

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KERSUL, Alessandra Pereira

Enfrentamento do câncer: riscos e agravos

CAMPOS GERAIS - MG
2014

ALESSANDRA PEREIRA KERSUL

ENFRENTAMENTO DO CÂNCER: RISCOS E AGRAVOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Sueli Leiko Takamatsu
Goyata

**CAMPOS GERAIS - MG
2014**

ALESSANDRA PEREIRA KERSUL

ENFRENTAMENTO DO CÂNCER: RISCOS E AGRAVOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Sueli Leiko Takamatsu Goyata

Banca Examinadora

Prof.^a. Sueli Leiko Takamatsu Goyatá - Orientadora

Prof.^a. Olinda Maria Gomes da Costa Vilas Boas – Examinadora

Aprovada em Alfenas: 04/09/2014

Dedicamos este trabalho para nossas
famílias e para seus idealizadores.

Os pequenos atos que se executam são melhores que todos aqueles grandes que apenas se planejam.

George C. Marshall

AGRADECIMENTOS

Ao senhor meu Deus, pela força nos momentos de fraqueza, pela vontade de continuar quando tudo apontava para o fim.

Às nossas famílias, a Elaine, Amanda e ao meu namorado pela força, pela paciência e colaboração. Em fim a cada um que contribuiu para a realização deste trabalho: Prof.^a Maria Betânia, Prof. Bruno de Sena, Prof.^a Lucimari Dipe, Prof.^a Ana Paula de Oliveira, Prof.^a Sueli Takamatsu Goyata e a equipe de saúde da família.

RESUMO

Atualmente, o câncer é a doença que mais causa mortes no mundo, sendo um problema de saúde pública, merecendo maior atenção dos governantes e profissionais de saúde. Devido ao índice crescente de câncer no município de Silvianópolis – Minas Gerais foi realizada uma revisão bibliográfica referente a estudos sobre a doença câncer, sua história, etiologia, sinais e sintomas, tratamento e principalmente sua prevenção, através, principalmente de livros, artigos, documentos eletrônicos, dados e informações de registro da unidade de saúde. O presente trabalho teve como objetivo realizar o plano de ação do município para o problema risco de câncer aumentado. Foi utilizado o planejamento situacional que permite a seleção dos nós críticos, recursos necessários, a determinação dos resultados e produtos esperados, como as ações e operações para o desenvolvimento do plano de ação. Conhecendo as condições, os riscos e a estrutura de saúde, para nortear a equipe de saúde no trabalho junto à comunidade. Concluiu-se que para diminuir o número de mortes pelo câncer, devemos levar a população informações a respeito dos fatores de risco através de projetos e ações, com apoio de profissionais de varias áreas de atuação.

Palavras - chave: câncer, prevenção, história, estimativas.

ABSTRACT

Currently, cancer is a disease that causes more deaths in the world, being a public health issue and deserves greater attention from governments and health professionals. Due to the increasing rate of cancer in the municipality of Silvianópolis - Minas Gerais a literature review regarding studies on cancer disease, its history, etiology, signs and symptoms, treatment and prevention was principally conducted, mainly through books, articles, documents electronics, data and registration information of the health unit. This study aimed to carry out the plan of action of the municipality to the problem of increased cancer risk. Situational planning that allows the selection of critical nodes, resources, determining the products and results, as the actions and operations for the development of the action plan was used. Knowing the conditions, the risks and the structure of health care, to guide the healthcare team at work in the community. It was concluded that to reduce the number of deaths by cancer, we must take the population information regarding risk factors through projects and actions, with the support of professionals from various fields.

Words - Tags: cancer prevention, history, estimates.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Santa Águeda Rural.....	32
Quadro 2	Descritores do Problema Risco Aumentado de Ca – 2012.....	32
Quadro 3	Desenho de operações para os nós críticos do problema risco aumentado de Câncer.....	33
Quadro 4	Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema risco de Câncer aumentado.	34
Quadro 5	Propostas de ações para a motivação dos atores.....	34
Quadro 6	Plano Operativo.....	36
Quadro 7	Planilha para acompanhamento de projetos.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População segundo faixa etária na área de abrangência da equipe rural por micro área, 2013.....	14
Tabela 2	Famílias cobertas por abastecimento de água por micro área em 2013.....	14
Tabela 3	Famílias cobertas por instalações sanitárias por micro área em 2013.....	14
Tabela 4	Destino do lixo por micro área em 2013.....	15
Tabela 5	Famílias sem cobertura de energia elétrica por micro área, em 2013.....	15
Tabela 6	Morbidade referida segundo a microarea em 2013.....	15
Tabela 7	Mortalidade por faixa etária do município em 2010,2011 e 2012.....	16
Tabela 8	Óbitos de residentes segundo a microrregião na área de abrangência em 2010,2011 e 2012.....	16
Tabela 9	Consultas médicas em 2010, 2011 e 2012.....	16
Tabela 10	Atendimentos aos programas em 2010, 2011 e 2012.....	17
Tabela 11	Atendimentos aos programas em 2010, 2011 e 2012.....	17
Tabela 12	Acompanhamento de indicadores em 2010, 2011 e 2012.....	17
Tabela 13	Procedimentos realizados pela equipe em 2010, 2011 e 2012.....	18
Tabela 14	Visitas Domiciliares realizadas pela equipe em 2010, 2011 e 2012.....	18

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Breve histórico do Câncer.....	11
1.2	Aspectos histórico do município de Silvianópolis.....	11
1.3	Diagnóstico situacional.....	12
2	JUSTIFICATIVA.....	18
3	OBJETIVO.....	19
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
4.1	O que é o Câncer.....	21
4.2	Sinais e sintomas.....	22
4.3	Etiologia.....	24
4.4	Tratamento.....	26
4.5	Prevenção.....	26
4.6	Estimativas.....	28
5	METODOLOGIA.....	30
6	PLANO DE AÇÃO.....	31
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breve Histórico do Câncer

O câncer é o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo. É o responsável por cerca de 13% de todas as mortes no mundo, sendo os cânceres de pulmão, fígado, cólon e mama os que mais matam.

Existem vários fatores que favorecem o desenvolvimento do câncer. Podemos citar como principais: predisposição genética, hábitos alimentares, estilo de vida, ansiedade, estresse, imunidade, hormônios e condições ambientais, sendo 90% de causas externas.

1.2 Aspectos Histórico do Município de Silvianópolis

O município de Silvianópolis foi fundado em 30 de outubro de 1746, emancipado em 30 de agosto de 1911, conta atualmente com 5.399 habitantes, que sobrevive de pequenos laticínios, fábricas de roupas, agropecuária e de plantações de tomate, milho, feijão, café e banana. Apresenta hábitos bem peculiares de cidade do interior, com festas tradicionais e congadas como a Festa do Rosário.

A cidade conta com duas unidades básicas de saúde, uma unidade na área rural, duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), na unidade Santa Águeda, um centro de fisioterapia, a farmácia popular e um hospital (Hospital e Maternidade Maria Eulália), que segundo informações está prestes a fechar devida má administração.

A ESF conta com duas equipes divididas em área rural e urbana, sendo a área urbana formada por 3.294 pessoas divididas em 08 micro áreas e a área rural com 2105 pessoas divididas em 06 micro áreas.

Na área rural todas as escolas estão desativadas, há várias Igrejas, bares, mercearias, dois laticínios e três alambiques, não há trabalhos da comunidade junto com as Igrejas e nem associações comunitárias. A população quando necessita de algo em relação à saúde comparece a secretaria de saúde ou a ESF, quando se trata de outros assuntos vai à prefeitura ou recorre a pessoas de cargos importantes na cidade.

Na administração atual, teve investimentos significativos como a nova unidade da ESF, a farmácia popular, o centro de fisioterapia, a pista de caminhada ao redor do lago, aulas de dança para a população, médico por período integral na ESF, entre outros.

A ESF foi inaugurada em 2009 e está situada em terreno próprio da prefeitura, mas desde 2000 era adaptada em um ponto comercial com divisórias.

A unidade é nova, com estrutura física adequada, com recepção espaçosa, cheia de bancos e televisão. Temos uma sala de reunião, com computador, televisão com o canal Minas Saúde e um data show, onde também são realizadas as reuniões do grupo do Tabaco.

Atualmente, a equipe está necessitando de bens materiais como aparelho de pressão, estetoscópio, termômetro, uma caixa de curativos com maior espaço e glicosímetro. Todos estes materiais já foram solicitados à gestora que por enquanto não nos retornou.

1.3 Diagnóstico Situacional

O diagnóstico situacional do município de Silvianópolis mostra a fundo as condições da cidade, seus recursos, suas necessidades e a população, para nortear a equipe de saúde da família no trabalho junto à comunidade.

Os dados coletados foram realizados através de entrevistas com informantes-chaves, observação ativa dos agentes comunitários de saúde (ACS) durante as entrevistas e as visitas domiciliares e dados captados dos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ficha A e Secretaria Regional de Saúde (SRS) de Pouso Alegre onde toda a equipe teve participação.

As tabelas a seguir sintetizam os dados coletados pela equipe para o diagnóstico situacional.

Tabela 1-População segundo faixa etária na área de abrangência da equipe rural por micro área, 2013.

Faixa Etária	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Menor de 1 ano	00	00	00	00	00	00	00
1 a 4 anos	10	20	16	25	20	20	111
5 a 9 anos	13	29	16	20	22	38	138
10 a 14 anos	14	28	23	29	17	33	144
15 a 19 anos	23	29	18	25	28	35	158
20 a 49 anos	155	148	125	130	118	194	870
50 a 59 anos	54	63	46	18	22	49	252
60 anos e +	132	67	67	36	57	73	432
Total	401	385	311	283	284	442	2105

Fonte: Ficha A e SIAB.

Tabela 2-Famílias cobertas por abastecimento de água por micro área em 2013.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Rede geral	00	00	00	00	00	00	00
Poço ou nascente	142	122	109	73	84	134	664
Total	142	122	109	73	84	134	664

Fonte: Ficha A e SIAB.

Tabela 3-Famílias cobertas por instalações sanitárias por micro área em 2013.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Rede geral	00	00	00	00	00	00	00
Fossa	142	122	109	72	84	133	662
Céu aberto	00	00	00	01	00	01	02
Total	142	122	109	73	84	134	664

Fonte: Ficha A e SIAB.

Tabela 4-Destino do lixo por micro área em 2013.

Modalidade	Micro 1	Micro 2	Micro 3	Micro 4	Micro 5	Micro 6	Total
Coleta Pública	00	00	00	00	00	00	00
Queimado/enterrado	142	122	100	73	84	134	655
Céu aberto	00	00	09	00	00	00	09
Total	142	122	109	73	84	134	664

Fonte: Ficha A e SIAB.

Tabela 5-Famílias sem cobertura de energia elétrica por micro área, em 2013.

Modalidade	Micro 1	Micro2	Micro3	Micro4	Micro5	Micro6	Total
Sem energia	00	00	00	00	00	01	01
Total	00	00	00	00	00	01	01

Fonte: Ficha A e SIAB.

Tabela 6-Morbidade referida segundo a microarea em 2013.

Morbidade referida	Micro1	Micro2	Micro3	Micro4	Micro5	Micro6	Total
Alcoolismo	01	02	13	09	06	09	40
Doença de Chagas	00	00	00	00	00	00	00
Diabetes	26	15	15	11	04	13	84
Hipertensão arterial	91	76	63	50	42	83	405
Tuberculose	00	00	00	00	00	00	00
Hanseníase	00	00	00	00	00	00	00
Tabagismo	16	05	23	13	17	21	95

Fonte: Ficha A e SIAB.

Tabela 7-Mortalidade por faixa etária do município em 2010,2011 e 2012.

Ano do Óbito	2010	2011	2012
<1	02	022	00
1 a 4 anos	00	00	00
5 a 14 anos	02	00	00
15 a 49 anos	10	05	02
50 anos e mais	29	34	10
Total	43	41	12

Fonte: SIAB e SRS Pouso Alegre MG.

Tabela 8-Óbitos de residentes segundo a microrregião na área de abrangência em 2010,2011 e 2012.

Equipe	2010	2011	2012
Micro 01	02	04	00
Micro 02	03	02	01
Micro 03	01	02	00
Micro 04	03	01	01
Micro 05	04	03	01
Micro 06	02	02	02

Fonte: SIAB.

Tabela 9-Acompanhamento de indicadores em 2010, 2011 e 2012.

Indicador	2010	2011	2012
Número de recém-nascidos	62	31	03
RN peso< 2.500Kg	06	03	00
% de aleitamento exclusivo em crianças < de 4 meses	90,91	87,50	80
% de < 1 ano com vacina em dia	100	100	100
% de < 1 ano desnutridas	00	00	00
Gestantes	60	35	18
Gestantes < 20 anos	07	07	03

Fonte: SIAB.

Tabela 10-Consultas médicas em 2010, 2011 e 2012.

Indicador	2010	2011	2012
Total de consultas médicas	1.599	2.201	430

Fonte: SIAB.

Tabela 11-Atendimentos aos programas em 2010, 2011 e 2012.

Indicador	2010	2011	2012
Puericultura	02	107	20
Pré-natal	09	10	01
Prevenção ca cérvico uterino	112	128	19
Diabetes	229	306	67
Hipertensão	992	847	174
Hanseníase	00	00	00
Tuberculose	00	00	00

Fonte: SIAB.

Tabela 12-Acompanhamento de indicadores em 2010, 2011 e 2012.

Indicadores	2010	2011	2012
Atendimento especializado	238	174	49
Internações hospitalares	02	00	00
Urgência /emergência	134	47	00
Patologia clínica	00	00	00
Radiodiagnóstico	111	200	53
Exames citocervico – vaginal	12	03	00
Ultrassonografia obstétrica	04	00	00
Outros exames	1.250	443	110

Fonte: SIAB.

Tabela 13- Procedimentos realizados pela equipe em 2010, 2011 e 2012.

Indicador	2010	2011	2012
Atendimentos individuais da enfermeira	1149	1219	145
Curativos	21	103	27
Inalações	00	00	00
Injeções	07	254	00
Retirada de pontos	04	02	01
TRO	00	00	00
Grupo de educação em saúde	03	37	05
Número de reuniões	13	11	05

Fonte: SIAB.

Tabela 14- Visitas Domiciliares realizadas pela equipe em 2010, 2011 e 2012.

Visitas domiciliares	2010	2011	2012
VD do médico	280	292	53
VD da enfermeira	399	598	65
VD de nível médio	2.020	1.309	247
VD dos ACS	7.086	5.630	1.135
Total de visitas domiciliares	9.785	7.919	1.500

Fonte: SIAB.

2 JUSTIFICATIVA

Devido ao aumento dos casos de câncer e casos de óbitos pelo câncer no município de Silvanópolis tornou-se importante a realização de pesquisa sobre este tema, sobre a taxa de tabagistas, etilistas, sedentários, obesos, etc.

Este estudo é importante, pois mostra que o profissional se torna ferramenta fundamental para levar informações à população sobre os riscos de Câncer, mostrando ao usuário que ele também tem autonomia sobre sua saúde, que pode contribuir para diminuir a taxa de pessoas que predispõem a este risco; E aos profissionais que pequenas ações são de grande relevância e como proceder com o cliente que já apresenta o câncer.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para o problema do risco aumentado de câncer aumentado para nortear a equipe de saúde da família no trabalho junto à comunidade para controle dos casos.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 O que é câncer

A palavra câncer foi implantada pelo médico grego Hipócrates (460-370 a. C.); o qual adotou os termos, em grego, Karkinos e Karkinoma, usados para descrever lesões tumorais ulcerosas e não ulcerosas. O termo karkinos, em grego, significa caranguejo, o que leva a suposição de que esta escolha ocorreu, devido ao fato do câncer se agarrar a determinadas partes do corpo na qual se instala, assim como o caranguejo (DECAT e ARAUJO, 2010).

Segundo Decat e Araujo (2010), a descrição mais antiga do câncer, embora não fosse este o termo usado na época, consta em aproximadamente 1600 a. C., a qual foi verificada em um papiro egípcio, em que foram identificados oito casos de tumores ou úlceras de mama.

Estudos recentes sobre a história do câncer o caracterizam como um enorme desafio para a medicina, tendo permanecido por muito tempo como doença desconhecida. As perspectivas de tratamento, até o início do século passado, eram quase insignificantes e somente a partir desse período a doença passou a ser conhecida um pouco melhor (ROCHA. V, 2010).

O câncer é uma doença que afeta não apenas o indivíduo, mas toda a sociedade, por meio da redução do potencial de trabalho humano (perda de produtividade devido aos adoecimentos e mortes, aposentadorias precoces e pensões) e do impacto econômico resultante dos elevados custos envolvidos com assistência à saúde, poluição, degradação ambiental, pesquisa e educação. Porém, existem gastos imensuráveis como a dor e o sofrimento do doente e da família (FEITOSA, R. C. L.; PONTES, E. R. J. C.; 2011).

O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que tem em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA, 2014).

Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Por outro lado, um tumor benigno significa simplesmente uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco de vida (INCA, 2014).

Atualmente, é possível encontrar diferentes definições da doença câncer, apresentados por diversos autores. De acordo com Teixeira (2009)

O câncer é uma doença que resulta do crescimento autônomo e desordenado das células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o surgimento de tumores ou neoplasias malignas que, quando afetam tecidos vizinhos, produzem metástases. O tecido neoplásico apresenta uma estrutura atípica dos tecidos e órgãos dos quais se originou, bem como uma capacidade ilimitada e incontrolável de se reproduzir.

Ainda, com relação à doença câncer, Yamaguchi (2002, p.21) afirma que

O câncer é uma doença que se origina nos genes de uma única célula, tornando-a capaz de se proliferar até o ponto de se formar massa tumoral no local e a distância. Várias mutações têm que ocorrer na mesma célula para que ela adquira este fenótipo de malignidade [...].

A neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem. Neoplasias podem ser benignas ou malignas (ABC DO CÂNCER, 2012).

As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes. O lipoma (que tem origem no tecido gorduroso), o mioma (que tem origem no tecido muscular liso) e o adenoma (tumor benigno das glândulas) são exemplos de tumores benignos (ABC DO CÂNCER, 2012).

As neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (ABC DO CÂNCER, 2012).

O câncer não invasivo ou carcinoma in situ é o primeiro estágio em que o câncer pode ser classificado (esta classificação não se aplica aos cânceres do sistema sanguíneo). Neste estágio (in situ), as células cancerosas estão somente na camada de tecido na qual se desenvolveram e ainda não se espalharam para outras camadas do órgão de origem. A maioria dos cânceres in situ é curável se for tratada antes de progredir para fase de câncer invasivo (ABC DO CÂNCER, 2012).

No câncer invasivo, as células cancerosas invadem outras camadas celulares do órgão, ganham a corrente sanguínea ou linfática e têm a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo. Essa capacidade que os tumores malignos apresentam, de invasão, de disseminação e de produção de outros tumores em outras partes do corpo, a partir de um já existente, é a principal característica do câncer. Esses novos focos da doença são chamados de metástases (ABC DO CÂNCER, 2012).

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo, mas alguns órgãos são mais afetados do que outros. Entre os mais afetados estão pulmão, mama, colo do útero, próstata, colón e reto (intestino grosso), pele, estômago, esôfago, medula óssea (leucemias) e cavidade oral (boca). Cada órgão, por sua vez, pode ser afetado por tipos diferenciados de tumor, menos ou mais agressivos (INCA, 2014).

4.2 Sinais e Sintomas

Os principais sinais e sintomas de câncer variam conforme o tipo de câncer: câncer de mama (dor, calor, edema, rubor, descamação na mama, alteração na forma ou tamanho da mama, alteração na auréola ou mamilo, presença de nódulo ou espessamento, saída de secreção pelo mamilo, enrugamento ou endurecimento da pele da mama); colo do útero (sangramento vaginal após a relação sexual ou intermitente, secreção vaginal de odor fétido, dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais); cólon e reto (anemia de origem indeterminada, perda de sangue nas fezes, dor e/ou massa abdominal, melena (sangue nas fezes), constipação intestinal, diarreia, náuseas, vômitos, fraqueza, tenesmo); boca (mudança de coloração da mucosa, áreas irritadas debaixo de próteses (dentaduras, pontes móveis), feridas que não cicatrizam em uma semana, dentes fraturados ou amolecidos, caroços ou endurecimento, ulcerações superficiais com menos de dois centímetros de diâmetro, indolores (podendo sangrar ou não), manchas esbranquiçadas ou avermelhadas nos lábios ou na mucosa bucal, dificuldade para falar, mastigar ou engolir, dor e presença de adenomegalia cervical (caroço no pescoço); câncer de pulmão (tosse, sangramento pelas vias respiratórias,

pneumonia de repetição); câncer de próstata (presença de sangue na urina (hematúria), necessidade frequente de urinar (poliúria) principalmente à noite, jato urinário fraco, dor ou queimação ao urinar (disúria); câncer de estômago (perda de peso, perda de apetite, fadiga, sensação de estômago cheio, vômitos, náuseas, desconforto abdominal persistente); câncer de pele (feridas na pele que demoram mais de quatro semanas para cicatrizar, sinais na pele que mudam de cor e tamanho, manchas que coçam, ardem, descamam ou sangram) (INCA, 2014).

Os sintomas normalmente esperados diante do diagnóstico de câncer parecem ser uma reação de tristeza. Dependendo da situação clínica, da gravidade do câncer, da personalidade e outros fatores, uma parte bastante expressiva dos pacientes tem um agravamento do quadro afetivo, passando a apresentar um transtorno de adaptação ou ajustamento com depressão, onde o humor da pessoa se encontra deprimido ou disfórico, acompanhando incapacidade para realizar as atividades diárias. Agravando ainda mais o quadro emocional, a depressão assume características de um episódio depressivo, que pode ser leve, moderado ou grave (JURBERG, C. et al, 2012).

Ao tratar a temática câncer com metáforas de guerra e imagens de luta contra o inimigo, batalha a ser vencida, a mídia legitima e reforça um retrato vivenciado pela própria sociedade em relação à doença como algo associado a muita dor e sofrimento (JURBERG, C. et al, 2012).

As manifestações iniciais são discretas e variam com as múltiplas localizações que pode tomar a doença no corpo humano. Desconfie dos pequenos tumores cutâneos que tendem a aumentar ou que se ulceram; das ulcerações persistentes da língua ou dos lábios; dos endurecimentos da mama, mesmo indolores; de toda perda sanguínea sem causa aparente, mormente nas mulheres na época da menopausa; dos transtornos digestivos persistentes; das alterações permanentes da voz (rouquidão) etc (COSTA, M. C. C.; TEIXEIRA, L. A., 2010).

Fadiga relacionada ao câncer é um sintoma comum e tratável que interfere profundamente em diversos aspectos da qualidade de vida de pacientes com câncer. Pacientes reportam fadiga como um dos sintomas mais importantes e estressantes relacionados ao câncer e seu tratamento. Este sintoma apresenta-se como um forte e independente preditor de diminuição da satisfação pessoal e qualidade de vida dos pacientes. Cerca de 50% a 90% dos pacientes com câncer experimentam fadiga de forma geral, o último número correspondendo a pacientes submetidos a ativo tratamento como quimioterapia e radioterapia (CAMPOS, M. P. O. et al, 2011).

Dificuldade para dormir apresenta-se como um problema frequente em pacientes com câncer, que pode estar relacionado diretamente com a patologia, com as consequências dos tratamentos realizados ou com o estresse emocional ocasionado por estes.

Muitos pacientes com câncer desenvolvem anemia como consequência de sua doença maligna, tratamento ou até mesmo pelas comorbidades que esses pacientes já apresentavam.

4.3 Etiologia

São grandes as interrogações sobre os agentes etiológicos implicados no aparecimento da maioria das neoplasias malignas. É ponto de partida, porém, que a etiologia do câncer é complexa e hoje são conhecidos vários fatores envolvidos no mecanismo da carcinogênese. Alguns fatores de natureza intrínseca já foram identificados e outros relacionados ao meio ambiente vêm sendo alvo de numerosos estudos epidemiológicos e experimentais (MENDONÇA, G. A. S., 1993).

As causas do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2014).

O aparecimento do câncer é multifatorial, sendo a interação entre susceptibilidade genética e os fatores ou as condições do modo de vida e do ambiente determinam o risco de adoecer por essa doença. Os fatores de risco conhecidos estão relacionados a exposições de longa duração (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

O aumento da vida média, a queda da taxa de fecundidade, as modificações no estilo de vida e a maior exposição a determinados riscos ambientais são fatores que interferem diretamente no aparecimento de um maior número de neoplasias malignas (MENDONÇA, G. A. S., 1993).

As neoplasias malignas representam um grave problema de saúde pública e diversos estudos têm associado o aparecimento do câncer a hábitos e estilos de vida não saudáveis, destacando-se o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, dieta rica em

gorduras trans e saturadas, nitratos e nitritos, e a baixa ingestão de fibras (POLONIO, M. L. T.; PEREZ, F., 2009).

É pertinente a constante preocupação com as substâncias químicas sintéticas, pois estas podem desencadear o câncer, estando presentes nos alimentos como aditivos ou contaminantes ambientais de uso na agricultura como, por exemplo, os agrotóxicos. Também novas substâncias podem ser formadas durante a cocção ou através do processo de conservação de alimentos a partir do emprego de técnicas como a defumação e a salmoura.

Atualmente, vem se observando que paralelamente ao consumo dos alimentos básicos há a introdução de produtos industrializados a partir do estímulo do marketing das indústrias, com destaque para o consumo de macarrão instantâneo, achocolatados, iogurtes, biscoitos recheados, biscoitos salgados e refrescos. Os anúncios de televisão estimulam a compra de certos alimentos normalmente de alta densidade energética (sacarose e gorduras trans e saturadas) e de baixo valor nutritivo. Além disso, grande parte desses produtos contém aditivos alimentares, principalmente corantes, conservadores e antioxidantes artificiais, que podem trazer riscos à saúde.

A maioria dos casos de câncer (90%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos um grande número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os hábitos e o estilo de vida adotados pelas pessoas, podem determinar diferentes tipos de câncer (INCA, 2014).

São raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar de um fator genético exercer um importante papel na oncogênese. Alguns tipos de câncer de mama, estômago e intestino parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese de exposição dos membros da família a uma causa comum. Determinados grupos étnicos parecem estar protegidos de certos tipos de câncer: a leucemia linfocítica é rara em orientais, e o sarcoma de Ewing é muito raro em negros (INCA, 2014).

4.4 Tratamento

Os avanços conseguidos no tratamento específico do câncer tem permitido um aumento significativo da sobrevivência e da qualidade de vida desses pacientes (BALLONE, G. J., 2012).

Com a implantação da regulação, os usuários do SUS (Sistema Único de Saúde) conseguem a garantia de um atendimento com mais equidade no acesso, norteado pelo critério da necessidade, e não da influência pessoal ou da capacidade de deslocamento do próprio paciente (Revista Rede Câncer, 2010).

Os tratamentos desenvolvidos ainda no início do século XX começaram a apresentar alguns resultados. Entretanto, o conhecimento cada vez mais preciso ampliava a extensão do mal e revelava a limitada capacidade da medicina da época em combatê-lo. Esses fatores intensificavam o temor da sociedade, que passou a vê-lo como o flagelo da modernidade (ROCHA, V.,2010).

O tratamento do câncer é feito por meio de uma ou várias modalidades combinadas. A principal é a cirurgia, que pode ser empregada em conjunto com radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea. O médico vai escolher o tratamento mais adequado de acordo com a localização, o tipo do câncer e a extensão da doença. Todas as modalidades de tratamento são oferecidas pelo SUS (INCA, 2014).

4.5 Prevenção

As campanhas educativas visando à prevenção do câncer, tão comuns em nossos dias, constituem uma das grandes preocupações de saúde pública em diversas partes do mundo. No Brasil, a cada ano são elaboradas campanhas contra o fumo; de estímulo a hábitos alimentares saudáveis; de restrição ao banho de mar em determinados horários; e de incentivo ao autoexame de mama e à prática de exames ginecológicos periódicos para mulheres com mais de 40 anos. Além disso, a cada 31 de maio (Dia Mundial Sem Tabaco), 29 de agosto (Dia de Combate ao Fumo) e 27 de novembro (Dia de Combate ao Câncer), são elaboradas intervenções em lugares de grande circulação, como praças ou estações de metrô das grandes metrópoles brasileiras. Nessas ocasiões cartazes procuram demonstrar os males causados pelo hábito de fumar, e profissionais orientam

sobre hábitos mais saudáveis. Sua intenção é mobilizar a sociedade para participar da prevenção e intervir de forma dinâmica, suscitando o questionamento e, conseqüentemente, a mudança de comportamento.

Seguindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e da Internacional Union Against Câncer, a elaboração e divulgação dessas campanhas são ações centrais na política de controle da doença, coordenada e em parte executada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde. A elaboração dessas campanhas e desses programas tem como base a concepção médica de que o controle do câncer repousa sobre dois pilares: o estímulo a hábitos caracterizados pela medicina como saudáveis, o que se acredita reduzir, sobremaneira, sua incidência, e o diagnóstico precoce, que se baseia na noção de que quanto mais cedo a doença for diagnosticada maiores serão as chances de êxito no tratamento. Essa forma de conceber o controle da doença não é nova, pois, historicamente, a noção de prevenção esteve ligada de modo íntimo ao câncer. Desde o século XVIII, as ações relacionadas ao meio ambiente, às condições de trabalho e a hábitos saudáveis foram consideradas componentes da única forma de diminuir o risco de se contrair a doença (COSTA, M. C. C.; TEIXEIRA, A., 2010).

Em relação ao câncer, as primeiras ações educativas surgiram ainda na década de 1920, quando alguns médicos, preocupados com a ampliação dos índices da doença, começaram a elaborar pequenos panfletos orientando sobre a prevenção e o diagnóstico precoce, que distribuíam em seus consultórios. Nas duas décadas seguintes essa prática foi bastante utilizada nos postos e consultórios ginecológicos, com o objetivo de esclarecer as mulheres sobre a necessidade de exames ginecológicos periódicos como forma de detecção precoce do câncer cervical

A história do câncer no Brasil esteve muito relacionada ao esforço em controlar a doença via prevenção, associada ao desenvolvimento de tecnologias para detecção precoce e de práticas terapêuticas. O sofrimento causado aos acometidos e a seus familiares e o alto custo destinado ao tratamento fizeram da doença objeto prioritário nas ações de prevenção promovidas pelo setor público de saúde (ROCHA, V.,2010).

Muitas ações relacionadas ao controle do câncer dependem do nível de informação da população, desde os profissionais da saúde que devem ser capazes de prevenir, diagnosticar, tratar, evoluir e saber notificar os casos de câncer, até o cidadão morador da zona urbana ou rural (GUTIERREZ, M. G. R. et al, 2009).

A prevenção do câncer nem sempre é possível, mas há fatores de risco que estão na origem de diferentes tipos de tumor. O principal é o tabagismo. O consumo de

bebidas alcoólicas e de gorduras de origem animal, dieta pobre em fibras, vida sedentária e obesidade também devem ser evitados para prevenir os tumores malignos. São raros os casos de câncer que se devem apenas a fatores hereditários (INCA, 2014).

A diretriz da promoção da saúde traz, no início dos anos 1990, o entendimento de saúde como consequência de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e uma série de outros cuidados com a saúde. Promover saúde significa, então, a busca por melhores condições, por meio tanto de estratégias individuais quanto coletivas, envolvendo profissionais de saúde e cidadãos organizados em comunidades (ROCHA, V.,2010).

Estudos recentes revelam o aumento do número de casos como consequência do modelo atual de sociedade, gerador de inúmeros problemas ambientais e de saúde. Desse modo, as campanhas preventivas continuam sendo fortes aliadas no controle da doença, fato que exige avaliação mais eficaz dessas iniciativas, bem como olhar crítico para os enfoques utilizados.

4.6 Estimativas

Consequente ao aumento da perspectiva de vida e ao envelhecimento progressivo das populações, nas últimas décadas está havendo um aumento gradual na prevalência de algumas doenças crônicas e invalidantes (BALLONE, G. J.,2012).

No ano de 2013, são esperados para Minas Gerais, 53.280 casos novos e 16.830 óbitos por câncer. Para todas as neoplasias malignas, as taxas brutas de incidência serão de 284 casos novos por 100 mil homens e 232 casos novos por 100 mil mulheres. Já as taxas brutas de mortalidade serão de 90,5 óbitos por 100 mil homens e de 72,6 óbitos por 100 mil mulheres.

As neoplasias ocuparam a terceira e segunda posições no cenário da mortalidade proporcional das causas básicas de mortes de Minas Gerais, nos anos de 2000 e 2010. Do total de mortes por neoplasias em Minas Gerais, 43% (8.054 óbitos) foram por sete localizações primárias que apresentam potencial para prevenção e/ ou detecção precoce.

Para 2013 são esperados no Sul de Minas 8.020 casos novos de câncer (4.470 em homens e 3.550 em mulheres). As taxas brutas de incidência serão de 325 casos novos por 100 mil homens e de 258 casos novos por 100 mil mulheres. Nesse mesmo

ano são esperados 2.540 óbitos por câncer (1.420 em homens e 1.120 em mulheres). As taxas brutas de mortalidade serão de 103 óbitos por 100 mil homens e de 81 óbitos por 100 mil mulheres (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

O número de casos novos de câncer cresce a cada ano. Para 2012/2013, a estimativa do INCA é a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil. Os tipos de câncer, mais incidentes em homens são: próstata, pulmão, cólon e reto e em mulheres são: mamas, colo do útero, colón e reto, esperados para 2012/2013 (ABC DO CANCER, 2012).

A análise do sistema de mortalidade (SIM) do ano de 2010 demonstrou que no Sul de Minas, ocorreram 2.793 óbitos por todas as neoplasias em ambos os sexos (1.559 no sexo masculino e 1.234 no feminino) e as taxas brutas de mortalidade foram de 119,4 óbitos por 100 mil homens e de 94,6 óbitos por 100 mil mulheres.

Em relação à assistência hospitalar na alta complexidade, foram procedentes do Sul de Minas, 4.235 casos hospitalares, que representam 14% do total registrado pelos 33 RHC- MG (Registro Hospitalar de Câncer – Minas Gerais), no ano de 2009. A idade mediana do diagnóstico foi de 65 anos em homens e de 60 anos em mulheres. O intervalo mediano entre o diagnóstico e o tratamento no hospital de referência foi de 79 dias (casos com diagnóstico prévio e nenhum tratamento anterior).

Do total de casos hospitalares por todas as neoplasias procedentes do Sul de Minas, 2.414 casos apresentaram registro médico sobre o estadiamento clínico do tumor na primeira consulta no hospital de referência, correspondente a 57% do total de casos. Em cada grupo de 10 casos por todas as neoplasias, dois casos chegaram ao hospital nas fases avançadas da doença (estádios III e IV). Dos 876 casos avançados, 64 casos apresentaram o diagnóstico de câncer antes dos 40 anos de idade. Esses casos avançados foram procedentes de 118 municípios do Sul de Minas (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2013).

5 METODOLOGIA

O trabalho consistiu em realizar uma revisão bibliográfica através de sites de saúde sobre o tema câncer, seus riscos e agravos.

Foi elaborado um plano operativo para o enfrentamento do problema risco aumentado do câncer, priorizado no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família que permitiu a seleção dos nós críticos, recursos necessários, a determinação dos resultados e produtos esperados, como as ações e operações para o desenvolvimento.

O trabalho do diagnóstico situacional foi conduzido por toda equipe de saúde da família, através da estimativa rápida, onde foram coletados dados numéricos das condições demográficas, ambientais, socioeconômicas, epidemiológicas, indicadores de cobertura, produção da equipe, recursos de saúde, instituições e projetos existentes, entrevistas com informantes-chave e observação ativa de todos os aspectos. Os dados foram reunidos, analisados e levantados os principais problemas identificados.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obterem informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos custos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (CAMPOS et al, 2010).

6 PLANO DE AÇÃO

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Santa Águeda Rural.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Risco aumentado de Ca	Alta	8	Parcial	1
Grupo operacional	Alta	6	Dentro	2
Falta de coleta de lixo	Alta	5	Parcial	3
Falta de transporte	Médio	3	Fora	4

Quadro 2 – Descritores do Problema Risco Aumentado de Ca – 2012.

Descritores	Valores	Fontes
Tabagistas	180	Registro da equipe
Etilistas	150	Registro da equipe
Sedentários	630	Registro da equipe
Sobrepeso	60	Registro da equipe
Óbitos	03	Registro da equipe

Quadro 3 – Desenho de operações para os nós críticos do problema risco aumentado de Ca.

Nó crítico	Operação / Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vida Saudável Modificar hábitos e estilos de vida	Diminuir em 30% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano e 6 meses.	Caminhada orientada; Campanha educativa na rádio local; Cartilhas educativas; Programa merenda saudável.	Organizacional: para organizar as caminhadas; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Nível de informação	Aprenda + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de câncer.	População mais informada sobre os riscos de câncer.	Avaliação do nível de informação da população sobre o risco de câncer; Campanha educativa na rádio; Capacitação dos ACS e cuidadores.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação intersetorial e mobilização social.
Estrutura dos serviços de saúde	Saúde Garantida Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco aumentado de câncer.	Garantia de medicamentos e exames.	Capacitação de pessoal; Compra de medicamentos;	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos. Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado para risco aumentado de câncer, incluindo os mecanismos de referencia e contrareferencia.	Cobertura de 60% da população com risco aumentado de câncer.	Linha de cuidado para risco de câncer implantado; protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada e gestão da linha de cuidado implantada.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais; Organizacional: adequação de fluxos (referência e contrareferencia).

Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema risco de Ca aumentado.

Operação / Projeto	Recursos críticos
Vida Saudável	Político – conseguir a rádio local; Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Aprenda +	Político – articulação intersetorial.
Saúde Garantida	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).
Linha de Cuidado	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Quadro 5 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos Ator que controla	Controle dos recursos críticos Motivação	Ação estratégica
Vida Saudável Modificar hábitos de vida.	Político – conseguir o espaço da rádio local; Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.	Setor de comunicação social; Secretaria de Saúde.	Favorável	Articulação intersetorial
Aprenda + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de câncer.	Político – articulação com outras secretarias.	Secretarias	Favorável	Articulação intersetorial
Saúde Garantida Estruturar os serviços de saúde para melhorar a	Político – decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro –	Prefeito municipal Secretaria de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.

efetividade do cuidado.	recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).			
Linha de Cuidado Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	Político: articulação entre os setores assistenciais de saúde.	Secretária Municipal de Saúde	Favorável	Articulação político-assistencial

Quadro 6 – Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Vida Saudável Modificar hábitos de vida.	Diminuir em 30% o número de sedentários, tabagistas e obesos no prazo de 1 ano e 6 meses.	Caminhada orientada; Campanha educativa na rádio local; Cartilhas educativas; Programa merenda saudável.	Promover ações de promoção e educação em saúde	Helenice, Valdinea e Cristiane.	Seis meses para o início das atividades
Aprenda + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos de câncer.	População mais informada sobre os riscos de câncer.	Avaliação do nível de informação da população sobre o risco de câncer; Campanha educativa na rádio; Capacitação dos ACS e cuidadores.	Promover Educação em saúde e capacitação dos ACS e cuidadores	Gervalda, Matusalem e Adriana.	Início em quatro meses e término em sete meses; Início em quatro meses e término em 13 meses; Início em quatro meses e término em quatro meses.

Saúde Garantida	Adequação da oferta de consultas à demanda, exames e medicamentos;	Compra de medicamentos;	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Lucrécia e Coordenador da ESF	Quatro meses para apresentação do projeto e aprovação, liberação da compra, início e finalização somente após eleição.
Linha de Cuidado	Cobertura de 60% da população com risco aumentado de câncer.	Linha de cuidado para risco de câncer implantado; protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada e gestão da linha de cuidado implantada.	Implantação do protocolo de prevenção e assistência de câncer	Alessandra e coordenador da ESF	Início em quatro meses e finalização em 13 meses.

Quadro 7 – Planilha para acompanhamento de projetos

Operação Vida Saudável					
Coordenação: Juliana – Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Caminhada orientada; Cartilhas educativas;	Helenice	Seis meses	Proposta	Modificar hábitos de vida	
Campanha educativa na rádio local;	Valdinea	Seis meses	Proposta	Modificar hábitos de vida	
Programa merenda saudável	Cristiane.	Seis meses	Proposta	Modificar hábitos de vida	

Operação Aprenda +					
Coordenação: Juliana – Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Avaliação do nível de informação da população sobre o risco de câncer.	Gervalda.	Quatro meses	Proposta	Aumentar nível de conhecimento da população	
Campanha educativa na rádio	Matusalem	Quatro meses.	Proposta	Aumentar nível de conhecimento da população	
Capacitação dos ACS e cuidadores.	Adriana.	Quatro meses.	Proposta	Aumentar nível de conhecimento da população	

Operação Saúde Garantida					
Coordenação: Juliana – Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Compra de medicamentos;	Lucrecia e Coordenador da ESF	Quatro meses	Proposta	Adequação da demanda ao tratamento	

Operação Linha de cuidado					
Coordenação Alessandra – Avaliação após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Linha de cuidado.	Alessandra e coordenador da ESF	13 meses	Proposta	Promover cuidado integral	
Protocolos	Alessandra e coordenador da ESF	10 meses	Proposta	Melhorar a resolubilidade	
Recursos humanos capacitados	Alessandra e coordenador da ESF	9meses	Proposta	Melhorar a qualidade da assistência	
Regulação	Alessandra e coordenador da ESF	13 meses	Proposta	Aumentar o nível de gerência	
Gestão da linha de cuidado	Alessandra e coordenador da ESF	13 meses	Proposta	Promover a gestão do cuidado integral	

OBS: Devido aos projetos ainda estarem em fase de elaboração e não ter se passado 6 meses ainda não é possível readequar os prazos dos projetos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os dados coletados no presente trabalho, o município de Silvianópolis área rural tem cerca de 2.105 pessoas prevalecendo faixa etária de 20 a 49 anos com 870 e 432 pessoas com 60 anos ou mais. O abastecimento de água é feito por poço ou nascente por ser meio rural. As instalações sanitárias são na maioria por fossa (662 casas) e 02 casas a céu aberto. O lixo é queimado/ enterrado na maioria dos domicílios (695) e 09 casas jogam a céu aberto. Somente 01 domicílio não tem energia elétrica. A área rural do município tem 40 alcoólatras, 84 pessoas com diabetes, 405 com hipertensão arterial e 95 tabagistas.

No ano de 2012 tiveram somente 03 nascimentos, número menor em relação aos anos de 2010 (62) e 2011 (31). Ocorreu uma queda grande do número de consultas médicas devido à falta de profissionais na cidade. Diminuindo os indicadores de puericultura, pré-natal, diabetes, hipertensão e prevenção de Ca cervico-uterino.

Devido ao aumento de campanhas de prevenção no município foi reduzido o número de atendimentos especializados e internações hospitalares.

Os principais problemas identificados pelo diagnóstico situacional, risco aumentado de câncer teve importância alta em relação a grupo operacional, falta de coleta de lixo e falta de transporte. De acordo com os descritores do problema risco aumentado de câncer, temos: 108 tabagistas, 150 etilistas, 630 sedentários, 60 sobrepeso e 03 óbitos. Para os nós críticos do problema foram realizados projetos, para diminuir o número de casos de câncer como: projeto vida saudável (modificação de hábitos e estilos de vida), projeto aprenda mais (aumentar o nível de informação da população dos riscos de câncer), projeto saúde garantida (melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de risco), projeto linha de cuidado (implantação da linha de cuidados e mecanismos de referência e contrarreferência).

Para o desenvolvimento dos projetos serão necessários recursos políticos, financeiros e a participação dos usuários para obtenção de resultados positivos e diminuição dos riscos de câncer no município.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao problema risco de câncer aumentado identificado no município de Silvianópolis realizado através da coleta de dados e do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família pela estimativa rápida, onde foram coletados dados numéricos das condições demográficas, ambientais, socioeconômicas, epidemiológicas, indicadores de cobertura, produção da equipe, recursos de saúde, instituições e projetos existentes, entrevistas com informantes – chave e observação ativa de todos os aspectos. Tornou-se importante realizar uma pesquisa bibliográfica sobre o tema câncer, seus riscos e agravos e sobre o município.

O objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para o problema identificado para nortear a equipe de saúde da família no trabalho junto à sociedade para controle e diminuição dos casos de câncer.

De acordo com o conteúdo abordado neste trabalho, pode-se dizer que o câncer se caracteriza atualmente como uma das doenças crônico-degenerativas mais letais, demandando maior atenção dos governos.

Assim o profissional de saúde se torna ferramenta fundamental para levar informações a população sobre os riscos de câncer, mostrando ao usuário que ele também tem autonomia sobre sua saúde, que pode contribuir para diminuir o índice de pessoas que predispõem a este risco.

REFERÊNCIAS

- BALLONE, G. J. **Medicina paliativa e qualidade de vida**. 2002. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/paliativa1.html>>. Acesso em: 16 set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer?** Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.
- CAMPOS, M. P. O. et al. Fadiga relacionada ao câncer: uma revisão. **Revista Associação Medicina Brasileira**, v.57, n.2, mar – abr, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50104-42302011000200021>. Acesso em: 16 set. 2012.
- COSTA, M. C. C.; TEIXEIRA, L. A. As campanhas educativas contra o câncer. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos** vol. 17 supl.1. jul, Rio de Janeiro ,2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50104-59702010000500013>. Acesso em: 16 set. 2012.
- DECAT, C. S.; ARAUJO, T. C. C. F. Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. **Brasília Médica**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 93-99, abr. 2010.
- FEITOSA, R. C. L.; PONTES, E. R. J. C. **Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil)**. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51413-81232011000200024>. Acesso em: 16 set. 2012.
- GUTIERREZ, M. G. R. et al. **O ensino da cancerologia na enfermagem no Brasil e a contribuição da escola paulista de enfermagem – Universidade Federal de São Paulo**. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/12.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2012.

JURBERG, C. et al. Perfil das notícias sobre o câncer no correio da manhã e no The New York Times nos anos 1931 - 1932 e 1948 - 1949. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.2, n. 58, p.143-152, 2012.

MENDONÇA, G. A. S. Câncer na população feminina brasileira. **Revista Saúde Pública**, v. 27, n.1, fev, São Paulo, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artex&pid=50034-89101993000100011&Ing=pt&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 16 set. 2012.

POLONIO, M. L. T.; PERES, F. Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: desafios para a saúde pública brasileira. **Caderno Saúde Pública**, v.25, n.8, Ago, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php/cript_arttext&pid=50102-311x2009000800002> .Acesso em: 16 set. 2012.

REVISTA REDE CÂNCER. **Regular para garantir acesso**. Rio de Janeiro, n.10, p.36 – 38, 2010.

ROCHA, V. Do caranguejo vermelho ao cristo cor-de-rosa: as campanhas educativas para a prevenção do câncer no Brasil. **Hist. cienc. Saúde - Manguinhos**, v.17, .supl.1, jul, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50104-59702010000500015>. Acesso em: 16. set. 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Situação do câncer em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde: estimativas de incidências e mortalidade para o ano 2013, válidas para 2014**: perfil da mortalidade: perfil da assistência na alta complexidade. Belo Horizonte: SES - MG, 2013.

TEIXEIRA, L. C. Implicações subjetivas e sociais do câncer de boca: considerações psicanalíticas. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, São Paulo, v. 61, n. 2, p. 1-12, ago. 2009.

YAMAGUCHI, N. H. **O câncer na visão da oncologia**. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Coord.) Introdução à psiconcologia. Campinas: Livro Pleno, 2002. cap. 1, p. 21-32.