

## **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS: UM OLHAR PARA O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO**

João Victor da Silva Rodrigues<sup>1</sup>, Julliany Larissa Correia Santos<sup>2</sup>, Jesse Leite de Almeida<sup>3</sup>, Cláudia Fabiane Gomes Golçalves<sup>4</sup>.

- 1- Acadêmico do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco- IFPE. Pesqueira, Pernambuco. Brasil. Email: [victorodrigues.ifpe@gmail.com](mailto:victorodrigues.ifpe@gmail.com);
- 2- Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco-IFPE. Pesqueira, Pernambuco. Brasil. Email: [jullianyif@gmail.com](mailto:jullianyif@gmail.com);
- 3- Acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto Federal de Pernambuco - IFPE. Pesqueira, Pernambuco. Brasil. Email: [jessealeite@gmail.com](mailto:jessealeite@gmail.com);
- 4- Enfermeira. Docente do Instituto Federal de Pernambuco – IFPE. Pesqueira, Pernambuco. Brasil. Email: [cfabianegg@hotmail.com](mailto:cfabianegg@hotmail.com);

### **INTRODUÇÃO**

O ritmo do envelhecimento populacional é cada vez mais rápido e nítido, onde pela primeira vez na história da humanidade, a população possui a possibilidade de viver mais que 60 anos, essa nova perspectiva traz consigo um fator crucial em qualquer etapa do desenvolvimento humano: a saúde <sup>1</sup>.

O Envelhecer reflete na saúde do ser humano diversas características e conseqüências genéticas, sociais e físicas, consistindo-se como uma etapa complexa, onde a nível biológico ocorrem danos moleculares e celulares, tornando o indivíduo mais susceptível a doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer <sup>1</sup>.

O câncer, termo eleito de maneira genérica para representar mais de 100 tipos distintos de patologias, se configura atualmente como um problema de saúde pública de ordem mundial, não apenas pelo aumento de sua prevalência, mas também pelos investimentos demandados em ações abrangentes nos diversos níveis de atuação, a exemplo da promoção da saúde, detecção precoce, na assistência, vigilância, formação dos recursos humanos, comunicação e mobilização social, bem como na pesquisa e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>2</sup>.

O Brasil vem experienciando mudanças em seu perfil demográfico e epidemiológico desde a segunda metade do século XIX, o que acarreta substituição gradual das doenças infecciosas e parasitárias pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e causas externas <sup>3</sup>.

As morbimortalidades que estão relacionadas às DCNT que são as principais causas de morte no mundo, responsáveis por aproximadamente 80% das mortes em países de baixa e média

renda. No Brasil, constituem o problema de saúde de maior magnitude, atingindo fortemente as camadas pobres da população e grupos vulneráveis, correspondem a 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS e do Sistema de Saúde Suplementar e cerca de 70% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%) e câncer (16,3%)<sup>4</sup>.

No Brasil, os primeiros incentivos à epidemiologia do câncer começaram na década de 1920 com o Departamento Nacional de Saúde Pública. Entretanto, observou-se a necessidade de ampliar as ações de controle do câncer o que levou a criação do Sistema Nacional do Câncer, nos anos 1940, momento em que houve um avanço das iniciativas filantrópicas, ocasionando abertura para o surgimento das primeiras ligas, associações e redes de combate ao câncer<sup>5</sup>.

Os cânceres têm como características comuns o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo de origem multifatorial. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em seqüência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese)<sup>6</sup>.

Independentemente da disponibilidade de vários tratamentos com eficácia comprovada, o câncer ainda pode ser mencionado como fator de diminuição da vitalidade, intimamente ligado com a dor, sofrimento, o estigma e a morte<sup>6</sup>.

Avanços nos diagnósticos e nos tratamentos do câncer tem possibilitado ampliação da possibilidade de cura, cujo objetivo terapêutico real ocorre em 50% dos casos diagnosticados. Destacam-se como as principais formas de tratamento: a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a hormonioterapia, a terapia biológica, sendo tratamentos isolados ou em combinação<sup>7</sup>.

Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica. Daí a importância de uma assistência integral pela integração de serviços oncológicos (de cirurgia, radioterapia e quimioterapia), entre si e com serviços gerais, em estrutura hospitalar. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) por meio da portaria 140/2014 atualizou os critérios, parâmetros e estabelecimentos habilitados em oncologia e os serviços isolados de radioterapia autorizados para o atendimento no SUS.

Faz-se necessário lembrar que grande parte dos pacientes faz uso do Tratamento fora do Domicílio (TFD), onde estes se deslocam dos seus municípios para obter tratamento em centros de referência. “Cabe ressaltar que as situações de tratamento fora do domicílio são restritas a algumas ações de alta complexidade que ainda não são ofertadas na rede municipal”<sup>8</sup>.

O programa de TFD é uma das maneiras de garantir os direitos aos usuários da rede pública de saúde, respeitando os princípios constitucionais da universalidade e integralidade do SUS,

garantindo assim, atendimento com equipe multiprofissional capacitada para atender todas as necessidades do paciente de forma a melhorar sua qualidade de vida <sup>9</sup>.

A atuação multiprofissional permite a discussão dos problemas em questão, tornando efetivos os saberes e as práticas de cada profissional de maneira articulada e eficiente, somando-se aos saberes e práticas do paciente e família <sup>4</sup>.

Assim, a Enfermagem, pode atuar de maneira significativa, tendo em vista, seu processo de trabalho ser baseado na identificação de necessidades humanas e no estabelecimento de estratégias que proporcionem a recuperação da saúde ou a melhoria do bem-estar individual ou coletivo, além disso, a equipe de enfermagem está próxima por mais tempo do paciente e seus familiares <sup>11</sup>.

Diante do exposto, toda a assistência em saúde aos pacientes oncológicos em tratamento fora do domicílio depende do conhecimento do perfil epidemiológico de pacientes atendido pelo SUS. Assim, tornou-se pertinente investigar a caracterização desses pacientes a fim realizar o planejamento de assistência a partir da demanda real existente. Com as diversas transformações biopsíquicas e sociais que ocorrem durante o processo de envelhecimento e oncogênese, é necessária a implantação de políticas de saúde que atenda e desenvolva serviços de qualidade à população com mais de 60 anos. Objetivando práticas preventivas, onde durante o ciclo vital, possam ocorrer eventos que façam com que a longevidade não culmine em dependência, quebrando o estereótipo de que idade avançada é sinônimo de perda de habilidades e saúde frágil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, de abordagem quantitativa. Tais estudos avaliam a situação da população em um determinado momento, são de fácil realização e, em saúde pública, tornam-se linha de base para planejamento em saúde. Realizado no município de Pesqueira – PE, distante 215 Km da capital pernambucana Recife, com área total de 961Km<sup>2</sup>, contando com uma população total de 63.519 mil habitantes.

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pela Secretaria de Saúde do município, recebendo desta, carta de anuência para realização do presente estudo, bem como do Comitê de Ética da Fundação Altino Ventura, Recife, PE em 23/07/2015, mediante o número do parecer 1.157.794/2015. CAAE 46153715.6.0000.5532

O estudo foi censitário, a amostra foi composta por pessoas em tratamento oncológico cadastrados no TFD assistidos pelo SUS no Município de Pesqueira/PE. Foram adotados como critérios de inclusão: possuir idade igual ou maior que 18 anos; residir na área de abrangência do município de Pesqueira; possuir diagnóstico médico de câncer; ser usuário do TFD no Município de Pesqueira/PE; ser assistido pelo SUS. Foram excluídos da amostra aqueles que se encontravam em internamento hospitalar durante o período de coleta dos dados; os que não possuíam condições clínicas seguras que subsidiassem a participação na pesquisa; que possuísem déficit cognitivo, ou qualquer outra afecção que impossibilitasse a participação; e por fim aqueles que apresentassem diagnóstico de câncer, que abandonaram o tratamento no período, e diagnósticos recentes que não tinham comprovação por biópsia ou tomografia computadorizadas, isso, somado à demora nos resultados das biópsias, agendamento de retorno e encaminhamento para o tratamento, poderia interferir na análise dos dados.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista, através de um questionário semiestruturado, composto de 26 questões fechadas e abertas. Foram realizadas visitas domiciliares para o procedimento de coleta de dados, abordou-se o paciente expondo o propósito do estudo e convidando-o a participar, em caso afirmativo, solicitava-se que este assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e procedia-se à aplicação do instrumento sob a forma de entrevista, cada entrevista teve cerca de meia hora de duração, e ao seu término agradecemos o paciente pela sua participação, ressalta-se que as visitas foram realizadas em horário comercial, atendendo a disponibilidade dos pacientes.

A análise dos dados obtidos se deu de forma quantitativa, para tal análise, os dados foram codificados, para posterior elaboração de um dicionário de dados. Em seguida foram transcritos, sob um processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel, na sequência procedeu-se com a exportação e análise dos mesmos no programa SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 18.0.

Para caracterização dos aspectos sociodemográficos, econômicos e de saúde foram utilizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples, média, intervalo mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese dos dados sócio-demográficos obtidos se encontra na Tabela 1.

Sexo		
<b>Feminino</b>	12	70,6%
<b>Masculino</b>	5	29,4%
<b>Total</b>	17	100%

Idade	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
<b>Faixa etária</b>	34	85	63,24	17,47 %
<b>Total</b>			17	

Grau de escolaridade	Frequência	Percentual Válido
<b>Não alfabetizado</b>	4	23,5 %
<b>Ensino fundamental incompleto</b>	10	58,8%
<b>Ensino médio completo</b>	2	11,8%
<b>Ensino superior completo</b>	1	5,9%
<b>Total</b>	17	100%

Estado Civil	Frequência	Percentual Válido
<b>Solteiro (a)</b>	2	11,8%
<b>Casado (a)</b>	6	35,3%
<b>Vivendo como casado (a)</b>	2	11,8%
<b>Separado (a)</b>	1	5,9%

<b>Divorciado (a)</b>	1	5,9%
<b>Viúvo (a)</b>	5	29,4%
<b>Total</b>	17	100%

<b>Ocupação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual Válido</b>
<b>Aposentado</b>	5	29,4%
<b>Empregado</b>	1	5,9%
<b>Autônomo</b>	8	47,1%
<b>Não tem renda própria</b>	3	17,6%
<b>Total</b>	17	100%

<b>Renda</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Condições econômicas (em reais)</b>	870	2000	1435,00	453,659%
<b>Renda per capita (em reais)</b>	249	880	535,97	220,858%
<b>Total</b>			17	

Tabela 1. Síntese das características sociodemográficas dos pacientes que compõem a amostra.

A amostra do presente estudo foi composta por 17 pacientes, dentre os quais, cinco eram homens (29,4%) e doze mulheres (70,6%). O que aponta para uma diferença significativa, a incidência de neoplasias entre ambos os sexos é considerada similar nos países desenvolvidos, já no caso daqueles em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, alguns estudos apontam uma prevalência no sexo feminino de até 25% maior, o que é parte se assemelha com os resultados encontrados na presente amostra <sup>12</sup>.

Quanto a faixa etária, observou-se como idade mínima 34 anos e máxima 85 anos, sendo assim a média de idade foi de 63,24 anos, o que converge para uma predominância de sujeitos adulto-idosos, com desvio padrão de 17,46 anos, logo constata-se uma variação de 63,24 para mais

17,46 ou para menos 17,46, dado o desvio padrão, pode-se destacar uma amostra com maior dispersão.

No tocante ao grau de escolaridade quatro pacientes se enquadram como não alfabetizados, correspondendo a um percentual de 23,5%, dez (58,8%) referiram ter ensino fundamental incompleto, dois (11,8%) disseram ter ensino médio completo e apenas uma (5,9%) referiu ensino superior completo. Nesse sentido destaca-se que estudos apontam que a baixa escolaridade afeta diretamente no acometimento de feridas neoplásicas, visto que o paciente mais instruído tem condições de esclarecimento quanto à busca do tratamento adequado. Ressalta-se ainda que o baixo nível de instrução dos pacientes pode acarretar em um atraso na percepção da patologia e conseqüentemente na procura por assistência médica e para o diagnóstico, diminuindo assim suas possibilidades terapêuticas <sup>13</sup>.

No que tange o estado civil dos pacientes que compõem a amostra, dois (11,8%) declaram-se solteiros, seis referiram ser casados (35,3%), dois (11,8%) viverem como casados, um (5,9%) separado, um (5,9%) divorciado e cinco (29,4%) referiram ser viúvos. Destaca-se o número expressivo de pacientes casados ou que vivem como casados, estudos apontam para importância da figura do cônjuge no que se refere ao apoio e acompanhamento do paciente, no processo de tratamento e recuperação.

No que concerne à ocupação, cinco (29,4%) dos pacientes declararam-se aposentados, um (5,9%) empregado, oito (47,1%) autônomos e três (17,6%) referiram não ter renda própria. A insuficiência produtiva assume caráter essencial na determinação do quadro geral de saúde da população, sintomas como: cansaço, depressão ou ansiedade ampliam não somente o tempo de retorno ao trabalho, mas também a possibilidade de afastamento das atividades laborais. Em paralelo a isto, os custos hospitalares relacionados a ausência no trabalho, em detrimento da recuperação dos pacientes em tratamento, convergem em uma diminuição da produtividade pessoal, além de promover grande impacto social <sup>14</sup>.

Quanto à renda, analisando as condições econômicas em reais, observou-se como valor mínimo declarado 870 reais e máximo 2000, com uma média de 1435 reais, e desvio padrão de 453,66 %, apontando para uma dispersão de valores significativa na amostra. No que se refere a renda per capita em reais, constatou-se como valor mínimo 249 reais e máximo 880, tendo uma média de 535,97 e desvio padrão de 220,86%.

No que tange a crença religiosa, 15 (88,2%) dos pacientes afirmam possuir crença religiosa, e dois (11,8%), dentre os que afirmam possuir crença, a religião que possuir maior frequência é a

Católica, referida por nove (60%) dos pacientes, seguida da religião espírita, apontada por quatro (26,7%) dos pacientes que compõem a amostra.

Quando questionados com relação a morar sozinhos, apenas um (5,9%) dos pacientes referiu morar sozinho, e 16 (94,1%) referiam morar com alguém. Dentre aqueles que fizeram menção ao número de pessoas que moram no domicílio, observou-se um número mínimo de uma e máximo de seis, sendo assim a média de 2,37 e desvio padrão 1,63%. Com relação à com quem moram, o (a) cônjuge foi a figura mais referida, sendo citado (a) por seis (37,5%) dos pacientes que compõem a amostra, seguido de filhos (as), referido por quatro (25%), e por fim filhos e netos, mencionado por três (18,8%). Destaca-se dentre esses percentuais, a referência ao cônjuge, sabendo que este é de extrema importância no que compete ao apoio desde o processo de diagnóstico ao tratamento e/ou reabilitação, bem como todo o núcleo familiar.

No que se diz respeito a prática de atividade física, três (17,6%) dos pacientes referiram realizar atividade física regular e 14 (82,4%) disseram não praticar atividade física. O número baixo de praticantes de atividade física regular é preocupante, haja vista a contribuição efetiva que esta prática trás para o fortalecimento do sistema imunológico. Quanto ao tipo de atividade praticada, houve predominância da caminhada.

No que compete à existência de comorbidades referidas, destacam-se Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) citada por 10 (58,8%) dos pacientes e Diabetes Mellitus (DM), referida por seis (35,3%). Uma característica particular do perfil epidemiológico atual é a predominância de doenças crônicas, de progressão gradual e alta capacidade de afetar e reduzir a autonomia e independência do indivíduo <sup>2</sup>.

Quanto ao tempo que foi diagnosticado (em meses), dentre os 16 pacientes que fizeram referência a este item, a uma observância de no mínimo seis meses, máximo 240 e uma média de 74,6 e desvio padrão de 67, 96%.

No que se refere a ser a primeira vez do diagnóstico de neoplasia, dez (58,8%) dos pacientes referiram ter sido a primeira vez que foram diagnosticados com câncer, e sete (41,2%) disseram não ter sido a primeira vez do referido diagnóstico. Nesse tópico é importante destacar que os métodos de rastreamento para neoplasias foram ampliados e aperfeiçoados, fato que vem contribuindo de maneira efetiva para diagnósticos precoces e maior predisposição de sucesso nos possíveis tratamentos.

A incidência de todos os tipos de câncer encontrados nos sujeitos do estudo pode ser observada no Gráfico 1.



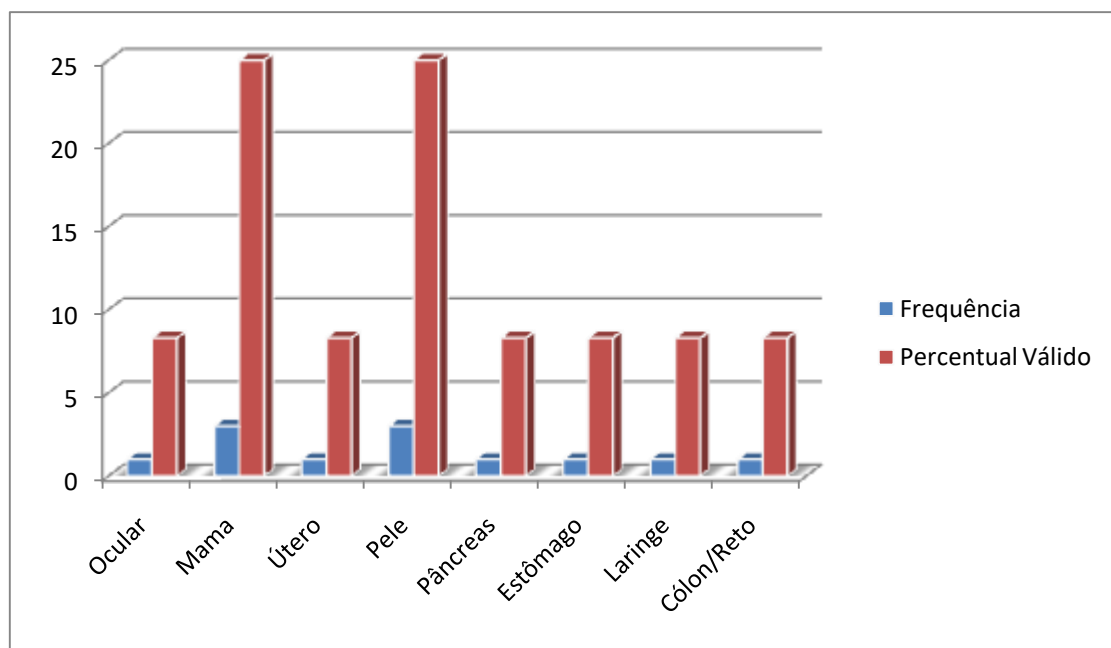


Gráfico 1. Tipo de neoplasia dos sujeitos que compõem a amostra.

Seguindo a tendência nacional, a neoplasia mais incidente entre o público feminino foi a de mama, correspondendo a um total de 25%, seguido de câncer de pele representando 25%. No mundo, a incidência do câncer de mama representa, no sexo feminino, cerca de 10% de todos os novos casos e 23% dos casos de câncer em mulheres.<sup>14</sup> No presente estudo pode-se constatar que os cânceres de mama foram diagnosticados em estágios avançados, o que por sua vez propicia questionamento quanto a eficácia de estratégias de rastreamento mamográfico, sendo estas garantidas em todo território nacional, segundo o Ministério da Saúde, contando com diagnóstico, tratamento e referência de mulheres com alterações mamárias. Apesar de ser considerada uma neoplasia de bom prognóstico, sendo esta diagnosticada precocemente, as taxas de mortalidade no Brasil, em detrimento do câncer de mama, ainda são elevadas, fato que vem sendo relacionado diretamente à diagnósticos tardios e terapêuticas inadequadas<sup>2</sup>.

No que se refere a histórico de familiar para neoplasias, 12 (70,6%) dos pacientes disseram ter alguém na família com diagnóstico de câncer, e 5 (29,4%) referiram que não. Aspectos relacionados a vida reprodutiva, histórico familiar e faixa etária são destacados como fatores de risco para o aparecimento do câncer de mama<sup>14</sup>.

Quando questionados com relação ao tratamento, seis (35,3%) dos pacientes referiram ter aderido a quimioterapia, quatro (23,5%) mencionaram radioterapia e nove (52,9%) foram submetidos à cirurgia. A escolha do tratamento eficaz para a neoplasia é feita baseando-se

principalmente no estadiamento, visando não somente o tumor primário, mas possíveis metástases, bem como, redução de sintomas, melhora da qualidade e sobrevida do paciente <sup>14</sup>.

## CONCLUSÕES

Pode-se constatar que os tipos mais incidentes de neoplasias, entre os pacientes que compõem a amostra, foram o de mama e pele, assemelhando-se as estatísticas nacionais.

Quanto ao câncer de mama, destaca-se a necessidade de maiores investimentos na detecção precoce e incentivo a adesão de práticas de educação em saúde que estimulem a realização do autoexame, não obstante, maior disposição de recursos financeiros para que haja uma ampliação de empenho clínico no que se refere a solicitação de exames regulares, a exemplo da mamografia.

No que se refere ao câncer de pele, evidenciou-se a necessidade de realização de atividades práticas de educação em saúde no município, para despertar na população quanto a prevenção dos fatores de risco que dizem respeito à referida neoplasia. Ressaltando que a educação de pacientes e profissionais da saúde se configura como importante dispositivo no que tange o reconhecimento precoce das possíveis lesões de risco e encaminhamento para atenção especializada.

Outro ponto importante evidenciado no presente estudo, é a falha nos mecanismos de referência e contra referência no município, fator limitante no que compete ao acompanhamento dos pacientes oncológicos em uso do TFD. Salienta-se que as Unidades Básicas de Saúde e os demais dispositivos da rede de atenção à saúde, devem estar atentos as demandas existentes por parte dessa clientela, e que deve-se reavivar o ideal de vínculo para os estes pacientes.

Outra observância relevante, é quanto a faixa etária, que mediante o desvio padrão apresentado, implica dizer que obteve-se uma grande dispersão, ou seja, grande variedade da amostra, dentro desta destina-se atenção especial a parcela da população ainda em idade produtiva. Salienta-se que a proporção deste público, acometido de quaisquer neoplasia pode vir a representar prejuízo econômico, principalmente quando associado ao fato dos tratamentos desencadearem prejuízos funcionais e consequentes ausências no trabalho dado a necessidade da realização de exames complementares e acompanhamento no tratamento e em alguns casos desencadeamento de óbito.

Os dados analisados permitiram caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes em tratamento oncológico em uso do TFD na região estudada, atendendo aos objetivos propostos e têm grande relevância no que diz respeito a formulação e implementação de políticas públicas que

objetivem a criação de medidas nos diferentes níveis de atenção à saúde e consequente melhoria da assistência à clientela assistida pelo SUS do município, bem como contribui com a produção de conhecimento científico de enfermagem com relação a temática abordada, mediante um cenário de escassa literatura sobre o perfil epidemiológico das neoplasias nos municípios brasileiros, fortalecendo assim a prática baseada em evidências científicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do Câncer: Abordagens básicas para o controle do câncer. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, 2011a.
3. Friestino JKO; Rezende R; Lorentz LH; Silva OMP. Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas. Revista Baiana de Saúde Pública. v.37, n.3, p.688-701 jul./set.2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022. Brasília – DF, 2011b.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. A situação do câncer no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. -Rio de Janeiro: INCA, 2006.
6. Michelone APC, Santos VLCCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino-am Enfermagem 2004 novembro-dezembro; 12(6):875-83.
7. Soares EM, Silva SR. Perfil de pacientes com câncer ginecológico em tratamento quimioterápico. RevBrasEnferm. 2010; 63(4):517-22.
8. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, out. 2005.

9. Barbosa HHMM; Cruz RAP; Borges RGL; Neto TSR. Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. RevPan-AmazSaude, Ananindeua , v. 1, n. 3, set. 2010
10. Silva RCV; Cruz EA. Planejamento da Assistência de Enfermagem ao paciente com câncer: Reflexão teórica sobre as dimensões sociais. Esc. Anna Nery, Salvador, vol. 15, n. 1, Pag. 180-185, (2011).
11. Manrique FMC; Pedraza HMP. Prevalencia de diagnósticos de Enfermería en personas en tratamiento oncológico. Investigación y Educación en Enfermería • Medellín, Vol. XXVI N.o 2 (2008).
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012.
13. Sousa AR, Koury GV, Badaranne EB, Cavalcante HA, Araújo CN. Perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço que evoluíram a óbito antes de receber tratamento. RevBrasCir Cabeça Pescoço. 2011;40(2):57-60.
14. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(4): 431-441