

**UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**NECESSIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UMA ALA ONCOLÓGICA NO HOSPITAL
REGIONAL TERESINHA GAIO BASSO.**

IMPLEMENTATION OF THE NEED FOR A REGIONAL HOSPITAL IN ALA
ONCOLOGIC TERESINHA GAIO BASSO.

CORTI, Telma Aline
telmaaline@outlook.com
BOFF, Everton

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo a verificação da possibilidade de implantação de uma ala oncológica no Hospital Regional Teresinha Gaio Basso no município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina. Sendo que como objetivos específicos se apresentam Verificar a quantidade da população usuária do serviço, Verificar quais as principais neoplasias existentes na microrregião Oferecer suporte e apoio psicológico aos pacientes e familiares, fazendo com que os indivíduos possam enfrentar melhor juntos a doença e assim proporcionando a ambos uma melhor qualidade de vida. A pesquisa será realizada através de pesquisa no site do DATASUS, verificando a quantidade de pacientes com diagnósticos de neoplasias entre os anos de 2011 á 2013 na região do extremo oeste de Santa Catarina, com idades entre 40 e 80 anos ou mais, desta maneira confirmando a necessidade de uma ala oncológica no Hospital Regional Teresinha Gaio Basso.

Palavras-chave: NEOPLASIAS, CÂNCER, DATASUS, OESTE, SANTA CATARINA;

ABSTRACT

This article aims at the implementation of the possibility of checking an oncology ward at the Regional Hospital Teresa Gaio Basso in São Miguel do Oeste, Santa Catarina. Since specific objectives present Check the number of users of the service population, Check what the main existing neoplasms in the micro Provide support and psychological support to patients and families, so that individuals may face better together illness and thus providing both a better

quality of life. The search is performed by searching the DATASUS site, checking the number of patients with diagnoses of cancer between the years 2011 to 2013 in the westernmost region of Santa Catarina, aged 40 and 80 years or more, thus confirming the need for an oncology ward at the Regional Hospital Teresa Gaio Basso.

Keywords: NEOPLASMS, CANCER, DATASUS, WEST, SANTA CATARINA;

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Silva (2005) e Chiattonne (1996), a origem da palavra câncer vem do grego Karkinos e do latim Câncer, ambos significando caranguejo, pela semelhança entre as veias ao redor do tumor externo e as pernas do crustáceo, embora alguns acreditassem que o nome teria relação com o fato de a doença evoluir de modo semelhante ao movimento do animal.

A revisão da literatura, realizada por Silva (2005), as concepções sobre o câncer foram sendo construídas historicamente pela sociedade que, desde o momento dos primeiros diagnósticos, já atribuía o sentido de doença incurável correspondente a uma sentença de morte. Em decorrência dessa construção histórica acerca da doença, existe um medo profundo de adquiri-la.

O câncer é o termo usado para todas as neoplasias malignas. É uma doença com mais de cem tipos diferentes e cada célula cancerosa dessas diversas doenças tem uma bioquímica e uma morfologia alteradas em relação à célula normal. Segundo Shirley Otto "o câncer não é um crescimento desordenado de células imaturas, mas um processo lógico coordenado, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais" (OTTO, 2002, p. 01).

Quanto às causas do seu aparecimento, elas podem ser internas ou externas ao organismo e estarem ou não inter-relacionadas. Sabe-se que fatores causais como predisposição genética, irradiação e até mesmo alimentação, contribuem para desencadeá-lo, porém nenhum desses elementos, por si só, fornecem uma explicação suficiente para o surgimento da doença, é possível até a interação entre eles para aumentar a probabilidade da célula normal se transformar em maligna (Braga, 2005).

As neoplasias constituem-se na segunda causa de morte na população brasileira, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. No Brasil, as estimativas, para o ano de 2013, serão válidas

também para o ano de 2014, e apontam para a ocorrência de 489.270 casos novos de câncer. (DATASUS, 2011)

A partir destes dados é necessário levar em conta como ocorre tratamento destas neoplasias. Porto (2004) relata que não existe um tratamento totalmente satisfatório para combatê-lo, muitas vezes, tornando-se necessária a combinação de mais de um tipo de tratamento para a doença, e oferecer uma melhor qualidade de vida ao paciente. No entanto, independente do tipo, todas as formas de tratamento deixam marcas no paciente, fatores psicoemocionais, decorrentes dos procedimentos como a radioterapia e quimioterapia.

Estes aspectos da doença podem provocar uma série de expectativas e reações no paciente, bem como em seus familiares. Segundo Scott (1991), após o choque inicial do diagnóstico, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão.

Segundo Freire, (2003); Carvalho, (2002) ela também é vista como uma ameaça do destino desencadeia uma série de sentimentos como impotência, desesperança, temor e apreensão, levando o diagnóstico a ser, frequentemente, acompanhada de depressão, consequência ocorrida pelo fato do paciente não conseguir aceitar sua doença.

Assim, torna-se fundamental uma atenção especial para essas reações, visto que, com o advento da tecnologia na medicina, estas necessidades foram ignoradas e negligenciadas pelos médicos (Moorey & Greer, 2002).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O câncer é o termo usado para todas as neoplasias malignas. É uma doença com mais de cem tipos diferentes e cada célula cancerosa dessas diversas doenças tem uma bioquímica e uma morfologia alteradas em relação à célula normal. Segundo Shirley Otto "o câncer não é um crescimento desordenado de células imaturas, mas um processo lógico coordenado, no qual uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais" (OTTO, 2002, p. 01).

Conforme dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer deve ser analisado como um problema de saúde pública que atinge indivíduos de todas as idades e em todos os continentes, constituindo-se na segunda principal causa geral de morte por doença em todo o mundo, responsável por 6 milhões de óbitos anuais (INCA 2000).

Por tratar-se de uma doença crônica de prognóstico nem sempre favorável, responsável por parcela significativa de óbitos e cujo tratamento pode exigir níveis de tolerância bastante elevados, observou-se nas últimas décadas do Séc. XX uma enorme mobilização científica e profissional de praticamente todas as ciências da saúde, inclusive da Psicologia, no sentido do desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas de prevenção e de tratamento do câncer. (COSTA JUNIOR, 2001)

Della Porta (1983; citado em Miyazaki & Amaral, 1995), relata que em termos de fatores de risco, reconhece-se que mais de 80% dos casos de câncer estão associados a fatores ambientais, incluindo o meio em geral, ambiente ocupacional, ambiente de consumo e ambiente cultural.

Sob tais perspectivas, a contribuição potencial das ações psicológicas para o entendimento da influência de variáveis psicossociais sobre processos de geração de neoplasias e para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem o indivíduo doente a enfrentar o processo de tratamento é inegável. Observa-se o importante papel que a psicologia tem demonstrando nos últimos anos, como uma ferramenta indispensável para promover as condições de qualidade de vida do paciente com câncer. (COSTA JUNIOR, 2001)

Deste modo facilitando o processo de enfrentamento de eventos estressantes, se não aversivos, relacionados ao processo de tratamento da doença, entre os quais estão os períodos prolongados de tratamento, a terapêutica farmacológica agressiva e seus efeitos colaterais, a submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, as alterações de comportamento do paciente (incluindo desmotivação e depressão), riscos de recidiva, e também apoio aos familiares. (COSTA JUNIOR, 2001)

Atualmente, pode-se afirmar que acompanhamento psicológico do paciente e de seus familiares, em todas as etapas do tratamento, constitui elemento indispensável da assistência prestada. (Bearison & Mulhern, 1994; Carvalho, 1994; Dahlquist, Czyzewski & Jones, 1996; Gimenes, 1996).

CÂNCER: CONSIDERAÇÕES GERAIS

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano,

representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento. (WORLD HEALTH, 2001)

O processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu a uma crescente integração das economias e das sociedades dos vários países, desencadeando a redefinição de padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo. (WATERS, 2001)

Paralelamente, deu-se uma significativa alteração na demografia mundial, devido à redução nas taxas de mortalidade e natalidade com aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Este processo de reorganização global determinou uma grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo. Tal modificação, conhecida como transição epidemiológica, foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, especialmente as doenças cardiovasculares e o câncer. (LAURENTI, 1990)

TIPOS DE CÂNCER

De acordo com os dados de dez registros de câncer de base populacional do Brasil, os tumores mais frequentes no país são próstata, pulmão, estômago, cólon e reto e esôfago na população masculina. Em mulheres, predomina o câncer de mama, seguido pelos cânceres e colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago. Vale destacar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), sobressaem-se, entre os cinco tipos de câncer mais frequentes, os tumores de pulmão, de cólon e reto e de estômago, tanto nos países industrializados, quanto nos países em desenvolvimento.

Com relação ao sexo, a prevalência de câncer entre homens e mulheres é muito similar nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento, a prevalência nas mulheres é 25% maior, o que reflete o predomínio, em homens, de localizações de câncer com pior sobrevida, tais como fígado, esôfago e estômago.

Os tipos de câncer citados pelo site do INCA são: Anal, Bexiga, Boca, Colorretal, Colo do Útero, Esôfago, Estômago, Fígado, Infantil, Laringe, Leucemia, Linfoma de Hodgkin, Linfoma não-Hodgkin, Mama, Ovário, Pâncreas, Pele Melanoma, Pele não Melanoma, Pênis, Próstata, Pulmão, Testículo, Tumores de Ewing. (INCA, 2014)

TRATAMENTO DO CÂNCER NO EXTREMO OESTE DE SANTA CATARINA

O extremo Oeste de Santa Catarina é composto pelos municípios de O Núcleo Metropolitano da Região Metropolitana do Extremo Oeste que é integrado pelos Municípios de Bandeirante, Barra Bonita, Belmonte, Cunha Porã, Descanso, Dionísio Cerqueira, Flor do Sertão, Guaraciaba, Guarujá do Sul, Iporã do Oeste, Iraceminha, Itapiranga, Maravilha, Paraíso, Princesa, Romelândia, Santa Helena, São João do Oeste, São José do Cedro, São Miguel d'Oeste e Tunápolis e estes mesmos municípios tem como atual referência para atendimento o Hospital Regional Teresinha Gaio Basso, para tratamentos de Alta e media complexidade. Mas para o tratamento das neoplasias, os pacientes são encaminhados para outras localidades, como o município de chapecó e região da Grande Florianopolis e Joinvile.

3 **MÉTODO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA**

Será uma pesquisa bibliográfica descritiva e quantitativa, apresentado dados dos municípios citados da região do Extremo Oeste de Santa Catarina.

4 **DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

O extremo Oeste de Santa Catarina é composto pelos municípios do Núcleo Metropolitano da Região Metropolitana do Extremo Oeste estes mesmos municípios tem como atual referência para o tratamento das neoplasias o município de chapecó e região da Grande Florianopolis e Joinvile. Desta forma em busca ao banco de dados do DATASUS apresenta-se a seguir os dados de todos os municípios em relação as taxas de neoplasias na região extremoeste de Santa catarina.

Nesta tabela podemos observar os valores dos indices de neoplasias do Extremo Oeste de Santa Catarina. Nesta tabela observa-se que o número de pacientes entre 40 á 80 anos é de 3.411 AIH registradas no período de 2011 á 2013, ou seja somente neste período descobriu-se 3 mil novos casos a mais, ressaltando – se que o atualmente os paciente encontram o seu tratamento na cidade de chapecó ou na região da Grnade florianopolis em nosso estado.

Tabela 1 – Neoplasias da Região Extremo Oeste – Período 2011-2013

› MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE RESIDÊNCIA - SANTA CATARINA

AIH aprovadas por Região de Saúde (CIR) segundo Capítulo CID-10
 Região de Saúde (CIR): 42001 Extremo Oeste
 Capítulo CID-10: II. Neoplasias (tumores)
 Faixa Etária 1: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais
 Sexo: Masc, Fem
 Período: 2011-2013

| Capítulo CID-10 | 42001 Extremo Oeste | Total |
|--------------------------|---------------------|-------|
| TOTAL | 3.411 | 3.411 |
| II. Neoplasias (tumores) | 3.411 | 3.411 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Nesta tabela englobamos o gênero masculino e todos os tipos de neoplasias disponíveis como Neoplasia maligna do lábio cavidade oral e faringe, Neoplasia maligna do esôfago, Neoplasia maligna do estômago, Neoplasia maligna do cólon, Neopl malig junção retossigm reto ânus canal anal, Neopl malig fígado e vias biliares intra-hepáticas, Neoplasia maligna do pâncreas, Outras neoplasias malignas de órgãos digestivos, Neoplasias malignas de laringe, Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulmões, Outras neopl malig órg respirat e intratorácicos, Neoplasia maligna do osso e cartilagem articular, Neoplasia maligna da pele, Outras neoplasias malignas da pele, Neopl malig do tecido mesotelial e tecidos moles, Neopl malig outr porções e porções não espec útero, Outras neopl malignas órgãos genitais femininos, Neoplasia maligna da próstata, Outras neopl malignas órgãos genitais masculinos, Neoplasia maligna da bexiga, Outras neoplasias malignas do trato urinário, Neoplasia maligna dos olhos e anexos, Neoplasia maligna do encéfalo, Neopl malig outras partes sistema nervoso central, Neopl malig outr localiz mal def secun e não espec, Doença de Hodgkin, Linfoma não-Hodgkin, Leucemia, Outras neopl malig tecidos linfóid hematop e relac, Neoplasia benigna da pele, Neopl benigno encéfalo e outr part sist nerv central, Outr neopl in situ benigns e comport incert.80

Tabela 2 – neoplasias no gênero masculino com idade entre 40 e 80 anos

AIH aprovadas por Região de Saúde (CIR) segundo Capítulo CID-10
 Região de Saúde (CIR): 42001 Extremo Oeste
 Faixa Etária 1: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais
 Sexo: Masc
 Período: 2011-2013

| Capítulo CID-10 | 42001 Extremo Oeste | Total |
|--------------------------|---------------------|-------|
| TOTAL | 1.688 | 1.688 |
| II. Neoplasias (tumores) | 1.688 | 1.688 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os dados apresentados nesta tabela mostram que de 3 mil 411 casos, 1 mil 688 casos atingiram o gênero masculino, desta forma podemos citar vários fatores como questão do gênero masculino, o que faz com que o homem sinta-se poderoso e invencível, além de não ser, originalmente, o gênero cuidador, e por isso não preocupar-se tanto com a própria saúde antes que comecem a surgir manifestações de alguma doença, ou mesmo quando há existência de sintomas a busca ele tornam-se resilientes na busca de tratamento ou descoberta da doença.

Já no gênero feminino que se trata a próxima tabela há inclusão das neoplasias exclusiva do gênero feminino além das neoplasias que atingem ambos os gêneros. Neoplasia maligna do lábio cavidade oral e faringe, Neoplasia maligna do esôfago, Neoplasia maligna do estômago, Neoplasia maligna do cólon, Neopl malig junção reto ânus canal anal, Neopl malig fígado e vias biliares intra-hepáticas, Neoplasia maligna do pâncreas, Outras neoplasias malignas de órgãos digestivos, Neoplasias malignas de laringe, Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulmões, Outras neopl malig órg respirat e intratorácicos, Neoplasia maligna do osso e cartilagem articular, Neoplasia maligna da pele, Outras neoplasias malignas da pele, Neopl malig do tecido mesotelial e tecidos moles, Neoplasia maligna da mama, Neoplasia maligna do colo do útero, Neopl malig outr porções e porções não espec útero, Outras neopl malignas órgãos genitais femininos, Neoplasia maligna da próstata, Outras neopl malignas órgãos genitais masculinos, Neoplasia maligna da bexiga, Outras neoplasias malignas do trato urinário, Neoplasia maligna dos olhos e anexos, Neoplasia maligna do encéfalo, Neopl malig outras partes sistema nervoso central, Neopl malig outr localiz mal def secun e não espec, Doença de Hodgkin, Linfoma não-Hodgkin, Leucemia, Outras neopl malig tecidos linfóid hematop e relac, Carcinoma in situ de colo do útero, Neoplasia benigna da pele, Neoplasia benigna da mama, Leiomioma do útero, Neoplasia benigna do ovário, Neoplasia benigna dos órgãos urinários, Neopl benign encéfalo e outr part sist nerv central, Outr neopl in situ benigns e comport incert desconh.

Tabela 3 - Neoplasias no gênero Feminino, com idade entre 40 á 80 anos.

AIH aprovadas por Região de Saúde (CIR) segundo Capítulo CID-10
 Região de Saúde (CIR): 42001 Extremo Oeste
 Faixa Etária 1: 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais
 Sexo: Fem
 Período: 2011-2013

| Capítulo CID-10 | 42001 Extremo Oeste | Total |
|--------------------------|---------------------|-------|
| TOTAL | 1.720 | 1.720 |
| II. Neoplasias (tumores) | 1.720 | 1.720 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Apesar dos dados mostrarem que as mulheres são mais cuidadosas consigo mesmas, ainda o numero de casos é maior, pois os fatores que envolvem são que elas possuem uma maior jornada de trabalho, assumem a maior responsabilidade da casa, existem fatores hormonais, estão se igualando na questão trabalho com o homem etc.

Nesta proxima tabela estão os valores dos tumores mais diagnosticados na região Neoplasia maligna do lábio cavidade oral e faringe, Neoplasia maligna do esôfago, Neoplasia maligna do estômago, Neoplasia maligna do cólon, Neopl malig junção retossigm reto ânus canal anal, Neoplasia maligna do pâncreas, Neoplasias malignas de laringe, Neoplasia maligna de traquéia brônquios e pulmões, Neoplasia maligna do osso e cartilagem articular, Neoplasia maligna da pele, Outras neoplasias malignas da pele, Neoplasia maligna da mama, Neoplasia maligna do colo do útero, Neoplasia maligna da próstata, Neoplasia maligna da bexiga, Neoplasia maligna do encéfalo, Neopl malig outras partes sistema nervoso central, Doença de Hodgkin, Linfoma não-Hodgkin, Leucemia, Carcinoma in situ de colo do útero, Neoplasia benigna da pele, Neoplasia benigna da mama, Leiomioma do útero, Neoplasia benigna do ovário, Neoplasia benigna dos órgãos urinários. Estes dados estão incluídos genero masculino e o genero feminino, além do numero de casos por município.

Tabela 4 – Índice de casos de neoplasia por município do extremo Oeste.

Internações por Região de Saúde (CIR) segundo Município

Região de Saúde (CIR): 42001 Extremo Oeste

Faixa Etária 2: 40 a 44 anos, 45 a 49 anos, 50 a 54 anos, 55 a 59 anos, 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 ar

Sexo: Masc, Fem

Período: 2011-2013

| Município | 42001 Extremo Oeste |
|-------------------------------------|---------------------|
| TOTAL | 2.434 |
| 420080 Anchieta | 45 |
| 420208 Bandeirante | 40 |
| 420209 Barra Bonita | 28 |
| 420215 Belmonte | 45 |
| 420257 Bom Jesus do Oeste | 31 |
| 420490 Descanso | 68 |
| 420500 Dionísio Cerqueira | 98 |
| 420535 Flor do Sertão | 28 |
| 420640 Guaraciaba | 121 |
| 420660 Guarujá do Sul | 66 |
| 420765 Iporã do Oeste | 60 |
| 420775 Iraceminha | 56 |
| 420840 Itapiranga | 141 |
| 421050 Maravilha | 252 |
| 421090 Modelo | 37 |
| 421100 Mondai | 119 |
| 421200 Palma Sola | 45 |
| 421223 Paraíso | 36 |
| 421415 Princesa | 75 |
| 421520 Romelândia | 46 |
| 421535 Saltinho | 32 |
| 421555 Santa Helena | 26 |
| 421568 Santa Terezinha do Progresso | 50 |
| 421625 São João do Oeste | 75 |
| 421670 São José do Cedro | 121 |
| 421715 São Miguel da Boa Vista | 13 |
| 421720 São Miguel do Oeste | 481 |
| 421730 Saudades | 98 |
| 421795 Tigrinhos | 34 |
| 421875 Tunápolis | 67 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Podemos observar nesta tabela que os municípios que apresentam maior taxa de casos de neoplasias são: São Miguel Do Oeste com 481 casos, São José Do Cedro 121 casos, Mondai com 119 casos, Itapiranga com 141 casos, maravilha com 252 casos, Guaraciaba com 121 casos e ainda Dionísio Cerqueira com 98 casos. Todos estes dados se mostram relevantes para a implantação de uma ala oncológica no hospital regional Teresinha gaio basso, pois dessa forma podemos oferecer uma melhor qualidade de vida aos pacientes, um tratamento com

melhor qualidade, pois geralmente os pacientes tem que realizar um trajeto entre 150 a 300 km para o tratamento, geralmente eles não ficam perto de sua família, apenas com uma pessoa que pode acompanhá-lo naquele momento, ficam em abrigos, e sabe-se que esse é período difícil, que paciente precisa cuidado e atenção.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em seu cotidiano, a pessoa com câncer convive com transtornos emocionais, cognitivos e comportamentais, condicionados ao fato de sua vida estar, muitas vezes, ligada a uma doença grave. A ameaça que a doença suscita, de incapacidade ou risco de vida, é difícil de ser abarcada emocionalmente, pelo doente. Nesses momentos, a dúvida e a incerteza soterram as esperanças e crenças existentes e, esses seres voltam-se para as pessoas ao seu redor, buscando sempre uma possibilidade de expressar seus temores e sentimentos (SALLES, 2011).

A descoberta da patologia é um momento difícil de ser enfrentado pela pessoa, pois esta, não apenas passa a conviver com o estigma social de o câncer ser uma doença cujas possibilidades de cura são mínimas, mas também teme os efeitos tóxicos que a quimioterapia causará em seu organismo. As toxicidades da quimioterapia podem afetar vários sistemas do organismo e os sintomas apresentados são perturbadores para o doente (GIGLIO, 1999)

A apresentação destes dados locais pode ser um instrumento para provar o grande aumento no número de casos e reforçar a importância de um local mais perto para que os pacientes possam ter um tratamento onde o esforço para o mesmo seja menos severo, pois somente o fator deslocamento gera um grande nível de stress, ajudando a piorar o estado de saúde do paciente, tornando o enfrentamento da doença mais difícil e penoso.

REFERÊNCIAS

- ALBALA C, Vio F, Yanez M. Transición epidemiológica em América Latina: comparación de cuatro países. Rev Med Chil. 1997 Jun;125(6):719-27.
- BECK, A. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press.
- BECK, A. & Freeman, A. (1993). Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade. Porto Alegre: Artes Médicas.

- BEARISON, D.J. & Mulhern, R.K. (1994). *Pediatric Psych oncology – Psychological Perspectives on children with cancer*. N. York: Oxford University Press.
- BRAGA, A. C. S. (2005). Pacientes oncológicos: a influência do câncer no estado emocional e a concepção de finitude. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Sistema de informação sobre mortalidade 2006 – 2007: dados de declaração de óbito**. Brasília: DATASUS, 2009. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 31/10/2014
- CAREY, M.P. & Burish, T.G. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: A critical review and discussion. *Psychological Bulletin*, 104(3), 307-325.
- CARVALHO, M.M.M.J. De (1994). *Introdução à Psiconcologia*. Campinas, SP: Editorial Psy.
- CHIATTONE, H. B. C. (1996). Uma vida para o câncer. Em: V. A. Angerami-Camon, (Org.). *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira.
- COSTA JR., A.L. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2).
- DAHLQUIST, L.M., Czyzanski, D.I. & Jones, C.L. (1996). Parents of children with cancer: longitudinal study of emotional distress, coping styles, and marital adjustment two and twenty months after diagnosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 541-554.
- FREIRE, C. D. O. R. (2003). Contribuições da psicologia para a qualidade de vida do paciente oncológico. Monografia não publicada. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB.
- GIGLIO, A D. Câncer: introdução ao seu estudo e tratamento. 1a ed. São Paulo: Pioneira; 1999. p.151
- GIMENES, (1996). Retrospectiva e perspectiva da psicooncologia no Brasil. Anais do III Encontro e I Congresso Brasileiro de Psico-Oncologia. (pp. 01-02). Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia: São Paulo, SP.
- INCA (2000). *O câncer no Brasil: determinantes sociais e epidemiológicos*. Rio de Janeiro: INCA.
- LAURENTI R. Transição demográfica e transição epidemiológica. Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set 2-6; Campinas, Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990. p. 143-65.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010). Sala de Situação da Saúde. São José do Cedro. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 22 abril. 2011.

- MIYASAKI, M.C. de O.S. & Amaral, V.L.A.R. do (1995). Instituições de saúde. Em: B. Rangé (Org.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva*. (pp. 235-244). Porto Alegre: Artes Médicas.
- MOOREY, S. & Greer, S. (2002). *Cognitive behavior therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- OTTO, Shirley E. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Reichman & Affonso editores, 2002.
- Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *Int J Cancer*. 2002 Jan 1;97(1):72-81
- PORTO, A. O. (2004). *Pacientes oncológicos: respostas emocionais frente à doença*. Monografia. Curso de Graduação em Psicologia, Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, PB.
- SANTOS, C. T. & Sebastiani, R. W. (2003). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em: V. A. Angerami-Camon (Org.). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Sales CA. O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico [tese de Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade federal de São Paulo; 114 f
- SCOTT, J. (1991). Cancer patients. Em: J. Scott; J. M. G. Williams & A. T. Beck (Orgs.) *Cognitive therapy in clinical practice: an illustrative casebook*. (pp. 103-125). New York: Routledge.
- SILVA, V. C. E. (2005). O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo.
- VENÂNCIO, J. L. (2004). Importância da atuação no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 50(1).
- VIEIRA, Maria Cristina Umpierrez; MARCON, Sonia Silva. Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400019&lng=en&nrm=iso>. Access on 22 Apr. 2011. Doi: 10.1590/S0080-62342008000400019.
- Waters WF. Globalization, socioeconomic restructuring, and community health. *J Community Health*. 2001 Apr;26(2):79-92.

World Health Organization. Policies and managerial guidelines for national cancer control programs. *Rev PanamSalud Publica*. 2002 Nov;12(5):366-70