



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA
NEVES

FELIPE HENRIQUE DE CARVALHO

**AS AÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO: UM
CUIDADO INTEGRADO DO DOMICÍLIO A HOSPITALIZAÇÃO**

SÃO JOÃO DEL REI

2014

FELIPE HENRIQUE DE CARVALHO

**AS AÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO: UM
CUIDADO INTEGRADO DO DOMICÍLIO A HOSPITALIZAÇÃO**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior "Presidente Tancredo de Almeida Neves", como requisito parcial à obtenção do Título de Graduado em Enfermagem, sob a orientação do Prof. Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL-REI
2014

FELIPE HENRIQUE DE CARVALHO

**AS AÇÕES DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO: UM
CUIDADO INTEGRADO DO DOMICÍLIO A HOSPITALIZAÇÃO**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior "Presidente Tancredo de Almeida Neves", como requisito parcial à obtenção do Título de Graduado em Enfermagem, sob a orientação do Professor Marcio Antonio Resende.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profº. Esp. Marcio Antonio Resende
(Orientador)

Prof (a). Esp. Ana Cláudia Ribeiro Paiva

Prof. Dr. Gláucio Mazetto Siqueira

“Se você quer ser bem sucedido, precisa ter dedicação total, buscar seu último limite e dar o melhor de si mesmo.”

Ayrton Senna da Silva

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste, em especial ao meu orientador Marcio Antonio Resende que me mostrou que com autoconfiança é possível ir mais longe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me sustentado e dado forças em todos os momentos.

Ao meu orientador Marcio Antonio Resende, que com carinho, atenção e paciência orientou este trabalho.

Ao meu pai Gerson que mesmo ausente de certa forma, foi onde eu busquei incentivo para conquistar o meu objetivo.

À minha mãe Marta, pelo amor incondicional e infinito, por ter me apoiado e acreditado sempre em meus sonhos, enchendo de coragem e ensinando a não ter medo da vida.

A minha irmã Fernanda e minha sobrinha Pâmela, por toda dedicação e carinho oferecido em todos os momentos que mais necessitei.

Enfim a todos os meus amigos e familiares, meu muito obrigado!

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. Câncer de Pulmão.....	10
1.1 O Câncer: Conceito geral	10
1.2 Câncer de pulmão: breves considerações	10
1.3 Fatores desencadeantes	11
1.4 Sinais, sintomas e diagnóstico	12
1.5 Tratamento	14
2. Cuidados Paliativos.....	16
2.1 Princípios dos Cuidados Paliativos	16
2.2 Indicações de Cuidados Paliativos	19
3. Assistência de Enfermagem ao Portador de Câncer de Pulmão.....	20
3.1 Breves considerações	20
3.2 Cuidados ao paciente hospitalizado	21
3.3 Cuidados domiciliares	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS.....	28

RESUMO

Este estudo tem como objetivo abordar o papel do enfermeiro no acompanhamento do portador de câncer de pulmão, focando no cuidado integrado desde o domicílio até a hospitalização. Tal abordagem se justifica pelo aumento da incidência do câncer de pulmão nas últimas décadas, o que o transformou em uma das doenças neoplásicas, mais comuns em todo o mundo. Muitas vezes, o portador de câncer é visto como dependente da família, um indivíduo incapaz de ter iniciativa e tomar decisões. Por isso, é importante o papel do cuidador familiar, que estará presente em todos os momentos, devendo estar preparado para assistir as demandas do paciente. Cabe ao enfermeiro orientar sobre os cuidados que deverão ser aplicados aos pacientes que se encontrem hospitalizados ou em âmbito domiciliar. O papel da enfermagem é ser promotor de um assistir holístico e ininterrupto, oferecendo maior segurança e uma assistência humanizada. Este estudo tem como objetivo mostrar a importância das ações de enfermagem ao cliente com câncer de pulmão. Para tal, optou-se em realizar uma pesquisa bibliográfica descritiva e analítica. Em seu teor, o estudo traz uma sucinta revisão do câncer de pulmão, incluindo o diagnóstico da doença e as formas de tratamento. Especificamente, em relação aos cuidados paliativos, são descritos conceitos, aplicações e alguns princípios que os regem. Por fim, enfatiza a assistência de enfermagem ao portador de câncer de pulmão, pautando nos cuidados ao paciente hospitalizado e em seu âmbito domiciliar.

Palavras-chave: Câncer de Pulmão; Assistência de Enfermagem; Cuidados; Hospitalização; Cuidados Domiciliares.

INTRODUÇÃO

O Câncer é considerado uma patologia devastadora devida às suas características debilitantes e por estar associado a um alto índice de mortalidade. Entre os classificados como tumores sólidos, um que se destaca por sua alta prevalência é o câncer de pulmão.

É sabido que o tabagismo é, atualmente, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pulmão, além de ser implicado como fator causal de sérias complicações que comprometem o estado de saúde do paciente. Consequentemente, a mais importante e eficaz ação de prevenção ao câncer de pulmão passa, obrigatoriamente, pelo combate ao tabagismo.

Alguns dos sintomas que surgem no organismo do indivíduo acometido pela neoplasia pulmonar incluem: dor, dispnéia, tosse seca ou produtiva. A natureza dos sinais e sintomas apresentados dependerá do grau de evolução da doença, mas, invariavelmente, à medida que progridem, acabam por comprometer gravemente a qualidade de vida do doente.

Assim posto, é necessário destacar quais os cuidados hospitalares e domiciliares deverão ser dispensados ao portador dessa patologia, devendo o enfermeiro prestar um atendimento humanizado e de forma holística, visando sempre à promoção da saúde do paciente.

A escolha do referido tema vai de encontro à contribuição das ações de enfermagem prestadas pelo enfermeiro e sua atuação diante ao cliente com câncer de pulmão, a fim de proporcionar conforto durante o seu tratamento, seja no âmbito hospitalar ou domiciliar.

Para um melhor entendimento, este estudo irá abordar as ações de enfermagem ao cliente com câncer de pulmão como um cuidado integrado, discutindo o papel do enfermeiro na abordagem ao paciente com câncer de pulmão em termos dos cuidados domiciliares e hospitalares; cuidados que se aplicam desde o diagnóstico até o tratamento.

A metodologia utilizada foi a revisão de literatura analítica e descritiva, onde foram realizadas buscas em artigos científicos, periódicos, monografias e manuais referentes ao tema. A resolução 196/96, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, afirma que a pesquisa de caráter bibliográfico não precisa de aprovação do Comitê de Ética.

Para uma melhor compreensão do tema, o estudo foi dividido em três capítulos, sendo que o primeiro nos traz uma breve revisão sobre o câncer de pulmão desde o diagnóstico até seu tratamento.

O segundo trata dos cuidados paliativos: conceitos, aplicações e alguns princípios que os regem. E, finalizando, o terceiro capítulo aborda a assistência de enfermagem ao portador de câncer de pulmão, pautado nos cuidados do paciente hospitalizado e em seu âmbito domiciliar.

1. CÂNCER DE PULMÃO

1.1 O câncer: conceito geral

O câncer é visto corriqueiramente como uma desordem devastadora, tanto por estar comumente associada a um alto índice de mortalidade, quanto por cursar com sintomas incapacitantes, principalmente em seu estágio terminal.

Amorim (2007, p. 12) *apud* Silva (2011, p. 12) relata que,

[...] a palavra câncer vem de origem latina quer dizer caranguejo, provavelmente por causa da semelhança entre as pernas do crustáceo e os tentáculos do tumor. Não admira que o câncer seja encarado pela maioria das pessoas como uma sentença de morte.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (BOSSOIS, 2013, p.7).

O que diferencia os diversos tipos de câncer é, principalmente, o seu comportamento biológico, o que inclui a velocidade de multiplicação das células neoplásicas, a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos (invasividade local) e a propensão de migração das células neoplásicas para sítios mais distantes (potencial metastático). Dentre as neoplasias, destaca-se o câncer de pulmão por ser uma patologia de alta prevalência e alto índice de mortalidade, além de possuir características debilitantes.

1.2 Câncer de pulmão: breves considerações

O câncer de pulmão tem sido motivo de mortes em todo o mundo, acometendo ambos os sexos. Ainda que esteja ocorrendo um rastreamento avançado na tentativa de se identificar precocemente tal patologia, a mesma dificilmente é detectada em um estágio que se permita alterar a sobrevida de seus portadores (CARVALHO *et al*, 2008, p. 80).

O câncer de pulmão é o mais comum dentre todos os tumores malignos, tendo um aumento de 2% por ano em sua incidência mundial. Estima-se um aumento significativo dos casos, sendo que para o ano de 2014 os números giram em torno de 27.330 novos casos, deste total, 16.400 serem homens e 10.930, mulheres. A taxa de mortalidade continua elevada e em crescimento. Somente no Brasil, em 2011, foram registrados 22.424 mortes, o que corrobore o seu caráter altamente letal. A sobrevida média cumulativa, total em cinco anos varia entre 13 e 21% em países desenvolvidos e entre 7% e 10% nos países em desenvolvimento. No fim do século XX, o câncer de pulmão se tornou uma das principais causas de mortes evitáveis (BRASIL, 2014, p.37).

A raça é citada como fator de risco, sendo que a raça negra apresenta maior predisposição ao desenvolvimento de câncer de pulmão em relação aos caucasianos. O risco de câncer em negros foi 50% maior do que em homens brancos nas décadas de 80 e 90, enquanto nas mulheres negras é de 10% a 20% maior que para as mulheres brancas (UEHARA *et al*, 1998, p. 267).

Porém, o autor acima (1998, p. 267) observa que as diferenças raciais nas taxas de incidência podem corresponder, na verdade, a uma condição socioeconômica menos favorecida, onde os indivíduos negros são mais predispostos pelo fato de consumirem um tipo de cigarro com maior percentagem de nicotina, alcatrão e outras substâncias carcinogênicas, pela predileção por cigarros mentolados. Obviamente, outro fator que influencia diretamente a incidência da doença é o tempo em curso do tabagismo.

A fim de um melhor entendimento serão abordados os fatores desencadeantes para o câncer de pulmão.

1.3 Fatores desencadeantes

São vários os fatores de risco associados ao câncer de pulmão, podendo ser destacados como principais: predisposição genética, tabagismo passivo, exposição ambiental e ocupacional a determinadas substâncias químicas e, principalmente, o tabagismo ativo.

Zamboni (2000, p. 1) relata que o tabagismo é a principal causa do câncer de pulmão, deixando evidente a relação tabaco/câncer de pulmão. Nota-se um efeito entre o aparecimento da neoplasia maligna e a quantidade de fumo consumida pelos

pacientes. Relata também que o risco de câncer de pulmão na população de fumantes é dezessete (17) vezes maior nos homens e onze (11) vezes nas mulheres.

O risco de não fumantes, expostos à fumaça de cigarro (fumante passivo), para câncer de pulmão é de 1,2 a 1,5 maior que o do não fumante não exposto ao fumo. Estudos revelam um nível aumentado de carcinógeno no sangue dos fumantes passivos, demonstrando um aumento no risco de câncer de pulmão em cônjuges de fumantes (MILLER, 2001, p. 499).

Ainda de acordo com o mesmo autor (2001, p. 499), outro fator desencadeante que, hoje em dia, está presente dentro das grandes indústrias é aquele relacionado à exposição ocupacional, condição na qual o trabalhador é exposto a determinados tipos de substâncias como o asbesto e, em função disto, tem seu risco de desenvolver câncer de pulmão aumentado.

Uehara, *et al* (1998, p. 268) corrobora: “Trabalhadores expostos ao asbesto tem risco quadruplicado para câncer de pulmão e mesotelioma,¹ que é ainda maior, quando associado ao hábito de fumar.”.

Uehara, *et al* (1998, p. 267) também enfatiza que um método eficaz para redução da incidência da neoplasia de pulmão é estimular as pessoas não fumantes a continuarem não fumando e aos fumantes a pararem. Segundo o autor, o risco de câncer de pulmão reduz em ex-fumantes, sendo que, cinco anos após cessar o tabagismo, o risco cai pela metade e, após dez anos, cai a 1,4. No entanto, sabe-se que, mesmo quinze anos após parar de fumar, o ex-fumante ainda tem um risco para câncer de pulmão de 1,4 a 4 vezes maior que o não fumante.

Outra condição importante é a identificação precoce dos sinais e sintomas desta patologia, sendo os mesmos destacados abaixo.

1.4 Sinais, sintomas e diagnóstico

O câncer de pulmão desenvolve-se de maneira insidiosa e é assintomático até um período tardio em sua evolução, assim, a presença de sintomas geralmente é sinal de mau prognóstico. Segundo Uehara, *et al* (1998, p. 268), a tosse é o

¹ Mesotelioma: Neoplasia maligna rara, das células endoteliais das cavidades serosas (pleura, peritônio), que cresce formando espesso revestimento sobre as vísceras (REY, 2008, p. 577).

sintoma mais comum (45 a 75% dos casos). Outro sinal observado é a ocorrência de sibilos usualmente unilaterais, devido à obstrução causada pelo tumor. O processo pode evoluir e culminar em uma atelectasia,² caso em que o portador pode manifestar dispnéia e dor torácica (MILLER, 2001, p. 501).

Uehara, *et al* (1998, p. 268) defende que pacientes com sinais e sintomas compatíveis com neoplasia de pulmão devem ser imediatamente investigados para se chegar ao diagnóstico definitivo o mais precocemente possível. Essa investigação se dá através de exames, tais como: radiografia de tórax, citologia do escarro do paciente, broncofibroscopia, tomografia computadorizada e ressonância magnética (FERNANDEZ *et al*, 2002, p. 219).

Barcellos (2002, p. 95) relata que a radiografia de tórax consiste em estudos radiológicos simples, sendo um dos métodos que se tornou elemento fundamental para a avaliação inicial e também para o acompanhamento do paciente com câncer de pulmão.

Além da radiografia, outro método utilizado é a citologia do escarro do paciente, que tem como objetivo de determinar o tipo histológico do carcinoma. Segundo Miller (2001, p. 502), a citologia do escarro é um método menos invasivo para estabelecer um diagnóstico histológico, porém, tudo irá depender da existência de expectoração para a realização do exame. Mas, hoje em dia, mesmo sendo um exame simples, barato e de baixo custo, tem sido cada vez menos utilizado, provavelmente em função da grande disponibilidade de outro método, a broncofibroscopia, que permite tanto a visualização da lesão quanto à coleta de material para exame histopatológico.

Fernandez *et al* (2002, p. 220) corroboram: “A broncofibroscopia é, atualmente, o principal exame na avaliação diagnóstica do paciente com câncer de pulmão. Ela é útil no seu diagnóstico e também no estadiamento e no tratamento”.

Portanto, no cenário atual, a broncofibroscopia e a radiografia de tórax figuram como técnicas usuais empregadas rotineiramente para fins de diagnóstico e de acompanhamento do paciente. Contudo, com o refinamento de outras técnicas de imagem e o aumento da disponibilidade dessas, exames como a tomografia computadorizada e ressonância magnética nuclear são úteis para uma análise mais

² Atelectasia: Ausência parcial ou total de aeração do pulmão, que pode ocorrer de forma aguda ou crônica, sendo caracterizada por achatamento dos alvéolos, metaplasia cúbica do endotélio alveolar e vasodilatação capilar (REY, 2008, p. 92).

minuciosa dos casos confirmados ou suspeitos de neoplasia pulmonar, permitindo que se avalie a extensão e invasividade dos tumores, com riqueza de detalhes do parênquima e da vasculatura. Este detalhamento é um aliado importante no planejamento cirúrgico, quando o paciente for um candidato para tal modalidade de tratamento.

Após a confirmação da doença, será realizado o tratamento, que será adequado ao estágio de evolução em que a doença se encontra.

1.5 Tratamento

Em relação às modalidades terapêuticas que podem ser utilizadas, temos a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. O uso isolado ou combinado dessas modalidades depende do tipo histológico do tumor e do estadiamento do mesmo.

A cirurgia tem um papel fundamental, pois proporciona a melhor oportunidade para a cura do paciente com o câncer de pulmão. A intervenção cirúrgica em pacientes onde a doença encontra-se em seu estágio inicial leva a uma taxa de sobrevida de cinco anos em 60% a 80% dos casos, enquanto que em um portador em estágio avançado fica restrita a uma faixa de 15% a 25% (MILLER, 2001, p. 504).

Obviamente, se o exame pré-operatório indicar que o risco cirúrgico é muito elevado, a opção por intervenção cirúrgica não poderá ser considerada.

Outra modalidade terapêutica utilizada no tratamento do câncer de pulmão é a radioterapia, que é realizada empregando-se equipamentos próprios e técnicas especializadas.

Segundo Brasil (2011, p. 67-68), a radioterapia, na maioria das vezes, é realizada em adultos, muito mais que em crianças e adolescentes, particularmente devido aos efeitos colaterais tardios que a mesma pode acarretar.

A radioterapia pré-operatória consiste em um procedimento que antecede a principal modalidade de tratamento, a cirurgia, e tem por objetivo reduzir as dimensões do tumor e, com isso, facilitar o procedimento operatório e as chances da ressecção do tumor ter sido completa. A radioterapia também pode ser empregada como uma terapia paliativa com o intuito de minimizar a dor e o sofrimento do paciente (BRASIL, 2011, p. 67-68).

O mesmo autor (2011, p. 67-68) ainda descreve outra modalidade terapêutica, a quimioterapia, uma forma de tratamento para o câncer de pulmão onde são usados medicamentos quimioterápicos antineoplásicos, que são administrados em intervalos regulares, sendo geralmente indicados para a redução dos tumores avançados com o objetivo de melhorar o prognóstico do paciente. A quimioterapia também é empregada como terapia adjuvante após tratamentos cirúrgicos para erradicar focos residuais microscópicos de câncer e prevenir a recorrência ou mesmo associada à radioterapia, nos casos onde não foi possível proceder com o tratamento cirúrgico.

Serão abordados no próximo capítulo os cuidados paliativos, que são um tipo de tratamento adjuvante aplicado a pacientes que foram ou ainda serão submetidos a qualquer uma das modalidades terapêuticas supracitadas.

2. CUIDADOS PALIATIVOS

Neste capítulo será abordada uma das modalidades terapêuticas destinada aos pacientes com neoplasias e outras doenças crônicas, progressivas ou infecciosas: o cuidado paliativo. Mesmo sendo um termo muito utilizado no meio científico, seu significado e importância para os envolvidos no processo de cuidar ainda pode ser considerado, por muitos, um tabu.

Segundo o Manual de Cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009, p.16),

O cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza, física, psicossocial e espiritual.

Já Alvarenga (2006, p.13) *apud* Araújo (2013, p. 13) relata que o cuidado paliativo é uma combinação de ações terapêuticas e medidas para confortar e apoiar indivíduos e famílias durante o período da doença, procurando satisfazer as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e atentando para os valores pessoais, culturais, religiosos, crenças e hábitos do paciente.

Diante do exposto, podemos entender o cuidado paliativo como um cuidado global, dispensado a indivíduos com enfermidades degenerativas, onde a terapêutica com objetivo curativo não seja possível, objetivando a melhoria da qualidade de vida dos mesmos e, por extensão, de seus familiares e cuidadores.

2.1. Princípios dos Cuidados Paliativos

Segundo Maciel (2008, p. 16) entende-se por cuidado paliativo aquele realizado por uma equipe multiprofissional, focando na atenção integral ao indivíduo e não na doença *per se*, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do mesmo.

De acordo com o mesmo autor (2008, p. 16) o cuidado paliativo baseia-se em conhecimentos inerentes a diversas especialidades, sendo regido por princípios claros, e evocado em todas as atividades desenvolvidas. Diante disto, pode-se afirmar que o cuidado paliativo não se baseia em protocolos, mas sim em princípios.

Nesse sentido é que se recomenda não mais fazer uso do termo doença terminal, substituindo-o por doença que ameaça a vida, onde também não se fala em impossibilidade de cura. Não atrelar a impossibilidade de tratamento da doença a um termo ou expressão pode afastar a ideia que muitas pessoas têm em mente de ‘não ter mais nada a fazer com o paciente’ (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DA ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009, p. 16).

Dentre os princípios dos cuidados paliativos destacam-se:

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas:

De acordo com Peixoto (2014, p. 3), o profissional que trabalha com Cuidados Paliativos deve saber manejar adequadamente os sintomas dolorosos como também os sintomas desagradáveis que causam desconforto ao paciente. Dessa forma, cabe à equipe trabalhar com o intuito de promover o alívio da dor e dos sintomas que o paciente apresenta. Conduta muito importante em relação ao câncer de pulmão, onde a maioria dos pacientes apresenta sintomas altamente incapacitantes.

- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal da vida:

Esse princípio rege e compreende o processo de morte como um fenômeno natural, o que permite ajudar o paciente a compreender a sua doença, isto é, discutir claramente o processo da sua finitude e tomar decisões importantes para viver melhor o tempo que ainda lhe resta (MACIEL, 2008, p. 20).

Entende-se, por esse princípio, que o paciente deve compreender a morte como um processo natural, ensinando-lhe como lidar com ela, que é algo muito difícil de aceitar. É imprescindível mostrar que a morte é um dos elementos que fazem parte da trajetória de muitas doenças, podendo propor a ele uma morte tranquila e digna.

Oliveira (2008, p.35) corrobora que,

[...] a morte tranquila é aquela em que a dor e o sofrimento são minimizados por palição adequados, na qual os pacientes não são abandonados ou negligenciados, e na qual os cuidados com aqueles que não vão sobreviver são avaliados tão importantes como àqueles que são dispensados a quem irá sobreviver.

- Não acelerar, nem adiantar a morte:

Rege esse princípio que os cuidados paliativos não devem apressar a morte e nem prolongar o sofrimento. É importante frisar que o termo paliativo não é sinônimo de eutanásia, pelo contrário, devemos nos preocupar em promover a arte de bem morrer, tornando plenos todos aqueles momentos que restam ao paciente, com o objetivo de garantir uma qualidade de vida aceitável e confortável (PEIXOTO, 2014, p. 4).

Compreende-se, por esse princípio, que a palição não tem o intuito de apressar e muito menos retardar a morte, tem a premissa de proporcionar conforto ao paciente.

- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto o possível até o momento da sua morte:

Os Cuidados Paliativos visam promover ações que proporcionam conforto ao paciente assegurando a vida, considerando a morte como um desfecho natural, que não deve ser adiado e nem prolongado. O objetivo é aliviar a dor e os sintomas desagradáveis do paciente, devendo ser integrados os cuidados que propiciam um suporte adequado com o intuito de permitir uma vida ativa, amparando o próprio paciente e seus familiares no processo de luto (MELO; FIGUEREDO, 2006 *apud* GUIMARÃES, 2010, p. 5), assim como melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.

Primeiramente, é claro que se deve ter uma visão holística em relação ao paciente, respeitando e atendendo suas necessidades, controlando seus sintomas, com o objetivo de melhorar o curso da doença e prolongar sua sobrevida, o que com certeza estará proporcionando uma melhor qualidade de vida não somente para o paciente, como também para seus familiares (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DA ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009 p. 18).

Diante do exposto, observamos que os cuidados paliativos são embasados em princípios sólidos, e não são apenas uma minimização de ações terapêuticas. Seus fundamentos estão no controle da dor, em diminuir as angústias, aumentando o bem estar dos envolvidos no processo de adoecimento.

Cabe ressaltar que estes cuidados podem ser aplicados tanto no âmbito domiciliar quanto na hospitalização, partindo deste pressuposto abordaremos as indicações dos cuidados paliativos.

2.2. Indicações de Cuidados Paliativos

Segundo afirma a Organização Mundial de Saúde, Cuidados Paliativos são tipos de cuidados que deverão ser indicados a todos os pacientes portadores de doenças graves, progressivas e incuráveis e que ameacem a continuidade da vida (MANUAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DA ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009, p. 20).

De acordo com Pessini e Bertachini (2011, p. 27), esses cuidados são aplicados geralmente no estágio inicial da doença, concomitantemente com as terapias modificadoras de doença e outras terapias que prolonguem a vida.

Atualmente se observa que a palição é um dos fatores primordiais para melhora da qualidade de vida dos pacientes, principalmente para aqueles onde se esgotaram todas as possibilidades de tratamentos. Constituem-se em uma categoria de cuidados que são aplicados a pacientes que apresentam sofrimento, contribuindo para que os mesmos gozem de algum conforto e tenham reestabelecida a dignidade de viver.

Segundo Py *et al* (2010, p. 1082),

A palição é indicada para qualquer paciente que convive ou está em risco de desenvolver uma doença que ameaça a vida independentemente do diagnóstico, prognóstico ou idade, podendo complementar e até melhorar o tratamento modificador da doença, ou em algumas situações, ser o tratamento em si. Nesse contexto a palição de qualquer sintoma que cause sofrimento busca dar ao paciente e a seus familiares a melhor qualidade de vida.

Mas, para que esses tipos de cuidado sejam oferecidos, tanto para o paciente quanto para seus familiares, são necessários que tais cuidados sejam prestados por uma equipe multiprofissional, onde o enfermeiro tem papel de destaque por ser o profissional que mais lida com o paciente. Diante do exposto, o próximo capítulo abordará sobre as ações de enfermagem ao cliente com câncer de pulmão enfatizando as necessidades domiciliares e hospitalares.

3. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE CÂNCER DE PULMÃO

3.1 Breves considerações

Nesse capítulo serão abordadas as ações de enfermagem ao portador de câncer de pulmão, enfatizando os cuidados prestados tanto no âmbito hospitalar quanto domiciliar, perfazendo uma assistência integral e ininterrupta, compreendendo o indivíduo como um ser bio-psico-social.

Na maioria das vezes o câncer é entendido como sinônimo de dor, sofrimento e morte. Cabe à enfermagem identificar as concepções relativas ao câncer e estabelecer estratégias de enfrentamento, visando uma assistência adequada e eficaz que possibilite minimizar o sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar. Ao entender o cuidar como uma ação fundamental para a promoção e recuperação da saúde, fica claro que a atuação da equipe de enfermagem torna-se essencial, especialmente no que se refere ao paciente oncológico (STUMM *et al*, 2008, p. 76).

Cuidar do paciente com câncer implica em conhecer não somente a patologia, mas também saber lidar com os sentimentos dos outros, como as próprias emoções perante a doença com ou sem a possibilidade de cura. Partindo do fato de que o câncer pode ser uma doença devastadora e apresentar características debilitantes, exige-se que haja uma relação de proximidade entre o enfermeiro e o paciente para que o profissional de enfermagem consiga atingir um potencial de criatividade e de compreensão que possibilite ao paciente e a seus familiares o enfrentamento da doença e do próprio tratamento. Ressalta-se que a enfermagem deve estar pronta para oferecer apoio ao paciente e seus familiares durante a diversidade de crises, sejam elas físicas, emocionais, culturais e espirituais (RECCO *et al*, 2005, p. 86) que podem se abater sobre todos aqueles envolvidos com o paciente.

Apesar do avanço da tecnologia e da consequente divulgação na mídia, observamos no dia-a-dia ações relacionadas aos sucessos terapêuticos do câncer. Entendemos que a confirmação do diagnóstico de câncer e que o planejamento do tratamento, ambos exigem uma sensibilidade da equipe profissional e que cabe à equipe utilizar uma linguagem acessível, a fim de que o paciente e a família

conheçam a doença, o tratamento e possam confiar na equipe (SILVEIRA, 2005, p. 21).

Para que se estabeleça uma comunicação efetiva entre os envolvidos com a doença, incluindo o próprio paciente, é necessário que o enfermeiro tenha em mente que uma linguagem simples é vista como elemento básico do cuidar. Essa linguagem compreensível deve ser usada sempre que se for implementar qualquer medida terapêutica ao paciente que necessite de cuidados, pois visa ajudar no relacionamento equipe/paciente, e dessa forma oferecer conforto, segurança, apoio, como uma forma de minimizar a sua dor (SILVA, 2003, p. 60).

Assistir portadores de neoplasias malignas modifica a relação profissional x cliente, pois, por vezes, temos a inversão do foco assistencial, saindo da tradicional busca pela cura, e partindo para a elaboração de um plano capaz de atingir esta demanda diferenciada que visa, a priori, o cuidar, com a melhoria ou elevação da qualidade de vida da pessoa.

Para Kwiatkoski *et al* (2008, p. 9), é de suma relevância destacar que a enfermagem, enquanto a primeira ciência da área da saúde procure sempre ter uma visão holística do paciente e acreditar na importância do cuidar.

Nas subseções adiante abordaremos as principais demandas assistências evidenciadas em pacientes oncológicos com tumor pulmonar, destacando o papel da equipe de enfermagem como promotora deste assistir holístico e ininterrupto.

3.2 Cuidados ao paciente hospitalizado

Todo paciente tem o direito de ser reconhecido e respeitado como cidadão, por isso, é possível observamos que quando um paciente é atendido de forma humanizada, conseqüentemente terá um período de reabilitação mais ameno, onde muitas vezes o resultado será a diminuição do tempo de internação, oferecendo uma maior qualidade de vida. Mas, para que isso aconteça, cabe à enfermagem ter uma visão holística do paciente, oferecendo conforto e segurança.

A partir do momento em que o individuo é hospitalizado, ele experimenta um sentimento de medo, de isolamento, de dependência, de sofrimento, que o torna um ser diferente e exigente, pois ele mesmo se vê separado de tudo o que constitui sua vida habitual e também de seus laços efetivos, tornando-se dependente de todos e

principalmente da equipe de enfermagem. Então, cabe ao cuidador amenizar esses sentimentos através de um bom acolhimento (AMIN, 2001, p. 17).

Segundo Santoro e Ferreira (2006, p. 498), a enfermagem é uma atividade profissional que tem por objetivo assistir ao paciente, proporcionando conforto e alívio da dor através da promoção de uma assistência humanizada, visando sempre a prevenção de doenças, a recuperação do paciente e a reabilitação do indivíduo.

Vale ressaltar que os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro diante ao portador de câncer de pulmão, é de oferecer conforto, bem estar e um ambiente tranquilo com o intuito de aliviar os sintomas presentes como a dor e o sofrimento, que são os fatores mais temidos do câncer, cabendo à enfermagem ser útil na avaliação dos sintomas apresentados pelos pacientes.

A enfermagem deve estar atenta na avaliação dos sintomas apresentados pelo paciente, observando quais podem comprometer vísceras, nervos ou até mesmo o tecido ósseo, e principalmente naquilo que traz maior desconforto ao mesmo, e, conseqüente queda na qualidade assistencial. Em relação à sintomatologia observada, podemos destacar a dor e a dispnéia como sendo muito frequentes nos portadores de câncer de pulmão.

Avaliar quadros algícos (de dor) através de escalas de gradação auxilia na identificação do nível de dor do paciente, proporcionando uma efetiva avaliação da eficácia dos analgésicos e de medidas não farmacológicas utilizadas, com o objetivo de aliviar os sintomas do paciente. Sinais verbais e não verbais expressados tem valor significativo, e devem fazer parte da anamnese contínua de cada paciente. As causas fisiopatológicas e psicológicas devem ser identificadas e levadas em consideração para indicar o grau da dor do paciente (GEISSELLER *et al*, 2008, p. 161).

Os mesmos autores (2008, p. 161) ainda acrescentam que é fundamental em todo plano de cuidados, principalmente para pacientes internados, que sejam previstas medidas de conforto, tais como a realização da mudança de decúbito do paciente, a cada duas horas, ou de acordo com a tolerância do mesmo, proporcionando alívio nos pontos de pressão, além da realização das massagens de conforto.

Smeltzer e Bare (2009, p. 409) destacam a dispnéia como um sintoma desconfortável e frequente ao portador de câncer de pulmão. É um sintoma comum

em que a causa etiológica pode ser identificável e tratável, mas também é um sintoma altamente subjetivo no sentido de que componentes psicossociais influenciam sua manifestação, como no caso da ansiedade que geralmente exacerba a dispneia. É necessário administrar medicações específicas conforme prescrição e oferecer oxigenoterapia em baixo fluxo. Contudo, as ações de enfermagem também têm que amenizar a ansiedade, a fim de que a melhora do sintoma seja mais significativa.

É de suma importância que todas as ações diretas e indiretas do enfermeiro sejam realizadas e pautadas por um atendimento humanizado, focando sempre na prevenção dos agravos à saúde do paciente. Cabe orientar aos portadores desta patologia sobre os sinais e os sintomas indicativos de complicações, e da necessidade de acompanhamento contínuo por profissionais de saúde capacitados para atendê-lo.

Todo indivíduo hospitalizado sofre prejuízo em ter atendidas suas demandas de autocuidado e das necessidades humanas básicas, cabendo ao enfermeiro observar e realizar as intervenções necessárias.

O enfermeiro, a fim de atender as necessidades básicas do paciente, deverá estabelecer um plano de cuidados, seja para o paciente internado ou para o paciente que está recebendo cuidados domiciliares, visto que para estes, também existe a necessidade de cuidados realizados de forma adequada, sempre atendendo suas necessidades mais iminentes. Deve-se lembrar de que as demandas do paciente que recebe cuidados em seu domicílio, por vezes, pode diferenciar-se daqueles que estão internados.

O cuidado domiciliar não se diferencia por completo dos realizados nas instituições hospitalares, devendo ser abordado principalmente o papel do cuidador familiar, pois este estará presente em todos os momentos e deve estar preparado para assistir as demandas do paciente no âmbito domiciliar.

3.3 Cuidados domiciliares

Um paciente portador de neoplasia pulmonar necessita de cuidados de grande complexidade, por conseguinte, cabe ao cuidador oferecer uma assistência domiciliar buscando o conforto e o bem estar do cliente.

Beuter *et al* (2009, p. 505) ressaltam que a assistência domiciliar consiste em um conjunto de atividades prestadas no domicílio as pessoas clinicamente estáveis e que necessitam de cuidados que possam ser realizados em casa, desde que sejam assistidas por equipe exclusiva para este fim.

Segundo os autores acima citados (2009, p. 505), para se desenvolver essa modalidade de assistência, ressalta-se a relevância do comprometimento da família e do cuidador familiar para o atendimento ao doente, ou seja, existe a necessidade da família ser co-participante do processo de cuidar, pois os profissionais da área pouco podem fazer pela saúde do doente, quando a família não assume o cuidado. Diante disso, a família e o cuidador devem ser incluídos em todas as etapas do procedimento que será utilizado para a recuperação do doente, estando ciente de que serão ativos em todo o processo do cuidar.

. Santos (2005, p. 37) corroboram,

O processo de trabalho com a família deve ser completo, interagindo equipe de saúde, família e doente. É como se você passasse a fazer parte da família, onde o processo torna-se tão completo que durante o atendimento isso é perceptível a todos os membros da equipe e da família. Talvez este seja o grande desafio do programa, a interação do doente e a percepção de tudo que o envolve, tornando-se um trabalho gratificante para todos que participam dele.

Santos (2005, p. 30) ainda afirma que o ambiente domiciliar deve ser visto como um ponto primordial que atenda as necessidades básicas do doente. Deve ser passado ao doente que aquele ambiente lhe pertence e é ali que ele vai ser cuidado e recuperado. É um local em que o profissional de saúde deve pedir licença para entrar, pois estará invadindo a privacidade do paciente e de sua família.

Entretanto, para que se obtenham melhores resultados são desenvolvidos planos de cuidados de enfermagem ao paciente com câncer de pulmão em fase terminal. Nesses casos, um profissional qualificado e especializado é que se encarrega de treinar e educar o cuidador e a família, para que se inicie o tratamento e que se tenha sucesso, a fim de poupar o paciente de sofrimento e desgaste.

Smeltzer e Bare (2009, p. 340-349) esclarecem sobre alguns cuidados que são de suma importância ao paciente oncológico, cabendo à enfermagem, juntamente com o cuidador familiar, atentar-se para o risco de infecção devido à baixa imunidade em que esse paciente se encontra na maioria das vezes. Nesse

sentido, é importante avaliar a integridade da pele do paciente, principalmente dos acamados, observando se há presença de eritema (vermelhidão) ou de descamação, devendo-se propor mudança de decúbito a cada duas horas, ou de acordo com a tolerância do mesmo, assim como realizar massagem de conforto com o intuito de aliviar os pontos de pressão.

Ainda conforme os autores supracitados (2009, p. 340-349), cabe à enfermagem e aos demais profissionais de saúde envolvidos, avaliar a mucosa oral do paciente, se está intacta e hidratada, o aspecto da língua e se há algum tipo de lesão na cavidade oral. Faz parte também dos cuidados observar se esse paciente apresenta perda de cabelo, se apresenta algum déficit nutricional aparente e se o mesmo pode estar relacionado a náuseas ou episódios de vômitos e diarreia. Deve-se observar se as alterações estão associadas a alguma forma de terapia, como a quimioterapia antineoplásica, ou se são inerentes à doença em si.

É também papel da enfermagem avaliar a dieta do paciente, avaliando se há disfagia (dificuldade de deglutir), se o consumo de calorias está adequado às necessidades metabólicas do paciente. Outros pontos pertinentes abrangem o cuidado com a higiene pessoal; orientar ao paciente sobre a necessidade de parar de fumar; salientar a importância de uma ingestão adequada de alimentos e líquidos e a necessidade de fazer consultas de acompanhamento, onde também se reforçam as orientações a respeito dos sinais e sintomas que podem acontecer relacionados à radioterapia e à quimioterapia (BELLEHUMEUR *et al*, 2007, p. 317).

Percebe-se, portanto, que o cuidar de um paciente oncológico é um grande desafio, cabendo à enfermagem, juntamente com o cuidador familiar, prestar uma assistência adequada que ofereça bem estar e conforto no seu dia-a-dia. Há necessidade de se conhecer profundamente o paciente, valorizar seus sintomas no sentido de não subestimar suas queixas, levar em conta suas características pessoais, culturais e familiares, tudo isso visando sempre o alívio da dor, assim como ajudando também em outras questões que são pertinentes para a manutenção da qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu sobre as ações de enfermagem ao cliente com câncer de pulmão, focando o cuidado integrado do domicílio a hospitalização. Ao que concerne sobre o câncer de pulmão, demonstrou-se que tem sido um importante motivo de mortes por câncer em todo o mundo, estando entre as patologias mais comuns e letais que atingem o ser humano.

Por mais que haja uma crescente campanha de conscientização para a população sobre os principais fatores de risco e os sinais da doença, ainda é difícil detectar o câncer de pulmão em um estágio no qual a terapia instituída reflita diretamente em um aumento considerável da sobrevida do paciente. A eliminação das células cancerígenas, e realmente pode-se obter a cura pelas terapias atuais, depende predominantemente do diagnóstico e da intervenção terapêutica precoces, no início da doença. Há necessidade de campanhas e ações de saúde direcionadas especificamente para a população de risco para que se modifique o cenário atual, a fim de se reduzir tanto a incidência quanto as estatísticas de morbidade e mortalidade.

Como na atual realidade, vivenciada pelos serviços de saúde, verificamos uma frequência elevada de portadores de doença oncológica em fase terminal, é necessário ressaltar os conceitos de cuidados paliativos e como a participação do enfermeiro é determinante para a qualidade da assistência tanto no âmbito domiciliar como hospitalar.

No desenvolvimento deste estudo pode-se enfatizar a necessidade de se conhecer profundamente o paciente, valorizando suas queixas, características, pessoais, culturais e familiares, o que subsidia a necessidade de um trabalho humanizado, visando sempre o alívio da dor e colaborando para uma melhora na qualidade de vida.

O estudo demonstrou que é necessário que o enfermeiro atenda as necessidades básicas do paciente, de seus familiares e cuidador, devendo estabelecer um plano de cuidados, seja para o paciente internado ou para aquele que está recebendo cuidados domiciliares.

Assim, é de grande valia destacar que a assistência de Enfermagem não se restringe apenas ao tratamento que visa à cura, deve estar voltada profundamente para o ser humano, vivenciando seu processo saúde-doença, com enfoque na

promoção do bem estar daqueles que necessitam de suporte preventivo, curativo e emocional.

Espera-se que este estudo possa contribuir como uma fonte de informações e desperte interesse nos leitores em desenvolver outras pesquisas. A atenção integral ao paciente é necessária em todas as esferas, sejam estas hospitalares ou domiciliares, e o enfermeiro tem fundamental importância na definição de estratégias de atenção ao cliente portador de câncer de pulmão, reforçando que o cuidar de forma holística é uma prerrogativa de seu agir.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p.

AMIN, Tereza Cristina Coury. *O paciente internado no hospital, a família e a equipe de saúde: redução de sofrimento desnecessário*. RJ: FIOCRUZ, 2001. 201 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Ciências Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001.

ARAÚJO, Taise Carneiro. *Conforto proporcionado pela música: experiências de pessoas sob cuidados paliativos*. BA: UFBA, 2013. 130p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

BARCELLOS, Maysa Gomes. Radiologia do câncer de pulmão. *J Pneumol*, s.l., v. 28, n. 2, p. 94-99, 2002.

BELLEHUMEUR et al. *Home Care cuidados domiciliares*. Trad-Ivan Lourenço, Revisão Christina Aparecida Ribeiro, Marivan Santiago Abrahão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p-376, 2007.

BEUTER, Magrid et al. A sobrecarga do familiar no cuidado domiciliar. *Revista de Enfermagem UFPE On line*, s.l., v. 3, n. 2, p. 687-693, jul.-set. 2009.

BOSSOIS, Eunice et al. Sentimentos da mulher mastectomizada. *Universo da Enfermagem*, Nova Venécia – ES, v. 2, n. 1, p. 5-19, jan.-jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Coordenação geral de ações estratégicas. Coordenação de educação. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil*. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação de prevenção e vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

CARVALHO, V. et al. *Temas em psico-oncologia: Câncer de pulmão*. São Paulo: Summus, p. 70-82, 2008.

FERNANDEZ, Ângelo; JATENE, Fábio B.; ZAMBONI, Mauro. Diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão. *J Pneumol*, s.l., v. 28, n. 4, p. 219-227, jul.-ago. 2002.

GEISSELER et al. *Planos de Cuidado de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p-970, setembro. 2008.

GUIMARÃES, Claudiane Aparecida. *Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos*. SP: PUC, 2010. 98p. Dissertação (Mestrado) –

Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Centro de Ciências da Vida. PUC, Campinas, 2010.

KWIATKOSKI, Danielle Ritter; MELO, Virte Lasari; TAUBE, Samantha Andrine Marschall. *Câncer de pulmão: um estudo quantitativo e considerações para a enfermagem*. PR: CESCAGE, 2008. 23p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, Ponta Grossa, 2008.

MACIEL, Maria Goreti Sales. Definições e Princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer (Cord). *Cuidados Paliativos*. Conselho Regional de medicina do Estado de São Paulo, 689p, 2008.

MILLER, York E. Neoplasias Pulmonares. In: DRAZEN, Jeffrey M *et al* (Org.). *Tratado de Medicina Interna*. Trad-Patricia Lydie Voeux; Revisão Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, p-1266, 2001.

OLIVEIRA, Harley Francisco. Cuidados Paliativos, São Paulo, p-2-36, 2008. Disponível em: < <http://www.disciplinas.soas.usp.br> > Acesso em 18 de agosto de 2014.

PEIXOTO, Ana Paula Abranches Fernandes. Cuidados Paliativos. s.l., s.p., s.d. Disponível em: < <http://www.sotamig.com.br/downloads/Cuidados%20Paliativos%20-%20generalidades.pdf> >. Acesso em: 20 de agosto de 2014.

PESSINI, Leo; BERTACHINI; Luciana Encanto e Responsabilidade no cuidado da Vida, 1ed, São Paulo, 370p, 2011.

PY, Ligia *et al*. Cuidados paliativos e cuidados ao fim da vida na velhice. *Geriatrics & Gerontologia*, s.l., v. 4, n. 2, p. 90-106, 2010.

RECCO, Daiene C.; LUIZ, Cíntia B.; PINTO, Maria H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arq Ciênc Saúde*, s.l., v. 12, n.2, p. 85-90, abr.-jun. 2005.

REY, Luís. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 950 p.

SANTORO, I.L; FERREIRA, R.G. Câncer de Pulmão: Diagnóstico e Estadiamento. In: Guia de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP-Escola Paulista de Medicina. Barueri SP: Monole, cap.40, p-495-509, 2006.

SANTOS, Nivea Cristina Moreira. *Home Care: a Enfermagem no desafio do atendimento domiciliar*. 1 Ed, São Paulo, 278p, 2005.

SILVA, Iany grinezia da. A importância do enfermeiro na assistência ao portador de câncer de pulmão, São João Del Rei, p. 10 -28 2011. [Monografia de conclusão de Curso de enfermagem]. São João Del Rei, 2011.

SILVA, Maria Julia Paes. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Loyola, p-63. 2003.

SILVEIRA, Camila Santejo. *A pesquisa em enfermagem oncológica no Brasil: uma revisão integrativa*, Ribeirão Preto, p-16-116, julho. 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/pdf>> Acesso em 12 de junho 2014.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico cirúrgica*. 11ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, Capítulo XX.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marinês Tambara; MASCHIO, Gislaine. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enferm*, s.l., v. 13, n. 1, p. 75-82, jan.-mar. 2008.

UEHARA, César; JAMNIK, Sérgio; SANTORO, Ilka Lopes. Câncer de pulmão. Simpósio: Doenças pulmonares. Ribeirão Preto, p. 266-276, abr.-jun. 1998.

ZAMBONI, Mauro. Câncer de Pulmão. *PneumoAtual*, s.l., s.p., ago. 2000. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/dmed/pneumo/Download/Cancer%20de%20Pulmao.pdf>>. Acesso em: 10 de março 2014.