo CBES (2007), aperfeiçoamento em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal pelo Hospital Pequeno Príncipe (2007), especialista em Fisioterapia em Oncologia pela ABFO/COFFITO (2012), mestrado (2009) e doutorado (2013) em Oncologia pela Fundação Antonio Prudente - A. C. Camargo Cancer Center. Atualmente é fisioterapeuta do Instituto Sul Paranaense de Oncologia (ISPON), docente do curso de Fisioterapia do CESCAGE e de diversas pós-graduações de Oncologia, coordenadora do curso de pós-graduação em Oncologia no IBRATE, Diretora Científica da Associação Brasileira de Fisioterapia em Oncologia (ABFO) e membro do comitê de fisioterapia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adoecer 53, 56, 63, 65
Alopecia 31, 32, 33, 34, 38, 39, 40
Assistência Integral à Saúde 45
Atuação Fisioterapêutica 85, 93
Avastin 41, 42, 43

C

Câncer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 93, 94
Câncer de Mama 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 31, 32, 33, 38, 39, 52, 53, 54, 66, 75, 81
Carcinoma Endometriode 42
Carcinoma epitelial do ovário 78
Carcinoma hepatocelular 21, 22
Colonoscopia de screening 29

D

Deiscência de Ferida Operatória 14

E

Enfermagem 14, 17, 19, 20, 31, 50, 65

F

Fisioterapia 12, 85, 87, 93, 94, 95

H

Hospitalização 45, 49, 60, 64

I

Idoso 45, 46, 47, 48, 49, 50
Imunoterapia 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75
Internato 51

N

Neoplasia 6, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 33, 41, 42, 51, 73, 79, 82
Neoplasia da Mama 14, 15
Neoplasias Endométrio 42
Neoplasias ovarianas 77, 78, 79, 80

O

Oncologia 12, 14, 21, 22, 27, 29, 31, 34, 38, 39, 40, 41, 45, 51, 56, 65, 67, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 82, 85, 87, 92, 95

P

Palição 22

Perfil Epidemiológico 1, 2, 11, 12

Projeto de ser 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 65

R

Recidiva 41, 42, 43, 44, 67

Remissão 41, 42, 43

Residência 7, 14, 21, 29, 31, 41, 45, 47, 51, 54, 56, 67, 77, 85

S

Sarcoma Osteogénico 85, 87

Saúde pública 50, 66, 67, 68, 87

T

Terapêutica 25, 27, 29, 69, 74, 77, 78, 82, 83, 92

Trastuzumabe 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Tratamento de Feridas 14, 19, 20

Tumor neuroendócrino de reto 29

V

Violência 51, 52, 53, 54, 55

