

**NEOPLASIAS CAUSADORAS DE ÓBITOS NO EXTREMO OESTE  
CATARINENSE, NO ANO DE 2013**

Patricia Campana\*

Cássia Cunico\*\*

Resumo

O câncer é uma das doenças que se destaca com relação aos índices de morbimortalidade. É considerado um grave problema de saúde pública devido às altas taxas de incidência, mortalidade e aos custos de diagnóstico e tratamento. A presente pesquisa teve por objetivo avaliar a situação de mortalidade por câncer nos municípios da região extremo oeste do Estado de Santa Catarina, no ano de 2013. O número total de óbitos nesta região e período foi de 1019 óbitos, dos quais 227 (22%) foram causados por neoplasias. O município de Belmonte apresentou maior porcentagem de óbitos por neoplasias relacionado ao número total de óbitos e o município de São José do Cedro apresentou a menor porcentagem de neoplasias relacionado ao total. As duas principais neoplasias que acometeram o sexo feminino foram neoplasia maligna de mama e neoplasia maligna de brônquios e pulmões. Já para o sexo masculino, foram neoplasia maligna de brônquios e pulmões e neoplasia maligna de próstata. Os dados obtidos também demonstraram que o índice de óbitos por neoplasias malignas é maior entre os homens e que houve o aumento progressivo do número de óbitos por neoplasias com o avanço da faixa etária, sendo que a faixa etária mais acometida foi de indivíduos com 70 a 79 anos e 60 a 69 anos.

PALAVRAS-CHAVE: Óbitos. Neoplasias. Câncer.

**NEOPLASMS CAUSING DEATHS IN THE FAR WEST REGION OF THE STATE  
OF SANTA CATARINA, BRAZIL, IN 2013**

*Abstract*

Cancer is a disease that stands out with respect to morbidity and mortality rates. It is considered a serious public health problem due to high incidence rates, mortality and costs of diagnosis and treatment. This study aimed to assess the situation of cancer mortality in the municipalities in the far-west region of the State of Santa Catarina, Brazil, in 2013. The total number of deaths in this region and period was 1019 deaths, of which 227 (22%) were caused by cancer. The municipality of Belmonte had a higher percentage of deaths from cancer

---

\*Bacharel em Enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina. Enfermeira da Secretária Municipal de Saúde de Anchieta – SC. Email: [patriciacampana16@hotmail.com](mailto:patriciacampana16@hotmail.com).

\*\*Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Paraná. Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de São Miguel do Oeste – SC. Email: [cassiacunico@yahoo.com.br](mailto:cassiacunico@yahoo.com.br).

related to the total number of deaths and the city of São José do Cedro reduced the percentage of cancers related to the total. The two main cancer that attacked females were malignant breast cancer and cancer of the bronchi and lungs. As for males, were malignant neoplasm of bronchus and lung and malignant prostate cancer. The data also showed that the death rates for malignant neoplasms is higher among men and that there was a progressive increase in the number of deaths from cancer with advancing age, and the most affected age group was individuals with 70 to 79 years and 60-69 years.

*KEY WORDS: Deaths. Neoplasm. Cancer.*

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer é definido como uma patologia que ocorre como consequência da alteração do material genético de uma célula que, ao gerar clones, transforma-se em um conjunto de células atípicas e sem funcionalidade para o organismo. Essas células proliferam-se, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente e adquirem características invasivas, percorrendo os vasos sanguíneos e linfáticos, os quais transportam as células para outras regiões do corpo (SMELTZER et al., 2011).

Durante o espectro de vida, diversos tecidos orgânicos normalmente sofrem períodos de crescimento rápido ou proliferação que devem ser diferenciados da atividade de crescimento maligno. 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 onde 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. No crescimento não controlado, tem-se uma massa anormal de tecido, cujo crescimento 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 (BRASIL, 2011; SMELTZER et al., 2011).

O câncer é uma patologia que afeta todas as faixas etárias, mas principalmente os idosos, com mais de 65 anos de idade. No geral, apresenta índices mais elevados nos homens do que nas mulheres e é mais evidente em países industrializados (SMELTZER et al., 2011).

Conforme Alexandre (2012), entre 2000 e 2020, estima-se que os casos de câncer no mundo desenvolvido aumentem 29%, enquanto que nos países em desenvolvimento há uma

previsão de aumento de 73%. É provável que isso ocorra como resultado no aumento da expectativa de vida, conseqüentemente do número de idosos e também como resultado da urbanização e mudanças nos hábitos de dieta.

Esta pesquisa teve por objetivo determinar as duas principais neoplasias malignas que causaram óbitos em indivíduos do gênero feminino e masculino nos municípios do extremo oeste do Estado de Santa Catarina.

## **2 METODOLOGIA**

Esta pesquisa constitui-se como um estudo descritivo, documental e quantitativo, cujos dados foram obtidos no banco de dados eletrônicos do DATASUS, no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), para o ano de 2013.

O SIM existe no Brasil desde 1975 e atualmente cobre mais de 90% da população. Este sistema permite monitorar e avaliar serviços, ações e políticas de saúde. É considerado uma importante fonte de informação para as estatísticas vitais. Por meio dele torna-se possível o monitoramento do estado de saúde das populações, identificação de grupos de risco, planejamento, definição e implantação de políticas públicas (OLIVEIRA et al., 2012).

Neste estudo foi pesquisado o número de óbitos por neoplasias de todos os municípios do extremo oeste do Estado de Santa Catarina, sendo eles: Anchieta, Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Descanso, Dionísio Cerqueira, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Itapiranga, Mondaí, Palma Sola, Paraíso, Princesa, Santa Helena, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel do Oeste e Tunápolis.

As informações pesquisadas no banco de dados foram: faixa etária; gênero; número total de óbitos nos municípios; número de óbitos por neoplasias e principais neoplasia causadoras de mortalidade. Os dados obtidos foram correlacionados e apresentados em forma de gráficos.

## **3. NEOPLASIAS**

O câncer é uma das doenças que se destaca com relação aos índices de morbimortalidade. Possui grande relevância na área da saúde, estando em constante crescimento (CARVALHO, 2014). Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2014), para o ano de 2014 estimava-se cerca de 580 mil novos casos dessa doença. Atualmente há aproximadamente 10 milhões de pessoas com câncer e a estimativa para 2020 é de 16 milhões de casos (FRIESTINO et al., 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o câncer como um grave problema de saúde pública, devido as crescentes taxas de incidência e mortalidade e, também, pelo investimento financeiro que é solicitado para diagnóstico e tratamento (FRIESTINO et al., 2013).

O câncer é uma patologia que afeta todas as faixas etárias, destacando-se principalmente em pessoas com mais de 65 anos de idade. Em geral, apresenta índices mais elevados nos homens e é mais evidente em países industrializados (SMELTZER et al., 2011).

Segundo Vieira e Marcon (2008) cerca de 60 % dos casos de óbito por câncer ocorrem na população idosa. Nessa faixa etária, geralmente, os casos de neoplasia são diagnosticados tardiamente, quando os recursos disponíveis para o tratamento não são mais suficientes. Situações como essas limitam a esperança de vida, contribuem para a deterioração da autoimagem do idoso e sustenta a representação de que o câncer é uma doença incurável. A família, nesses casos, acaba sendo surpreendida com o diagnóstico, marcado pela ausência de possibilidades terapêuticas e pelo pouco tempo de vida.

Os profissionais que trabalham em setores de oncologia vivenciam esta instabilidade físico-psicológica do paciente e da família da qual esse faz parte (PINHEIRO DA SILVA MORAIS et al., 2013). O cuidado requer engajamento para trabalhar com interdisciplinaridade e constante atualização quanto às tecnologias leves e duras, mantendo uma relação de intersubjetividade entre paciente e cuidador. É crescente a necessidade de autoconhecimento, bem como a produção de mais estudos científicos para conhecer as percepções dos pacientes e novas possibilidades de tratamento com melhor qualidade de vida. Também é importante conhecer a população através de estudos epidemiológicos, que fornecem a base para a prevenção das doenças (CARVALHO, 2014).

O enfermeiro tem papel fundamental no cuidado à saúde, no bem estar e na recuperação dos pacientes. Além de cuidados diretos de enfermagem, o enfermeiro orienta os familiares na realização de cuidados domiciliares, orienta os pacientes e também atua na prevenção e promoção das doenças e agravos que afetam a situação de saúde (TRENTINI et al., 2008). À medida que o paciente e a família avançam no processo contra o câncer, expressam raiva, frustração e depressão. Durante esse período, o enfermeiro tem o papel de incentivar o paciente e os familiares a verbalizar seus sentimentos e angustias, avaliando as reações do paciente e familiares e fornecendo assistência e apoio (SMELTZER et al., 2008).

Embora ainda exista na literatura uma ampla variedade de trabalhos que possibilitam visualizar grandes chances de cura da doença, sabe-se que estas são maiores quando o

diagnóstico é estabelecido nas fases precoces. Neste período há um melhor prognóstico para o paciente (MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003).

Segundo Sawada et al. (2009), as modalidades de tratamento para o câncer são: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e bioterapia. A cirurgia vem sendo o tratamento inicial e de escolha para vários casos, tornando possível a remoção de tumores de qualquer parte do corpo. Isso só é possível graças ao avanço das técnicas cirúrgicas, a melhor compreensão da oncogênese e os cuidados intensivos do pós-operatório. No entanto, as opções de tratamento oferecidas aos pacientes devem estar baseadas em cada tipo de câncer e a meta a ser atingida. As metas podem incluir a erradicação completa da doença (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento da célula tumoral (controle), ou alívio dos sintomas associados a doença (paliativos). O paciente, a família e a equipe de saúde devem compreender as opções e a meta do tratamento. A comunicação é importante em todas as fases, mas principalmente, quando o paciente e a família reavaliam os planos devido a presença de complicações da terapia ou progressão da doença (SMELTZER et al., 2008).

O crescimento de estudos epidemiológicos visando estabelecer a magnitude do câncer em diferentes populações, investigação dos fatores associados ao risco e à evolução dos seus tipos específicos, são marcantes depois da Segunda Guerra Mundial. Esses estudos tem alcançado sucesso e prestígio ao demonstrar o papel de vários fatores de risco e de proteção na cadeia causal de diversos tipos de neoplasias malignas, sendo possível assim, compreender com maior precisão a interação entre fatores genéticos e agentes externos, fornecendo evidências científicas para embasamento de formulação de estratégias para a prevenção e o controle na área da oncologia (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

A mudança no perfil de mortalidade no Brasil tem sofrido modificações com o passar dos anos. A transição demográfica e epidemiológica tem como resultado um grupo populacional com características específicas e novos problemas ligados ao envelhecimento. Essas mudanças podem ser atribuídas pela redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida dos brasileiros. O aumento da longevidade e a exposição aos fatores de risco, principalmente decorrentes da urbanização, estilo de vida, hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo e predisposição genética, podem ser fatores que favorecem o desenvolvimento do processo de carcinogênese (FRIESTINO et al., 2013).

A educação em saúde é uma ferramenta para a promoção da saúde. Deve ter como ponto primordial a realidade e a vivência dos pacientes, cultura, modo de vida, alimentação, crenças, sentimentos, atitudes e comportamentos, pois, muitas vezes, as informações são

transmitidas de maneira que não considera o que os pacientes já sabem sobre o assunto e o que desejam e tem a necessidade de saber. Tem por objetivo transformar o paciente em um sujeito participativo de seu tratamento e não um mero sujeito passivo de informações (PÉRES SIQUEIRA et al., 2007).

Vieira e Marcon (2008) citam que a doença está intimamente relacionada à cultura. Também descrevem que a saúde e a forma de reconhecer e tratar a doença está diretamente relacionada à visão de mundo do sujeito, a qual é influenciada por crenças, atitudes e valores definidos pela sociedade. A assistência integral prestada ao paciente deve levar em consideração esses aspectos, reconhecendo a importância do contexto, dos processos culturais e familiares das intersubjetividades, considerando as necessidades e os interesses relacionados com o dia-a-dia dos sujeitos envolvidos.

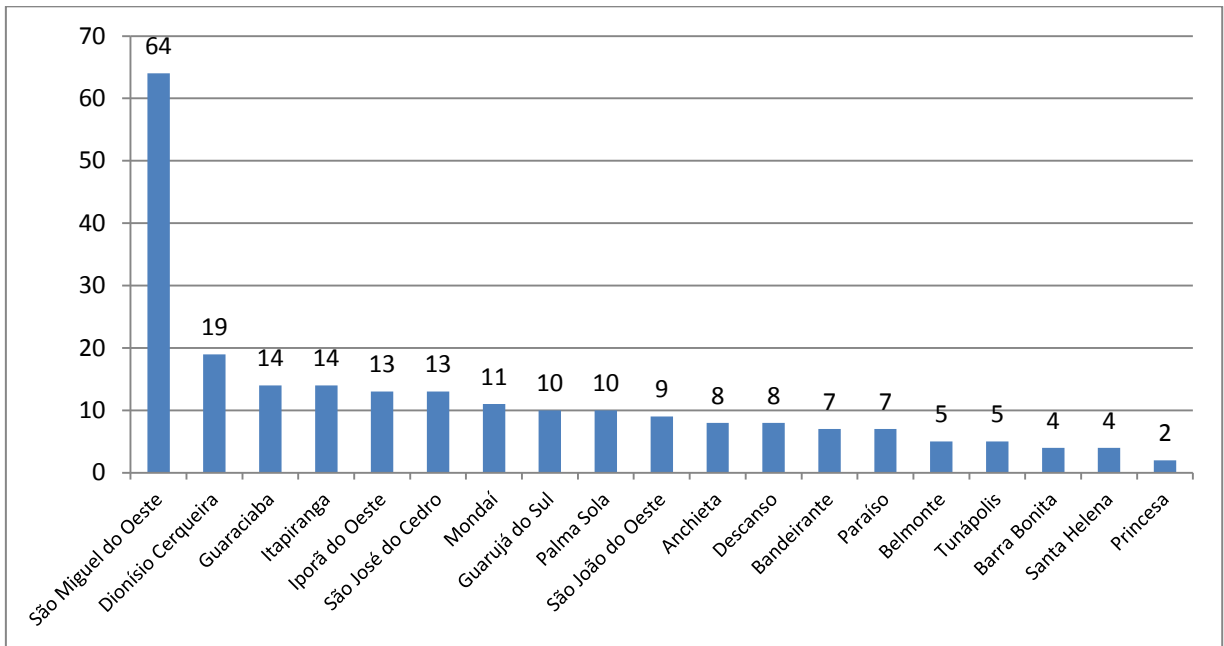
#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A pesquisa foi realizada em 19 municípios que compõem a região do extremo oeste do Estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e fevereiro de 2015, e referem-se ao ano de 2013.

Conforme os dados obtidos, o número total de óbitos no período foi de 1019 óbitos, dos quais 227 foram por neoplasias. De acordo com o Gráfico 1, o município de São Miguel do Oeste apresentou 64 óbitos por neoplasias malignas no ano de 2013, sendo o município com o maior número de óbitos por estas patologias. Quando relacionado o número total de óbitos por neoplasias do município com o número total de óbitos deste, verificou-se que o município de Belmonte apresentou maior percentual de óbitos por estas patologias e o município de São José do Cedro apresentou o menor percentual (Gráfico 2).

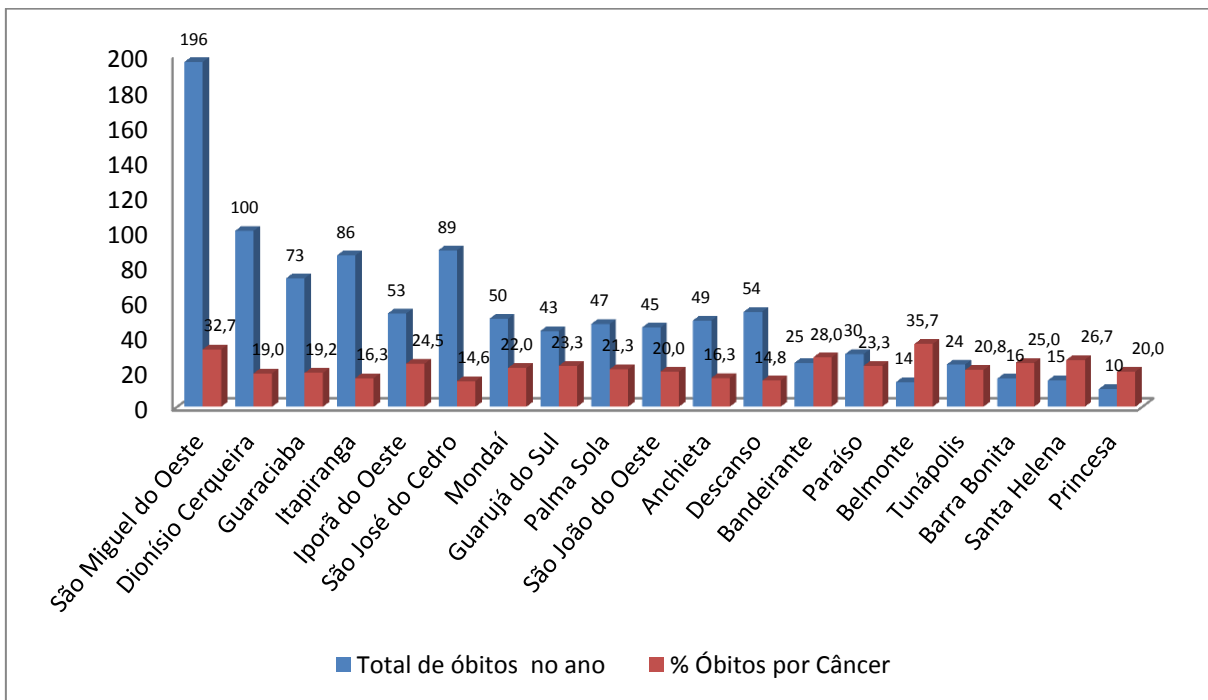
Analisando dados estaduais, pelo sistema DATASUS, para Santa Catarina verificou-se que no ano de 2013 este Estado registrou 36.146 óbitos, dos quais 7.615 foram causados por neoplasias malignas, ou seja, 21% do total. Os dados obtidos para a região do extremo oeste de Santa Catarina apresentam parâmetros semelhantes, visto que a porcentagem de óbitos por neoplasias nesta região foi de 22% (DATASUS, 2013).

Gráfico 1 - Total de óbitos por neoplasias nos municípios do extremo oeste do Estado de Santa Catarina, no ano de 2013.



Fonte: Os autores.

Gráfico 2 - Total de óbitos e percentual de óbitos por neoplasia nos municípios do extremo oeste do Estado de Santa Catarina, no ano de 2013.

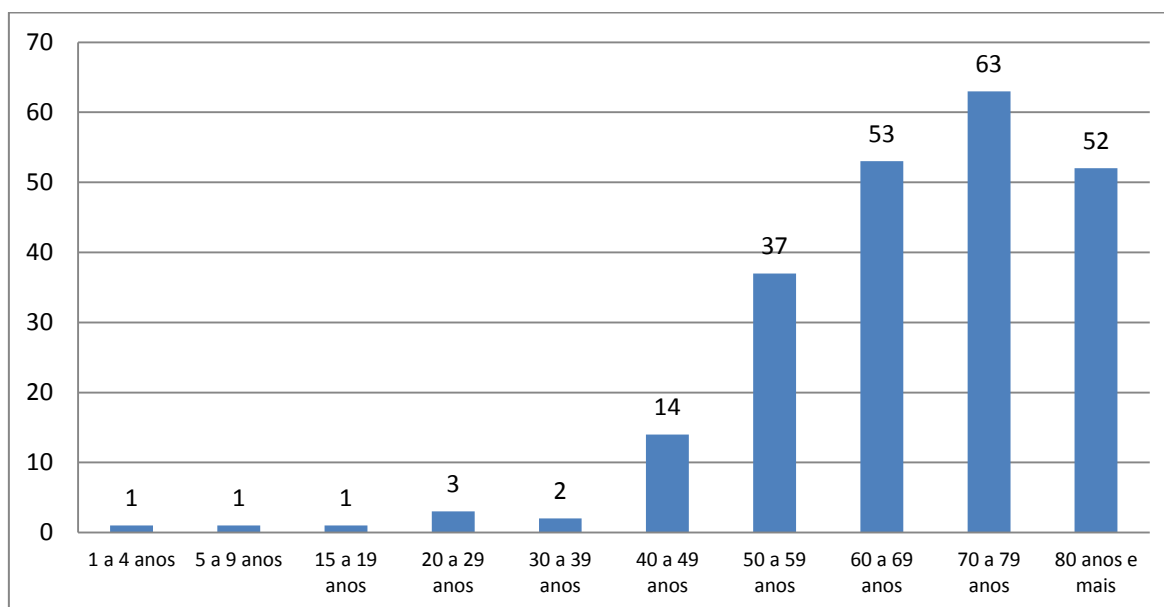


Fonte: Os autores.

O Gráfico 3 relaciona a faixa etária dos indivíduos com a ocorrência de óbitos. Os dados demonstram o aumento progressivo do número de óbitos com o avanço da faixa etária, sendo que a faixa etária mais acometida foi de indivíduos com idade entre 70 e 79 anos, seguida por indivíduos com idade entre 60 a 69 anos.

A mudança demográfica denominada “envelhecimento” da população, associado a transformação do ambiente e das pessoas, trouxe uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, colocando as doenças crônico-degenerativas como principal preocupação quando o assunto é mortalidade e morbidade, deixando de lado as doenças infectocontagiosas, que antes geravam preocupações (GOMES DA SILVA, 2014).

Gráfico 3 - Total de óbitos por neoplasias relacionados à faixa etária, nos municípios do extremo oeste do Estado de Santa Catarina, no ano de 2013.



Fonte: Os autores.

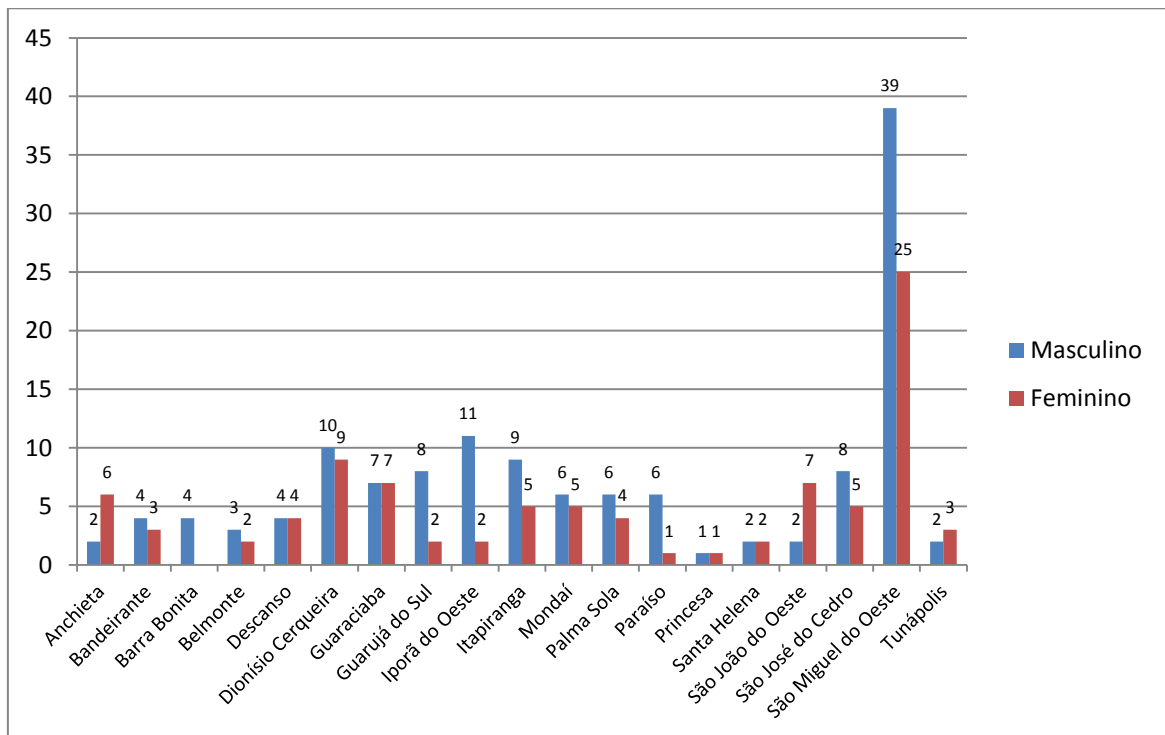
Quanto ao gênero, verificou-se que o índice de óbito por neoplasias malignas é maior entre os homens. Entre os 19 municípios pesquisados, 12 apresentaram maiores taxas de ocorrência do câncer no gênero masculino em relação ao feminino. Sendo assim, aproximadamente 60% dos óbitos (134 óbitos) acometeram indivíduos do gênero masculino e 40% (93 óbitos) do gênero feminino (Gráfico 4).

Vários estudos comparativos têm comprovado que os homens são mais vulneráveis em relação às mulheres, no que se refere às enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais precocemente. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com



regularidade, as medidas de prevenção primária. Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso. A literatura cita que a compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2009).

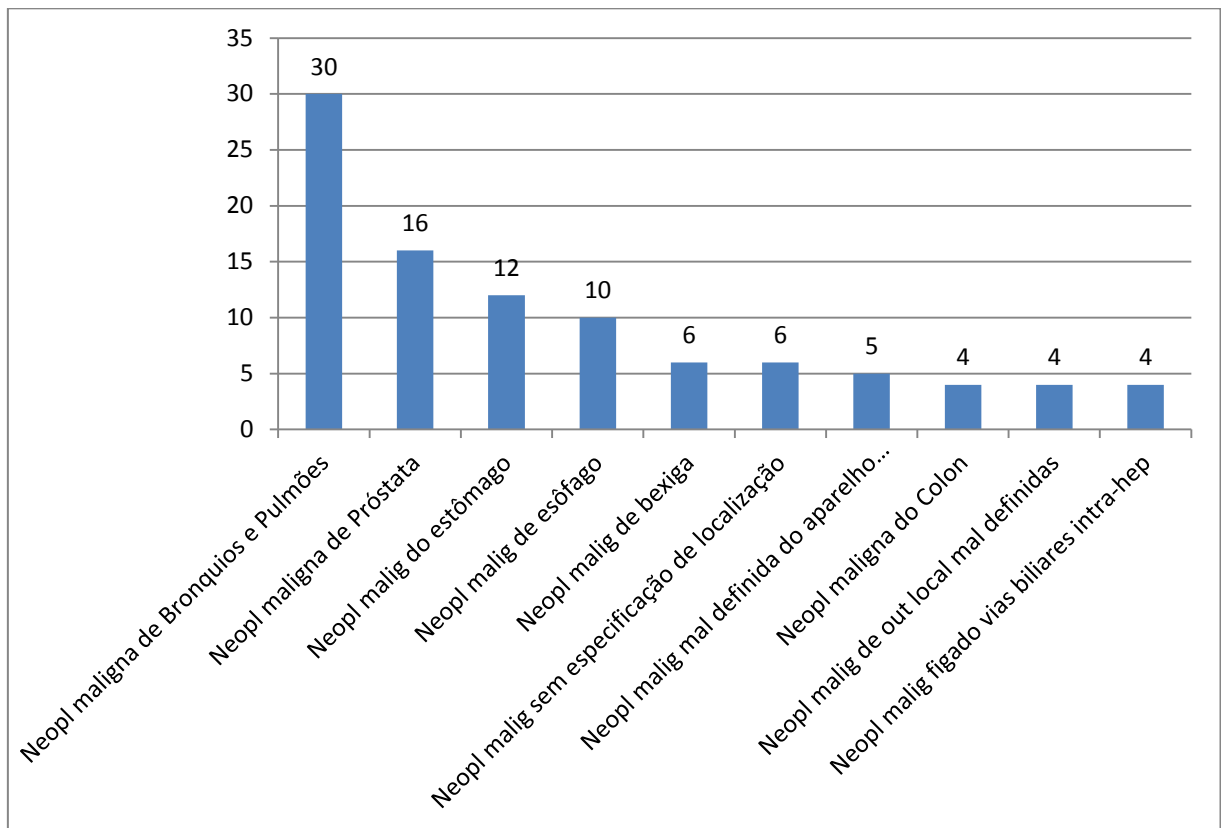
Gráfico 4 - Total de óbitos por neoplasias, por gênero, nos municípios do extremo oeste do Estado de Santa Catarina, no ano de 2013.



Fonte: Os autores.

O Gráfico 5 relaciona as principais neoplasias que causaram mortalidade para o gênero masculino. Os maiores índices de mortalidade por neoplasia neste gênero ocorreram devido a neoplasia maligna de brônquios e pulmões (30 óbitos), seguida por neoplasia maligna de próstata (16 óbitos).

Gráfico 5 - Principais Neoplasias que causaram óbitos no gênero masculino nos municípios do extremo oeste do Estado de Santa Catarina, no ano de 2013.



Fonte: Os autores.

Os dados regionais se assemelham aos dados estaduais quando são avaliadas as principais neoplasias malignas que causaram óbitos no gênero masculino. Para o Estado de Santa Catarina a neoplasia maligna de brônquios e pulmões foi responsável por 727 óbitos, seguida pela neoplasia maligna de próstata (394 óbitos) (DATASUS, 2013). Dados epidemiológicos expressam que, em nível mundial, a incidência do câncer de pulmão é superior no gênero masculino. O câncer de pulmão era considerado uma doença rara até o início do século XX. Desde então, sua ocorrência aumentou rapidamente, e essa neoplasia tornou-se a mais frequente na população mundial e a causa mais importante de morte por câncer no mundo (GOMES DA SILVA, 2014).

De acordo com a literatura, a ocorrência dessa neoplasia expressa a exposição passada ao tabagismo, sendo que os usuários de tabaco têm cerca de 20 a 30 vezes mais risco de desenvolver câncer de pulmão quando comparados aos não fumantes (GOMES DA SILVA, 2014).

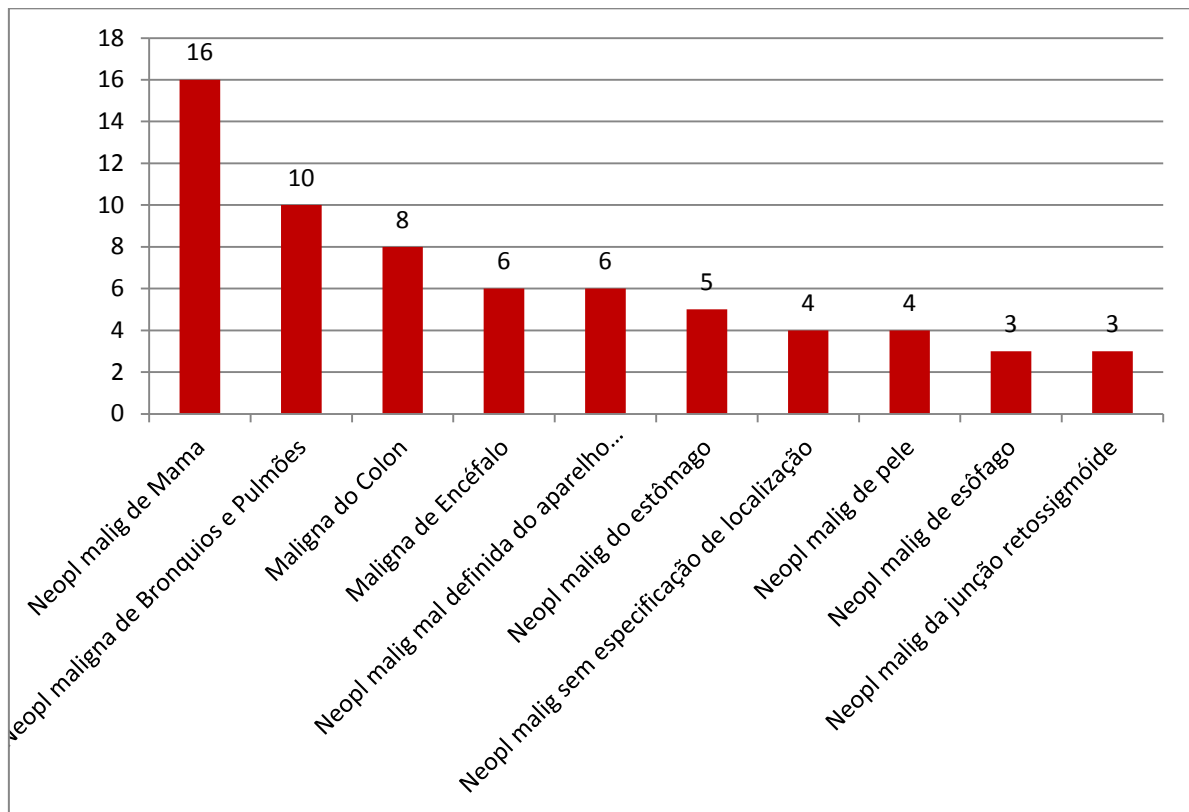
O câncer da próstata é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade (BRASIL, 2009). No Brasil, o aumento da expectativa de vida, a melhoria e a evolução dos métodos diagnósticos e da qualidade dos sistemas de informação do país, bem como a disseminação do rastreamento do câncer de próstata com PSA e toque retal, podem explicar o aumento das taxas de incidência ao longo dos anos (GOMES DA SILVA, 2014).

No Brasil, a Lei nº 10.289, de 20 de setembro 2001 institui o Programa Nacional de Controle do Câncer de Próstata, destacando principalmente as parcerias entre as instituições para promover a prevenção a esta patologia como formas de implementar o Programa (BRASIL, 2001).

Também destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi instituída pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população masculina (BRASIL, 2009).

O Gráfico 6 relaciona as principais neoplasias que causaram mortalidade para o gênero feminino. Os maiores índices de mortalidade por neoplasia neste gênero ocorreram devido a neoplasia maligna de mama (16 óbitos), seguida por neoplasia maligna de brônquios e pulmões (10 óbitos). Comparando com os dados do Estado de Santa Catarina, as neoplasias malignas que causaram maior número de óbitos foram as mesmas que na região extremo oeste, sendo registrados, em nível estadual, 513 óbitos por neoplasia maligna de mama e 395 por neoplasia maligna de brônquios e pulmões (DATASUS, 2013).

Gráfico 6 - Principais Neoplasias que causaram óbitos no gênero feminino nos municípios do extremo oeste do Estado de Santa Catarina, no ano de 2013.



Fonte: Os autores.

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, sendo considerado a maior causa de morte por câncer para o gênero feminino. Nos países em desenvolvimento a sobrevida tem valores entre 50% e 60% em cinco anos (GOMES DA SILVA, 2014).

De acordo com a literatura, apesar do câncer de mama ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda seja diagnosticada em estágios avançados. As ações de diagnóstico precoce consistem no exame clínico da mama por um profissional de saúde treinado a partir dos 40 anos e a mamografia para mulheres com idade entre 50 a 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames. Já para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama está preconizado o exame clínico das mamas e mamografia anual a partir de 35 anos de idade (BRASIL, 2006; GOMES DA SILVA, 2014).

A inclusão das ações de controle de câncer instituída pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças

Crônicas no âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por estas doenças e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Os dados obtidos permitem diagnosticar e sugerir que as equipes de Atenção Básica a Saúde busquem a implementação contínua das medidas de promoção e prevenção das neoplasias malignas de brônquios e pulmões, mama e próstata em cada gênero correspondente, ampliando o acesso ao diagnóstico precoce e a terapia apropriada. A educação em saúde merece destaque entre as ações, visando a conscientização quanto a busca por hábitos saudáveis de alimentação e atividade física, manutenção do peso ideal, ausência de tabagismo, reconhecimento dos principais fatores de risco, sinais e sintomas das doenças, além da utilização de equipamentos de proteção individual para reduzir a exposição a produtos tóxicos, principalmente nas atividades moveleiras e agrícolas, que são setores de destaque na economia desta região.

De acordo com Gomes da Silva (2014), a prevenção e o controle do câncer precisam ter a mesma dimensão que o setor assistencial, pois o crescente aumento do número de casos novos fará com que os recursos sejam insuficientes para o controle das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

A promoção e a prevenção em saúde podem contribuir de modo efetivo para a redução da morbidade e da mortalidade da população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Bernadete Dos Santos Pito. **Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde**. 1º ed. São Paulo: Martinari, 2012.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Mauricio Lima. **Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer**. – Rio de Janeiro : Inca, 2011.

BRASIL. Lei n. 10.289, de 21 de Setembro de 2001. Institui sobre o programa nacional de controle do câncer de próstata e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2001. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em 25 de abril de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Portaria MF n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 de maio de 2013. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 de abril de 2015.

CARVALHO, Gisele Pereira de. Neoplasias: **Evolução terapêutica e qualidade de vida**. Revista Ciência e Saúde. Porto Alegre, n.1, v.7. p.1, 2014.

DATASUS. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/pobt10sc.def>, acesso em 22 de abril de 2015.

FRIESTINO, Jane Kelly Oliveira et al.. **Mortalidade por câncer de próstata no Brasil: Contexto histórico e perspectivas**. Revista Baiana de Saúde Pública. v.37, n.3, p. 690-691, 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4º ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES DA SILVA, José Alencar. **Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; DE LUCA, Laurival **A Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama**. São Paulo. Rev Assoc Med Bras, 2003,185 p.

OLIVEIRA, Patricia Pereira Vasconcelos De et. al. **Confiabilidade da causa básica de óbito por câncer entre Sistema de Informação sobre Mortalidade do Brasil e registro de**

**Câncer de Base Populacional de Goiânia, Goiás, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014.

PINHEIRO DA SILVA MORAIS, Ilmara Cecília et al. **Vivência do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal: uma revisão da literatura.** R. Interd. v.6, n.1, p.96-104, 2013.

ROCHA, Aristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde pública: bases conceituais.** São Paulo: Atheneu, 2008. 352 p.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. GURGUEL, Marcelo. **Epidemiologia e Saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2013.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SMELTZER, Suzanne C et al. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TRENTINI, Mercedes et al. **Cuidado de enfermagem as pessoas em condições crônicas: concepção de profissionais de enfermagem recém formados.** Texto contexto - enferm. 2008, vol.17, n.4, pp. 665-671.

VIEIRA, Maria Cristina Umpierrez and MARCON, Sonia Silva. **Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer.** Rev. esc. enferm. USP. 2008, vol.42, n.4, p. 752-760.