

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)



3ª edição revista e atualizada

Rio de Janeiro, RJ
2017



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilha igual 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Esta obra pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer (<http://controlecancer.bvs.br/>) e no Portal do INCA (<http://www.inca.gov.br>).

Tiragem: eletrônica – 3ª edição revista e atualizada – 2017

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA)
Rua Marquês de Pombal, 125
Centro – Rio de Janeiro – RJ
Cep 20230-240
Tel.: (21) 3207-5500
www.inca.gov.br

Organização

Luiz Claudio Santos Thuler (1ª e 2ª edições)
Mario Jorge Sobreira da Silva (3ª edição)

Equipe de Elaboração

Anexo

Edição

COORDENAÇÃO DE ENSINO
Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica
Rua Marquês de Pombal, 125
Centro – Rio de Janeiro – RJ
Cep 20230-240 – Tel.: (21) 3207-5500

Supervisão Editorial

Letícia Casado (1ª e 2ª edições)

Edição e Produção Editorial

Taís Facina (1ª e 2ª edições)
Christine Dieguez (3ª edição)

Copidesque

Rita Rangel de S. Machado (3ª edição)
Sara Sabino Pereira (Estagiária de letras - 3ª edição)

Revisão

Rita Rangel de S. Machado (1ª, 2ª e 3ª edições)
Maria Helena Rossi Oliveira (1ª e 2ª edições)
Fabrício Fuzimoto (estagiário de Produção Editorial, 1ª e 2ª edições)
Sara Sabino Pereira (estagiária de letras - 3ª edição)

Capa, Projeto Gráfico e Diagramação

Mariana Teles (1ª, 2ª e 3ª edições)

Normalização Bibliográfica

Iara Rodrigues de Amorim (1ª e 2ª edições)
Marcus Vinícius Silva - CRB 7/6619 (3ª edição)
Apoio OPAS: Carta acordo nº SCON 2016-03048

FICHA CATALOGRÁFICA

I59d Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 3. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2017.
108 p.

ISBN 978-85-7318-316-0 (versão eletrônica)

1. Comunicação em saúde. 2. Neoplasias – Prevenção e controle. 3. Educação em saúde. 4. Prospecto para educação de pacientes. I. Silva, Mario Jorge Sobreira da, org. II. Título.

CDD 302.232

Catálogo na fonte – Serviço de Educação e Informação Técnico-Científica

Títulos para indexação

Em inglês: Basic Approaches to the Cancer Control – revised 3 edition and updated

Em espanhol: ABC del cáncer: Abordajes básicas para el control del cáncer – 3ª edición revista y actualizada

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a participação dos discentes do programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, Turmas 2010 e 2015), do Curso de Especialização em Enfermagem em Oncologia (Turma 2011) e dos Cursos de Educação Profissional Técnica de Nível Médio do INCA (Turma 2015) na validação dos conteúdos do curso ABC do Câncer.

PREFÁCIO

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) tem o prazer e o orgulho de dividir com você este compêndio sobre o câncer.

Segunda causa de óbitos no país, com tendência de crescimento nos próximos anos, o câncer é uma questão de saúde pública, principalmente ao se levar em consideração seu percentual de prevenção: cerca de um terço dos casos novos de câncer no mundo poderia ser evitado.

Por isso, a Coordenação de Ensino (Coens) do INCA desenvolveu o Curso a Distância *ABC do Câncer*, cujo foco são os profissionais de saúde não especializados em oncologia e os alunos dos cursos de graduação na área da saúde, com o objetivo de compartilhar o conhecimento da instituição com quem atua ou atuará nas áreas de gestão, ensino, pesquisa e assistência, com grande potencial de colaborar na construção de políticas públicas e na prevenção, na detecção precoce e no controle do câncer.

Em uma linguagem simples, dinâmica e de fácil compreensão, o curso fornece informações básicas e objetivas, abrangendo todos os principais aspectos do câncer: definição, prevenção, tratamento, epidemiologia e políticas públicas.

Nosso objetivo é que você aproveite e aplique na prática tais conhecimentos. Acima de tudo, busquemos aliados na luta constante que é o controle do câncer no país.

Coordenação de Ensino do INCA

APRESENTAÇÃO

Atualmente, o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido.

A prevenção e o controle da doença são, por esse motivo, prioridades na agenda da saúde do Ministério da Saúde. Nesse contexto, um dos compromissos do INCA com a saúde da população brasileira é desenvolver atividades educacionais voltadas para a capacitação dos profissionais e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), colaborando na constituição da rede de cuidados integrais à saúde.

Dessa forma, o curso *ABC do Câncer – Abordagens Básicas para o Controle do Câncer* visa, consolidando as políticas governamentais de educação em saúde, a oferecer um conjunto de informações básicas e objetivas que facilitem o entendimento da dimensão do câncer, das medidas para o controle da doença e das estratégias de governo para o enfrentamento do problema.

O curso traz: **(A) abordagens**: uma forma de tratar algumas questões; **(B) básicas**: consideradas indispensáveis, imprescindíveis, fundamentais, essenciais, para o **(C) controle do câncer**, no sentido de somar esforços na compreensão das dimensões aqui abordadas – políticas de saúde, estratégias de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico até tratamento e cuidados paliativos – para diminuição da mortalidade pela doença no Brasil.

Estruturado em cinco unidades, o curso está disponibilizado no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) do INCA e tem acompanhamento de tutores qualificados para dúvidas dos alunos. Instruções sobre inscrição no curso podem ser obtidas na página do INCA na Internet (www.inca.gov.br) em *Cursos e Eventos*. As informações disponibilizadas no *ABC do Câncer* foram reunidas nesta publicação que, além de ser um material didático do curso, tem a intenção de democratizar o acesso ao conhecimento para diversos profissionais.

Boa leitura,

Coordenação de Ensino do INCA

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
LISTA DE TABELAS	10
UNIDADE I	11
1. INTRODUÇÃO	12
2. O QUE É O CÂNCER.....	13
2.1 Câncer e crescimento celular	13
2.2 Câncer: tipos de crescimento celular	14
2.3 Classificação das neoplasias	15
2.4 Câncer <i>in situ</i> e câncer invasivo.....	16
3. A FORMAÇÃO DO CÂNCER.....	17
3.1 Oncogênese.....	18
3.2 Agentes cancerígenos.....	19
4. A EVOLUÇÃO DOS TUMORES.....	19
4.1 Estadiamento	20
5. A NOMENCLATURA DOS TUMORES	21
6. OS PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER	22
7. PENSE NISSO	26
UNIDADE II.....	27
1. INTRODUÇÃO	28
2. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	29
2.1 A mudança do perfil epidemiológico ocorrida no Brasil	29
3. O NÚMERO DE CASOS NOVOS DE CÂNCER NO BRASIL.....	30
3.1 Casos novos por localização primária do tumor e sexo.....	30
3.2 Casos novos por região geográfica	31

3.3 Representação espacial	32
4. A MORTALIDADE POR CÂNCER NO BRASIL	33
4.1 Mortalidade proporcional	33
4.2 Mortalidade conforme a localização primária do tumor.....	35
4.3 Mortalidade por faixa etária e sexo.....	36
4.4 Número médio de anos potenciais de vida perdidos	37
5. A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DE DADOS	38
6. PENSE NISSO	39
UNIDADE III.....	40
1. INTRODUÇÃO	41
2. PREVENÇÃO	42
2.1 Causas de câncer	42
2.2 Classificação dos fatores de risco	45
2.3 Conhecimento em ação.....	49
3. DETECÇÃO PRECOCE	50
3.1 Diagnóstico precoce	50
3.2 Rastreamento	50
3.3 Recomendações para detecção precoce	51
3.4 Conhecimento em ação.....	51
4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	52
4.1 Principais formas de tratamento	53
4.3 Abordagem multidisciplinar integrada	56
4.4 Conhecimento em ação.....	56
5. CUIDADOS PALIATIVOS	57
5.1 Sinais e sintomas frequentes.....	58
5.2 Quando indicar cuidados paliativos	58

5.3 Responsáveis pelos cuidados paliativos	59
5.4 Modelos de assistência	60
5.5 Conhecimento em ação.....	61
6. PENSE NISSO	61
UNIDADE IV.....	62
1. Introdução	63
2. LINHAS DE CUIDADO	64
2.1 Desenho da história natural da doença.....	66
2.2 Organização das linhas de cuidado	67
2.3 Função das linhas de cuidado.....	67
2.4 Exemplo de linha de cuidado	68
3. HIERARQUIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS	70
UNIDADE V.....	73
REFERÊNCIAS.....	82
GLOSSÁRIO.....	87
EQUIPE DE ELABORAÇÃO (3ª Edição)	108
EQUIPE DE ELABORAÇÃO (1ª e 2ª Edições).....	109

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Caranguejo.....	13
Figura 2 – Hipócrates.....	13
Figura 3 – Células cancerosas.....	13
Figura 4 – Tipos de crescimento celular.....	14
Figura 5 – Diferenças entre tipos de tumores.....	15
Figura 6 – Metástase.....	16
Figura 7 – Mutação e câncer.....	17
Figura 8 – Passo a passo do processo de carcinogênese.....	18
Figura 9 – Taxas de incidência das localizações primárias, exceto pele não melanoma, por sexo, estimadas para 2016, no Brasil.....	31
Figura 10 – Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens e 100 mil mulheres, estimadas para o ano 2016, segundo a Unidade da Federação para todas as neoplasias.....	32
Figura 11 – Distribuição proporcional das causas de mortes, Brasil, 1930-2013.....	33
Figura 12 – As dez principais causas de morte por câncer, segundo sexo, Brasil, 2013.....	35
Figura 13 – Causas de câncer.....	43
Figura 14 – Estatísticas sobre as principais causas de câncer.....	45
Figura 15 – Quimioterapia.....	54
Figura 16 – Radioterapia.....	55
Figura 17 – História natural da doença.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativas de casos novos de câncer, Brasil, 2016\2017	31
Tabela 2 – Percentual de óbitos por residência, segundo o Capítulo II da CID 10, 2013.....	34
Tabela 3 – Número total de óbitos por câncer distribuído por faixa etária e sexo, Brasil, 2013	36
Tabela 4 – Número médio de APVP por todas as neoplasias, por 1 mil homens e mulheres, entre 2004 e 2013, partindo da premissa que o limite superior é 80 anos.....	37

UNIDADE I

O que é o câncer

The letters 'ABC' are rendered in a large, stylized font. The letter 'A' is formed by a silhouette of a person sitting on a chair. The letter 'B' is formed by a silhouette of a cancer cell with a nucleus and radiating lines. The letter 'C' is formed by a silhouette of a cancer cell with a nucleus and radiating lines. The background is a dark blue gradient with a lighter blue rectangular area containing the letters.

O que é o câncer

1. INTRODUÇÃO

Você sabe o que é o câncer e como ele se desenvolve em nosso corpo?

Nesta unidade, você verá que o termo câncer refere-se a uma variedade de doenças, com localizações e aspectos biológicos múltiplos.

Você vai conhecer ainda os principais termos utilizados no estudo do câncer e os aspectos mais relevantes dos tipos de câncer mais comuns.

2. O QUE É O CÂNCER

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, que significa caranguejo (Figura 1) e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina (Figura 2), que viveu entre 460 e 377 a.C.

O câncer não é uma doença nova. O fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já afetava o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo.

Atualmente, câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células (Figura 3), que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos.



Figura 1 - Caranguejo
Fonte: Stock.xchng.

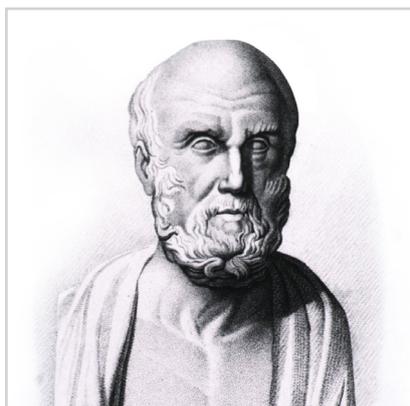


Figura 2 - Hipócrates
Fonte: U.S. National Library of Medicine, History of Medicine Division.

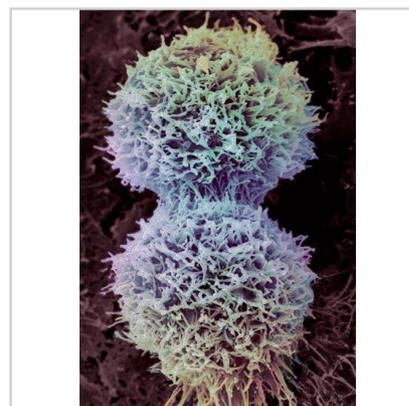


Figura 3 - Células cancerosas
Fonte: Science Photo Library.

2.1 Câncer e crescimento celular

As células normais que formam os tecidos do corpo humano são capazes de se multiplicar por meio de um **processo contínuo** que é natural. A maioria das células normais cresce, multiplica-se e morre de maneira ordenada, porém, nem todas são iguais: algumas nunca se dividem, como os neurônios; outras, como as células do tecido epitelial, dividem-se de forma rápida e contínua.

Dessa forma, a proliferação celular não implica necessariamente presença de malignidade, podendo simplesmente responder a necessidades específicas do corpo.

O que se entende por crescimento desordenado de células?

O crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento das células normais. As células cancerosas, em vez de morrerem, continuam crescendo incontrolavelmente, formando outras novas células anormais. Diversos organismos vivos podem apresentar, em algum momento da vida, anormalidade no crescimento celular – as células se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalhando-se para outras regiões do corpo – acarretando transtornos funcionais. O câncer é um desses transtornos.

O câncer se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas.

2.2 Câncer: tipos de crescimento celular

A proliferação celular pode ser controlada ou não controlada.

No crescimento controlado, tem-se um aumento localizado e autolimitado do número de células de tecidos normais que formam o organismo, causado por estímulos fisiológicos ou patológicos. Nele, as células são normais ou com pequenas alterações na sua forma e função, podendo ser iguais ou diferentes do tecido em que se instalam. O efeito é reversível após o término dos estímulos que o provocaram. A hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos desse tipo de crescimento celular (Figura 4).

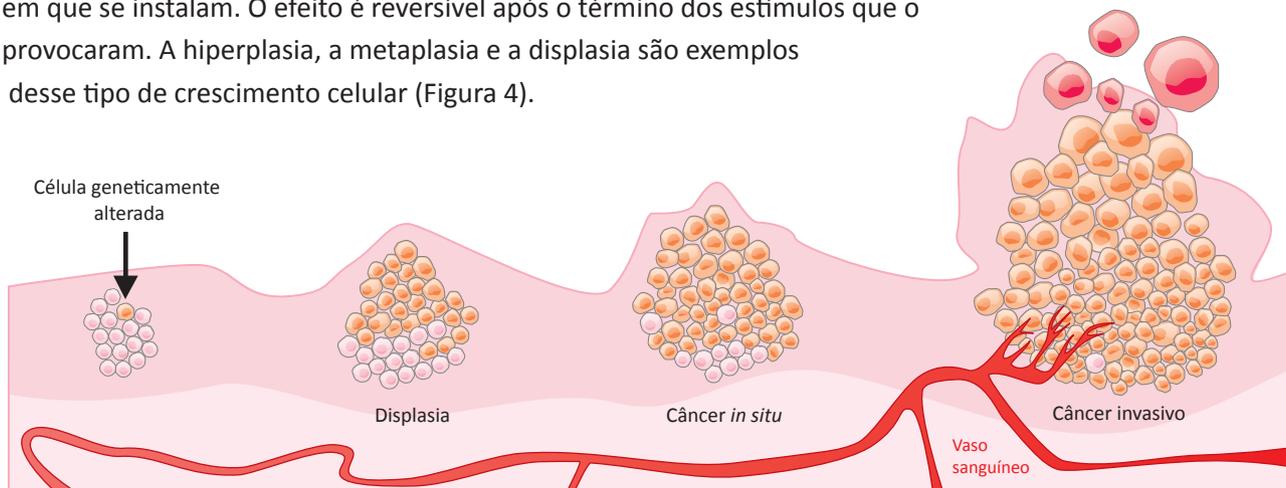


Figura 4 - Tipos de crescimento celular
Fonte: Ilustração de Mariana F. Teles.

No crescimento não controlado, tem-se uma massa anormal de tecido, cujo desenvolvimento é quase autônomo, persistindo dessa maneira excessiva após o término dos estímulos que o provocaram. As neoplasias (câncer *in situ* e câncer invasivo) correspondem a essa forma não controlada de crescimento celular e, na prática, são denominadas tumores.

2.3 Classificação das neoplasias

Como se viu no item 2.2, a neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem.

Neoplasias podem ser **benignas** ou **malignas** (Figura 5).

As neoplasias benignas e os tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e os tecidos adjacentes. O **lipoma** (que tem origem no tecido gorduroso), o **mioma** (que tem origem no tecido muscular liso) e o **adenoma** (tumor benigno das glândulas) são exemplos de tumores benignos.

As neoplasias malignas ou os tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro.

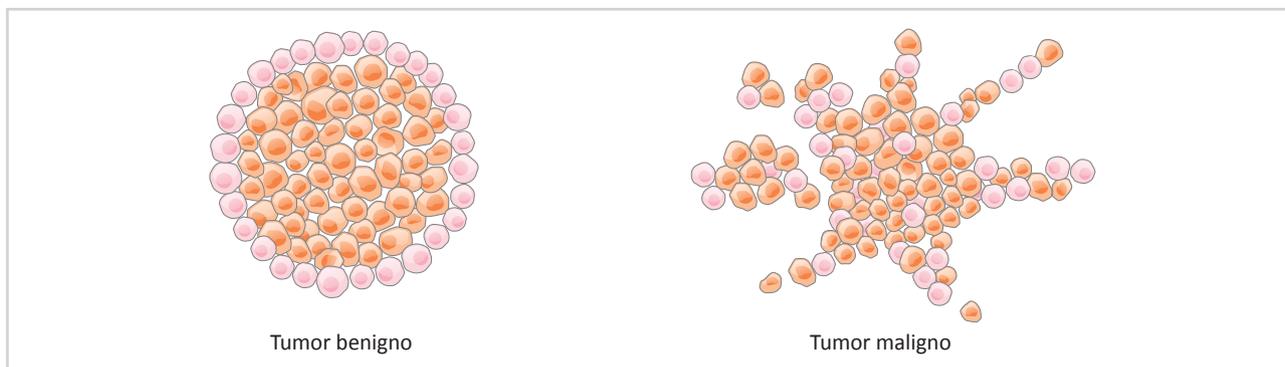


Figura 5 - Diferenças entre tipos de tumores
Fonte: Ilustração de Mariana F. Teles

O câncer é uma neoplasia maligna.

Quadro 1 - Principais diferenças entre tumores benignos e malignos

Tumor benigno	Tumor maligno
Formado por células bem diferenciadas (semelhantes às do tecido normal); estrutura típica do tecido de origem	Formado por células anaplásicas (diferentes das do tecido normal); atípico; falta diferenciação
Crescimento progressivo; pode regredir; mitoses normais e raras	Crescimento rápido; mitoses anormais e numerosas
Massa bem delimitada, expansiva; não invade nem infiltra tecidos adjacentes	Massa pouco delimitada, localmente invasivo; infiltra tecidos adjacentes
Não ocorre metástase	Metástase frequentemente presente

2.4 Câncer *in situ* e câncer invasivo

O câncer **não invasivo** ou **carcinoma *in situ*** é o primeiro estágio em que o câncer pode ser classificado (essa classificação não se aplica aos cânceres do sistema sanguíneo). Nesse estágio, as células cancerosas estão somente na camada de tecido na qual se desenvolveram e ainda não se espalharam para outras camadas do órgão de origem. A maioria dos cânceres *in situ* é curável se for tratada antes de progredir para a fase de câncer invasivo.

No **câncer invasivo**, as células cancerosas invadem outras camadas celulares do órgão, ganham a corrente sanguínea ou linfática e têm a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo. Essa capacidade de invasão e disseminação que os tumores malignos apresentam de produzir outros tumores, em outras partes do corpo, a partir de um já existente, é a principal característica do câncer. Esses novos focos de doença são chamados de metástases (Figura 6).

A capacidade invasiva das neoplasias malignas é a principal responsável pela dificuldade da erradicação cirúrgica.

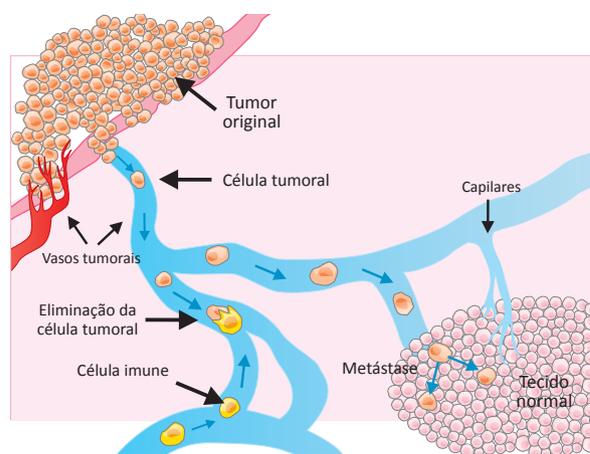


Figura 6 - Metástase
Fonte: Adaptado da ilustração de Alexandre Giannini.

3. A FORMAÇÃO DO CÂNCER

Uma célula normal pode sofrer uma mutação genética, ou seja, sofrer alterações no ácido desoxirribonucleico (DNA) dos Genes. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas atividades (Figura 7).

Independentemente da exposição a agentes cancerígenos ou carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que não alteram seu desenvolvimento normal.

As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que, a princípio, são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas.

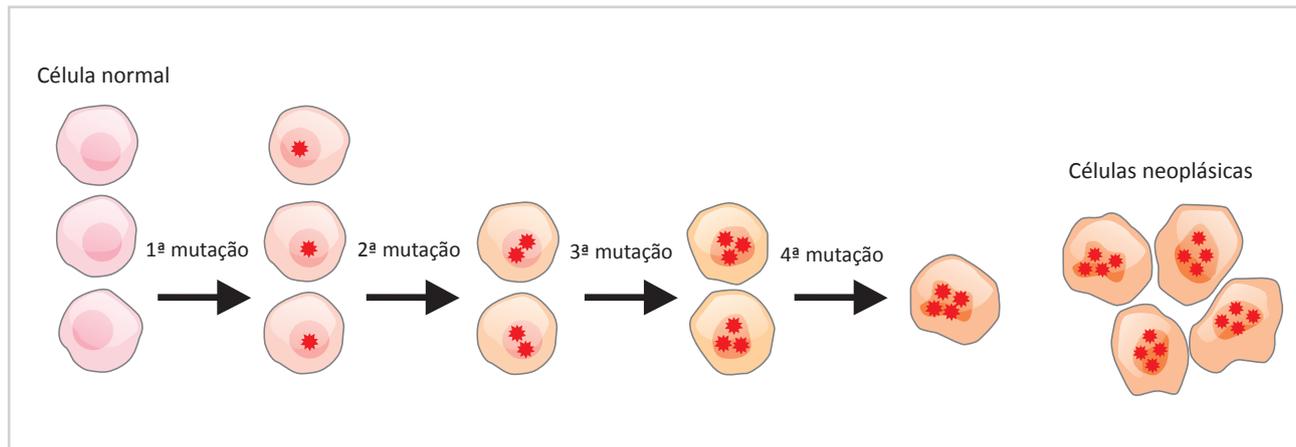


Figura 7 - Mutação e câncer
Fonte: Ilustração de Mariana F. Teles.

CLIQUE AQUI

Como se
comportam as
Células cancerosas

3.1 Oncogênese

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere-se e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e em dado período de tempo, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular.

Esse processo é composto por três estágios:

- Estágio de iniciação, no qual os genes sofrem ação dos agentes cancerígenos.
- Estágio de promoção, no qual os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada.
- Estágio de progressão, caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula.

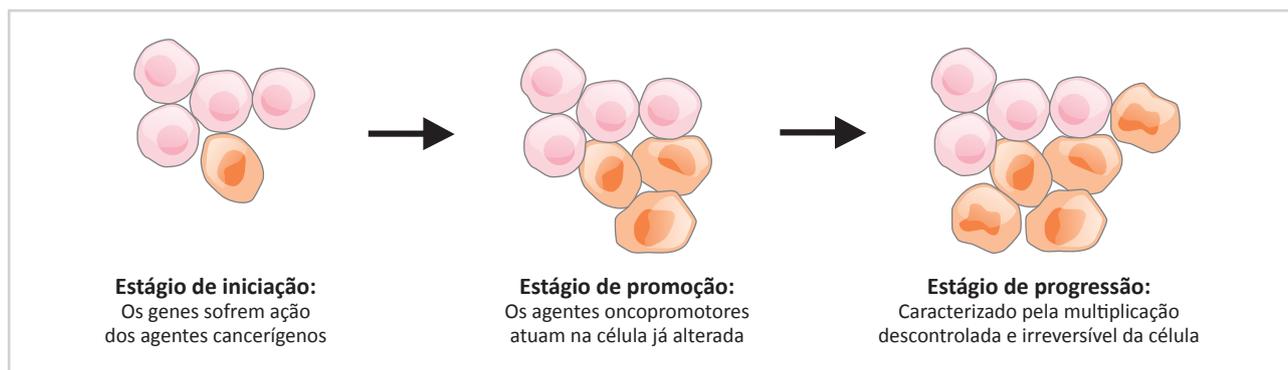


Figura 8 - Passo a passo do processo de carcinogênese
Fonte: Ilustração de Mariana F. Teles.

O período de latência varia com a intensidade do estímulo carcinogênico, com a presença ou a ausência dos agentes oncoiniciadores, oncopromotores e oncoaceleradores, e com o tipo e localização primária do câncer.

CLIQUE AQUI

Saiba mais sobre o
passo a passo do processo de
CARCINOGENESE

3.2 Agentes cancerígenos

A presença dos agentes cancerígenos, por si só, não pode ser responsabilizada pelo desenvolvimento dos tumores. Há, porém, casos em que isso acontece. Sabe-se que a exposição prolongada à substância química benzina pode aumentar o risco de produzir câncer na bexiga (principal tipo de câncer encontrado em trabalhadores das antigas indústrias de tintas, couros, borracha e papel que utilizavam benzina na sua fabricação) e o câncer de pulmão, que ocorre entre fumantes, em mais de 90% dos casos é consequência do tabagismo crônico.

Esses dois exemplos remetem a dois conceitos utilizados na epidemiologia: **causa necessária** e **causa suficiente**, em que, para que um indivíduo desenvolva uma doença, não basta a presença do agente específico da doença em seu organismo. É necessário que, sobre o indivíduo, atuem outras forças (ou causas) capazes de, em conjunto com o agente específico, provocar a doença.

O agente específico é a **causa necessária**. As outras forças são ditas causas predisponentes. Causa necessária e causas predisponentes formam a **causa suficiente**. Assim, as doenças multicausais, como o câncer, podem ter distintas causas suficientes.

4. A EVOLUÇÃO DOS TUMORES

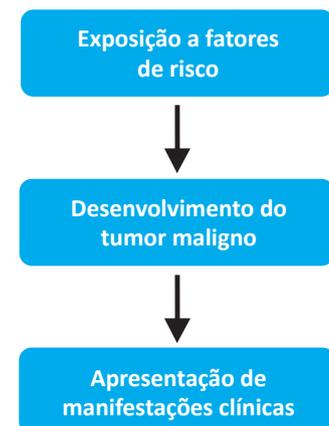
O conhecimento da forma como evoluem ou crescem alguns tumores permite que eles sejam previstos ou identificados quando a lesão ainda está na fase pré-neoplásica, ou seja, em uma fase em que a doença ainda não se desenvolveu.

A evolução do tumor maligno depende:

- Da velocidade do crescimento tumoral.
- Do órgão que o tumor está localizado.
- De fatores constitucionais de cada pessoa.
- De fatores ambientais etc.

Frente a essas características, os tumores podem ser detectados em diferentes fases:

- Fase pré-neoplásica (antes de a doença se desenvolver).
- Fase pré-clínica ou microscópica (quando ainda não há sintomas).
- Fase clínica (apresentação de sintomas).



4.1 Estadiamento

Independente da fase em que o câncer é detectado, há necessidade de se classificar cada caso de acordo com a extensão do tumor. O método utilizado para essa classificação é chamado de **estadiamento** e sua importância está na constatação de que a evolução da doença é diferente quando ela está restrita ao órgão de origem ou quando se estende a outros órgãos.

O estadiamento pode ser clínico e patológico.

Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, que estão em constante aperfeiçoamento.

Essa classificação permite ao médico especialista em oncologia propor o tratamento mais adequado para cada paciente, uma vez que dois pacientes, com o mesmo tipo de câncer, mas com estadiamentos diferentes, podem ter diferentes propostas de tratamento.

O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Esse sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou a ausência de metástases a distância (M). Esses parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4; de N0 a N3; e de M0 a M1, respectivamente.

O estágio de um tumor reflete não apenas a taxa de crescimento e a extensão da doença, mas também o tipo de tumor e a sua relação com o hospedeiro. Assim, além do TNM, a classificação das neoplasias malignas deve considerar também: localização, tipo histopatológico, produção de substâncias e manifestações clínicas do tumor, além de sexo, idade, comportamentos e características biológicas do paciente.

CLIQUE AQUI

Saiba mais
sobre
ESTADIAMENTO

CLIQUE AQUI

Exemplo em
TNM - Clínico

CLIQUE AQUI

Livro
**TNM - Classificação
de Tumores Malignos**



5. A NOMENCLATURA DOS TUMORES

A nomenclatura dos diferentes tipos de câncer está relacionada ao tipo de célula que deu origem ao tumor. Como o corpo humano possui diferentes tipos de células que formam os tecidos, o nome dado aos tumores depende do tipo de tecido que lhes deu origem.

Nos tumores benignos, a regra é acrescentar o sufixo *oma* (tumor) ao termo que designa o tecido que os originou.

Exemplos:

- Tumor benigno do tecido cartilaginoso: condroma.
- Tumor benigno do tecido gorduroso: lipoma.
- Tumor benigno do tecido glandular: adenoma.

Obs.: Essa regra possui algumas exceções, como o melanoma, o linfoma e o sarcoma, que são tumores malignos.

Nos tumores malignos, considera-se a origem embrionária dos tecidos de que deriva o tumor:

- Tumores malignos originados dos epitélios de revestimento externo e interno são denominados carcinomas; quando o epitélio de origem é glandular, passam a ser chamados adenocarcinomas. Exemplos: carcinoma de células escamosas, carcinoma basocelular, carcinoma sebáceo.
- Tumores malignos originados dos tecidos conjuntivos (mesenquimais) têm o acréscimo de sarcoma ao final do termo que corresponde ao tecido. Exemplo: tumor do tecido ósseo – osteossarcoma.

Ainda sobre a nomenclatura dos tumores, cabe ressaltar que, geralmente, além do tipo histológico, acrescenta-se a topografia. Por exemplo:

- Adenocarcinoma de pulmão.
- Adenocarcinoma de pâncreas.
- Osteossarcoma de fêmur.

Entretanto, há exceções. A nomenclatura dos tumores pode ser feita também das seguintes formas:

- Utilizando o nome dos cientistas que os descreveram pela primeira vez (ou porque sua origem celular demorou a ser esclarecida, ou porque os nomes ficaram consagrados pelo uso). Exemplos: linfoma de Burkitt, sarcoma de Kaposi e tumor de Wilms.
- Utilizando os nomes sem citar que são tumores, como por exemplo: doença de Hodgkin; mola Hidatiforme e micose fungoide. Embora os nomes não sugiram sequer neoplasia, trata-se de tumores do sistema linfático, de tecido placentário e da pele, respectivamente.

6. OS PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Entretanto, alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão, por sua vez, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos.

Os vários tipos de câncer são classificados de acordo com a localização primária do tumor. Exemplo: colo do útero, mama e pulmão.

Para informações sucintas sobre os tipos de câncer mais incidentes na população brasileira, clique nos tipos a seguir:

Câncer da cavidade oral (boca)

É o câncer que afeta os lábios e o interior da cavidade oral, o que inclui gengivas, mucosa jugal (bochechas), palato duro (céu da boca), língua (principalmente as bordas), assoalho da língua (região embaixo da língua) e amígdalas. O câncer dos lábios é mais comum em pessoas brancas, ocorre mais frequentemente no lábio inferior e está associado à exposição solar, ao tabagismo e ao etilismo.

Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/definicao>

Câncer de cólon e reto (intestino)

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, quando detectado precocemente, e quando ainda não atingiu outros órgãos. Grande parte desses tumores se inicia a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Uma maneira de prevenir o aparecimento dos tumores é a detecção e a remoção dos pólipos antes de eles se tornarem malignos.

Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/definicao>

Câncer de esôfago

No Brasil, o câncer de esôfago figura entre os dez mais incidentes (6º entre os homens e 14º entre as mulheres). O tipo de câncer de esôfago mais frequente é o carcinoma de células escamosas (também

chamado de carcinoma escamoso, carcinoma epidermoide ou carcinoma espinocelular), responsável por 96% dos casos. Outro tipo, o adenocarcinoma, vem aumentando significativamente.

Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/esofago/definicao>

Câncer de estômago

Também denominado câncer gástrico. Os tumores do estômago apresentam-se, predominantemente, na forma de três tipos histológicos: adenocarcinoma (responsável por 95% dos tumores), linfoma (diagnosticado em cerca de 3% dos casos) e leiomiossarcoma (iniciado em tecidos que dão origem aos músculos e aos ossos).

O pico de incidência se dá, em sua maioria, em homens, por volta dos 70 anos. Cerca de 65% dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago têm mais de 50 anos. No Brasil, esses tumores aparecem em quarto lugar na incidência entre homens e em sexto entre as mulheres. Dados estatísticos revelam declínio da incidência em diferentes países, incluindo o Brasil.

Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/estomago/definicao>

Câncer de mama

Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres. Se diagnosticado e tratado precocemente, o prognóstico é relativamente bom. O envelhecimento é seu principal fator de risco. Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, não ter tido filhos, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama.

Leia mais em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/

Câncer de pele do tipo melanoma

O melanoma cutâneo é um tipo de câncer de pele que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e tem predominância em adultos brancos. O melanoma representa apenas 4,6% das neoplasias malignas da pele, sendo o tipo mais grave em razão da sua alta possibilidade de metástase.

O prognóstico desse tipo de câncer pode ser considerado bom, se detectado nos estádios iniciais. Nos últimos anos, houve uma grande melhora na sobrevivência dos pacientes com melanoma, principalmente em função da detecção precoce do tumor.

Leia mais em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma

Câncer de pele não melanoma

É o câncer mais frequente no Brasil, e corresponde a cerca de 26% de todos os tumores malignos registrados no país. Apresenta altos percentuais de cura, se for detectado precocemente. Entre os tumores de pele, o tipo não melanoma é o de maior incidência e menor mortalidade.

O câncer de pele é mais comum em pessoas com mais de 40 anos, sendo relativamente raro em crianças e negros, com exceção daqueles portadores de doenças cutâneas prévias. Pessoas de pele clara, sensíveis à ação dos raios solares, são as principais acometidas.

Como a pele - maior órgão do corpo humano - é heterogênea, o câncer de pele não melanoma pode apresentar tumores de diferentes linhagens. Os mais frequentes são o carcinoma basocelular (responsável por 70% dos diagnósticos) e carcinoma de células escamosas ou carcinoma epidermoide (representando 25% dos casos). O carcinoma basocelular, apesar de ser o mais incidente, é também o menos agressivo.

Leia mais em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_ao_melanoma

Câncer de próstata

Mais do que qualquer outro tipo, o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames),

pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte. A maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm³) que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem.

Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata>

Câncer de pulmão

É o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento de 2% ao ano na incidência mundial. Em 80% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. Altamente letal, a sobrevivência média cumulativa total em cinco anos varia entre 13% e 21% em países desenvolvidos e entre 7% e 10% nos países em desenvolvimento. No fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis em todo o mundo.

Evidências na literatura científica mostram que pessoas com câncer de pulmão apresentam risco aumentado para desenvolver um segundo câncer de pulmão e que irmãos e filhos de pessoas que tiveram câncer de pulmão apresentam risco levemente aumentado de desenvolvimento desse câncer. Entretanto, é difícil estabelecer o quanto desse maior risco decorre de fatores hereditários e o quanto é por conta do tabagismo.

Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>

Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero, também chamado de câncer cervical, demora muitos anos para se desenvolver. As alterações das células que podem desencadear o câncer são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como exame de Papanicolaou), por isso é importante a sua realização periódica a cada três anos após dois exames anuais consecutivos negativos. A principal alteração que pode levar a esse tipo de câncer é a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), com alguns subtipos de alto risco e relacionados a tumores malignos.

Leia mais em:
http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/

Leucemias

Doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos) do sangue. Sua principal característica é o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais.

Obs.: a medula óssea produz as células que dão origem às células sanguíneas, que são os glóbulos brancos, os glóbulos vermelhos e as plaquetas.

Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/definicao>



7. PENSE NISSO

- O câncer, como você viu, pode surgir em qualquer parte do corpo.
- Existem mais de 100 tipos diferentes de câncer, cada um com características clínicas e biológicas diversas, que devem ser estudadas para que o diagnóstico, o tratamento e o seguimento sejam adequados.
- Ainda existem muitas ideias erradas sobre a doença. A palavra câncer traz em si alguns mitos. Muitas vezes, uma má interpretação de fatos relacionados ao câncer e/ou uma generalização de um caso isolado da doença, assim como especulações, acabam por fazer com que essas ideias e até mesmo crenças apresentem-se como verdades.
- Todo profissional de saúde deve ter conhecimentos sólidos sobre o câncer para que possa informar, cuidar e encaminhar corretamente seus pacientes.
- Face à gravidade da situação do câncer como problema de saúde que atinge toda a população, todos os profissionais de saúde, em maior ou menor grau, são responsáveis pelo sucesso das ações de controle da doença.

UNIDADE II

Magnitude do problema



Magnitude do problema

1. INTRODUÇÃO

Você tem noção do tamanho do problema que o câncer representa?

Nesta Unidade, você vai tomar conhecimento de uma série de dados que traduzem a magnitude do câncer no Brasil.

É a partir das informações sobre o número de casos novos (incidência), de casos existentes (prevalência) e de óbitos (mortalidade) por câncer que se define sua importância epidemiológica para a coletividade, e que ele é classificado como um problema de saúde pública.

Somente a partir de informações de qualidade sobre a morbidade e a mortalidade de uma doença é que medidas efetivas para seu controle podem ser estabelecidas.

2. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Nas últimas décadas, vêm ocorrendo no Brasil mudanças nas causas de mortalidade e morbidade, em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. Esse fenômeno é chamado de transição epidemiológica ou mudança do perfil epidemiológico.

Esse processo engloba, basicamente, três mudanças:

- Aumento da morbimortalidade pelas doenças e agravos não transmissíveis e pelas causas externas.
- Deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para grupos mais idosos.
- Transformação de uma situação em que predomina a mortalidade, para outra na qual a morbidade é dominante, com grande impacto para o sistema de saúde.

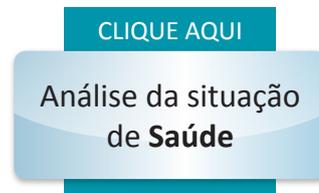
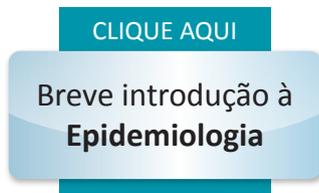
O câncer está entre as doenças não transmissíveis que impactam na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira

2.1 A mudança do perfil epidemiológico ocorrida no Brasil

Vários fatores explicam a participação do câncer na mudança do perfil de adoecimento da população brasileira. Entre eles, pode-se citar:

- A maior exposição a agentes cancerígenos: os atuais padrões de vida adotados em relação ao trabalho, à alimentação e ao consumo, de modo geral, expõem os indivíduos a fatores ambientais (agentes químicos, físicos e biológicos) resultantes de mudanças no estilo de vida das pessoas e do processo de industrialização cada vez mais intenso.
- O prolongamento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, que estão relacionados a:
 - Redução do número médio de filhos (nascidos vivos) por mulher em idade reprodutiva.
 - Melhoria das condições econômicas e sociais, refletindo também na melhoria de saneamento das cidades.
 - Evolução da medicina e uso de antibióticos e vacinas.
 - Aprimoramento dos métodos para se diagnosticar o câncer.
 - Aumento no número de óbitos pela doença.
 - Melhoria da qualidade e do registro da informação.

Atualmente, registra-se o aumento da Incidência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico – mama, próstata e cólon e reto – ao mesmo tempo em que se observam taxas de incidência elevadas de tumores geralmente associados a condições sociais menos favorecidas – colo do útero, estômago, cabeça e pescoço. Saiba mais sobre a importância da epidemiologia em:



3. O NÚMERO DE CASOS NOVOS DE CÂNCER NO BRASIL

O número de casos novos de câncer cresce a cada ano. Para **2016/2017**, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é a ocorrência de **596.070 casos novos de câncer no Brasil** para cada um desses anos.

A estimativa de casos novos de câncer pode ser analisada sob dois diferentes aspectos: por localização primária do tumor ou por região geográfica.

3.1 Casos novos por localização primária do tumor e sexo

Por localização primária do tumor e sexo

Como você pode observar na Figura 9, os tipos de câncer mais incidentes (exceto pele não melanoma), por localização primária e gênero, esperados para 2016/2017, no Brasil, são:

- Homens: próstata, traqueia, brônquio e pulmão e cólon e reto.
- Mulheres: mama, cólon e reto, colo do útero.

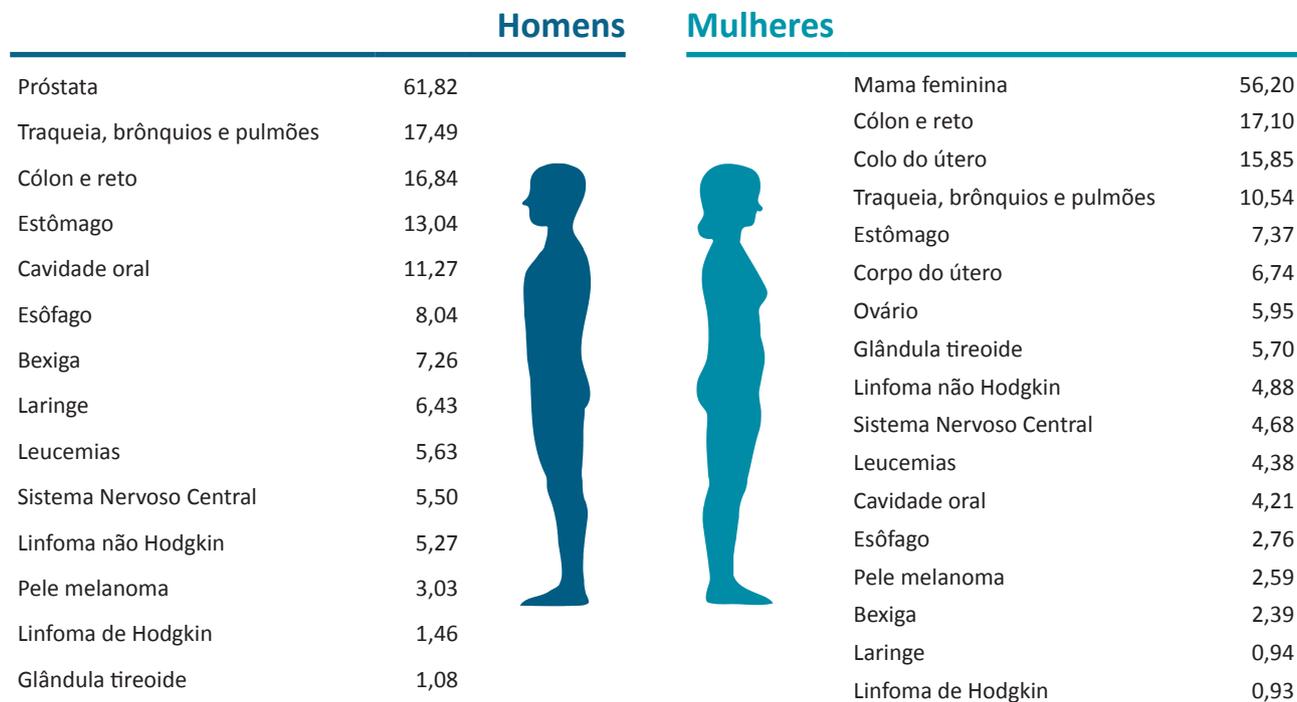


Figura 9 - Taxas de incidência das localizações primárias, exceto pele não melanoma, por sexo, estimadas para 2016, no Brasil
Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016.

3.2 Casos novos por Região

As estimativas de câncer (Tabela 1) são de grande importância. A partir delas, ações para o controle dos tipos de câncer mais esperados podem ser planejadas e, tanto os serviços de saúde quanto os profissionais em saúde, podem se preparar para oferecer as diversas modalidades de atendimento à população.

Tabela 1- Estimativa de casos novos de câncer, Brasil, 2016 e 2017

Região	Estimativas de casos novos
Sudeste	291.090 (48,8%)
Sul	131.880 (22,1%)
Nordeste	107.180 (18%)
Centro-Oeste	44.430 (7,5%)
Norte	21.490 (3,6%)
BRASIL	596.070 (100%)

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016.

Por isso, é fundamental que você conheça as estimativas relativas aos tipos de câncer mais esperados para 2016/2017 no seu Estado. Na publicação do INCA *Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil* você pode ver também outros dados da estimativa de casos novos de câncer para o Brasil, Estados, Distrito Federal e capitais.

3.3 Representação espacial

A representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens e mulheres estimadas para o ano 2016, segundo a Unidade da Federação, para todas as neoplasias, é apresentada na Figura 10.

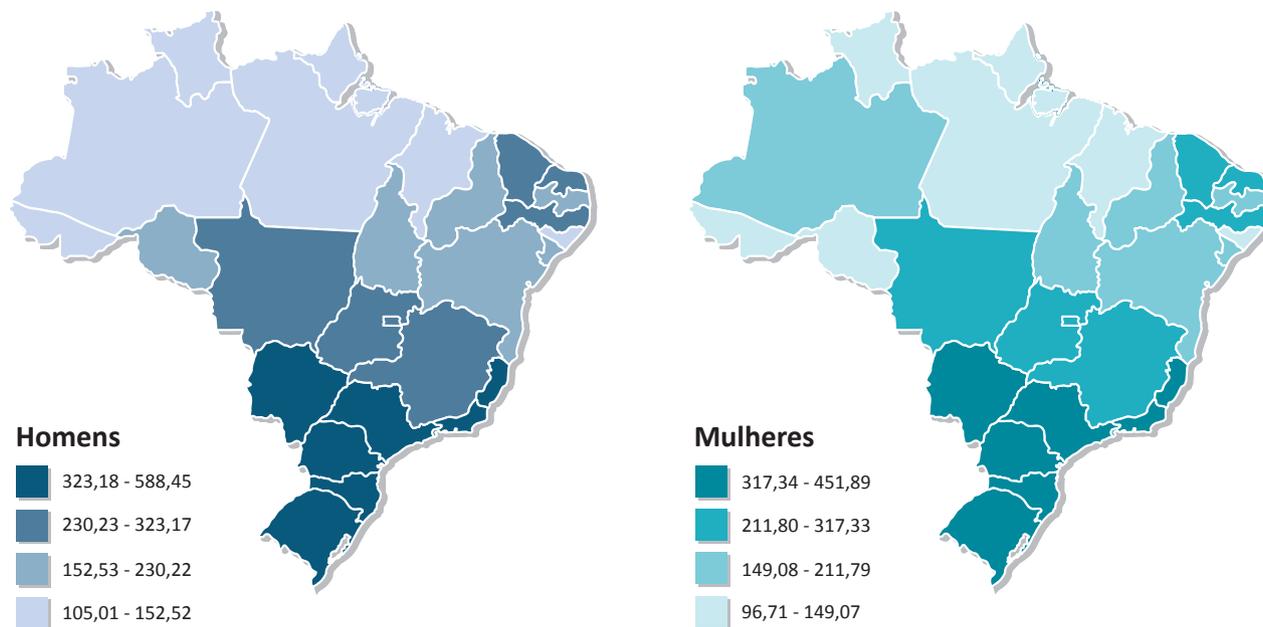


Figura 10 - Representação espacial das taxas brutas de incidência por 100 mil homens e 100 mil mulheres, estimadas para o ano 2016, segundo a Unidade da Federação para todas as neoplasias

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2016.

4. A MORTALIDADE POR CÂNCER NO BRASIL

No Brasil, a mortalidade por neoplasias vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas, ao mesmo tempo em que diminuíram as mortes por doenças infectoparasitárias, o que pode ser observado no gráfico a seguir.

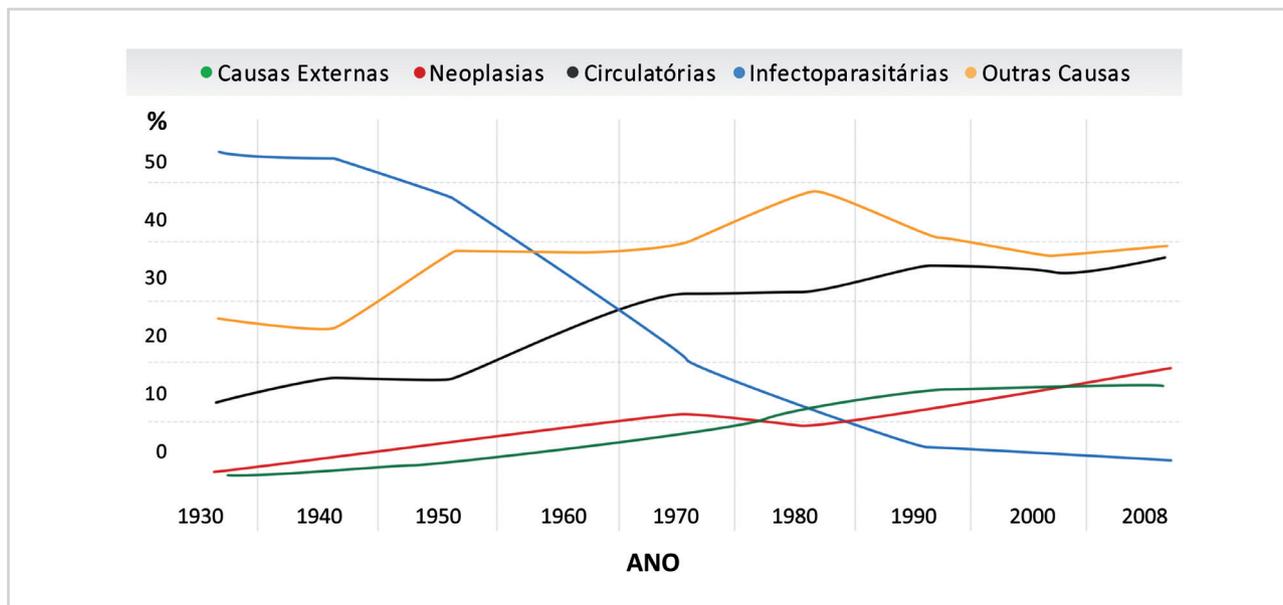


Figura 11 - Distribuição proporcional das causas de morte, Brasil, de 1930 a 2013

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Divisão de Vigilância e Análise de Situação/Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev)/INCA/Ministério da Saúde.

4.1 Mortalidade proporcional

Em 2013, de acordo com as informações de mortalidade (Tabela 2), segundo o Capítulo II da décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), as neoplasias (tumores) são a segunda causa de óbito na população, o que representou mais de 16,3% do total de óbitos ocorridos no país.

Tabela 2 - Percentual de óbitos por doença, segundo Capítulo II da CID-10, 2013

Grupo de causas	Total (%)
Doenças do aparelho circulatório	28,1
Neoplasias (tumores)	16,3
Causas externas de morbidade e mortalidade	12,5
Doenças do aparelho respiratório	11,4
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6,2
Sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	5,9
Doenças do aparelho digestivo	5,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,3
Doenças do sistema nervoso	2,5
Doenças do aparelho geniturinário	2,5
Algumas afecções originadas no período perinatal	1,9
Transtornos mentais e comportamentais	1,1
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	0,9
Doenças do sangue, órgãos hematológicos e transunitários	0,5
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	0,4
Doenças de pele e do tecido subcutâneo	0,3
Gravidez, parto e puerpério	0,1
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	0,0
Doenças do olho e anexos	0,0
Total	100,00%

Fonte: SIM. Divisão de Vigilância e Análise de Situação/Conprev/INCA/Ministério da Saúde.

CLIQUE AQUI

Para conhecer as principais causas de morte em seu Estado

4.2 Mortalidade conforme a localização primária do tumor

O câncer é uma doença que pode acometer diversos órgãos do corpo. O órgão no qual é diagnosticado o tumor é reconhecido como a localização primária da doença.

- Os cânceres de pulmão, estômago, próstata, cólon e reto e mama aparecem entre as cinco maiores causas de mortalidade por câncer na população brasileira.
- As três principais causas de óbito por câncer entre os homens, em 2013, foram: em primeiro lugar, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões, seguido por câncer de próstata e câncer de estômago.
- As três maiores causas de óbito por câncer entre as mulheres, em 2013, foram: em primeiro lugar o câncer de mama, seguido por câncer de traqueia, brônquios e pulmões e câncer do cólon e reto.

Homens				Mulheres			
CID 10	Localização Primária	Óbitos	%	CID 10	Localização Primária	Óbitos	%
C33-34	Traqueia, brônquios e pulmões	14.811	14,3	C50	Mama	14.206	15,7
C61	Próstata	13.772	13,3	C33-34	Traqueia, brônquios e pulmões	9.675	10,7
C16	Estômago	9.142	8,8	C18-21	Cólon, reto e ânus	8.024	8,9
C18-21	Cólon e reto	7.387	7,1	C53	Colo do útero	5.430	6,0
C15	Esôfago	6.203	6,0	C16	Estômago	5.040	5,6
C22	Fígado e vias biliares intra-hepáticas	5.012	4,2	C25	Pâncreas	4.335	4,8
C70-72	Sistema Nervoso Central	4.374	4,2	C70-72	Sistema Nervoso Central	3.983	4,4
C00-10	Cavidade oral	4.223	3,5	C22	Fígado e vias biliares intra-hepáticas	3.759	4,2
C25	Pâncreas	4.373	3,1	C80	Localização primária desconhecida	3.054	3,4
C32	Laringe	3.635	2,5	C56	Ovário	3.283	3,6
C91-95	Leucemias	3.439	1,8	C91-95	Leucemias	2.877	3,2
C80	Localização primária desconhecida	3.264	1,7	C55	Étero, soe	2.080	2,3
C82-85 + C96	Linfoma não Hodgkin	2.303	1,0	C82-85 + C96	Linfoma não Hodgkin	1.851	2,1
C67	Bexiga	2.542	1,8	C15	Esôfago	1.727	1,9
C76	Outras localizações mal definidas	1.873	1,7	C26	Outras localizações mal definidas do aparelho digestivo	1.777	2,0
C26	Outras localizações mal definidas do aparelho digestivo	1.736	2,2	C76	Outras localizações mal definidas	1.622	1,8
C64	Rim	1.764	1,2				
C90	Mieloma múltiplo e neoplasia maligna de plasmócitos	1.289	1,2				
C44	Outras neoplasias malignas da pele	1.000	1,0				
-	Outras localizações	21.727	21,0	-	Outras localizações	17.505	19,4
Todas as neoplasias		103.665	100,0	Todas as neoplasias		90.228	100,0

Figura 12 - As dez principais causas de morte por câncer, segundo sexo, Brasil, 2013
Fontes: SIM. IBGE. Divisão de Vigilância e Análise de Situação/Conprev/INCA/Ministério da Saúde.

4.3 Mortalidade por faixa etária e sexo

Esse tipo de análise permite conhecer a distribuição percentual dos óbitos por câncer em cada faixa etária, por sexo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Refletindo sobre os números:

- O menor número de óbitos na faixa etária de 0 a 19 anos está diretamente relacionado com a baixa ocorrência de câncer em crianças e adolescentes quando comparado ao número de casos da doença entre os adultos e idosos.
- O deslocamento da concentração de óbitos para grupos etários cada vez mais elevados reflete a redução da mortalidade em idades jovens – sobretudo adultos jovens – e o consequente aumento da expectativa de vida da população.

Tabela 3 - Número total de óbitos por câncer distribuído por faixa etária e sexo, Brasil, 2013

Faixa etária	Homens	Mulheres
Número de óbitos		
Menor de 1 ano	58	55
De 1 a 4 anos	319	260
De 5 a 9 anos	352	247
De 10 a 14 anos	337	266
De 15 a 19 anos	581	359
De 20 a 29 anos	1.228	1.199
De 30 a 39 anos	2.414	3.775
De 40 a 49 anos	6.908	9.123
De 50 a 59 anos	18.010	16.473
De 60 a 69 anos	25.435	19.808
De 70 a 79 anos	26.107	19.410
80 anos e mais	19.536	17.136
Idade ignorada	32	8
Total	101.317	88.119

Fonte: SIM. IBGE. Divisão de Vigilância e Análise de Situação/Conprev/INCA/Ministério da Saúde.

Importância desse indicador:

- Identificar a necessidade de estudos sobre as causas de morte por idade e sexo.
- Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde voltados para grupos etários específicos.
- Você pode analisar outros dados em relação à mortalidade por câncer explorando o Atlas de Mortalidade por Câncer no site do INCA: <http://mortalidade.inca.gov.br/>.

4.4 Número médio de anos potenciais de vida perdidos

Esse indicador de saúde traduz o número de anos que uma pessoa morta prematuramente poderia ter vivido, permitindo a comparação da importância relativa das diferentes causas de morte para uma dada população em função da precocidade do término da vida.

Refletindo sobre os números:

- No Brasil, as mortes por causa do câncer apresentam elevado número de anos potenciais de vida perdidos (APVP), por incidirem em faixas etárias ainda jovens, roubando, portanto, mais anos de vida potencialmente úteis.
- O controle dos óbitos por câncer revela-se, assim, como de grande importância na luta pela redução das mortes que poderiam ser evitadas com medidas de prevenção, detecção, diagnóstico e tratamento (tema da Unidade III).

Tabela 4 - Número médio de APVP por todas as neoplasias, por 1 mil homens e mulheres, entre 2004 e 2013, partindo da premissa que o limite superior é 80 anos

Faixa etária	APVP	TAPVP
De 01 a 04	438.064	3,47
De 05 a 09	444.873	2,69
De 10 a 14	426.730,5	2,43
De 15 a 19	528.039	2,97
De 20 a 29	1.186.812	3,47
De 30 a 39	2.068.572	7,19
De 40 a 49	4.521.048	19,27
De 50 a 59	6.421.872	38,74
De 60 a 69	4.689.356	45,56
De 70 a 79	1.325.032	23,07
Total	22.050.398,5	12,02

Legenda: TAPVP – Taxa de anos potenciais de vida perdidos.
Fontes: SIM. IBGE. Divisão de Vigilância e Análise de Situação/Conprev/INCA/Ministério da Saúde.

Importância do indicador APVP

O APVP pode servir como medida resumo e ser mais facilmente compreendido quando utilizado para comparar populações. É útil para uma triagem inicial na análise de dados em áreas que apresentam excesso de mortalidade.

Realizar esse cálculo permite visualizar o impacto econômico e social causado em sua grande parte por mortes evitáveis e prematuras. Para qualquer localidade (país, Estado ou município), a perda de vidas, em fase economicamente ativa, pode aprofundar ainda mais as diferenças socioeconômicas na população.

A aplicação do indicador APVP na hierarquização dos diferentes tipos de câncer, que compõem o grupo das neoplasias malignas, mostra ser de grande utilidade ao enfatizar a importância daqueles tipos de câncer que provocam mortes nas idades mais jovens.

Você pode analisar outros dados em relação à mortalidade por câncer, explorando o Atlas de Mortalidade por Câncer no site do INCA: <http://mortalidade.inca.gov.br/>.

5. A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DE DADOS

Uma política pública para enfrentamento dos problemas de saúde necessita de uma base de informações confiável, que sustente e direcione a tomada de decisão.

Informações precisas e constantemente atualizadas são o ponto de partida para a identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades em saúde e do impacto de ações e programas para reduzir a carga de doença na população.

É nesse sentido que atua a Área de Vigilância em Saúde Pública, acompanhando sistematicamente os eventos adversos à saúde na comunidade, com o propósito de implementar e aprimorar medidas de controle.

A vigilância do câncer é realizada por meio da implantação, acompanhamento e aprimoramento dos **Registros de Câncer de Base Populacional** (RCBP) e dos **Registros Hospitalares de Câncer** (RHC). Os registros possibilitam conhecer os novos casos e realizar as estimativas de incidência do câncer, dados fundamentais para o planejamento das ações locais de controle do câncer de acordo com cada região.

No Brasil, existem hoje 31 RCBP implantados, sendo 26 ativos (com pelo menos um ano consolidado) que coletam dados de uma população específica (com diagnóstico de câncer) em uma área geográfica delimitada.

Os RHC são implantados nos hospitais e funcionam como centros de coleta, processamento, análise e divulgação de informações sobre a doença, de forma padronizada, sistemática e contínua.



6. PENSE NISSO

Uma situação de saúde que leva um grande número de pessoas a adoecer e morrer deve ser conhecida e enfrentada por todos os que trabalham na área da saúde.

Registros de informações e notificações são fundamentais para melhor compreensão sobre a doença e seus determinantes e para a formulação de políticas de saúde. O esforço de manutenção de uma base de dados atualizada deve ser feito em todos os níveis de atendimento.

Todo profissional de saúde pode se manter atualizado sobre:

- Redes e programas.
- Situação de saúde.
- Gestão e financiamento.

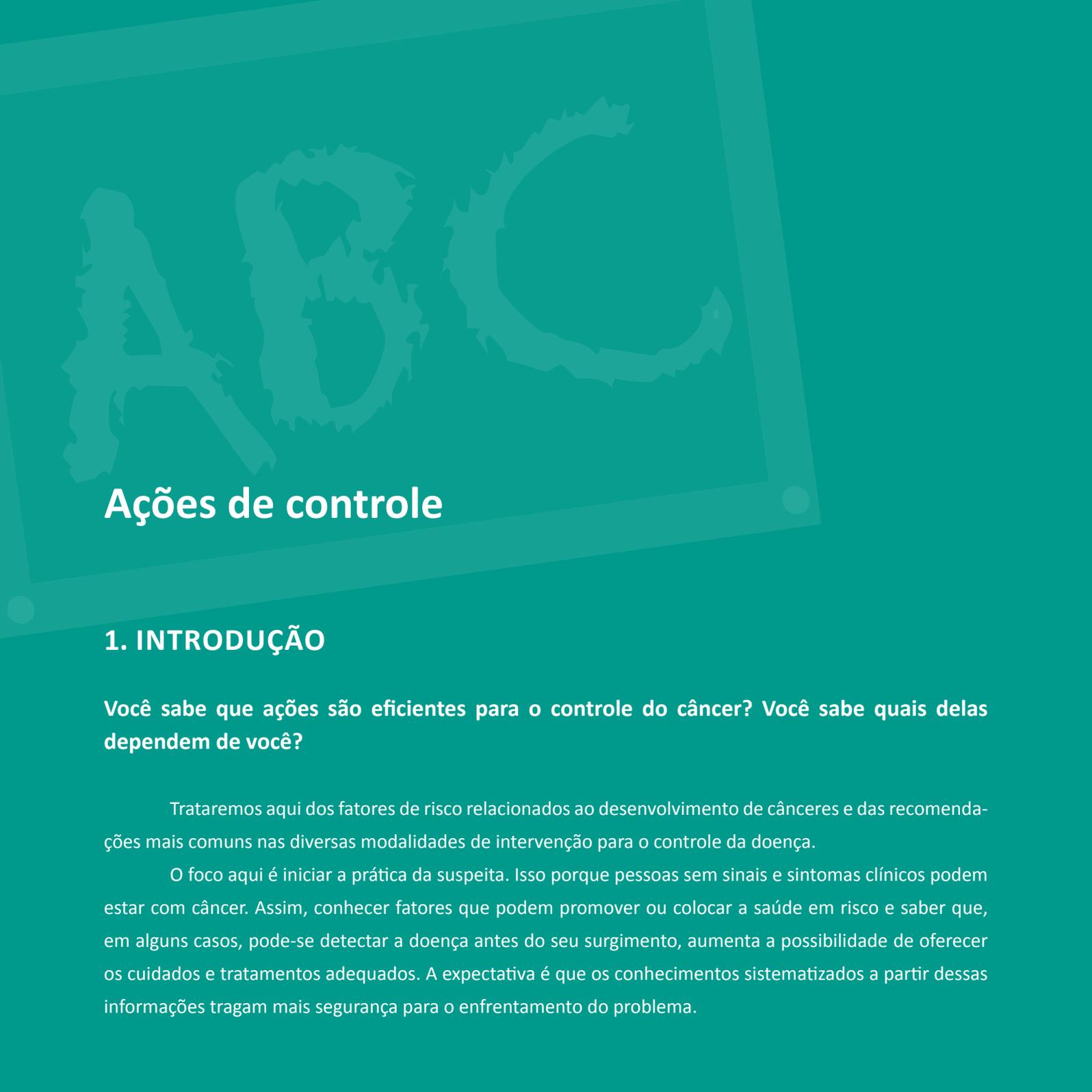
Consulte periodicamente a página eletrônica da “Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde” em: <http://sage.saude.gov.br/>.

Quando o governo entende que uma doença é um sério problema de saúde, que afeta grande parte da população, ele desenvolve Programas de Saúde e Planos de Ação para preveni-la, diagnosticá-la e tratar e cuidar daqueles que adoecem. Contudo nenhum plano, programa ou serviço de saúde, por mais bem esboçado e organizado que seja, consegue alcançar seus objetivos e metas se os profissionais de saúde não assumirem seu papel no seu âmbito de atuação.

Face à gravidade da situação do câncer como problema de saúde que atinge toda a população, todos os profissionais de saúde, em maior ou menor grau, são responsáveis pelo sucesso das ações de controle da doença.

UNIDADE III

Ações de controle



Ações de controle

1. INTRODUÇÃO

Você sabe que ações são eficientes para o controle do câncer? Você sabe quais delas dependem de você?

Trataremos aqui dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de cânceres e das recomendações mais comuns nas diversas modalidades de intervenção para o controle da doença.

O foco aqui é iniciar a prática da suspeita. Isso porque pessoas sem sinais e sintomas clínicos podem estar com câncer. Assim, conhecer fatores que podem promover ou colocar a saúde em risco e saber que, em alguns casos, pode-se detectar a doença antes do seu surgimento, aumenta a possibilidade de oferecer os cuidados e tratamentos adequados. A expectativa é que os conhecimentos sistematizados a partir dessas informações tragam mais segurança para o enfrentamento do problema.

2. PREVENÇÃO

Prevenir o câncer é possível? A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca de 40% das mortes por câncer poderia ser evitada, o que faz da prevenção um componente essencial de todos os planos de controle do câncer.

Uma vez que o câncer é uma doença cujo processo tem início com um dano a um gene ou a um grupo de genes de uma célula e progride quando os mecanismos do sistema imunológico de reparação ou destruição celular falham, a pergunta que cabe então é: quais fatores podem contribuir para o desenvolvimento do câncer?

Dessa forma, a prevenção do câncer, que será tratada nesta unidade, refere-se a um conjunto de medidas para reduzir ou evitar a exposição a fatores que aumentam a possibilidade de um indivíduo desenvolver uma determinada doença ou sofrer um determinado agravo, comumente chamados de fatores de risco.

Os fatores de risco de câncer podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados, ou representar comportamentos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural.

A prevenção com ênfase nos fatores associados ao modo de vida, em todas as idades, e com intervenções de combate a agentes ambientais e ocupacionais cancerígenos pode trazer bons resultados na redução do câncer.

2.1 Causas de câncer

Atualmente, a definição de risco para a saúde vem sendo ampliada e engloba várias condições que podem ameaçar os níveis de saúde de uma população ou mesmo sua qualidade de vida.

O risco de câncer, em uma determinada população, depende das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que a rodeiam, bem como das características biológicas dos indivíduos que a compõem. Essa compreensão é essencial na definição de investimentos em pesquisas de avaliação de risco e em ações efetivas de prevenção.

Mesmo se considerarmos que o conhecimento do mecanismo causal dos diversos tipos de câncer não é completo, na prática, do ponto de vista da saúde pública, a identificação de apenas um componente pode ser suficiente para grandes avanços na prevenção, a partir da escolha de medidas preventivas. Em algumas ocasiões, por precaução, poderíamos tomar atitudes em favor da proteção da saúde da população até mesmo antes que qualquer componente do mecanismo causal seja descoberto.

Em contrapartida aos fatores de risco, há fatores que dão ao organismo a capacidade de se proteger contra determinada doença, daí serem chamados fatores de proteção. São fatores de proteção, por exemplo, o consumo de frutas, legumes e verduras.

O estudo dos fatores de risco e de proteção, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito com determinados tipos de câncer, porém, três aspectos devem ser enfatizados:

- Nem sempre a relação entre a exposição a um ou mais fatores de risco e o desenvolvimento de uma doença é reconhecido facilmente, especialmente quando se presume que a relação se dê com comportamentos sociais comuns, como a alimentação, por exemplo.
- Nas doenças crônicas, como o câncer, as primeiras manifestações podem surgir após muitos anos de uma única exposição (radiações ionizantes, por exemplo) ou exposições contínuas (radiação solar ou tabagismo, por exemplo) aos fatores de risco. Por isso, é importante considerar o conceito de período de latência, isso é, o tempo decorrido entre a exposição ao fator de risco e o surgimento da doença.
- As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas (Figura 13).

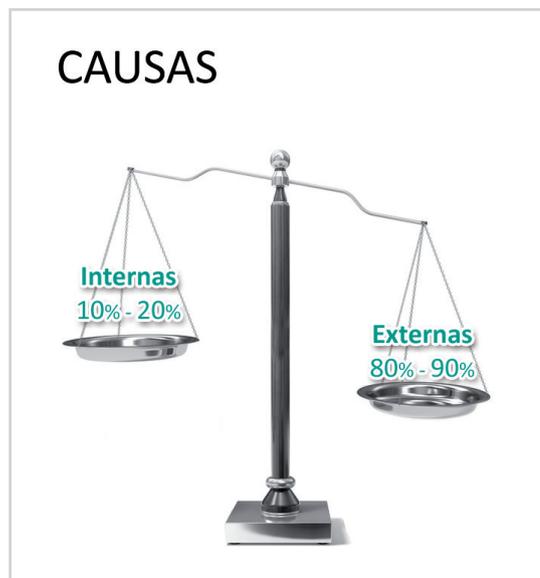


Figura 13 - Causas de câncer
Fonte: Ilustração de Mariana F. Teles.

Causas externas

As causas externas, como substâncias químicas, irradiação, vírus e fatores comportamentais, estão relacionadas ao meio ambiente, ou seja, constituem os fatores de risco ambientais. De todos os casos de câncer, de 80% a 90% estão associados a fatores ambientais. Alguns desses fatores são bem conhecidos:

- O cigarro pode causar câncer de pulmão (cerca de 90% dos cânceres de pulmão são causados pelo cigarro) e muitos outros tipos de câncer.
- O uso de bebidas alcoólicas pode causar câncer de boca, orofaringe e laringe (principalmente quando associado ao fumo), esôfago e fígado.

- A exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele.
- Alguns vírus também podem causar câncer (exemplo: leucemia, câncer do colo do útero e câncer de fígado).
- A radiação também pode causar câncer: a incidência e a mortalidade por câncer nos habitantes das cidades de Hiroshima e Nagasaki, no Japão, após a explosão da bomba atômica (no fim da Segunda Guerra Mundial, em agosto de 1945), ainda hoje são muito altas.

Existem outros fatores causais de câncer que ainda estão sendo estudados. Alguns componentes dos alimentos que ingerimos são motivos de diversos estudos que vêm sendo realizados, mas existem outros fatores causais que são ainda completamente desconhecidos.

O envelhecimento natural do ser humano traz mudanças nas células, que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somado ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes fatores de risco para câncer, explica, em parte, o porquê de o câncer ser mais frequente nessa fase da vida.

Causas internas

As causas internas, como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Apesar de o fator genético exercer um importante papel na formação dos tumores (oncogênese), são raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos. Alguns tipos de câncer, como os cânceres de mama, estômago e intestino, parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum.

Existem ainda alguns fatores genéticos que tornam determinadas pessoas mais susceptíveis à ação dos agentes cancerígenos ambientais. Isso parece explicar porque algumas delas desenvolvem câncer e outras não, quando expostas a um mesmo carcinógeno.

As causas externas e internas podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. O surgimento do câncer depende da intensidade e da duração da exposição das células aos agentes causadores de câncer. Por exemplo: o risco de uma pessoa desenvolver câncer de pulmão é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia e ao número de anos que ela vem fumando.

Resumindo, as principais causas de câncer são:

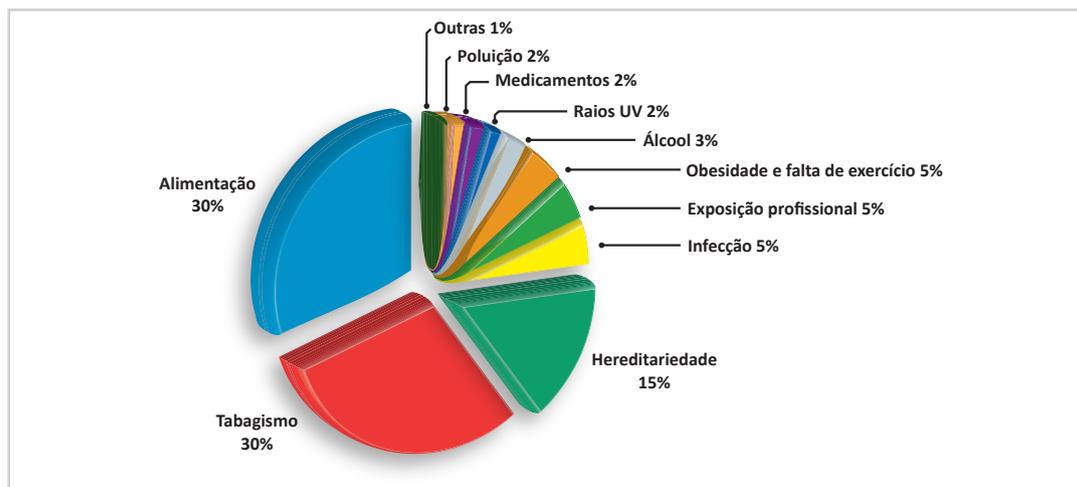


Figura 14 - Estatística sobre as principais causas de câncer
Fonte: Instituto Nacional de Câncer, 1997

2.2 Classificação dos fatores de risco

Se estamos falando de prevenção, cabe perguntar: é possível modificar o risco de uma pessoa desenvolver câncer?

Sim. A exposição a alguns fatores de risco – justamente os de maior impacto – pode ser modificada. As modificações dependem de mudanças nos modos de vida individual, do desenvolvimento de ações e regulamentações governamentais, de mudanças culturais na sociedade e dos resultados de novas pesquisas.

Nessa perspectiva, os fatores de risco para o câncer podem ser classificados segundo a possibilidade de modificação em:

Fatores de risco modificáveis

Diversos fatores de risco classificados como modificáveis já foram identificados, como: uso de tabaco e álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, agentes infecciosos, radiação ultravioleta, exposições ocupacionais, poluição ambiental, radiação ionizante, alimentos contaminados, obesidade e situação socioeconômica. Há ainda, nessa relação, o uso de drogas hormonais, fatores reprodutivos e imunossupressão. Essa exposição é cumulativa no tempo e, portanto, o risco de câncer aumenta com a idade. Mas é a interação entre os fatores modificáveis e os não modificáveis que vai determinar o risco individual de câncer.

A boa notícia é que parte desses fatores ambientais depende do comportamento do indivíduo, que pode ser modificado, reduzindo o risco de desenvolver um câncer.

Algumas dessas mudanças dependem somente do indivíduo, enquanto outras requerem alterações em nível populacional e comunitário. Um exemplo de uma modificação em nível individual é a interrupção do uso do tabaco e, em nível comunitário, a introdução de uma vacina para o controle de um agente infeccioso associado com o desenvolvimento do câncer, como o vírus da hepatite B. É preciso lembrar sempre que um alto percentual de mortes por câncer pode ser evitado, mas para isso acontecer todos devem contribuir para modificar o risco de desenvolvimento do câncer (INCA, 2008, p. 159- 160).

Uso de tabaco

É a principal causa dos cânceres de pulmão, laringe, cavidade oral e esôfago. Tem um importante papel nos cânceres de bexiga, pâncreas, colo do útero, leucemia mieloide e outros.

Alimentação inadequada

Uma alimentação rica em gordura saturada e pobre em frutas, legumes e verduras aumenta o risco dos cânceres de mama, cólon, próstata e esôfago.

Uma alimentação rica em alimentos de alta densidade energética aumenta o risco de ganho de peso e de desenvolvimento da obesidade, que é um fator de risco para diversos tipos de câncer. Lembrando que alimentos de alta densidade energética concentram muitas calorias em um pequeno volume. Em termos práticos, são alimentos que contêm mais de duas calorias por grama. Na sua próxima ida ao supermercado, olhe o rótulo de um biscoito qualquer, divida o número de calorias da porção pelo total de gramas da porção, que aparece listada no rótulo nutricional, e descubra se ele é um alimento de alta densidade energética.

Consumir frutas, legumes e verduras diminui o risco de cânceres de pulmão, pâncreas, cólon e reto, próstata, esôfago, boca, faringe e laringe.

Por outro lado, a contaminação de alimentos pode ocorrer naturalmente, como no caso das aflatoxinas (câncer de fígado).

Inatividade física

A inatividade física aumenta o risco de câncer de cólon e reto, de mama (na pós-menopausa) e de endométrio; além disso, aumenta o risco de desenvolver obesidade (fator de risco para diversos tipos de câncer).

Obesidade

É um fator de risco importante para os cânceres de endométrio, rim, vesícula biliar e mama.

Consumo excessivo de bebidas alcoólicas

O uso excessivo de bebidas alcoólicas pode causar cânceres de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado, mama e cólon e reto. O risco de desenvolver câncer de cavidade oral é aumentado quando há associação ao fumo.

Agentes infecciosos

Eles respondem por 18% dos cânceres no mundo. O HPV, o vírus da hepatite B e a bactéria *Helicobacter pylori* respondem pela maioria dos cânceres associados a infecções.

Radiação ultravioleta/ionizante

Ultravioleta: a luz do sol é a maior fonte de raios ultravioleta, causadores do câncer de pele.

Ionizante: a mais importante radiação ionizante é proveniente dos raios X, mas ela também pode ocorrer na natureza em pequenas quantidades.

Exposições ocupacionais

Substâncias encontradas no ambiente de trabalho, tais como: asbesto, arsênio, benzeno, sílica, radiação, agrotóxico, poeira de madeira e de couro e fumaça do tabaco são carcinogênicas. O câncer ocupacional mais comum é o de pulmão, devido ao tabagismo passivo.

Poluição ambiental

A poluição da água, do ar e do solo responde por 1% a 4% dos cânceres em países desenvolvidos. A poluição tabagística ambiental é a principal poluição em ambientes fechados, segundo a OMS, sendo classificada como tabagismo passivo.

Nível socioeconômico

A associação do nível socioeconômico com vários tipos de cânceres provavelmente se refere ao seu papel como marcador do modo de vida e de exposição das pessoas a outros fatores de risco do câncer.

Comportamento sexual

Iniciar precocemente as atividades sexuais, possuir parceiro sexual com múltiplas parceiras e possuir múltiplos parceiros sexuais estão relacionados ao desenvolvimento de infecção pelo HPV, que é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero.

Fatores de risco não modificáveis

Nesse grupo, estão relacionados os fatores de risco que não dependem do comportamento, hábitos e práticas individuais ou coletivas. Também são conhecidos como fatores de risco intrínsecos. São eles: idade, gênero, etnia/raça e herança genética ou hereditariedade.

São raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares ou étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. Um exemplo são os indivíduos com retinoblastoma (tumor ocular) que, em 10% dos casos, apresentam história familiar desse tumor.

Alguns tipos de câncer de mama, estômago e intestino parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum. Determinados grupos étnicos parecem estar protegidos de certos tipos de câncer: a leucemia linfocítica é rara em orientais, o Sarcoma de Ewing (uma forma de tumor ósseo) é muito raro em negros.

Idade

O risco da maioria dos cânceres aumenta com a idade e, por esse motivo, eles ocorrem mais frequentemente no grupo de pessoas com idade avançada.

Etnia ou raça

Os riscos de câncer variam entre grupos humanos de diferentes raças ou etnias. Algumas dessas diferenças podem refletir características genéticas específicas, enquanto outras podem estar relacionadas a estilos de vida e exposições ambientais.

Hereditariedade

Os genes de cânceres hereditários respondem por 4% de todos os cânceres. Alguns genes afetam a susceptibilidade aos fatores de risco para o câncer.

Gênero

Certos cânceres que ocorrem em apenas um sexo são devido a diferenças anatômicas, como próstata e colo do útero; enquanto outros ocorrem em ambos os sexos, mas com taxas marcadamente diferentes entre um sexo e outro, como o câncer da bexiga (muito mais frequente no homem que na mulher) e o da mama (mais frequente na mulher que no homem).

2.3 Conhecimento em ação

A prevenção do câncer depende de medidas para reduzir ou evitar a exposição aos seus **fatores de risco**. Esse é o nível mais abrangente das ações de controle da doença. Nesse ponto, você pode estar se perguntando o que você pode fazer para contribuir para a **prevenção do câncer** e como pode colaborar para reduzir ou evitar a exposição a fatores de risco. Algumas dicas:

- De um modo geral, **eliminar ou reduzir a exposição aos fatores de risco modificáveis** é uma medida de prevenção adequada para vários tipos de câncer.
- O câncer ocupacional possui o mais alto potencial de prevenção, uma vez que se conhece o local e o momento exatos da exposição, o que permite interromper a exposição mediante a substituição do produto cancerígeno ou da tecnologia empregada.
- A participação efetiva dos profissionais de saúde nos programas de educação comunitária para adoção de hábitos saudáveis de vida (parar de fumar, ter uma alimentação rica em fibras e frutas e pobre em gordura animal, limitar a ingestão de bebidas alcoólicas, praticar atividade física regularmente e controlar o peso) é de extrema importância.
- A participação de membros da comunidade em atividades educativas pode ser uma das estratégias para a informação e a divulgação das medidas de controle do câncer. Para isso acontecer, os profissionais de saúde devem instruí-los, orientando-os, em primeiro lugar, quanto às possíveis medidas alimentares e comportamentais que valem a pena serem estimuladas, como evitar: obesidade e sobrepeso, sedentarismo, fumo, alimentos de alta concentração calórica e ingestão alcoólica em excesso.

Nesta Unidade, você conheceu os fatores de risco para o câncer. Mas tenha em mente que a multicausalidade é frequente na formação do câncer (carcinogênese). Ela pode ser exemplificada no câncer de esôfago e da cavidade bucal, nos quais há associação entre o consumo de álcool e do tabaco. A interação entre os fatores de risco e os de proteção, a que as pessoas estão submetidas, pode resultar, ou não, na redução da probabilidade de adoecimento.

3. DETECÇÃO PRECOCE

De modo geral, sabe-se que, quanto antes o câncer for detectado e tratado, mais efetivo o tratamento tende a ser, maior a possibilidade de cura e melhor a qualidade de vida do paciente. Agora, veremos as ações que fazem parte da detecção precoce.

Nessa etapa do cuidado, o objetivo é detectar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas quando ainda estão localizadas no órgão de origem e antes que invadam os tecidos circundantes ou outros órgãos.

A seguir, você vai conhecer as duas estratégias utilizadas na detecção precoce:

- Diagnóstico precoce.
- Rastreamento.

3.1 Diagnóstico precoce

O diagnóstico precoce é realizado com o objetivo de descobrir o mais cedo possível uma doença por meio dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta. A exposição a fatores de risco é umas das condições a que se deve estar atento na suspeição de um câncer, principalmente quando o paciente convive com tais fatores.

O Programa Nacional para o Controle do Câncer da OMS (2002) recomenda que todos os países promovam uma conscientização para os sinais de alerta que alguns tipos de cânceres são capazes de apresentar. Os dois principais componentes de programas nacionais para o controle do câncer são: informação para a população e informação para os profissionais.

Fique atento, suspeite!

A prevenção e a detecção precoce são as melhores estratégias para o controle do câncer.

3.2 Rastreamento

O rastreamento (*screening*) é o exame oferecido para **pessoas saudáveis** (sem sintomas de doenças) com o objetivo de selecionar aquelas com mais chances de ter uma enfermidade por apresentarem exames alterados ou suspeitos e que, portanto, devem ser encaminhadas para investigação diagnóstica. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), programas de rastreamento podem ser oferecidos de duas formas diferentes:

- **Rastreamento organizado:** ocorre quando um método de cuidado assistencial comprovadamente efetivo para detectar uma doença, condição ou risco é oferecido de forma sistematizada para a população alvo.
- **Rastreamento oportunístico:** ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde por algum outro motivo e o profissional de saúde aproveita o momento para rastrear alguma doença utilizando um método de cuidado assistencial comprovadamente efetivo para detectar uma determinada doença, condição ou risco.

Deve-se ter sempre em mente que a finalidade de qualquer tipo de rastreamento é a redução da morbimortalidade pela doença.

3.3 Recomendações para detecção precoce

Veja a seguir para quais tipos de cânceres existem (ou não) recomendações para detecção precoce: rastreamento e/ou diagnóstico precoce.

As recomendações e as orientações apresentadas não reproduzem, necessariamente, programas governamentais de detecção precoce; mas, uma vez que se baseiam nas melhores evidências científicas disponíveis na atualidade, servem como sugestões que podem ser incorporadas às ações dirigidas ao controle do câncer.

CLIQUE AQUI

Para conhecer as
recomendações e
orientações para
Detecção Precoce

3.4 Conhecimento em ação

O diagnóstico precoce, como você viu, é a estratégia utilizada na tentativa de se descobrir o mais cedo possível uma doença, valorizando e avaliando os sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta, principalmente quando associados à presença de fatores de risco.

Sua atuação como profissional de saúde nessa forma de controle é da maior importância, lembrando que a atenção básica é um espaço privilegiado para ações de detecção precoce de câncer, ações essas que, comprovadamente, terão impacto na sobrevivência do paciente em muitos tipos de câncer.

Assim, em sua prática assistencial, aplique seus conhecimentos:

- Não subestime os sinais e sintomas do paciente (**suspeite sempre!**).
- Não prescreva ou incentive indiscriminadamente o uso de medicamentos sintomáticos (medicamentos que trazem apenas alívio dos sintomas).
- Investigue o que pode estar levando aos sintomas e sinais detectados, por meio da anamnese e do exame físico cuidadoso; e solicite exames complementares quando julgar necessário.
- Estabeleça, junto à equipe de saúde do seu serviço, rotinas e protocolos de investigação dos pacientes.
- Encaminhe os pacientes aos serviços de saúde que tenham possibilidade de confirmar a doença e tratá-los.

Lembre-se: Qualquer ação ou medida de RASTREAMENTO ou método de DIAGNÓSTICO PRECOCE só terá sucesso na redução das taxas de mortalidade e morbidade por câncer se as lesões precursoras de câncer ou os casos de câncer diagnosticados em estágio inicial forem tratados e acompanhados de forma adequada.

4. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Até aqui, foram examinadas duas modalidades de atenção para controle do câncer: prevenção e detecção precoce.

As estratégias de detecção precoce aumentam a possibilidade de cura para alguns tipos de câncer e reduzem a morbidade resultante da doença e de seu tratamento.

O próximo passo fundamental para o tratamento adequado do câncer é o diagnóstico, incluindo o estadiamento, ou seja, a avaliação da extensão do comprometimento do organismo, na qual se baseará o planejamento terapêutico.

Para isso, é essencial que a rede de serviços de saúde conte com especialistas nas áreas clínica, cirúrgica, laboratorial e nos demais métodos de apoio diagnóstico.

O diagnóstico de câncer é feito a partir da história clínica e do exame físico detalhados, e, sempre que possível, de visualização direta da área atingida, utilizando exames endoscópicos, como broncoscopia, endoscopia digestiva alta, mediastinoscopia, pleuroscopia, retossigmoidoscopia, colonoscopia, endoscopia urológica, laringoscopia, colposcopia, laparoscopia e outros que se fizerem necessários, como a mamografia para a detecção do câncer de mama.

O tecido das áreas em que for notada alteração deverá ser biopsiado e encaminhado para confirmação do diagnóstico por meio do exame histopatológico, realizado pelo médico anatomopatologista.

A confirmação diagnóstica pelo exame histopatológico, a determinação da extensão da doença e a identificação dos órgãos por ela acometidos constituem um conjunto de informações fundamentais para:

- Obtenção de informações sobre o comportamento biológico do tumor.
- Seleção da terapêutica.
- Previsão das complicações.
- Obtenção de informações para estimar o prognóstico do caso.
- Avaliação dos resultados do tratamento.
- Investigação em oncologia: pesquisas básica, clínica, epidemiológica, translacional, entre outras.
- Publicação dos resultados e troca de informações.

Além de estadiar a doença, deve-se avaliar também a condição funcional do paciente. Deve-se determinar se essa, quando comprometida, se dá em função da repercussão do câncer no organismo, se é anterior à neoplasia, se é decorrente do tratamento ou de outra doença concomitante.

4.1 Principais formas de tratamento

As principais metas do tratamento são: cura, prolongamento da vida útil e melhora da qualidade de vida. Existem tratamentos curativos para um terço dos casos de câncer, particularmente para os cânceres de mama, colo do útero, cavidade orale cólon, quando são detectados precocemente e tratados de acordo com as melhores práticas clínicas.

Alguns tipos de câncer, por exemplo, o seminoma metastático (um tumor do testículo) e alguns tumores em crianças, como a leucemia aguda e os linfomas, mesmo não possuindo métodos de detecção precoce, apresentam alto potencial de cura.

Existem três formas principais de tratamento do câncer: **cirurgia**, **radioterapia** e **quimioterapia**. Elas podem ser usadas em conjunto, variando apenas quanto à suscetibilidade dos tumores a cada uma das modalidades terapêuticas e à melhor sequência de sua administração.

Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica.

Quimioterapia

É a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados “quimioterápicos” (ou antineoplásicos) administrados em intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos.

Finalidades da quimioterapia:

- **Quimioterapia prévia, neoadjuvante ou citorrredutora:** indicada para a redução de tumores loco e regionalmente avançados que, no momento, são irresssecáveis ou não. Tem a finalidade de tornar os tumores ressecáveis ou de melhorar o prognóstico do paciente.
- **Quimioterapia adjuvante ou profilática:** indicada após o tratamento cirúrgico curativo, quando o paciente não apresenta qualquer evidência de neoplasia maligna detectável por exame físico e exames complementares.
- **Quimioterapia curativa:** tem a finalidade de curar pacientes com neoplasias malignas para os quais representa o principal tratamento (podendo ou não estar associada à cirurgia e à radioterapia). Alguns tipos de tumores no adulto, assim como vários tipos de tumores que acometem crianças e adolescentes, são curáveis com a quimioterapia.
- **Quimioterapia para controle temporário de doença:** indicada para o tratamento de tumores sólidos, avançados ou recidivados ou neoplasias hematopoéticas de evolução crônica. Permite longa sobrevida (meses ou anos), mas sem possibilidade de cura; sendo, porém, possível obter-se o aumento da sobrevida global do doente.
- **Quimioterapia paliativa:** indicada para a palição de sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do paciente, mas não repercute, obrigatoriamente, na sua sobrevida. Independente da via de administração, é de duração limitada, tendo em vista a incurabilidade



Figura 15 - Quimioterapia
Fonte: Galeria do Ministério da Saúde.

do tumor (doença avançada, recidivada ou metastática), que tende a evoluir a despeito do tratamento aplicado.

Nota: a hormonioterapia é considerada um tipo de tratamento quimioterápico. Consiste no uso de substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios para tratar as neoplasias que são dependentes desses. A finalidade desse tratamento é definida pelo oncologista clínico, conforme a doença do paciente.

Radioterapia

A radioterapia é o método de tratamento local ou locorregional do câncer que utiliza equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do organismo humano, prévia e cuidadosamente demarcadas.

Finalidades da radioterapia:

As finalidades da radioterapia relacionadas abaixo referem-se a pacientes adultos, já que, em crianças e adolescentes, cada vez menos se utiliza a radioterapia, em virtude dos efeitos colaterais tardios no desenvolvimento orgânico que ela acarreta.

- **Radioterapia curativa:** principal modalidade de tratamento radioterápico; visa à cura do paciente.
- **Radioterapia pré-operatória (prévia ou citorredutora):** procedimento que antecede a principal modalidade de tratamento, a cirurgia, para reduzir o tumor e facilitar o procedimento operatório.
- **Radioterapia pós-operatória ou pós-quimioterapia (profilática):** segue-se à principal modalidade de tratamento, com a finalidade de esterilizar possíveis focos microscópicos do tumor.
- **Radioterapia paliativa:** objetiva o tratamento local do tumor primário ou de metástase(s), sem influenciar a taxa da sobrevivência global do paciente. É usada principalmente nas seguintes circunstâncias:
 - **Radioterapia antiálgica:** modalidade de radioterapia paliativa com a finalidade específica de reduzir a dor.



Figura 16 - Radioterapia

Fonte: BioMed Central - The Open Access Publisher.

- **Radioterapia anti-hemorrágica:** modalidade de radioterapia paliativa com a finalidade específica de controlar os sangramentos.

4.2 Abordagem multidisciplinar integrada

Os especialistas médicos responsáveis pela indicação da cirurgia oncológica, da quimioterapia e da radioterapia são, respectivamente, o cirurgião oncológico, o oncologista clínico e o radioterapeuta.

Entretanto, os tratamentos instituídos devem estar inseridos em uma abordagem multidisciplinar em que outras áreas técnico-assistenciais, como enfermagem, farmácia, serviço social, nutrição, fisioterapia, reabilitação, odontologia, psicologia clínica, psiquiatria e estomaterapia (cuidados de ostomizados), estejam obrigatoriamente envolvidas.

Embora cada área tenha papel bem estabelecido, a abordagem multidisciplinar integrada é mais efetiva do que uma sucessão de intervenções isoladas no manejo do paciente.

Exceto para cirurgias de doenças muito limitadas ou lesões pré-malignas (como as lesões precursoras do câncer do colo do útero), o tratamento oncológico de alta complexidade (principalmente a cirurgia oncológica, a quimioterapia e a radioterapia) depende do apoio de uma estrutura hospitalar de nível terciário, com maior densidade tecnológica, especialmente preparada para:

- Confirmar o diagnóstico.
- Realizar o estadiamento.
- Promover o tratamento, a reabilitação e os cuidados paliativos, que podem ser organizados, na rede de serviços de saúde, de forma integrada com os níveis primário e secundário de atenção.

4.3 Conhecimento em ação

A efetividade do tratamento do câncer varia de forma significativa conforme o diagnóstico, o estadiamento da doença e os fatores sociais presentes. Considerando as dimensões e a heterogeneidade do Brasil, e considerando que um dos aspectos fundamentais para o sucesso do tratamento é o acesso à melhor terapêutica disponível, alguns desafios têm de ser superados. A seguir, alguns deles:

- Capacitar, por meio da educação permanente em saúde, os profissionais de saúde, para que se comprometam o máximo possível com o encaminhamento do paciente para o tratamento, após ser feita a detecção precoce; sem ele, a detecção precoce e o diagnóstico perderão o significado.

- Compreender, cada vez mais, a importância e o significado da informação sobre os casos de câncer atendidos em todos os hospitais do SUS que tratam a doença, a partir da coleta e do armazenamento de dados pelos RHC, para avaliar os resultados do tratamento em nível nacional.
- Comprometer-se em melhorar o acesso ao diagnóstico para os pacientes com suspeita de câncer que procuram o serviço de saúde (essa ação está diretamente ligada à estruturação da média complexidade), por meio da capacitação profissional, da educação permanente, além da garantia de infraestrutura necessária para essa etapa do cuidado.
- Atualizar-se e apoiar as estruturas que regulam o encaminhamento do paciente na Rede de Atenção Oncológica, de modo a facilitar o acesso ao melhor tratamento disponível.
- Contribuir para que as unidades que tratam pacientes com câncer ofereçam serviços integrados, assegurando atenção às necessidades dos pacientes durante o tratamento oncológico.
- Durante o atendimento, todo profissional deve orientar o paciente e seus familiares sobre a relevância da adoção de hábitos saudáveis de vida, como não fumar, manter alimentação saudável e praticar atividades físicas, contribuindo para o controle do câncer e a prevenção de outras doenças.

5. CUIDADOS PALIATIVOS

As ações de controle do câncer não se restringem à prevenção, à detecção precoce, ao diagnóstico ou ao tratamento, mas envolvem também os cuidados paliativos. Segundo a OMS, os cuidados paliativos consistem na abordagem para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares e no enfrentamento de doenças que oferecem risco de vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Isso significa a identificação precoce e o tratamento da dor e de outros sintomas de ordem física, psicossocial e espiritual.

Os objetivos dos cuidados paliativos são:

- Promover alívio da dor e de outros sintomas que causam sofrimento, buscando a melhora da qualidade de vida do paciente, o que pode influenciar positivamente o curso da doença.
- Integrar os aspectos físico, psicológico e espiritual no cuidado ao paciente, por meio de equipes interdisciplinares, com profissionais preparados para esse tipo de abordagem.
- Promover os cuidados e as investigações necessárias para melhorar a compreensão e o manejo das complicações clínicas que causam sofrimento ao paciente, evitando procedimentos invasivos que não levem à melhoria da qualidade de vida.

- Oferecer suporte para auxiliar os pacientes a terem uma sobrevida o mais útil possível, de preferência usufruindo do ambiente familiar.
- Oferecer suporte para a família no período da doença e depois do óbito, em seu próprio processo de luto.
- Respeitar a morte como um processo natural do ciclo da vida, não buscando a sua antecipação ou o seu adiamento.

5.1 Sinais e sintomas frequentes

Eis alguns sinais e sintomas frequentes nos pacientes oncológicos em cuidados paliativos:

- Dor.
- Fadiga.
- Falta de apetite.
- Náuseas e vômitos.
- Edema e linfedema.
- Constipação intestinal.
- Obstrução intestinal.
- Alteração da mucosa oral.
- Diarreia.
- Aumento do volume abdominal.
- Sangramento.
- Depressão.

Os pacientes idosos com câncer avançado normalmente apresentam várias comorbidades, tanto em razão dos problemas da própria idade quanto daqueles originados em decorrência dos vários tipos de tratamento oncológico aos quais foram submetidos na tentativa de cura e controle da doença.

5.2 Quando indicar cuidados paliativos

Por recomendação da OMS, todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis devem receber cuidados paliativos desde o diagnóstico da doença.

Atualmente, existem critérios estabelecidos de recomendação para cuidados paliativos: no momento do diagnóstico; quando a doença é detectada em estágio em que a possibilidade de cura é questionável; ou quando já se esgotaram todas as possibilidades de tratamento curativo ou de manutenção da vida e a doença progride.

Nesse último caso, geralmente, os pacientes apresentam sofrimento de moderado a intenso. Idealmente, o encaminhamento para cuidados paliativos deve ser feito enquanto o paciente apresenta condições de autocuidado, buscando-se estimular a sua autonomia por mais tempo possível.

5.3 Responsáveis pelos cuidados paliativos

Os responsáveis pelo plano e pela realização dos cuidados paliativos são:

Os serviços de saúde

Todo hospital com competência para tratar o paciente com câncer, ou seja, Unacons e Cacons, deve sempre elaborar o plano de cuidados para o paciente em cuidados paliativos e ter uma equipe preparada para realizar esses cuidados.

O plano de cuidados, depois de elaborado, deve ser executado pelos seguintes serviços:

- Unacons e Cacons.
- Hospital geral articulado com Unacons e Cacons.
- Equipes interdisciplinares de saúde preparadas para realizar cuidados paliativos e articuladas com Unacons e Cacons.

A equipe interdisciplinar

A equipe de cuidados paliativos, normalmente, é formada por multiprofissionais que trabalham de forma integrada, compondo uma equipe interdisciplinar que leva em consideração os vários aspectos que fazem parte da nossa vida: físico, social, emocional e espiritual.

A composição de equipe multiprofissional para os cuidados paliativos oncológicos permite e recomenda a existência de diversos profissionais de nível superior (por exemplo: médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta) e técnico (assistente espiritual, técnico de enfermagem, entre outros) para realizarem e participarem dos cuidados que devem ser dispensados para os pacientes oncológicos e seus familiares.

5.4 Modelos de assistência

Basicamente, existem dois modelos de assistência que podem atender às necessidades do paciente com câncer avançado e considerado incurável pelas terapêuticas disponíveis.

Hospitalar

No ambiente hospitalar, os cuidados paliativos podem ser oferecidos por meio de consultas ambulatoriais ou de internações. A modalidade de atendimento hospitalar vai depender do estado do paciente e de suas necessidades.

Enquanto o paciente se encontrar em condições físicas compatíveis, ele pode comparecer à consulta com a equipe interdisciplinar (médico, psicólogo, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e outros) para manter o controle de sintomas, curativos etc. Quando a internação for necessária, o paciente e, mais frequentemente, a família devem ser esclarecidos de que o objetivo é tratar as intercorrências que só podem ser controladas nesse ambiente e não curar a doença. Com frequência, os pacientes são também internados por falta de estrutura familiar para oferecer os cuidados paliativos em domicílio.

É importante se ter em mente que os cuidados paliativos são para trazer conforto e alívio dos sintomas. Assim, devem ser oferecidos no local onde o paciente possa manter a melhor qualidade de vida.

Domiciliar

Os cuidados paliativos no domicílio são uma opção e uma alternativa de cuidado quando o paciente já não consegue se locomover e não consegue mais sair de casa. Entretanto, para alcançar o sucesso no atendimento domiciliar com o enfoque paliativo, é necessário reunir uma série de condições que propiciarão um cuidado eficaz.

É importante destacar que, para essa modalidade de atenção, a anuência do paciente e/ou da família é extremamente importante e, apesar da possibilidade de o óbito acontecer em casa, é necessário que, durante o período de cuidado, o paciente e a família consigam desenvolver a capacidade de lidar com tal situação.

O plano de cuidados, elaborado pela equipe de cuidados paliativos, deve orientar a família e os cuidadores sobre como cuidar do paciente.

Uma das grandes vantagens observadas no atendimento em domicílio é o fato de esse permitir ao indivíduo ter as suas necessidades atendidas na medida de suas preferências, sem ter de seguir a rigidez de regras e horários de um hospital, assim como poder usufruir do convívio familiar.

5.5 Conhecimento em ação

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (2009) da Academia Nacional de Cuidados Paliativos:

- O cuidado paliativo não se baseia em protocolos, mas em princípios.
- Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida.
- Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo-se o campo de atuação.
- Não se fala em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, afastando dessa forma a ideia de “não ter mais nada a fazer”.
- Pela primeira vez, uma abordagem inclui espiritualidade entre as dimensões do ser humano.
- A família é lembrada, portanto, assistida, também após a morte do paciente, no período do luto.

Para tudo isso, é preciso capacitação, habilidade, treinamento e, acima de tudo, vocação!



6. PENSE NISSO

- O câncer, como você já viu, constitui um grave problema de saúde pública, mesmo sabendo que parte dos casos é evitável e muitos podem ser prevenidos. Além disso, alguns tipos de câncer detectados precocemente ou durante seu desenvolvimento, podem ser tratados e curados.
- Mesmo em pacientes com doença avançada, os sintomas podem ser minimizados, e, tanto os pacientes quanto os seus familiares, podem receber ajuda e cuidados.
- Cada profissional, dentro de seu campo de atuação, deve, por meio de seu conhecimento teórico e de sua prática individual, atuar de forma responsável e consciente no cuidado da população para o controle do câncer.

UNIDADE IV

A integração das ações de atenção oncológica

A integração das ações de atenção oncológica

1. INTRODUÇÃO

Você sabe por que a articulação entre os serviços de saúde e a integração de ações são fundamentais para o controle do câncer?

Nesta unidade, você terá a oportunidade de refletir sobre a necessidade de o profissional de saúde ter uma visão integradora das ações e dos serviços de saúde, pois só assim o paciente com câncer poderá ser tratado e cuidado.

A partir daqui, você poderá iniciar uma discussão sobre a importância da existência de um conjunto articulado e contínuo de ações que acontecem nos diferentes serviços e perceber a importância de sua atuação no (e para o) controle do câncer, dentro do sistema de saúde brasileiro, independentemente:

- Do nível de atenção do serviço de saúde onde você trabalha.
- Das modalidades de atendimento que você desenvolve.
- Da sua categoria profissional.

2. LINHAS DE CUIDADO

De acordo com o Ministério da Saúde, uma das maneiras de organizar o cuidado é pensar e planejar intervenções nos chamados grupos de risco, gerando assim ações mais efetivas.

É importante integrar os diversos níveis de atenção (atenção básica, atenção especializada de média complexidade e atenção especializada de alta complexidade) do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave e as chamadas linhas de cuidado ganham espaço.

Tais linhas “constituem-se em políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou para as necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida”.

O conceito de linhas de cuidado adotado nesta unidade limita-se ao momento inicial necessário para a organização da atenção, a partir do conhecimento da história natural da doença (ver item 2.1).

As linhas de cuidado fornecem uma referência para prever um conjunto mínimo de atividades e procedimentos necessários e estimar seus custos, mas não representam um protocolo clínico.

A Figura 17 apresenta um modelo da história natural da doença com os diferentes níveis de aplicação de medidas preventivas.

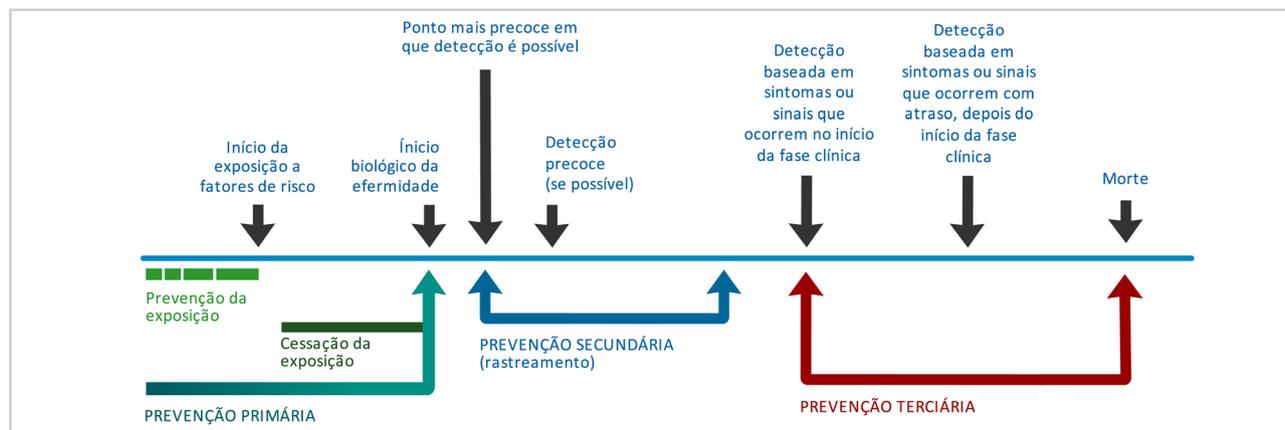


Figura 17 - História natural da doença
Fonte: SZKLO, 2004.

2.1 Organização das linhas de cuidado

Como cada tipo de câncer possui sua própria história natural de doença, as linhas de cuidado exigirão um fluxo assistencial do que deve ser feito, em termos de cuidados assistenciais e encaminhamentos, para atender às necessidades de saúde, de acordo com as possibilidades de se intervir no processo de evolução da doença.

Em consonância com as recomendações governamentais em vigor (portarias ministeriais), a implementação de políticas e programas de controle do câncer implica organização de **linhas de cuidado** que perpassem todos os níveis de atenção e modalidades de atendimento, em um modelo assistencial que articule recursos, garantindo acesso aos serviços e tratamentos necessários.

Dito isso, vale lembrar que as dimensões que o cuidado integral requer vão muito mais além da linha de cuidado que será apresentada nesse momento.

Os cuidados assistenciais para o controle do câncer (entre eles, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) devem ser previstos pelos gestores do SUS, por meio da programação das ações de saúde nos diversos tipos de serviços de saúde, de modo a facilitar a integração das ações preventivas, curativas e de reabilitação, cabendo aos profissionais de saúde a responsabilidade de executá-los.

2.2 Função das linhas de cuidado

As linhas de cuidado funcionam como instrumento de trabalho em duas áreas de atuação dos profissionais e trabalhadores em saúde: gestão e assistência.

Na gestão, as linhas de cuidado podem ser utilizadas como estratégia de estabelecimento do “percurso assistencial”, com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com as suas necessidades, orientando os gestores públicos a planejar, programar e avaliar:

- As modalidades de atendimento que o sistema de saúde precisa oferecer à população, para ser efetivo no controle do câncer. Cabe aos gestores do sistema de saúde e aos gerentes dos serviços de saúde garantirem recursos humanos capacitados, oferecendo-lhes educação permanente.
- Os procedimentos necessários (exames, tratamentos etc.) para prevenir e detectar precocemente os tipos de câncer passíveis dessas ações, bem como os que permitem o diagnóstico definitivo, o tratamento e os cuidados paliativos. Definidos esses procedimentos, os gestores e gerentes

devem garantir a quantidade de ações necessárias, sempre levando em conta os diferentes tipos de recursos e cuidados assistenciais exigidos para cada tipo de câncer.

- Quantos e quais tipos de serviços assistenciais os sistemas de saúde locais devem oferecer para o controle dos diferentes tipos de câncer. A partir dessa definição, o gestor deve rever o conjunto de serviços que oferece para direcionar os investimentos.

Na **assistência**, as linhas de cuidado servem de guia ou roteiro para orientar o profissional e o trabalhador em saúde sobre os procedimentos mais efetivos para o controle da doença em questão, guardando coerência com o tipo de serviço de saúde em que trabalha.

2.3 Exemplo de linha de cuidado

A definição da linha de cuidado por tipo de câncer é fundamental para orientar os serviços assistenciais de saúde no estabelecimento de seus protocolos e de suas diretrizes clínicas, ou seja, o que, como, onde e por quem deve ser realizado.

Veja, a seguir, um exemplo de como a linha de cuidados, elaborada a partir da história natural do câncer do colo do útero, pode perpassar todos os níveis de atenção e as modalidades de atendimento.

É importante lembrar sempre que, embora o exemplo tenha a intenção de contribuir para o entendimento da integração das ações para o controle do câncer, por meio da apresentação dos vários tipos de procedimentos e/ou cuidados existentes para o controle do câncer do colo do útero incorporados pelo SUS, **espera-se que a decisão a ser tomada a respeito da indicação de qualquer procedimento seja sempre baseada em critérios científicos, como a escolha mais “adequada” dentro das possibilidades existentes, e articulada com outras ações, que garantam a efetividade da assistência realizada.**

Lembre-se que:

- **Cuidados não dizem respeito apenas a procedimentos clínicos.**
 - **As pessoas devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de suas histórias de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas.**
 - **A abordagem dos indivíduos com a doença deve contemplar as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com a preservação da qualidade de vida.**
-

Quadro 2 - Exemplo sistematizado da linha de cuidado do câncer do colo do útero

Modalidades de Atenção	ATENÇÃO BÁSICA	ATENÇÃO ESPECIALIZADA	
		DE MÉDIA COMPLEXIDADE	DE ALTA COMPLEXIDADE
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Ações transversais dirigidas aos determinantes sociais do processo saúde-doença visando a promover a qualidade de vida, melhorar a saúde da população e controlar as doenças e os agravos à saúde		
PREVENÇÃO	Consulta ginecológica para coleta do exame preventivo, também conhecido como exame de Papanicolaou	Coleta do exame preventivo, também conhecido como exame de Papanicolaou. Por ser de baixa densidade tecnológica, quando realizado em níveis de atenção de maior complexidade e densidade tecnológica, além de elevar o custo indireto do procedimento, descaracteriza o perfil de atendimento do serviço assistencial	
DIAGNÓSTICO	A prevenção do câncer do colo do útero só poderá ser feita neste nível de atenção se houver como encaminhar a lâmina do exame preventivo para um laboratório de citopatologia (serviço classificado como de média complexidade)	<ul style="list-style-type: none"> - Exame de citopatologia - Exame de colposcopia - Exame anatomopatológico do colo uterino (peça cirúrgica ou biópsia) 	
TRATAMENTO	Não há modalidades de tratamento disponíveis na atenção básica	Retirada cirúrgica da lesão precursora do câncer do colo do útero, por meio da Exérese da Zona de Transformação (ou por Cirurgia de Alta Frequência - CAF), de preferência, em nível ambulatorial	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgia oncológica - Radioterapia - Braquiterapia - Quimioterapia
REABILITAÇÃO	Consultas individuais após o tratamento oncológico, realizadas por equipe multiprofissional, não necessariamente especialista em câncer, porém com capacitação na área oncológica		Consultas individuais realizadas por equipe multiprofissional especializada em oncologia, durante todo o período de tratamento
CUIDADOS PALIATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Consultas individuais e com os cuidadores - Visitas domiciliares - Procedimentos de baixa complexidade, como por exemplo: curativos, punção, recolocação de sonda, entre outros 	<ul style="list-style-type: none"> - Punção abdominal - Controle de intercorrências 	<ul style="list-style-type: none"> - Radioterapia anti-hemorrágica e antialgíca - Dispensação de medicamentos para controle da dor, classificados como excepcionais

Nota importante: os profissionais que cuidam dos pacientes com câncer na atenção básica ou na média complexidade devem atuar em consonância com as equipes dos UNACONS, CACONS ou de Centros Especializados, que são responsáveis pela elaboração do plano de cuidados dos pacientes com câncer avançado.

Observação: mesmo cientes de que determinados procedimentos foram consensuados entre várias instituições envolvidas com o tema em questão, alguns dependem da decisão individual do profissional de saúde ou da equipe multiprofissional.

3. HIERARQUIZAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS

Partindo do princípio de que a atenção ao controle do câncer deve contemplar medidas de promoção da saúde e prevenção da doença ou danos, de contenção do risco evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o cuidado, os diversos tipos de serviços devem estar interligados, **formando um conjunto integrado de atenção contínua à população**: no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Para isso acontecer, Estados e municípios devem planejar as ações e os serviços de saúde de modo a atender melhor às necessidades da população.

Na prática, isso implica uma hierarquização dos serviços, ou seja, planejar e oferecer serviços segundo a complexidade das ações assistenciais que são capazes de desenvolver.

Embora nem todos os municípios do país possuam necessidade e capacidade de oferecer todos os tipos de procedimentos (ambulatorial e hospitalar), todos eles têm a responsabilidade de referenciar seus pacientes para locais onde possam ser atendidos, garantindo, assim, o direito das pessoas ao cuidado integral à saúde, ao mesmo tempo em que cumprem seu dever enquanto gestores do SUS.

Isso significa que procedimentos considerados de **menor complexidade técnica**, mas de grande complexidade teórica, e menor densidade tecnológica (por exemplo, consultas de clínica médica ou até mesmo exame de hemograma e raios X), os quais são realizados com muita frequência (e em grande quantidade) e, normalmente, são de baixo e médio custo, **devem ser disponibilizados e organizados de tal forma que possam atender às necessidades de saúde mais simples e frequentes da população, o mais próximo possível de sua residência**.

CLIQUE AQUI

Veja aqui alguns tipos de serviços de saúde existentes no SUS, por **nível de atenção**

4. REGIONALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS

Regionalização é um dos princípios que orientam a organização do SUS definidos pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Em Geografia, regionalizar significa: dividir em regiões, de acordo com as semelhanças ou características que determinados lugares apresentam em comum.

Na saúde, formar uma Região de Saúde significa estabelecer um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser criada, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção Básica;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- V - vigilância em saúde.

Para “regionalizar”, Estados e municípios precisam conhecer os problemas sociais e sanitários de suas localidades, bem como suas características demográficas e geográficas, o perfil epidemiológico, o fluxo da demanda, a oferta de serviços e as necessidades expressas pelos usuários.

REGIONALIZAÇÃO só será possível se os gestores estaduais e municipais articularem-se entre si e comprometerem-se com ações que possibilitem o acesso, a integralidade e a resolutividade na atenção à saúde da população.



5. PENSE NISSO

Na prática, o controle de qualquer doença depende muito de promoção à saúde, prevenção, detecção precoce, tratamento e assistência direta aos pacientes, que é realizada pelos **profissionais em saúde**, comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida, seja do indivíduo seja da população, nos diversos tipos de serviços de saúde.

Como responsáveis pelo controle do câncer, cada um de nós deve cumprir o seu papel e sua função, seja:

- definindo os tipos de cuidados necessários para o controle dos variados tipos de câncer que podem se desenvolver no corpo humano;
- estabelecendo como os cuidados serão realizados;
- organizando e pactuando os fluxos de encaminhamento do paciente na rede de serviços;
- adequando os serviços de saúde para que tenham condições e capacidade para atender ao paciente com suspeita ou com confirmação de câncer;
- planejando ações e programas para o controle do câncer;
- elaborando, publicando e fazendo valer as políticas de saúde para o controle do câncer;
- tratando e cuidando da população.

Para fazer tudo isso, só contando com todos os profissionais e trabalhadores em saúde, com diferentes formações e saberes, atuando nos mais variados locais de trabalho, porém todos com os mesmos objetivos: prevenir e controlar o câncer.

UNIDADE V

Políticas, ações e programas para o controle do câncer no Brasil



Políticas, ações e programas para o controle do câncer no Brasil

1. INTRODUÇÃO

Você sabe quais são as políticas, os programas e as ações nacionais para o controle do câncer?

Face à magnitude do problema que o câncer representa, seu controle tem sido uma das prioridades de saúde do governo, no Brasil, ao longo dos anos. Essa prioridade se traduz na formulação de políticas e na implantação de ações e programas criados pelos gestores do SUS e executados pelos profissionais e trabalhadores da saúde.

Atualmente, uma série de políticas sustenta as ações dirigidas ao enfrentamento do câncer no Brasil.

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, estabeleceu princípios doutrinários e organizativos na área da saúde.

Os princípios doutrinários do SUS são:

- Universalidade.
- Equidade.
- Integralidade.

Os princípios que regem a organização do SUS são:

- Regionalização e hierarquização.
- Resolubilidade.
- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Participação da comunidade.
- Complementariedade do setor privado.

Em relação à rede de ações e serviços de saúde, a Constituição, em seu art. 198, deixa claro que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo.
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.
- Participação da comunidade.

SAIBA MAIS

Acesse o vídeo “SUS 20 Anos” e entenda melhor os seus mais de 20 anos de história e realizações.

Parte 1 - http://www.youtube.com/watch?v=_Xg8LimlkZI

Parte 2 - http://www.youtube.com/watch?v=1k_o-EEYESM&feature=related

Parte 3 - http://www.youtube.com/watch?v=D-ODXUvmI_Y&feature=related

Linha do tempo – o SUS e sua implantação

1988 - Constituição da República Federativa do Brasil

Instituiu a saúde como um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Também ficou conhecida como “Constituição cidadã”.

1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080

A LOS dispôs sobre objetivos, atribuições, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento do setor saúde dentro da nova lógica proposta pelo SUS.

1990 - Lei Complementar nº 8.142

A Lei nº 8.142 foi considerada complementar à LOS nº 8.080, em razão dos 25 vetos que o texto original sofreu do então presidente Collor. Apresenta, de forma central, a deliberação sobre o caráter participativo da comunidade na gestão do SUS e sobre a redefinição das formas de transferência intragovernamentais dos recursos financeiros.

1991 - Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/1991

O tema central é a política de financiamento do SUS, estratégia fundamental para a continuidade da assistência médica por parte dos prestadores de serviços de saúde, diante da política de saúde recém-instituída.

Aspectos centrais:

- Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
- Definiu recursos para: custeio da máquina administrativa do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps); financiamento de programas especiais de saúde e investimentos no Setor Saúde.

1992 - NOB nº 01/1992

Aspectos centrais:

- Teve um caráter complementar aos aspectos do financiamento e enfatizou a necessidade de descentralização das ações e dos serviços de saúde.
- Normalizou o Fundo Nacional de Saúde e o Fator de Estímulo Municipal e Estadual.
- Descentralizou o planejamento e a distribuição das “Autorizações de Internação Hospitalar” pelas Secretarias Estaduais de Saúde.

1993 - NOB nº 01/1993

Essa NOB estabeleceu normas e procedimentos reguladores com foco no avanço do processo de descentralização.

Aspectos centrais:

- Criação das Comissões Intergestores: a Comissão Tripartite (instância de pactuação entre as esferas federal, estadual e municipal) e a Comissão Bipartite (instância de pactuação entre um Estado e seus municípios).
- Grande avanço em estratégias de descentralização com foco na municipalização, fortalecendo os municípios como gestores do SUS.
- Implementação, de fato, dos mecanismos de transferência “fundo a fundo” nos municípios em condição de gestão semiplena.
- Definição da habilitação dos Estados e municípios de acordo com a sua capacidade de atender às necessidades da população e de gerir o sistema local de saúde.

1996 - NOB nº 01/1996

Aspectos centrais:

- Criação de outro tipo de habilitação com responsabilidade dos municípios pela saúde, a “Gestão Plena Municipal de Saúde”.
- O município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão. Enquanto a esfera federal normaliza e financia o sistema, o município gera e executa as ações e os Estados passam a ser meros mediadores.
- Ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família (criado em 1994) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- Implementação do Piso da Atenção Básica (PAB) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

2001 - Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas)/ 2001

Temática principal:

- Regulamentação da regionalização da assistência à saúde por meio da definição da divisão de responsabilidades entre Estados e municípios na gestão do SUS, e responsabilização das Secretarias Municipais de Saúde pela garantia de acesso dos seus próprios munícipes e dos usuários formalmente referenciados aos serviços localizados em seu território.

2002 - Noas/ 2002

Temática principal:

- Ampliação das responsabilidades dos municípios em relação aos cuidados assistenciais prestados na Atenção Básica.
- Definição do processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade da assistência.
- Criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e continuidade na atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios.

2006 - Pacto pela Saúde

A partir de 2006, muda a lógica de implementação do SUS, que deixa de ser orientada por normas administrativas e passa a ser feita por meio de pactuação entre os gestores.

O Pacto pela Saúde é composto por três componentes: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS.

2011 - Lei 12401 e decreto 7508

LEI Nº 12.401 DE 28 DE ABRIL DE 2011: Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011: Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

3. AS POLÍTICAS GERAIS QUE SE APLICAM AO CONTROLE DO CÂNCER

Política Nacional de Humanização - define os princípios e estabelece as diretrizes para valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Para conhecer, acesse: Política Nacional de Humanização.

Política Nacional de Atenção Básica - estabelece diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Para conhecer a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, acesse: Política Nacional de Atenção Básica.

Política Nacional de Promoção à Saúde - tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais. Para conhecer, acesse: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf

Rede de Atenção à Saúde - a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Para conhecer, acesse: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Para conhecer, acesse: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

4. AS POLÍTICAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS AO CONTROLE DO CÂNCER

Entre as várias orientações do Ministério da Saúde voltadas para a organização do sistema de saúde em relação ao controle do câncer do Brasil, duas delas merecem destaque especial:

- A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, instituída pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.
- O documento que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação desses estabelecimentos no âmbito do SUS, Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014.

Veja outras estratégias para o controle do câncer em:





5. PENSE NISSO

O controle do câncer no país precisa do envolvimento de todos.

- No Brasil, a saúde é um direito de todos os cidadãos e cabe aos governos – federal, estadual e municipal – a responsabilidade de garanti-la.
- As políticas de saúde têm sido estabelecidas pelo Ministério da Saúde, por meio das portarias e normas administrativas, considerando as prioridades sanitárias e as áreas que precisam de regulação. Esses documentos são publicados com a finalidade de ajudar no planejamento, na organização, na implementação, no monitoramento e na avaliação das ações de saúde para o controle das doenças.
- Nesse contexto, estão os trabalhadores e profissionais de saúde. Executar suas atividades nos mais diversos postos de trabalho existentes no país e saber quais são e como as políticas de saúde estão sendo desenvolvidas no seu Estado e na sua cidade também faz parte de suas responsabilidades, enquanto profissional e cidadão. Procure conhecê-las.



Referências

REFERÊNCIAS

UNIDADE I

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *TNM: classificação de tumores malignos*. 6. ed. Rio de Janeiro, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed. rev. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed. Rio de Janeiro, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Informações sobre o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil*. Disponível em: <<http://inca.gov.br>>. Acesso em: 3 dez. 2010.

UNIDADE II

BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações sobre as atividades do Sistema Único de Saúde, por meio de tecnológicas de informatização adequadas*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 12 out. 2016

CARMO, E. H.; BARRETO, M. L.; SILVA, J. B. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 63-75, 2003.

DUARTE, E. C. A informação, a análise e a ação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 61-62, 2003. Disponível em:

GOMES, F. B. C. Abordagem epidemiológica dos sistemas de informação no Brasil: gerenciamento, realização de pesquisas e divulgação no IESUS. *Informe Epidemiológico do SUS*. Brasília, DF, v. 10, n. 3, p. 109-112, 2001. Disponível em:

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/index.asp>>. Acesso em: 12 out.2016.

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S. R. F. R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v.10, n.1, p.49-56, mar. 2001.

- SABROZA, P. C. Estudos epidemiológicos na perspectiva do aumento da vulnerabilidade dos sistemas sócio-ambientais brasileiros. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 16, n. 4, p. 229-232, 2007.
- SANTA CATARINA (Estado). Secretaria da Saúde. Apresenta o conjunto de atividades desenvolvidas pela Secretariade Estado da Saúde relacionadas com o Sistema Único de Saúde. Disponível em: < http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/index.html>. Acesso em: 5 abr. 2010.
- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. *GLOBOCAN 2008: cancer incidence and mortality worldwide*. Lyon: IARC, 2010. (IARC Cancer Base, 10).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. *World cancer report 2008*. Lyon: IARC, 2008.

UNIDADE III

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- BOWLIN, S. J. et al. Breast cancer risk and alcohol consumption: results from a large case-control study. *International Journal of Epidemiology*, London, v. 26, n. 5, p. 915-923, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS): manual de bases técnicas: oncologia*. Brasília, DF, 2006. 74 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Rastreamento*. Brasília, DF, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3a ed. rev. Rio de Janeiro, 2008.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Apresenta informações sobre o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil*. Disponível em: < <http://inca.gov.br>>. Acesso em: 3 dez. 2010.
- MACIEL, M. G. S. et al. *Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais: relatório mundial*. Brasília, DF, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective program-*

mes: prevention. Geneva, 2007a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer control: knowledge into action:: WHO guide for effective programmes: diagnosis and treatment*. Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection*. Geneva, 2007b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: palliative care*. Geneva, 2007c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: planning*. Geneva, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2 ed. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Organization's fight against cancer: strategies that prevent, cure and care*. Geneva, 2007d.

UNIDADE IV

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde*. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v.5). BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. *Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência*. Brasília, DF, 2008. (Série Pactos pela Saúde 2006, v.8).

BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF, 2007. (Coleção progestores: para entender a gestão no SUS, 9).

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária em saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e siste-*

mas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-625.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama*: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro, 2006.

SZKLO, M. *História natural das doenças e níveis de aplicação de medidas preventivas*. Rio de Janeiro, 2004. Apresentação em Power Point. Disponível em: < <http://docplayer.com.br/5436592-Historia-natural-das-doencas-e-niveis-de-aplicacao-de-medidas-preventivas.html>>. Acesso em: 12 out. 2016.

UNIDADE V

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008–2011*. Brasília, DF, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, 2007. (Coleção gestores para entender a gestão no SUS, v. 1).

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *A situação do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama*: recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro, 2006. -

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Informações sobre o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil*. Disponível em: < <http://inca.gov.br>>. Acesso em: 3 dez. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Políticas e ações para prevenção do câncer no Brasil*: alimentação, nutrição e atividade física. Rio de Janeiro, 2009.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.



Glossário

GLOSSÁRIO

A

Agentes cancerígenos

Os agentes cancerígenos podem ser divididos em três tipos:

- Agente oncogênico - inicia o processo de oncogênese, provocando diretamente o dano genético das células. Como exemplo de agente iniciador tem-se o benzo[a]pireno, um dos componentes da fumaça do cigarro.
- Agente oncopromotor - atua sobre as células já iniciadas no processo da oncogênese, estimulando novas alterações em seu material genético.
- Agente oncoacelerador - promove a progressão da carcinogênese, provocando a multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Atua no estágio final do processo.

Alterações no DNA

A maioria dos danos do DNA é decorrente de erros que acontecem durante a reprodução da célula normal. Quando uma célula normal sofre um dano no seu DNA, ela repara esse dano ou morre. As células cancerosas nem reparam o dano do seu DNA, nem morrem, como deveriam. Em vez disso, essas dividem-se e formam novas células com o mesmo tipo de dano no DNA, isto é, ocorre uma mutação.

Atenção Básica (também conhecida como Atenção Primária)

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações acontecem sob forma de trabalho em equipe e são dirigidas a populações de territórios bem delimitados, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (Portaria SAS/MS nº 648/2006 – Política Nacional de Atenção Básica).

De acordo com o Office of Technology Assessment, dos Estados Unidos, tecnologias em saúde são: “equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na prestação de serviços de saúde, bem como as tecnologias que dispõem sobre a infraestrutura e organização desses serviços”. Por utilizar tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a Atenção Básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

Atenção Especializada de Alta Complexidade (também conhecida como Atenção Terciária)

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (Atenção Básica e Média Complexidade).

- As principais áreas que compõem a Alta Complexidade do SUS, organizadas em redes, são:
- Assistência ao paciente oncológico.
- Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise).
- Cirurgia cardiovascular, vascular e cardiovascular pediátrica.
- Procedimentos da cardiologia intervencionista.
- Procedimentos endovasculares extracardíacos.
- Laboratório de eletrofisiologia.
- Assistência em traumatologia-ortopedia.
- Procedimentos de neurocirurgia.
- Assistência em otologia.
- Cirurgia de implante coclear.
- Assistência aos pacientes portadores de queimaduras.
- Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica).
- Cirurgia reprodutiva.
- Genética clínica.
- Terapia nutricional.
- Distrofia muscular progressiva.
- Reprodução assistida.

Atenção Especializada de Média Complexidade (também conhecida como Atenção Secundária)

Composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento.

Exemplos de procedimentos de Média Complexidade:

- Cirurgias ambulatoriais especializadas.
- Procedimentos traumatologia-ortopédicos.
- Ações especializadas em odontologia.
- Patologia clínica.
- Anatomia patológica e citopatologia.
- Radiodiagnóstico.

- Exames ultrassonográficos.
- Diagnose.
- Fisioterapia.
- Terapias especializadas.
- Próteses e órteses.
- Anestesia.
- Outros procedimentos especializados realizados por médicos ou outros profissionais de níveis superior e médio.

C

Câncer da cavidade oral (boca)

É o câncer que afeta lábios e o interior da cavidade oral. Dentro da boca devem ser observados gengivas, mucosa jugal (bochechas), palato duro (céu da boca) e língua (principalmente as bordas) e assoalho (região embaixo da língua). O câncer do lábio é mais comum em pessoas brancas e ocorre mais frequentemente no lábio inferior. Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/boca/prevencao>.

Câncer de cólon e reto (intestino)

O câncer colorretal abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto. É tratável e, na maioria dos casos, curável, quando detectado precocemente, e quando ainda não atingiu outros órgãos. Grande parte desses tumores inicia-se a partir de pólipos, lesões benignas que podem crescer na parede interna do intestino grosso. Uma maneira de prevenir o aparecimento dos tumores é a detecção e a remoção dos pólipos antes de eles se tornarem malignos. Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colorretal/prevencao>.

Câncer de esôfago

O câncer de esôfago divide-se em dois principais subtipos histológicos: carcinomas de células escamosas e adenocarcinomas. O primeiro é o mais comum, aproximadamente 90% dos casos, e ocorre mais frequentemente em homens a partir dos 50 anos, acometendo mais os terços médio e inferior do esôfago. Já o adenocarcinoma surge na parte distal do esôfago, na presença de refluxo gástrico e metaplasia gástrica do epitélio (esôfago de Barret). Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/esofago/prevencao>.

Câncer de estômago

Também denominado câncer gástrico, os tumores do estômago apresentam-se, predominantemente, na forma de três tipos histológicos: adenocarcinoma (responsável por 95% dos tumores), linfoma, diagnosticado em cerca de 3% dos casos, e leiomiossarcoma, iniciado em tecidos que dão origem aos músculos e aos ossos.

O pico de incidência ocorre, em sua maioria, em homens por volta dos 70 anos. Cerca de 65% dos pacientes diagnosticados com câncer de estômago têm mais de 50 anos. No Brasil, esses tumores aparecem em terceiro lugar na incidência entre homens e em quinto, entre as mulheres. No resto do mundo, dados estatísticos revelam declínio da incidência, especificamente nos Estados Unidos, na Inglaterra e em outros países mais desenvolvidos.

Câncer de mama

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos.

Mais de 80% dos cânceres de mama têm origem no epitélio ductal, enquanto a minoria origina-se do epitélio lobular.

Nos últimos 40 anos, a sobrevida vem aumentando nos países desenvolvidos e, atualmente, é de 85% em cinco anos, enquanto, nos países em desenvolvimento, permanece com valores entre 50% e 60%. O câncer de mama é a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas para o ano de 2012. É a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento.

Mesmo sendo considerado um câncer de relativamente bom prognóstico quando diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil.

Aqui, a mamografia é o método preconizado para o rastreamento do câncer de mama. A recomendação de rastreamento para as mulheres de 50 a 69 anos é: realizar mamografia a cada dois anos. Essa rotina também é adotada na maioria dos países que implantaram o rastreamento organizado do câncer de mama, baseada em evidências científicas que relatam maior benefício dessa estratégia na redução da mortalidade nesse grupo quando comparada aos riscos/malefícios. Saiba mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/prevencao>.

Câncer de pele do tipo melanoma

O melanoma cutâneo é um tipo de câncer de pele que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e tem predominância em adultos brancos. O melanoma representa apenas 4% das neoplasias malignas da pele, sendo a mais grave em razão de sua alta possibilidade de metástase.

O prognóstico desse tipo de câncer pode ser considerado bom, se detectado nos estádios iniciais. Nos últimos anos, houve uma grande melhora na sobrevivência dos pacientes com melanoma, principalmente em função da detecção precoce do tumor. Leia mais em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/prevencao

Câncer de pele não melanoma

É o câncer mais frequente no Brasil e corresponde a 25% de todos os tumores malignos registrados no país. Apresenta altos percentuais de cura, se for detectado precocemente. Entre os tumores de pele, o tipo não melanoma é o de maior incidência e mais baixa mortalidade.

O câncer de pele é mais comum em pessoas com mais de 40 anos, sendo relativamente raro em crianças e negros, com exceção daqueles já portadores de doenças cutâneas anteriores. Pessoas de pele clara, sensível à ação dos raios solares, ou com doenças cutâneas prévias são as principais vítimas.

Como a pele – maior órgão do corpo humano – é heterogênea, o câncer de pele não melanoma pode apresentar tumores de diferentes linhagens. Os mais frequentes são o carcinoma basocelular, responsável por 70% dos diagnósticos, e o carcinoma epidermoide, representando 25% dos casos. O carcinoma basocelular, apesar de mais incidente, é também o menos agressivo. Leia mais em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/prevencao.

Câncer de próstata

Mais do que qualquer outro tipo, o câncer de próstata é considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. O aumento observado nas taxas de incidência no Brasil pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos (exames), pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país e pelo aumento na expectativa de vida. Alguns desses tumores podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos, podendo levar à morte. A maioria, porém, cresce de forma tão lenta (leva cerca de 15 anos para atingir 1 cm³) que não chega a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem.

Câncer de pulmão

É o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento de 2% ao ano na sua incidência mundial. A última estimativa mundial apontou incidência de 1,82 milhão de casos novos de câncer de pulmão para o ano de 2012, sendo 1,24 milhão em homens e 583 mil em mulheres. Em 90% dos casos diagnosticados, o câncer de pulmão está associado ao consumo de derivados de tabaco. No Brasil, foi responsável por 22.424 mortes em 2011. Altamente letal, a sobrevivência média cumulativa total em cinco anos varia entre 13% e 21% em países desenvolvidos e entre 7% e 10% nos países em desenvolvimento. No fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de morte evitáveis.

Evidências na literatura mostram que pessoas que têm câncer de pulmão apresentam risco aumentado para o aparecimento de outros cânceres de pulmão e que irmãos, irmãs e filhos de pessoas que tiveram câncer de pulmão apresentam risco levemente aumentado para o desenvolvimento desse câncer. Entretanto, é difícil estabelecer o quanto desse maior risco decorre de fatores hereditários e o quanto é por conta do ato de fumar. Saiba mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao/prevencao>.

Câncer do colo do útero

O câncer do colo do útero, também chamado de cervical, é causado pela infecção persistente por alguns tipos (chamados oncogênicos) do papilomavírus humano (HPV). A infecção genital por esse vírus é muito frequente e não causa doença na maioria das vezes. Entretanto, em alguns casos, podem ocorrer alterações celulares com possibilidade de evoluir para o câncer. Tais alterações são descobertas facilmente no exame preventivo (conhecido também como Papanicolaou) e são curáveis na quase totalidade dos casos. Por isso é importante a realização periódica desse exame. Existem dois tipos principais de câncer do colo de útero: o carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma.

Câncer em crianças e adolescentes

O câncer infantojuvenil (até 18 anos) é considerado raro, quando comparado aos tipos que afetam os adultos, e corresponde entre 1% e 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações.

O câncer nessa faixa etária deve ser estudado separadamente do câncer do adulto pelas diferenças existentes entre eles quanto:

- à localização primária dos tumores;
- à origem histológica do tumor (o tecido que deu origem ao tumor);
- ao comportamento clínico da doença.

Os principais tipos de câncer nessa população são: leucemias (que afetam os glóbulos brancos), câncer do Sistema Nervoso Central e linfomas (sistema linfático).

Do ponto de vista clínico, os tumores pediátricos apresentam menores períodos de latência. Em geral, aparecem rapidamente e são mais invasivos ou agressivos; porém respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico.

Além disso, a associação entre câncer pediátrico e fatores de risco específicos ainda não está totalmente estabelecida, enquanto os fatores de risco ambientais e comportamentais – como tabagismo, alcoolismo, má alimentação, falta de atividade física regular, exposição ao sol, entre outros – já estão bem descritos como associados a vários tipos de neoplasias na população adulta.

Em geral, a incidência total de tumores malignos na infância é maior no sexo masculino. Leia mais em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>.

Células normais

As células que constituem os animais são formadas por três partes:

- A membrana celular (parte mais externa da célula).
- O citoplasma (corpo da célula).
- O núcleo (onde ficam os cromossomas, que, por sua vez, são compostos de genes).

CID 10

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID, fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código, que contém até seis caracteres. Tais categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes. As informações do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) estão disponíveis no endereço eletrônico do Departamento de Informações em www.datasus.gov.br (Ministério da Saúde).

Complementariedade do setor privado

A Constituição definiu, em seu art. 199, que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada e que as instituições privadas poderão participar de forma complementar ao SUS. Na Lei nº 8.080, é definida que a participação da iniciativa privada será de forma complementar, ou seja, quando os recursos do setor público forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o gestor poderá recorrer à contratação de serviços privados. Para tanto, isso deve se dar sob três condições:

- 1ª - Celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular.
- 2ª - A instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS. Prevalecem, assim, os princípios da universalidade, equidade etc., como se o serviço privado fosse público, uma vez que, quando contratado, atua em nome deste.
- 3ª - A integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica organizacional do SUS, em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Dessa forma, em cada região, deverá estar claramente estabelecida, considerando-se os serviços públicos e privados contratados, quem vai fazer o quê, em que nível e em qual lugar.

Entre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição.

Assim, cada gestor deverá planejar primeiro o setor público e, na sequência, complementar a rede assistencial com o setor privado, com os mesmos concertos de regionalização, hierarquização e universa-

lização. Torna-se fundamental o estabelecimento de normas e procedimentos a serem cumpridos pelos conveniados e contratados, que devem constar anexados aos convênios e contratos.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

A partir da Constituição Federal de 1988, o Setor da Saúde passou a ter um comando único (nas três esferas de gestão do SUS, a saber: municipal, estadual e federal), cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade de coordenar o SUS.

Os gestores do SUS são:

- O ministro da saúde.
- Os secretários estaduais de saúde.
- Os secretários municipais de saúde.

A execução das ações assistenciais à saúde é de responsabilidade dos:

- Serviços públicos, filantrópicos e privados.
- Profissionais e trabalhadores em saúde.

Critérios para definição do território geográfico

a – Existência de contiguidade entre os municípios.

b – Respeito às identidades expressas em aspectos sociais, econômicos e culturais.

c – Existência de infraestrutura de transportes e de redes de comunicação adequadas, permitindo o trânsito de usuários entre os municípios.

d – Existência de fluxos assistenciais que considerem o desenho da região e que podem ser alterados, se necessário, respeitando-se a organização da rede de atenção à saúde.

e – Existência de fluxos assistenciais que integrem a organização da região e que podem ser alterados, se necessário, respeitando-se a organização da rede de atenção à saúde.

f – Responsabilização da rede de ações e serviços de saúde envolvendo todos os municípios pela atenção à saúde e pelas ações básicas de vigilância da saúde, de forma a propiciar resolutividade ao território regional e a garantir suficiência em Atenção Básica e parte da média complexidade (que já deve estar estabelecida ou deve haver uma estratégia para que seja alcançada e explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos).

g – Existência de parâmetros de incorporação tecnológica, compatibilizando economia de escala com acesso equânime.

h – Garantia de integralidade à atenção à saúde; para esse fim, as regiões poderão inclusive pactuar

arranjos inter-regionais, se necessários, agregando mais de uma região em uma macrorregião, sendo que o ponto de “corte” de Média e Alta Complexidades, na região ou na macrorregião de saúde, deve ser pactuado na CIB.

Cuidado integral

A integração das ações de atenção oncológica deve ser pensada estreitamente ligada aos conceitos de integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, em quatro perspectivas:

- Como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, respectivamente.
- Como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- Como garantia da continuidade da atenção nos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde (Atenção Básica e Atenção Especializada de Média e Alta Complexidades).
- Como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (reforma agrária, urbana etc.) que incidem nas condições de vida, nos determinantes de saúde e riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

As dimensões pontuadas acima representam, quando desenvolvidas em sua plenitude, o cuidado integral, objeto atual de estudo de vários pesquisadores brasileiros, e, de acordo com o Ministério da Saúde, expressa-se nas articulações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.

D

Descentralização

É o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas para União, Estados, Distrito Federal e municípios.

Displasia

É o processo de crescimento celular no qual as células apresentam modificação de algumas de suas características. Nele há alteração da forma e tamanho das células, além da presença frequente de mitoses (divisões celulares). Há um crescimento desordenado do epitélio e geralmente ocorre em um epitélio metaplásico. No entanto, nem todos os epitélios metaplásicos são também displásicos.

Grande parte dos conceitos atualmente consolidados sobre displasia provém de estudos feitos por acompanhamento das lesões observadas no colo do útero. Isso acontece porque esse órgão oferece facilidade

de observação e as lesões ocorrem com frequência nesse local. As displasias do colo do útero podem ser sequenciais, progressivas, mas podem também regredir. A progressão da lesão pode levar ao câncer do colo do útero.

E

Equidade

É um princípio de justiça social que busca diminuir desigualdades. Isso significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Equipes interdisciplinares

São equipes formadas por profissionais de várias áreas da saúde, com conhecimentos específicos e especializados que trabalham de forma articulada e integrada, em que todos discutem, avaliam e acompanham o plano de cuidado do paciente.

F

Fatores de risco

Chance de uma pessoa sadia, exposta a determinados fatores, ambientais ou hereditários, adquirir uma doença. Os fatores associados ao aumento do risco de se desenvolver uma doença são chamados fatores de risco.

G

Genes

Os genes são componentes celulares que funcionam como arquivos, que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, em uma “memória química” – chamada de DNA. É por meio do DNA que os cromossomas passam as informações para o funcionamento da célula.

H

Hiperplasia

É o aumento localizado e autolimitado do número de células de um órgão ou tecido. Essas células são normais na forma e possuem a mesma função das do tecido original. A hiperplasia pode ser fisiológica (normal) ou patológica.

- Na forma fisiológica, os tecidos são estimulados à proliferação para atender às necessidades normais do organismo. Um bom exemplo é observar o que ocorre com a glândula mamária durante a gestação.
- Na forma patológica, geralmente um estímulo excessivo determina a proliferação, como, por exemplo, na hiperplasia endometrial estimulada por excesso de estrogênios.

Na hiperplasia, assim que cessam os estímulos, cessa também a proliferação celular.

História natural da doença

É o nome dado ao conjunto de processos interativos compreendendo “as inter-relações do agente, do suscetível e do meio ambiente, que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente, ou qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte” (LEAVELL; CLARK, 1976). Compreende dois períodos sequenciados: pré-patogênico, em que o indivíduo é livre da doença, mas vive sob a influência do meio ambiente e seus fatores de risco; patogênico, no qual o indivíduo é acometido pela doença.

I

Incidência

Número total de casos novos de uma doença ocorrido em um determinado local e período de tempo. A taxa de incidência mede a probabilidade de um indivíduo ser atingido por uma doença, sendo por definição, uma medida de risco.

Integralidade

É um princípio fundamental que garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não em ações pontuais ou em doenças específicas.

L

Leucemias

Doença maligna dos glóbulos brancos (leucócitos) do sangue. Sua principal característica é o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais. A medula óssea produz as células que dão origem às células sanguíneas, que são os glóbulos brancos, os glóbulos vermelhos e as plaquetas. Leia mais em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/leucemia/prevencao_genetica_outros_fatores_de_risco.

M

Mama

Órgão glandular que segrega o leite na mulher e nas fêmeas dos outros mamíferos.

Meio ambiente

Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos e medicamentos) e os ambientes social e cultural (estilo e hábitos de vida). As mudanças provocadas pelo próprio homem ao meio ambiente, por meio de hábitos e estilo de vida que adota, podem determinar diferentes tipos de câncer.

Metaplasia

É o processo de crescimento, de reparação celular, no qual as células são normais, mas diferentes daquelas do tecido original. Exemplos dessas alterações são vistos frequentemente em epitélios de revestimento, como acontece com os fumantes, nos quais há substituição do epitélio pseudoestratificado ciliado que reveste os brônquios por um tecido diferente, o epitélio escamoso estratificado. A metaplasia também é reversível quando cessam os estímulos que a provocam.

Metástase

É o comprometimento a distância por uma parte do tumor que não guarda relação direta com o foco primário. Essa disseminação tumoral é um processo complexo e não de todo esclarecido, que pode ser dividido em cinco etapas:

- 1) Invasão e infiltração de tecidos subjacentes por células tumorais, dada a permeação de pequenos vasos linfáticos e sanguíneos.
- 2) Liberação, na circulação linfática e/ou sanguínea, de células neoplásicas, tanto isoladas como na forma de pequenos êmbolos.

- 3) Sobrevivência dessas células na circulação linfática e/ou sanguínea.
- 4) Retenção nos leitos capilares de órgãos distantes.
- 5) Extravasamento dos vasos linfáticos ou sanguíneos, seguido do crescimento das células tumorais disseminadas.

Morbidade

Número de casos de uma doença em um grupo populacional. Desdobra-se nos conceitos de incidência e de prevalência.

Mortalidade

Número de indivíduos que morreram em um determinado local e período de tempo. Representa o risco ou a probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de morrer em decorrência de uma determinada doença.

N

Neurônios

Células do sistema nervoso responsáveis pela condução do impulso nervoso.

O

Organização Mundial da Saúde

A OMS é uma instituição internacional especializada em saúde, que tem por objetivo desenvolver o nível de saúde de todos os povos. A saúde é entendida pela OMS como um “Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”.

P

Participação da comunidade

É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

A participação da comunidade no SUS acontece, nos municípios, por meio de canais institucionalizados (ou seja, previstos por leis ou normas do SUS), como as conferências municipais de saúde, os conselhos municipais de saúde, os conselhos gestores de serviços ou, ainda, por meio de reuniões de grupos por áreas de afinidade. Mesmo nos órgãos internos do SUS, os processos participativos são importantes, como as mesas de negociação trabalhista, a direção colegiada e outras.

Prevalência

Número total de casos de uma doença existente em um determinado local e período de tempo. Casos prevalentes são aqueles que estão sendo tratados ou acompanhados (casos antigos), somados àqueles que foram descobertos ou diagnosticados recentemente (casos novos). A prevalência, como ideia de acúmulo, de estoque, indica a força com que subsiste a doença na população.

Programação das ações de saúde

Um dos instrumentos de gestão para a programação das ações de saúde no SUS é a Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI da Assistência em Saúde é um processo instituído no âmbito do SUS no qual, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. É, portanto, uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: planos de saúde, planos plurianuais de saúde e outros.

Próstata

Glândula masculina que se localiza na parte baixa do abdômen. Ela é um órgão muito pequeno, tem a forma de maçã e situa-se logo abaixo da bexiga e à frente do reto. A próstata envolve a porção inicial da uretra, tubo pelo qual a urina armazenada na bexiga é eliminada. A próstata produz parte do sêmen, líquido espesso que contém os espermatozoides, liberado durante o ato sexual.

Q

Quimioterapia

A quimioterapia é o método que utiliza compostos químicos, chamados quimioterápicos, no tratamento de doenças causadas por agentes biológicos. Quando aplicada ao câncer, a quimioterapia é chamada de quimioterapia antineoplásica ou quimioterapia antilblástica.

R

Rastreamento (*screening*)

De acordo com a OMS (2007), um programa de rastreamento populacional (também chamado de *screening*) deve:

- Aplicar um teste efetivo para o rastreio da doença em questão em pelo menos 70% da população considerada de risco.
- Estar preparado não somente com materiais, insumos e equipamentos adequados, suficientes e funcionando em perfeito estado de uso, mas também contar com profissionais de saúde com formação adequada e em número suficiente para a realização dos exames necessários ao processo de rastreamento e confirmação diagnóstica.
- Prever que o local que fizer o rastreamento deve oferecer o tratamento adequado para os pacientes com câncer ou com lesões precursoras ou, então, garantir o encaminhamento correto para que o paciente seja tratado.
- Apresentar evidências concretas dos benefícios das ações do rastreamento na redução da mortalidade.

Rastreamento oportunístico

Oferecido, de modo oportuno, ao indivíduo que, por outras razões, procura os serviços de saúde. Exemplo: realizar, por decisão do médico ou por solicitação da própria paciente, exame clínico das mamas nas mulheres que comparecerem para consulta ginecológica.

Rastreamento organizado

Dispensado a pessoas convidadas, de grupo etário predefinido, com frequência preestabelecida e implementado por meio de um planejamento ativo. O rastreamento organizado pode ser populacional ou seletivo.

- Rastreamento populacional - quando não há seleção de indivíduos de acordo com um histórico que aponte um risco de adoecimento. Exemplo: rastrear todas as mulheres entre 50 e 69 anos, residentes em uma determinada localidade, o câncer de mama.
- Rastreamento seletivo - quando é oferecido a um subgrupo populacional identificado como de alto risco para uma doença. Exemplo: rastrear, a partir dos 35 anos, mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau, mãe, irmã ou filha, com diagnóstico de câncer de mama abaixo dos 50 anos, câncer de mama bilateral ou câncer de ovário; histórico familiar de câncer de mama masculino; diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*).

Regionalização e hierarquização

Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada, e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede de saúde deve ser por meio dos serviços de nível primário de atenção que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas. Os casos não resolvidos no nível primário deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área geográfica delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Registros de Câncer de Base Populacional

Os registros de câncer de base populacional (RCBP) são registros que fornecem informações permanentes sobre o número de casos novos em uma área geográfica delimitada (por exemplo: um determinado município), permitindo detectar setores onde a população é mais afetada pela doença, fatores ambientais que podem estar relacionados e influenciar na prevalência da doença, identificar grupos étnicos afetados, promovendo assim investigações epidemiológicas e estudos específicos. As informações obtidas desses registros também auxiliam na determinação da necessidade de ações e estratégias junto à população, na detecção precoce e prevenção do câncer, como também na avaliação de novas técnicas diagnósticas. O principal propósito desse tipo de registro é avaliar o impacto do câncer em uma determinada população. Veja no site do INCA www.inca.gov.br a lista de endereços de RCBPs.

Registros Hospitalares de Câncer

Os registros hospitalares coletam dados de todos os pacientes atendidos no hospital, com diagnóstico confirmado de câncer. O RHC tem sido descrito como um espelho que reflete o desempenho do corpo clínico em relação à assistência prestada aos pacientes, por meio da avaliação dos resultados de protocolos terapêuticos e análise de sobrevida dos pacientes, por tipo específico de câncer. Merece destaque a utilização das informações do registro hospitalar no planejamento de novos hospitais, para o recrutamento de profissionais necessários e como base de informação para a pesquisa clinicoepidemiológica institucional. Veja no site do INCA www.inca.gov.br a lista de endereços de RHCs.

Resolubilidade

É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

S

Série Pactos pela Saúde

Vol. 1: Diretrizes Operacionais: pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_1_completo.pdf

Vol. 2: Regulamento: pactos pela Vida e de Gestão

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_2_completo.pdf

Vol. 3: Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para sua Implementação no SUS

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_3_completo.pdf

Vol. 4: Política Nacional de Atenção Básica

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf

Vol. 5: Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_5_completo.pdf

Vol. 6: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume6.pdf>

Vol. 7: Política Nacional de Promoção da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vol_7_completo_0304.pdf

Vol. 8: Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_8_completo.pdf

Vol.9: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume9.pdf>

Vol.10: Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual - Orientações para Organização e Funcionamento

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume10.pdf>

Vol. 11: Pactuação unificada de indicadores – avaliação 2007

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vol11_pacto1406.pdf

Vol. 12: Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>

Vol. 13: Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume13.pdf>

Vol. 14: Pactuação unificada de indicadores – avaliação 2007

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume14.pdf>

T

Tecido epitelial

Também denominado epitélio, é formado pelo conjunto de células semelhantes e justapostas, ou seja, uma camada de células coesas entre si, revestindo externamente a estrutura corporal de muitos vertebrados, por exemplo, do ser humano, realizando também a delimitação das cavidades internas, bem como a formação dos órgãos e glândulas.

Tumores

Resulta de um aumento de volume dos tecidos que pode ou não ser provocado por uma proliferação desordenada de células. São classificados em:

- Tumor maligno: assim chamado quando o crescimento desordenado das células acontece de forma muito rápida, agressiva e incontrolável. Somente o tumor maligno é denominado câncer.
- Tumor benigno: significa, simplesmente, uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constitui um risco de vida.

U

Universalidade

É um princípio no qual a saúde é reconhecida como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado garantir as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e o acesso às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

V

Vírus

Alguns vírus são considerados oncogênicos, isto é, capazes de produzir câncer e podem ser transmitidos pelo contato sexual, transfusões de sangue ou seringas contaminadas utilizadas para injetar drogas. Como exemplos de vírus carcinogênicos, podemos citar o Papilomavírus Humano (vírus responsável pelo câncer do colo do útero), o vírus da hepatite B (relacionado ao câncer de fígado) e o vírus HTLV - I / Human T-lymphotropic virus type I (relacionado à leucemia e ao linfoma de célula T do adulto), entre outros. Entretanto, os cânceres causados por vírus não são contagiosos.

The image features a faint, stylized background illustration of a dragon's head, facing right. The dragon has a large, circular eye with a jagged, flame-like border. The word "Anexo" is written in a bold, black, sans-serif font across the center of the dragon's face. The entire scene is set within a light gray rectangular frame that has four small white circles at its corners, resembling a photo print or a document page.

Anexo

EQUIPE DE ELABORAÇÃO (3ª Edição)

Coordenação de conteúdo

Mario Jorge Sobreira da Silva

Equipe de revisão de conteúdo (INCA)

Adriana Tavares de Moraes Atty.

Arn Migowski dos Santos.

Caroline Madalena Ribeiro.

Denise Rangel Sant'Ana.

Marceli Oliveira Santos.

Maria Beatriz Kneipp Dias.

Marise Souto Rebelo.

Equipe EAD/INCA

Telma de Almeida Souza.

Carlos Eduardo de Melo Dias.

Cláudio Sarmento Rodrigues.

Márcio da Silva Camilo.

Mônica Nogueira da Costa Figueiredo.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO (1ª e 2ª Edições)

Organização

Luiz Claudio Santos Thuler

Elaboração de Conteúdo

Denise Rangel Sant'Ana

Luiz Claudio Santos Thuler

Magda Côrtes Rodrigues Rezende

Equipe Técnico-Pedagógica

Antonio Tadeu Cheriff dos Santos

Ângela Mazzi

Francisco José da Silveira Lobo Neto

Joecy Dias de Andrade

Luciane Leitão

Márcia Marília Vargas Fróes Skaba

Marisol Pensado Pazos

Rildo Pereira da Silva

Solange Canavarro

William de Oliveira Avellar

Equipe de Produção e Criação

(projeto gráfico na web e multimídia)

Bruno Durante

Chester Martins

Dimitrios Monteiro

Mariana Fernandes Teles

Equipe de Revisão de Conteúdo (INCA)

Ana Lúcia A. Eisenberg

Ana Maria Ramalho Ortigão Farias

Andréa R. Reis

Anke Bergmann

Antonio Carlos Antunes Bertholace

Carlos Jose Coelho Andrade

Célia Regina Costa

Célia da Silva Ulysses de Carvalho

Claudia Naylor

Eraldo Vidal

Fábio Gomes

Fátima Meirelles Pereira Gomes

Liz Maria de Almeida

Luis Felipe Ribeiro Pinto

Marceli Oliveira Santos

Maria Beatriz Kneipp Dias

Maria do Carmo Esteves da Costa

Marise Souto Rebelo

Mônica de Assis

Moyses Szklo

Paula Fernandes de Brito

Sueli Gonçalves Couto

Teresa Cristina da Silva Reis

Ubirani Barros Otero

Valéria Cunha

Valkíria Matos

Fonte: Calibri, corpo 11.
Rio de Janeiro, março de 2017.