

Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde

Assessing Knowledge about the Oncological Disease and Practices of Health Care

Evaluación de Conocimientos acerca de la Enfermedad Oncológica y las Prácticas de la Atención de la Salud

Gerli Elenise Herr¹; Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz²; Evelise Moraes Berlezi³; Joseila Sonogo Gomes⁴; Tânia Solange Bosi de Souza Magnago⁵; Cleci Piovesan Rosanelli⁶; Marli Maria Loro⁷

Resumo

Introdução: O câncer é um problema de saúde pública e a prevenção e identificação precoce são requisitos importantes para a redução das taxas de morbidade e mortalidade. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde anterior ao diagnóstico de câncer em pacientes assistidos em um Centro de Alta Complexidade em Tratamento de Câncer. **Método:** Estudo transversal descritivo realizado com 480 pacientes em tratamento oncológico atendidos no período de abril a dezembro de 2011. **Resultados:** A média de idade dos entrevistados foi de 58,23 anos±13,11, adultos 51,7%, do sexo feminino 53,73%, casados 66,9%, de cor branca 88,3%, escolaridade 68,4% e renda baixa 63,1%. Em relação a doenças oncológicas, 54% dos entrevistados as desconhecem, 80% procuram pelos serviços de saúde devido à presença de sinais ou sintomas, 72% têm a preocupação de cuidar de sua saúde em geral e consideram como cuidados com a saúde realizar consulta médica ou de enfermagem. **Conclusão:** Faz-se necessário o desenvolvimento de ações intervencionistas voltadas para a educação em saúde, estabelecendo um vínculo entre profissionais e usuários.

Palavras-chave: Neoplasias; Informação; Educação em Saúde; Pessoal de Saúde; Comunicação em Saúde

¹ Enfermeira do Hospital Unimed Noroeste. Ijuí (RS), Brasil. E-mail: gerli.herr@yahoo.com.

² Enfermeira. Docente do Departamento de Ciências da Vida (DCVida) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). Ijuí (RS), Brasil. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo (SP), Brasil. E-mail: adriane.bernat@unijuí.edu.br.

³ Fisioterapeuta. Doutora e mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do DCVida da Unijuí. E-mail: evelise@unijuí.edu.br.

⁴ Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP). Docente do DCVida da Unijuí. E-mail: joseila.sonogo@unijuí.edu.br.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: tmagnago@terra.com.br.

⁶ Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências pela Unijuí. Doutoranda em Enfermagem pela Unifesp. Docente do DCVida da Unijuí. E-mail: cleci.rosanelli@unijuí.edu.br.

⁷ Enfermeira. Mestre em Educação nas Ciências pela Unijuí. Doutoranda em Enfermagem pela Unifesp. Docente do DCVida da Unijuí. E-mail: marlil@unijuí.edu.br.

Estudo realizado em um Centro de Alta Complexidade de Tratamento para Câncer (CACON) localizado na região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço para correspondência: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. Rua Clemente Binkowski, 141 - Santa Fé. Guarani das Missões (RS), Brasil. CEP: 97950-000.

INTRODUÇÃO

O câncer é conhecido como uma doença crônica degenerativa cujo crescimento desordenado de células invade tecidos e órgãos que se dividem rapidamente. Estas tendem a ser agressivas e incontroláveis determinando a formação de tumores malignos com potencial para desenvolver metástases em diferentes órgãos do corpo¹.

Atualmente, as doenças oncológicas são consideradas problema de saúde pública pela elevada incidência, prevalência, mortalidade, gastos hospitalares e, acima de tudo, as consequências sobre a qualidade de vida do sujeito, bem como demandas de cuidado para os profissionais de saúde². No Brasil, para o período de 2012 a 2013, espera-se a ocorrência de aproximadamente 518.510 novos casos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireoide para o sexo feminino³.

No Rio Grande do Sul, as estimativas para o ano de 2012 destacam o surgimento de 4.270 novos casos de câncer de próstata, 4.610 casos de câncer de mama feminino, 2.780 de traqueia, brônquios e pulmão na população masculina e 1.440 na população feminina, 1.240 colón e reto no sexo masculino e 1.440 em mulheres, sendo estes os mais incidentes³.

Dados do relatório do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) da Região Noroeste do Estado do RS, mostram que, no ano de 2011, foram recebidos, para tratamento de radioterapia (RxT) e quimioterapia (QT), 19.487 pacientes. Destes, 9.766 (50,34%) tinham câncer de mama, 13.308 (19,76%) de próstata, 2.900 (4,31%) de útero, 2.524 (3,75%) de cabeça e pescoço, 2.162 (3,21%) de intestino, 1.800 (2,67%) de reto, 1.723 (2,56%) de pulmão, 1.336 (1,98%) de esôfago, 1.082 (1,61%) com leucemia, 799 (1,19%) de pele e 5.807 (8,62%) com outros tipos de câncer*.

Para além dos dados epidemiológicos, outro aspecto de relevância nesse contexto é, em que tempo e condições, o sujeito obtém o diagnóstico da doença. Muitas vezes quando os pacientes chegam para tratamento do câncer na alta complexidade, encontram-se em fase avançada, quando o prognóstico de cura, muitas vezes, é quase impossível⁴. Ainda o mesmo autor pontua que a prevenção e a identificação precoces são requisitos importantes para a redução das taxas de morbidade e mortalidade. Uma vez identificado o caso, no entanto, o tratamento adequado e ágil contribuirá para a minimização dos impactos indesejados da doença. A partir desse contexto, tem-se a preocupação de como essas pessoas cuidam de seu corpo e de sua saúde.

As equipes da Atenção Básica devem ser o contato preferencial da população por ela assistida, e o Ministério da Saúde (MS), na tentativa de operacionalizar um modelo technoassistencial, pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe, em meados dos anos 1990, o Programa Saúde da Família (PSF) como uma proposta de reorganização da produção de cuidados de saúde, com o objetivo de reorientar a prática assistencial do sujeito com sua família, entendendo-o a partir de seu ambiente físico e social⁵.

O PSF passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) por entender que essa é uma estratégia de mudança do modelo de atenção tradicional e não um programa. A ESF oportuniza para a equipe multiprofissional o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, como trabalhar com grupos, realizar ações de caráter preventivo e de promoção à saúde, por meio do vínculo adquirido com a periodicidade dos encontros e pelo ambiente domiciliar compartilhado com esses sujeitos⁵.

Essas ações permitem a aquisição de conhecimentos de cuidados com a saúde, bem como dos fatores causadores das doenças. Para tanto, adquire-se conhecimento em saúde a partir de um processo sequencial, o qual abarca duas vertentes que são: a aquisição de conhecimentos cientificamente corretos, os quais explicam a formação de atitudes favoráveis, e a adoção de práticas de saúde⁶. Ainda, para o autor, existem duas correntes teóricas que explicam o comportamento. Em uma delas, as pessoas atuam pelas circunstâncias e pela situação; em outra, atuam a partir de seus valores e crenças.

As atribuições das equipes de ESF, todavia, são: realizar o monitoramento das condições de saúde pelo atendimento individual ou grupal, e fazer um levantamento de problemas de saúde, considerando que esses deverão estar articulados à intervenção nos agravos de ordem patológica e no exercício de uma prática comunicativa, no sentido dialógico e emancipatório, buscando a ampliação da autonomia dos sujeitos⁵.

Nessa perspectiva, compete ao enfermeiro e à equipe de saúde agir de forma acurada e conjunta para dar conta de demandas, tanto preventivas quanto de promoção da saúde e curativas. Nesse sentido, é importante que haja aproximação entre a equipe e usuários dos serviços de saúde, na medida em que esta permite uma difusão do conhecimento técnico-científico, unindo-os e desmistificando a doença, pois, quanto mais próxima da população, maior a possibilidade de viabilizar a identificação de fatores de risco e a busca pela prevenção e diagnóstico⁷.

As práticas de educação em saúde como orientações, que partem da concepção de que o indivíduo aprende a cuidar de sua saúde, assim como prepará-lo para buscar melhores condições de vida, estimulá-lo a tomar decisões e a exercer a

* Dados do Relatório do CACON do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

autonomia sobre a sua própria vida, devem ser direcionadas no sentido de capacitá-los para o desenvolvimento de atividades individuais e coletivas de cuidado⁵.

Nessa concepção teórica, a equipe de saúde deve atuar na perspectiva de empoderar o usuário para que ele possa participar de forma ativa e consciente no cuidado de sua saúde. O conhecimento adquirido permite que os indivíduos tenham condições de fazer escolhas que promovam a saúde ou predisponham à doença. Nesse contexto, o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças oncológicas torna-se essencial para a prevenção.

Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde anterior ao diagnóstico de câncer em pacientes assistidos em um CACON.

MÉTODO

Este estudo, transversal e descritivo, é parte da pesquisa institucional “Qualidade de vida de pacientes oncológicos assistidos em um Centro de Alta Complexidade em Tratamento de Câncer” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). A população da pesquisa foi composta por pacientes oncológicos atendidos em um CACON, localizado na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O tamanho da amostra da pesquisa institucional foi calculado a partir de dados prévios do número de pacientes atendidos no CACON no mês que antecedeu a coleta de dados (março de 2011), que foi de 1.756 pacientes. Considerando a confiabilidade de 95% e erro de 5%, obteve-se um tamanho de amostra, incluindo 5% para possíveis perdas, de 480 pacientes, com uma representatividade de 25% da população. A amostra foi selecionada de forma aleatória.

Para a composição da amostra, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: paciente em tratamento QT e RxT ou conjugado; no caso dos pacientes em tratamento quimioterápico, considerou-se para a entrada ter realizado no mínimo um ciclo de QT de qualquer protocolo; no caso dos pacientes em tratamento radioterápico, considerou-se a partir da primeira sessão. Foram excluídos participantes de protocolos de pesquisa clínica, e pacientes com alterações cognitivas sem condições de responder aos instrumentos, atestados no prontuário.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2011 por auxiliares de pesquisa certificados. O instrumento de pesquisa foi um formulário semiestruturado contendo as seguintes variáveis: dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda), tipos de câncer, tipo de tratamento, informações

acerca da doença, como tempo de diagnóstico, como soube do diagnóstico, cuidados anteriores com a saúde, comportamento preventivo, conhecimento sobre o que é câncer, fatores de risco e busca de informações sobre a doença após o diagnóstico.

Para a análise estatística, foi empregado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-PC). Os dados foram verificados pela estatística descritiva, e utilizadas medidas de tendência central e de dispersão para a análise de variáveis quantitativas e frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unijuí, sob o parecer consubstanciado 275/2010, em 18 de outubro de 2010.

RESULTADOS

Este estudo avaliou 480 indivíduos assistidos pelo CACON do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Destes, 46,3% homens e 53,8% mulheres, com predomínio da cor branca (88,3%). A média de idade foi de 58,23±13,1 anos, com idade mínima de 21 anos e máxima de 88 anos. Com relação ao perfil sociodemográfico, verificou-se que 67% dos participantes são casados, 67,3% possuem Ensino Fundamental incompleto e renda de 1 a 2 salários mínimos (65,4%). A Tabela 1 mostra com detalhes esses dados.

Quanto aos tipos de câncer mais prevalentes neste estudo, identificaram-se: câncer de mama 25%, gastrointestinal 23,3%, de aparelho reprodutor feminino 14,8%, de pele, músculos e ossos (10,8%), de aparelho reprodutor masculino 8,8%, do aparelho respiratório 7,3%, entre outros. Com relação ao tipo de tratamento, 63% realizam QT, 24% RxT e 13% tratamento conjugado.

Na Tabela 2, evidencia-se que 54,2% dos pacientes não tinham conhecimento prévio sobre doenças oncológicas; 71% não tinham conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer; e 80% procuraram os profissionais médicos e enfermeiros por apresentarem sinais e sintomas. Ainda, 72% dos entrevistados manifestaram a preocupação de cuidar de sua saúde em geral, seja com hábitos alimentares, prática de atividade física e ações para o controle do stress.

Conforme a Tabela 3, 93% dos pacientes receberam informações sobre a doença do médico ou equipe de saúde, 54,4% não buscaram mais informações sobre a sua doença e 87,5% iniciaram o tratamento imediatamente após o diagnóstico.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou as condições sociodemográficas da população, o conhecimento sobre doença oncológica,

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes oncológicos atendidos no Centro de Alta Complexidade de Tratamento para Câncer na Região Noroeste do Estado do RS, Brasil, 2011

Variável	n	%
Idade		
Adulto (21 a 59anos)	248	51,7
Idoso (acima de 60 anos)	232	48,3
Sexo		
Masculino	222	46,3
Feminino	258	53,8
Escolaridade		
Não alfabetizados	3	0,6
Ensino fundamental incompleto	328	68,3
Ensino fundamental completo	39	8,1
Ensino médio incompleto	18	3,7
Ensino médio completo	61	12,8
Ensino superior	31	6,4
Estado Civil		
Casado	321	66,9
Solteiro	41	8,5
Viúvo	57	11,9
Concubinado	18	3,8
Separado/Divorciado	42	8,8
Cor		
Branco	424	88,3
Negro	23	4,8
Mulato	33	6,9
Renda*		
Abaixo de 1 salário mínimo	22	4,6
1 a 2 salários mínimos	303	63,1
3 a 5 salários mínimos	104	21,7
5 a 8 salários mínimos	21	4,4
Acima de 8 salários mínimos	13	2,7
Total	480	100

* A renda considerada foi a válida em março de 2011: R\$ 545,00

fatores de risco e cuidados com a saúde. A faixa etária é o fator de risco mais importante, dependendo do tipo de câncer, podendo representar o efeito acumulativo da exposição, ao longo da vida, aos agentes carcinogênicos⁸.

O maior percentual dos pacientes pesquisados é do sexo feminino, resultado que provavelmente ocorreu em função do número crescente de casos registrados de câncer em mulheres. Estimativas para o ano de 2012, válidas para 2013, apontam um número crescente de novos casos de câncer em mulheres superior ao número de novos casos na população masculina³.

Em relação à escolaridade, dados desta pesquisa corroboram um estudo realizado em um CACON no Espírito Santo, Brasil, que objetivou descrever o perfil sociodemográfico de pacientes atendidos no referido serviço, em que 70,9% da população não era alfabetizada e/ou possuía Ensino Fundamental incompleto⁹. Estudo realizado em Antiquia, Colômbia, com pacientes assistidas em sete centros de tratamento oncológico com uma amostra de 220 pacientes, vem de encontro a nossa pesquisa na medida em que demonstra que a escolaridade da maioria dos entrevistados era de Ensino Médio¹⁰.

No mesmo estudo, 89,5% dos sujeitos eram de nível socioeconômico médio ou baixo, vindo ao encontro dos dados desta pesquisa¹⁰. Outro estudo realizado em Propriá, Sergipe, Brasil, igualmente identificou que o maior percentual dos sujeitos tinha renda de até um salário mínimo¹¹.

Pesquisa sobre a prevalência das doenças crônicas na população brasileira constatou que a desigualdade de condições de vida da população adulta, avaliada pelos anos de escolaridade, associa-se a diferentes prevalências de condições crônicas, sendo as mais elevadas constatadas, em geral, nos segmentos socialmente desfavorecidos¹².

Dados da Sociedade Brasileira de Dermatologia mostram que, de 3.792 casos de câncer de pele diagnosticados clinicamente, 3.027 (79,82%) ocorrem em brancos¹³, o que vem ao encontro do nosso estudo. Quanto ao estado civil, a maioria dos entrevistados era casado. Em estudo sobre qualidade de vida de mulheres com câncer do colo do útero, destacou-se que a maioria das entrevistadas vivia com o cônjuge¹⁴. Outro estudo, sobre a caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata, mostra que 80% dos homens entrevistados eram casados¹⁵, dados que corroboram os resultados desta pesquisa.

Quanto aos tipos de câncer mais frequentes na população do estudo, o de mama, de aparelho gastrointestinal e do aparelho reprodutor feminino, respectivamente, se destacam. Com relação ao tipo de procedimento, a maioria realiza QT, RxT e tratamento conjugado, simultaneamente.

O câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres¹⁶. No Brasil, a cada ano, cerca de 20% dos casos novos em mulheres são de mama, e na Região Sul do país, sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente¹⁶.

Recente estimativa mundial, aponta que o câncer de estômago configura-se como a quarta causa mais comum de câncer, e que mais de 70% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, sendo que a taxa de incidência é cerca de duas vezes maior no sexo masculino se comparada

Tabela 2. Conhecimento dos pacientes oncológicos atendidos em um Centro de Alta Complexidade de Tratamento para Câncer na Região Noroeste do Estado do RS, Brasil, acerca da doença oncológica e comportamento preventivo, 2011

Variável	SIM n(%)	NÃO n(%)
Possuía conhecimento sobre doença oncológica?	220(46%)	260 (54%)
Tinha conhecimento acerca dos fatores de risco?	141(29%)	339 (71%)
Como soube do diagnóstico? Qual o motivo que o levou a procurar assistência?		
Por apresentar sinais/sintomas	382 (80)	98(20)
Consulta médica de rotina	93(19,4%)	387(80,6)
Internação	4 (0,8%)	476 (99,2%)
Campanhas	1(0,2%)	479 (99,8)
Tinha preocupação com a saúde?	345 (72%)	135(28%)
Preocupava-se com hábitos alimentares, atividade física e controle do stress?	300 (62,5%)	180 (37,5%)

Tabela 3. Informações sobre doença oncológica entre amostra de pacientes atendidos em um Centro de Alta Complexidade de Tratamento para Câncer na Região Noroeste do Estado do RS, Brasil, 2011

Variável	SIM n(%)	NÃO n(%)
Ao receber o diagnóstico de doença oncológica, você recebeu informações do médico e/ou equipe de saúde sobre o que era esta doença?	447 (93%)	33 (6,9%)
Você buscou mais informações sobre sua doença?	219 (45,6%)	261 (54,4%)
Imediatamente após o diagnóstico você iniciou o tratamento?	420 (87,5%)	60 (12,5%)

com a incidência no sexo feminino; tem sido a segunda causa de morte por câncer no mundo e sua série histórica mostra declínio em vários países³.

O câncer do aparelho reprodutor feminino posiciona-se em terceiro lugar entre as neoplasias mais prevalentes na população em tratamento no CACON, local do estudo. O câncer do colo do útero, em grande parte dos casos, desenvolve-se de forma lenta, passando por fases detectáveis e curáveis. Entre as neoplasias, é a que apresenta maiores potenciais de prevenção e cura. A incidência evidencia-se entre a faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente geralmente até os 50 anos e, após esse processo, ocorre lentamente³.

O tratamento do câncer é complexo e inclui várias modalidades terapêuticas. As formas de tratamento deste estudo foram QT, RxT e conjugados, sendo a QT a mais prevalente. Estudo realizado com uma amostra de pacientes com diversos diagnósticos em diferentes estágios da doença mostrou que 95% fazem tratamento quimioterápico¹⁴.

A QT é o tratamento mais utilizado e se constitui de um conjunto de drogas que atua em várias fases do metabolismo celular, atingindo, além de células malignas, as células sadias do organismo, sendo responsáveis por diversas reações/sintomas¹⁷. A RxT é o tratamento de

escolha para os tumores malignos que têm indicação de irradiação no curso de sua evolução, seu objetivo é alcançar um índice terapêutico favorável, fazendo com que as células malignas percam sua clonogenicidade¹.

Em relação ao conhecimento prévio sobre doenças oncológicas, 54% da população em estudo referiu desconhecer-las. Evidências de estudo apontam a necessidade premente para o desenvolvimento de ações de orientação/educação/prevenção para a população, bem como para profissionais de saúde, na medida em que indicam seu desconhecimento acerca do câncer, formas de prevenção, autoexame e aos fatores de risco⁷.

Enfatiza-se que esse desconhecimento sobre a doença e os fatores causais pode acarretar consequências para o paciente e para os serviços de saúde, uma vez que o diagnóstico tardio impossibilita a cura, ocasionando uma alta taxa de morbimortalidade. Ressalta-se que o desconhecimento colabora para a não detecção precoce, o que aumenta a possibilidade de sequelas funcionais e estéticas e até mesmo óbitos¹⁸.

Nesse sentido, destaca-se que poderá haver um grande impacto nos serviços de saúde, o que ocasionará aumento dos atendimentos, internações, gastos ambulatoriais e hospitalares e demandas para os profissionais de saúde e familiares. Um dos problemas vincula-se à escassa

articulação entre os níveis de atenção e os recursos públicos (humanos, materiais e tecnológicos) que integram o SUS do país, refletida nos chamados “modelos tecnoassistenciais”, que geram poucas respostas efetivas em relação à qualificação do atendimento em saúde e satisfação do usuário¹⁹.

Planos para aproximar a demanda de cuidados em saúde com a abertura dos serviços, gerando comprometimento, responsabilização e resolutividade, foram estudados e empregados principalmente após 1990, com a criação do PSF como uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da organização da Atenção Básica, apostando no estabelecimento de vínculos e na criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e população⁵.

Essa estratégia tem como objetivo principal trabalhar com a prevenção de doenças e promoção da saúde focadas no trabalho intersetorial coletivo, alcançando as menores idades, no intuito de garantir o conhecimento sobre os cuidados de saúde durante o processo da vida para evitar doenças e serem disseminadores desse conhecimento junto aos grupos em que convivem.

É evidente que são necessárias ações urgentes que discutam as formas de prevenção da doença oncológica e uma atenção aos fatores de risco, tendo em vista as estatísticas progressivas da doença, que nos mostram que este processo de educação em saúde não está acontecendo.

Um estudo desenvolvido na Suécia com 727 adolescentes do sexo masculino teve como principal objetivo avaliar os conhecimentos e atitudes em relação ao câncer de testículo e a prevalência do autoexame testicular²⁰. Os resultados mostraram que a maioria deles nunca tinha ouvido falar do câncer de testículo ou do autoexame testicular; apresentava conhecimento limitado dos sintomas comuns; e quase nunca realizava o autoexame do testículo. Os autores recomendam o desenvolvimento de estratégias de educação preventiva, sugerindo a inclusão do assunto nas escolas²⁰.

Outro dado relevante encontrado neste estudo mostra que 71% dos pacientes não sabem sobre os fatores de risco que predis põem o câncer. Já outro estudo, abordando questões relacionadas ao conhecimento sobre fatores de risco para câncer de mama, revela que quase 50% das entrevistadas desconhecem esses fatores para a doença, e entre as que possuem esse conhecimento, cerca de 30% relataram conhecer apenas um fator, e somente 2,8% conhecem quatro diferentes fatores²¹. Tais resultados, assim como os encontrados em nosso estudo, sugerem que os fatores de risco são pouco abordados nas ações de educação em saúde junto à população estudada.

No questionamento acerca de como soube da doença oncológica ou o motivo que os levou a procurar os serviços

de saúde, pode-se constatar que a maioria dos entrevistados (80%) soube da doença em consulta motivada por presença de sinais e sintomas. Esse dado mostra que a maioria da população procura pelos serviços de saúde quando a doença já está avançada. Os serviços de saúde que prestam assistência e acompanhamento ambulatorial apresentam menor demanda espontânea, o que sinaliza uma incoerência no sistema, uma vez que a omissão nos esforços de proporcionar assistência preventiva qualificada aos grupos de risco determina as inúmeras complicações com elevação de custos no aspecto econômico²².

Na questão que aborda sobre a preocupação em cuidar da saúde, um expressivo número de entrevistados referiu que a tem. Esse resultado mostra que os sujeitos desconhecem fatores de risco para a doença oncológica e outras doenças, mas afirmam preocupar-se com sua saúde.

A maioria dos sujeitos entrevistados (93%) respondeu que, ao receber o diagnóstico de doença oncológica, teve informações acerca da doença pela equipe de saúde; o que é importante, na medida em que cabe à equipe de saúde informar e esclarecer ao paciente sobre aspectos da patologia pela qual ele foi acometido. Estudo demonstra que a maioria das entrevistadas recebeu informações sobre o câncer por um profissional vinculado à equipe de saúde da família, tanto na Unidade Básica de Saúde quanto nas visitas domiciliares²¹.

Nesse sentido, é de responsabilidade da ESF organizar o serviço de maneira que contemple o cuidado às demandas da população e outras necessidades por vezes não percebidas, como o rastreamento de doenças e a educação em saúde²³. Em resultados de estudo realizado em Goiânia, no entanto, apenas 15,8% dos sujeitos relataram que um profissional de saúde foi fonte de informações, sendo a mídia a principal fonte²⁴.

Em relação à busca de mais informações acerca da doença, 54,5% referiram não ter buscado se informar mais sobre a mesma. Isso pode estar relacionado à maneira como os sujeitos reagem mediante a notícia do diagnóstico de câncer, pois ainda é uma patologia estigmatizada, que envolve tratamento agressivo e implica mudanças na qualidade de vida.

Apesar da complexidade crescente do atendimento, que atualmente incorpora multidisciplinaridade e padroniza maior quantidade de métodos complementares, muitas etapas podem ser realizadas simultaneamente, o que permite que o preparo do paciente seja realizado em curto intervalo de tempo²⁵.

Destaca-se que a maioria dos entrevistados iniciou o tratamento logo após o diagnóstico, o que vem ao encontro com o que preconiza a literatura, a qual aborda que quanto antes iniciar o tratamento maior é a possibilidade de cura. Considerando a busca incessante de ganho terapêutico,

deve ser mais valorizada a possibilidade de encurtar a espera pelo tratamento, sendo esse um objetivo factível que pode ser atingido com o uso racional dos recursos. É importante e necessário o avanço nas ações e políticas públicas no sentido de desenvolver ações de educação em saúde para que a população tenha condições e autonomia de se cuidar melhor.

Para desenvolver essas ações, é necessário o conhecimento destas práticas educativas por parte desses trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas²⁶.

A educação em saúde é um instrumento facilitador na capacitação da comunidade contribuindo para a promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo.

CONCLUSÃO

Fizeram parte deste estudo 480 indivíduos assistidos por um CACON. Destes, a maioria era mulheres, a média de idade foi de 58,23±13,1 anos. Com relação ao perfil sociodemográfico, verificou-se que a maioria é casada, de baixa escolaridade e renda.

Em relação ao conhecimento prévio sobre doenças oncológicas, a maioria desconhece e referiu não ter conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer. O motivo que os levou a procurar os profissionais de saúde foi por apresentar sinais e sintomas. Em relação a cuidar de sua saúde, em geral, a maioria dos entrevistados respondeu ter essa preocupação, seja por meio de hábitos alimentares, prática de atividade física e ações para o controle do stress; a maioria, também, realizava consultas de enfermagem ou médicas com regularidade. A respeito de ter recebido informações após o diagnóstico da doença, a grande parte respondeu ter recebido informações da equipe de saúde.

Os resultados do estudo evidenciam que o investimento em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças não tem a efetividade esperada e com repercussões futuras, caso não haja uma mudança de paradigmas do modelo de saúde, especialmente no que diz respeito às doenças oncológicas. Remete-nos, também, ao desafio de como promover essa mudança de paradigma.

É consenso que, para acontecer essa mudança, há a necessidade de investimento na formação de profissionais de saúde comprometidos e preparados para atuar na educação em saúde, assim como nos diferentes ciclos de vida, com os diversos determinantes do processo saúde-doença, com abordagem integral do sujeito nos muitos pontos da rede de atenção à saúde.

Além disso, há a necessidade de engajamento dos usuários do sistema de saúde nas ações desenvolvidas no campo da educação em saúde, para que promovam o autocuidado e façam a opção por práticas que gerem a sua saúde. Somente o somatório de práticas dos profissionais e dos usuários pode repercutir, positivamente, nos indicadores de saúde.

CONTRIBUIÇÕES

Gerli Elenise Herr, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz, Evelise Moraes Berlezi e Marli Maria Loro contribuíram na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na obtenção e/ou análise dos dados; na redação e revisão crítica. Joseila Sonego Gomes contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa; na redação e revisão crítica. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago e Cleci Piovesan Rosanelli contribuíram na redação e revisão crítica.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do Câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3 ed rev atual ampl. Rio de Janeiro: Inca; 2008.
2. World Health Organization - WHO. Câncer. Note descriptive n.297 [Internet]. 2012 [acesso 2012 fev 20]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2011.118p.
4. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde. Rio de Janeiro: INCA; 2010.
5. Ermel RC, Fracolli LA. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4):533-39.
6. Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre o câncer de próstata em Juiz de Fora - MG. Acta Paul Enferm. 2010; 23(1): 88-93.
7. Vidal AKL, Aguiar DMA, Gouveia MVC, Cavalcante Neto PM, Tavares ANS, Guimaraens MA. Verificação do conhecimento da população pernambucana acerca do câncer de boca e dos fatores de risco – Brasil. Pesq bras odontopediatria clin integr. 2012; 12(3):383-87.
8. Saço LF, Ferreira EL. Mulheres com câncer e sua relação com a atividade física. Rev. bras. ci. mov. 2010;18(4):11-17.
9. Mascarello KC, Silva NF, Piske MT, Viana KCG, Zandonade E, Amorim MHA. Perfil sociodemográfico

- e clínico de mulheres com câncer do colo do útero associado ao estadiamento inicial. *Rev bras cancerol.* 2012; 58(3):417-26.
10. Zapatta CZ, Grisales HR. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en Antioquia, Colombia. *Rev panam salud pública.* 2010; 28(1):9-18.
 11. Lima CA, Palmeira JAV, Cipolotti R. Fatores associados ao câncer do colo uterino em Propriá, Sergipe, Brasil. *Cad. saúde pública.* 2006; 22(10): 2151-56.
 12. Barros ABM, Francisco BSMP, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc saúde colet.* 2011; 16(9): 3755 - 68.
 13. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Campanha nacional de prevenção de câncer de pele [Internet]. 2010 [acesso 2012 mai 22]. Disponível em: http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/caracteristica_cor.asp?uf=NU LL&cidade=NULL&servico=NULL&campanha=3
 14. Fernandes WC, Kimura M. Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com câncer de colo uterino. *Rev. Latino-Am. enferm [internet].* 2010 [acesso 2012 Jun 14]; 18(3): 8 telas. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_10.pdf.
 15. Gonçalves IR, Padovani C, Popim RC. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata. *Ciênc saúde colet.* 2008; 13(4):1337-1342.
 16. Rubin BA, Stein AT, Zelmanowicz AM, Rosa DD. Perfil antropológico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do Sul do Brasil. *Rev bras cancerol.* 2010; 56(3): 303-9.
 17. Pedro ENR, Funghetto SS. Concepções de cuidado para os cuidadores: um estudo com criança hospitalizada com câncer. *Rev gaúch enferm* 2005; 26(2):210-9.
 18. Souza LRB, Ferraz KD, Pereira NS, Martins MV. Conhecimento acerca do câncer bucal e atitudes frente à sua etiologia e prevenção em um Grupo de Horticultores de Teresina (PI). *Rev bras cancerol.* 2012; 58(1):31-9
 19. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: MS; 2002. p. 19.
 20. Saevarsdottir S, Ding B, Steinsson K, Grondal G, Valdimarsson H, Alfredsson L, et al. Mannan Binding Lectin (MBL) genotypes coding for high MBL serum levels are associated with rheumatoid factor negative rheumatoid arthritis in never smoker Arthritis Res Ther. 2011 Apr; 13(2):R65.
 21. Batiston AP, Tamaki EM, Souza LA, Santos MLM. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. *Rev. bras. saúde mater. infant.* 2011; 11(2):163-71.
 22. Godofredo JF. Utilização de serviços de saúde no município de São Paulo nos anos de 2003 e 2008: inquéritos de saúde de base populacional [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
 23. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família *Cad. saúde pública.* 2012; 28(3):537-548.
 24. Godinho ER, Koch HA. Fontes utilizadas pelas mulheres para aquisição de conhecimentos sobre câncer de mama. *Radiol. bras.* 2005; 38:169-73.
 25. Amar A, Chedid HM, Franzi SA, Rapoport A. Diagnostic and therapeutic delay in patients with larynx cancer at a reference public hospital. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010; 76(6):700-3.
 26. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16 Suppl.1:S1547-54.

Abstract

Introduction: Cancer is a public health problem and its prevention and early detection are important requirements for the reduction of morbidity and mortality rates. **Objective:** To evaluate the knowledge about the oncological disease and the health care practices before cancer diagnosis, in patients assisted in a High Complexity Center for Cancer Treatment. **Method:** A cross-sectional descriptive study conducted with 480 cancer patients treated in the period April-December 2011. **Results:** The average age of respondents was 58.23 years old; 13.11, adults (51.7%), female (53.73%), married (66.9%) Caucasians (88.3%), education 68.4% and low-income (63.1%). Regarding knowledge of oncological diseases, 54% of the respondents don't know them, 80% seek health services due to the presence of signs or symptoms, 72% were concerned to look after their general health and, as a healthcare practice, visit a doctor or nurse. **Conclusion:** It is necessary to develop interventionist actions focused on health education, establishing a link between professionals and users.

Key words: Neoplasms; Information; Health Education; Health Personnel; Health Communication

Resumen

Introducción: El cáncer es un problema de salud pública y la prevención y detección precoz son requisitos relevantes para la reducción de las tasas de morbilidad y de mortalidad. **Objetivos:** Evaluar el conocimiento acerca de la enfermedad oncológica y las prácticas de atención de la salud anteriores al diagnóstico del cáncer en pacientes atendidos en un Centro de Alta Complejidad en el Tratamiento del Cáncer. **Método:** Estudio transversal descriptivo desarrollado con 480 pacientes en tratamiento oncológico desde abril hasta diciembre de 2011. **Resultados:** La media de edad de los entrevistados fue de 58,23 años \pm 13,11, adultos 51,7%, mujeres 53,73%, casados 66,9%, blancos 88,3%, educación 68,4% y 63,1% rentas bajas. En relación a la enfermedad oncológica, 54% de los entrevistados no las conocen, 80% buscan el servicio de salud debido señales y síntomas, 72% tenían la preocupación de cuidar de su salud a modo de prevención y consideran como cuidados con la de salud pasar en consulta médica o de enfermería. **Conclusión:** Se hace necesario el desarrollo de acciones intervencionistas orientadas a la educación en salud, estableciendo un vínculo entre profesionales y usuarios.

Palabras clave: Neoplasias; Información; Educación en Salud; Personal de Salud; Comunicación en Salud