

CLIENTE ONCOLÓGICO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE – EQUIDADE, ACESSIBILIDADE E INFORMAÇÃO

Nélia Oliveira

Enfermeira, Hospital Dr. Nélio Mendonça,
Hospital de Dia de Hemato-Oncologia
neliapggv@mail.com

Eva Sousa

Professora na Escola Superior de Enfermagem
de São José Cluny, Funchal
evasousa@esesjcluny.pt

RESUMO: O cancro é uma doença de extrema importância para a Saúde Pública, apesar de cada vez mais termos conhecimento sobre como prevenir e tratar o cancro. Em 2020 terá um aumento para 16 milhões de pessoas. Destes, dois terços viverão em países em desenvolvimento ou em países pouco industrializados. Esta realidade implica uma ação internacional concertada, por governos, organizações e instituições de interesse público e privado: 6,7 milhões de mortes, 10,9 milhões de novos casos e 24,6 milhões de pessoas vivendo com o cancro. A Organização Mundial Saúde (2012) refere que o cancro não conhece limites: é a segunda causa principal de morte nos países desenvolvidos e países em desenvolvimento, está entre as três principais causas de morte em adultos. A oncologia é assim considerada um problema de saúde pública em todo o mundo e afeta pessoas de todas as idades e condições: crianças, jovens e idosos; ricos e pobres, homens e mulheres. Os objetivos deste trabalho são: Aprofundar os conhecimentos sobre os programas e projetos em saúde existentes a nível regional, contextualizado com o Plano Nacional Saúde e com as Políticas de Saúde Nacionais e da OMS; Dar a conhecer os apoios, legislação e direitos do doente oncológico. A metodologia utilizada foi uma revisão da literatura, realizada em Janeiro de 2015 nas bases de dados Scielo. Como critérios de inclusão: Estudos de investigação, texto completo, publicados em 2014, português, inglês e espanhol; num total de 20 artigos. Tanto a nível nacional como internacional existem grandes disparidades da qualidade dos cuidados prestados a doentes com cancro. O acesso a cuidados de saúde de qualidade constitui hoje um enorme desafio para os sistemas de saúde. A aposta sobre os conhecimentos e técnicas científicas, destinadas à promoção, restauração e preservação da saúde de uma comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de saúde, oncologia, enfermagem.

ABSTRACT: *Cancer is a disease of the utmost importance to public health, despite increasingly having knowledge about how to prevent and treat cancer. In 2020 will have an increase to 16 million people. Of these, two-thirds will live in developing countries or in industrialized countries. This implies an international action successfully, by Governments, organisations and institutions of public and private interest 6.7 million Deaths, 10.9 million new cases and 24.6 million people living with cancer. World Health Organization (WHO, 2012) states that the cancer knows no bounds: is the second leading cause of death in developed countries and developing countries is among the three leading causes of death in adults. The Oncology is thus considered a public health problem throughout the world and affects people of all ages and conditions: children, youth and the elderly; rich and poor, men and women. The objectives of this work are: to deepen the knowledge about the programs and projects in existing health regionally contextualized with PNS and with National health policies and the WHO; Raise awareness, support and client rights legislation oncológico. The methodology used was a literature review, held in January 2015 in databases: Scielo and RCAAP. As inclusion criteria: research studies, full text, published in 2014, Portuguese, English and Spanish; a total of 20 articles. Quality, fairness and Cost are today undisputed terms in Oncology. Both on a national and international level*

there are large disparities in the quality of care provided to patients with cancer. Access to quality healthcare constitutes today an enormous challenge for health systems.

KEYWORDS: *health policy, oncology, nurse.*

I. Introdução

O cancro é uma doença de extrema importância para a Saúde Pública, apesar de cada vez mais termos conhecimento sobre como prevenir e tratar o cancro, em cada ano aumenta o número de pessoas que sofrem com isso. Se até 2020 esta tendência se mantiver, este preverá um aumento para 16 milhões de pessoas. Destes, dois terços viverão em países em desenvolvimento ou em países industrializados (OMS, 2002). É tempo de usarmos o conhecimento para salvar vidas e evitar sofrimento. Isto requer uma ação internacional com êxito, por governos, organizações e instituições de interesse público e privado, tais como capacitar as pessoas e comunidades. 6,7 milhões de mortes, 10,9 milhões de novos casos e 24,6 milhões de pessoas vivendo com o cancro (prevalência de 5 anos – 1998 a 2002). Como nos refere a OMS (2002), o cancro não conhece limites: é a segunda causa principal de morte nos países desenvolvidos e países em desenvolvimento está entre as três principais causas de morte em adultos. Em 12,5% do total das causas de morte é atribuída a taxa de cancro que excede o total de mortes devido à AIDS, a doença cardíaca, tuberculose e malária, considerados em conjunto.

A Oncologia é assim considerada um problema de saúde pública em todo o mundo e afeta pessoas de todas as idades e condições: crianças, jovens e idosos; ricos e pobres, homens e mulheres. Em Oncologia é importante promover a interação entre todas as organizações envolvidas na investigação, na formação, no tratamento e na prestação de cuidados a doentes com cancro. Qualidade, Equidade e Custo são hoje termos indiscutíveis em Oncologia. Tanto a nível nacional como internacional existem grandes disparidades da qualidade dos cuidados prestados a doentes com cancro. O acesso a cuidados de saúde de qualidade constitui hoje um enorme desafio para os sistemas de saúde. O envelhecimento progressivo da população, o aumento do número de doentes com cancro e com o uso de protocolos diagnósticos e terapêuticos cada vez mais complexos, os problemas da Oncologia em Portugal vão agudizar-se nos próximos anos.

II. Material e Métodos

A metodologia utilizada para este trabalho foi uma revisão de literatura feita em Janeiro de 2015. Procedeu-se a uma pesquisa nas bases de dados Scielo e Rcaap, com inclusão das palavras-chave “oncologia” and “enfermagem” and “políticas de saúde”. Como critérios de inclusão foram estudos de texto completo escrito em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados em 2014, totalizando 20 artigos. Procedeu-se ao refinamento dos dados, onde à posteriori foram contextualizados com o Plano Nacional e Regional de Saúde, Guidelines internacionais, projetos internacionais, nacionais e legislação.

III. Resultados e Discussão

A implementação de programas de qualidade das unidades de oncologia, a definição de uma rede efetiva de referência, o desenvolvimento de um plano oncológico nacional adaptado às necessidades e aos recursos disponíveis e o financiamento da oncologia são assuntos não resolvidos, que requerem uma reflexão séria e um debate profundo.

Tendo como referência o PNDO, o cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (isto é, a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. Estimando-se que, à semelhança do ano anterior, morreriam por cancro 25 mil portugueses, muitas destas mortes seriam evitáveis através de medidas de prevenção primária (como é o exemplo provado da diminuição à exposição ao tabagismo) e de prevenção secundária (diagnóstico precoce em rastreio).

Entre os objetivos definidos, são válidas as recomendações dos planos oncológicos anteriores e da recomendação do Conselho da Europa (2003/878/CE) de se realizar rastreio do cancro do colo do útero por citologia cervicovaginal nas mulheres com idade entre os 30 e os 60 anos de idade; rastreio do cancro da mama com mamografias a cada 2 anos nas mulheres entre os 50 e os 69 anos de idade e rastreio do cancro colorretal com pesquisa de sangue oculto nas fezes a toda a população entre os 50 e os 74 anos

de idade; Aumentar a taxa de cobertura total destes rastreios oncológicos (mama, colo do útero), garantindo mais de 60% de cobertura em todo o território nacional até 2016.

Não limitar a organização da rede à circulação de doentes, mas promover a circulação de conhecimento e a utilização cooperativa dos meios disponíveis, nomeadamente os meios sofisticados de diagnóstico. O centro da informação em oncologia deverá estar disponível nos registos oncológicos, tendo Portugal uma situação invejável ao possuir registos regionais de cancro, de base populacional, com a cobertura integral do território nacional. A existência de diversas plataformas de introdução de dados e a falta de automatismos nos métodos de captação de informação leva a dificuldades significativas na operacionalização dos mesmos. Se bem que não seja possível, pela natureza dos mesmos, disponibilizar informação em tempo real, o tempo entre os eventos e a disponibilização dos dados deve ser encurtado, para aumentar o potencial destas plataformas; Deve ser iniciada uma política de afiliação de centros, para permitir a troca de experiências e melhor rentabilizar os recursos disponíveis; A rede nacional de bancos de tumores está atualmente em implementação. Deve ser implementado o sistema informático comum a todos estes bancos, para aumentar o potencial científico dos mesmos.

A investigação clínica em oncologia deve ser parte integrante da atividade do Serviço Nacional de Saúde, favorecendo-se também a afiliação inter-hospitalar e os programas de desenvolvimento autónomos. A investigação básica em oncologia tem simultaneamente de ser indissociável, sendo particularmente importante a investigação translacional e aquela que utilize os sinergismos entre as instituições académicas e as hospitalares. Tal como no plano nacional de doenças oncológicas, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas é considerado prioritário e, à semelhança de outros sete programas, está agora enquadrado na Direção Geral Saúde.

Na última década houve progressos significativos na prevenção e tratamento do cancro em Portugal. Os programas de combate às listas de espera para cirurgia foram implementados, com redução significativa das mesmas. A instalação de novas unidades de radioterapia e o reapetrechamento das já existentes levou também a ganhos significativos.

Os rastreios de base populacional, em Portugal, têm progredido de uma forma mais lenta do que o desejável. A sua dinâmica tem sido muito regional e portanto muito

variável, causando iniquidades no acesso, em termos geográficos, nomeadamente no rastreio do cancro da mama, colo do útero e o do cólon e reto (os únicos de custo-efetividade). Esta variabilidade é de grande magnitude. Vai desde uma taxa de cobertura quase total para os dois primeiros na Região Centro à quase inexistência na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta desigualdade de acesso tem uma maior repercussão nas populações mais desfavorecidas, por terem menos acesso a rastreios oportunistas. A grande limitação dos programas de rastreio atualmente em prática é a falta de articulação com os registos oncológicos e a inexistência de programas de controlo de qualidade nacionais, que permitam aferir os ganhos em saúde para as populações. Em relação ao rastreio do cancro da mama está implementado no Norte, embora não cobrindo a totalidade da área geográfica. Vão ser elaboradas normas de orientação clínica para as várias patologias oncológicas, com vista a melhorar a prática.

É necessário que se reconheçam e identifiquem centros de referência com elevada diferenciação que coordenem centros de tratamento satélite, menos diferenciados de forma a assegurarem uma rede de proximidade em relação às neoplasias mais comuns. A rede de referenciação em oncologia tem de se tornar efetiva, de molde a oferecermos aos nossos doentes os melhores cuidados disponíveis e a permitir a melhor rentabilização dos recursos disponíveis. Os IPOs continuarão a ser centros de referência neste processo e o eixo de articulação do sistema.

Sem informação atualizada e de qualidade não é possível prever e monitorizar a eficácia das ações a implementar em Oncologia. Muita da informação necessária já se encontra introduzida em diversas bases de dados e, a curto prazo, novos dados estarão disponíveis, particularmente com os certificados de óbito eletrónicos. Os principais programas de prevenção primária, luta contra o tabagismo e promoção de alimentação saudável, estão atualmente organizados em programas autónomos. Para além destes, programas de promoção de estilos de vida saudáveis e de mobilização dos cidadãos em torno da sua saúde devem ser realizados com sede na Direção do Programa das Doenças Oncológicas, favorecendo-se a articulação com o Ministério da Educação e com as organizações de doentes.

A uniformização da informação disponível nas diversas plataformas e a participação dos hospitais na introdução de dados nos registos tem de ser melhorada. Relativamente

aos rastreios, deverão ser monitorizados a taxa de cobertura, a sua qualidade, através do cálculo do número de cancros de intervalo, estadio à data do diagnóstico e mortalidade específica assim como os Custos dentro e fora dos programas de rastreio. No que diz respeito à informação, cumpre monitorizar o tempo de atraso para efetivação do registo de novos casos e exaustividade e exatidão dos registos oncológicos nacionais.

De acordo com a OMS, cerca de 40% de todos os cancros podem ser prevenidos e outros podem ser detetados numa fase precoce do seu desenvolvimento, tratados e curados. Neste sentido, torna-se necessário aplicar o conhecimento existente e implementar ações no âmbito da sensibilização para esta problemática e seu controlo, de forma a tornar mais real este objetivo. A sensibilização, prevenção primária e deteção precoce do cancro são componentes chave para o controlo desta doença, possibilitando uma redução da sua incidência e mortalidade na população.

Deixo aqui algumas Organizações nacionais e internacionais de apoio social em Oncologia:

- AOSW - Association of Oncology Social Work (EUA)
- OSWA - Oncology Social Work Australia
- Help Starts Here - Social Workers
- Liga Portuguesa Contra o Cancro
- Linha cancro 808255255
- Liga Portuguesa Contra o Cancro, Núcleo Regional da Madeira
- Linha de apoio ao Hospital de dia - Hemato-oncologia da RAM – 291710273

Direitos do doente oncológico

O subsídio por doença corresponde à “baixa médica” que compensa a perda de remuneração, resultante da incapacidade temporária provocada pela sua doença.

Para ter acesso ao subsídio por doença, é necessário pedir o “Certificado de Incapacidade Temporária” (CIT) ao seu médico: Médico de Família (Centro de Saúde) ou médico do Hospital, no caso da Segurança Social; Médico dos subsistemas; Qualquer médico para funcionários públicos. Informação adicional: Decreto-Lei 28/2004, de 4 de Fevereiro: atribuição do subsídio de doença, Decreto-Lei 146/2005, de 26 de Agosto: atribuição do subsídio de doença, Portaria 337/2004, de 31 de Março: atribuição do subsídio de doença - A Segurança Social pode atribuir-lhe uma pensão por invalidez, através de duas vias:

1. Regime contributivo, em que poderá beneficiar de contagem especial do tempo de serviço, para efeitos de aposentação. O montante da pensão será calculado com base nas regras definidas no Decreto-Lei 92/2000, de 19 de Maio ou 2. Regime não contributivo, em que é solicitada “Pensão Social de Invalidez”, cujo valor será o equivalente ao montante mínimo do “Regime Geral”.

Informação adicional: Decreto-Lei 92/2000, de 19 de Maio: proteção especial a atribuir às pessoas que sofrem de doença do foro oncológico. Este complemento corresponde a um apoio adicional que poderá ser-lhe atribuído, nas seguintes condições: Se já beneficia de pensão por invalidez, ou Se não beneficia de pensão por invalidez, caso haja perda da capacidade de locomoção. Informação adicional: Decreto-Lei 92/2000, de 19 de Maio: proteção especial a atribuir às pessoas que sofrem de doença do foro oncológico.

Comparticipação de medicamentos - Esta comparticipação ser-lhe-á aplicada nas seguintes condições: Medicamentos do Escalão A: fornecidos gratuitamente; Medicamentos do Escalão B e C: comparticipados parcialmente. Informação adicional: Decreto-Lei 129/2005, de 11 de Agosto: escalões de comparticipação - Portaria 91/2006, de 27 de Janeiro: regimes especiais de comparticipação; Portaria 728/2006, de 24 de Julho: regimes especiais de comparticipação dos funcionários públicos (ADSE)

Taxas moderadoras - A isenção do pagamento de taxas moderadoras é aplicada a qualquer pessoa com cancro. Para requerer isenção das taxas moderadoras, terá que assegurar uma das seguintes condições: Apresentar a declaração do seu médico de família; Apresentar a declaração de um Hospital do Serviço Nacional de Saúde (hospital público); Apresentar a letra “T” no seu “Cartão de Utente” – assunto tratado no seu Centro de Saúde. Informação adicional: Decreto-Lei 173/2003, de 1 de Agosto: taxas moderadoras.

Descontos no IRS - Se for portador de, pelo menos, 60% de incapacidade (o que pode acontecer em diversos tipos de cancro), terá os seguintes direitos: Possibilidade de deduzir na totalidade as despesas de educação e reabilitação, bem como prémios de seguro, desde que seja o primeiro beneficiário. Tal é aplicável aos descendentes, desde que deficientes; Isenção de tributação em 50% dos rendimentos das categorias A e B do cônjuge casado e não separado judicialmente por pessoas e bens. Para ter acesso a estes direitos, deverá apresentar o “Atestado de Incapacidade Multiusos” (AIM). Poderá solicitar ao seu

médico hospitalar ou ao médico de família uma declaração de doença para, posteriormente, o AIM ser solicitado ao Delegado de Saúde da sua área de residência – saiba mais informação no seu Centro de Saúde.

Informação adicional - Decreto-Lei 215/89, de 1 de Julho: estatuto dos benefícios fiscais; Decreto-Lei 198/2001, de 3 de Julho: código do IRS; Decreto-Lei 202/96, de 23 de Outubro (com a redação do Decreto-Lei 174/97, de 19 de Julho): atestado de incapacidade multiusos.

IV. Em Conclusão

A enfermagem comunitária assenta essencialmente sobre os conhecimentos e técnicas científicas, destinadas à promoção, restauração e preservação da saúde de uma comunidade. Ela serve a comunidade por meio de atividades que conduzem à utilização dos recursos individuais e coletivos existentes e dos potenciais para a solução de problemas prioritários.

Embora os programas de rastreio sejam de aplicação populacional assiste-se a uma tendência cada vez maior para a valorização da prestação de informação detalhada e adequada acerca dos seus benefícios e limitações ao indivíduo integrando as suas crenças, opiniões e preferências como aspetos vitais na decisão de quando e como rastrear. Apesar de algumas incertezas quanto a alguns parâmetros do rastreio do carcinoma colo-rectal, cancro da mama e cancro do colo do útero, o benefício da instituição de programas generalizados é inequívoco. A eficiência dos cuidados de saúde não depende apenas de mais e melhores conhecimentos. A capacidade de articular eficazmente saber e práticas clínicas é uma condição determinante para a qualidade dos cuidados. Neste sentido, as “guidelines” podem constituir um instrumento essencial na ligação entre a evidência científica e as normas de boa prática.

Procurando melhorar a qualidade, a equidade e até a sustentabilidade dos cuidados de saúde, vários países têm promovido o desenvolvimento de “guidelines” de decisão clínica. Estes programas têm dado lugar a projetos nacionais e internacionais, de que são exemplo a *National Guideline Clearinghouse*, o *National Institute for Clinical Excellence*, a *National Library of Guidelines*, a *Agence Nationale de l'Accréditation et d'Évaluation en Santé* e *The Cochrane Collaboration*.

Na área mais específica da oncologia também se tem notado o progressivo desenvolvimento de linhas de orien-

tação clínica em vários países e instituições, tais como as produzidas pela *National Comprehensive Cancer Network* ou pela *European Society of Medical Oncology*.

Salienta-se ainda algumas recomendações mencionadas pela DGS, sobre as doenças oncológicas em números de 2013: Investir na promoção de estilos de vida saudável e na prevenção primária, com eliminação progressiva dos fatores de risco conhecidos mais importantes como é o caso do tabagismo; O investimento na realização de rastreios de base populacional deve constituir uma prioridade, sendo de realçar a necessidade de continuar a avaliar os impactos do rastreio do cancro da mama feminina e implementar um sistema eficaz e consequente de rastreio do cancro colo-rectal. As assimetrias regionais devem ser rapidamente eliminadas; Promover a partilha de cuidados e modelos de colaboração entre instituições, promovendo afiliações onde se afigurar necessário; Desenvolver estudos de sobrevivência que permitam identificar assimetrias regionais e suas causas, para reduzir o gradiente entre instituições e regiões.

Assim, atualmente tem sido reconhecido que as intervenções de enfermagem deverão ser parte integrante dos cuidados médicos prestados ao cliente oncológico para que possa lidar melhor com a doença e seus tratamentos e segundo as nossas diretrizes da especialidade (DN,2014), elas devem promover uma melhor adesão terapêutica; prevenir a perturbação psicológica e dificuldades no funcionamento familiar; alargar, ativar e reforçar potenciais redes de apoio informal, diminuindo sentimentos de isolamento, desamparo e abandono; clarificar perceções e informações erróneas, promovendo o conhecimento acerca da doença e seus tratamentos, aumentando a sua literacia; capacitar o cliente a perceção do controlo sobre a doença; reduzir os efeitos físicos colaterais da doença e dos tratamentos; melhorar os parâmetros médicos (funcionamento imunológico), trazendo benefícios ao nível do curso da doença, recorrência e sobrevivência; promover o bem-estar emocional dos familiares; facilitar a comunicação entre o doente e os profissionais de saúde.

Torna-se assim essencial, como enfermeira especialista em saúde comunitária investir nos três níveis de prevenção atuando na primária com eliminação de fatores de risco que aumentem a sua incidência; secundária aplicada ao diagnóstico e tratamento e terciária investindo no tempo de sobrevida e tornando o cidadão útil á sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu, W. C. (2011). Transições e Contextos Multiculturais. (Formasau, Ed.) Sinais Vitais, p. 156.
2. Ades, T., & Greene, P. (1991). American Cancer Society. Principles of Oncology Nursing.
3. Atlanta, GEO. Obtido em Novembro de 2014, de Principles of Oncology Nursing.
4. Alves, M. A. (Março/Abril de 2004). Etapas da Metodologia de Projetos. III série da Revista Bimestral - O Professor, pp. 30-37.
5. Assunção, G. P., & Fernandes, R. A. (2010). Humanização ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise de literatura sobre a atuação do profissional de saúde.
6. Serviço Social em Revista, 12. (Londrina, Ed.) Portugal. Obtido em Outubro de 2014, de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7543>
7. Bond, S. (1978). Processes of communication about cancer in radiotherapy. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Edimburgo.
8. Cahon, M. C. (1982). Enfermagem Oncológica (40104/3386 ed.). (P. E. América, Ed.) Mira - Sintra: Nem Martins.
9. Caramago, T., & Souza, I. (Setembro - Outubro de 2003). Atenção à mulher mastetomizada: discutindo os aspetos ónticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital de Cancer III. Revista Latino Americana de Enfermagem, p. 11. cancer. (2004). Obtido em Novembro de 2014 de [http://www.ccancer.net/site/Conferência deAlmaAta. \(1978\). Obtido de http://cnds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declarac3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf](http://www.ccancer.net/site/Conferência deAlmaAta. (1978). Obtido de http://cnds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declarac3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf)
10. Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. p. 183.
11. Guimarães, H., & Barros, A. (Junho de 2001). Classificação das intervenções de enfermagem. Revista Esc. Enf. , 35(2ª.). USP, São Paulo, Brasil.
12. Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar, 201. (Lusociência, Ed.) Camarate.
13. Hesbeen, W. (2004). Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador, 296. Loures: Lusociência.
14. Nacional Cancer Institute. (2012). Obtido em Outubro de 2014, de <http://www.cancer.gov>
15. NIC. (2013). Nursing Interventions Classification . Obtido de <http://www.nursing.uiowa.edu/>
16. OE. (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt
17. OMS. (2002). Obtido em Outubro de 2014, de Organização Mundial de Saúde: www.who.int/
18. OMS. (2012). Organização Mundial de Saúde - Cancer. Obtido de OMS: [http://www.who.int/topics/cancer/es/Oncológicas,P.N.\(2012\).DireçãoGeraisdaSaúde.Obtido de www.dgs.pt/.../programas-nacionais-prioritarios-doencas-oncologicas-pdf](http://www.who.int/topics/cancer/es/Oncológicas,P.N.(2012).DireçãoGeraisdaSaúde.Obtido de www.dgs.pt/.../programas-nacionais-prioritarios-doencas-oncologicas-pdf)
19. ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003). Conselho de enfermagem. Competências de enfermeiros de cuidados gerais. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.
20. Otto, S. E. (2000). Enfermagem em oncologia. Loures: Edições Lusociência. Obtido de ISBN 972-8383-12-6
21. Petronilho, F. A. (2007). Preparação do regresso a casa. Formasau, p. 195.
22. PNS. (2012-2016). Obtido em Outubro de 2014, de Plano Nacional de Saúde: <http://www.pns.dgs.pt>
23. Popim, R., & Boemer, M. (Setembro-Outubro de 2005). Cuidar em oncologia na perspectiva de . Alfred Schutz. Revista Latino Americana de Enfermagem, p. 13.
24. PRS. (2012). Plano Regional de Saúde da Madeira. Obtido de <http://sras.gov-madeira.pt/>
25. Waldow, V. R. (2006). Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. p. 181.