



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Yenny Vazquez Coda

# Diminuição da incidência de câncer na comunidade de Lajeado Grande-SC

Florianópolis, Março de 2016



Yenny Vazquez Coda

Diminuição da incidência de câncer na comunidade de Lajeado  
Grande-SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Anne Caroline Luz Grudtner da Silva  
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016



Yenny Vazquez Coda

Diminuição da incidência de câncer na comunidade de Lajeado Grande-SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Prof. Dr. Antonio Fernando Boing**  
Coordenador do Curso

---

**Anne Caroline Luz Grudtner da Silva**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016



# Resumo

O câncer caracteriza-se na atualidade como um importante problema de saúde pública, pela magnitude de suas complicações na população em geral. Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção, que será realizado no município de Lajeado Grande, Santa Catarina. Este município tem uma população de 1488 habitantes e a incidência do câncer constitui um dos principais problemas identificados pela equipe de saúde. Nas práticas cotidianas de saúde encontramos como fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer a exposição prolongada e frequente aos raios solares e a agentes cancerígenos, a utilização de organofosforados na agricultura, hábitos alimentares, o número significativo de paciente com vícios como alcoolismo e tabagismo, entre outros. A maioria da população não conhece os cuidados com o câncer, o que leva ao desenvolvimento de complicações aumentando a mortalidade e impactando diretamente na qualidade de vida da população. Este projeto objetiva propor um plano de ações junto a equipe de saúde para qualificar a assistência à saúde dos pacientes com câncer assistidos pela Unidade de Saúde. A metodologia adotada neste trabalho é o projeto de intervenção, que será realizado durante o ano de 2016 por meio de ações de educação em saúde, divulgação de informações, qualificação do acompanhamento dos pacientes com câncer e rastreamento diagnóstico de novos casos na comunidade. Participarão do planejamento e desenvolvimento das ações todos os profissionais da equipe de saúde, e o público alvo das ações serão a população da comunidade, pessoas com câncer e fatores de risco e seus familiares. Espera-se que este projeto contribua na transformação do modo e estilo de vida destes pacientes através de ações de promoção de saúde, ampliando o conhecimento das pessoas sobre o câncer e a necessidade e importância do autocuidado, reduzindo a mortalidade e as comorbidades associadas.

**Palavras-chave:** Câncer, Fatores de risco, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Educação em Saúde



# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>15</b>
4	<b>METODOLOGIA</b>	<b>19</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>23</b>



# 1 Introdução

O município de Lajeado Grande está localizado no oeste do Estado de Santa Catarina, na Região Sul do Brasil. Situa-se na latitude Sul de 26°51'29 e na longitude oeste 52°34'02'. A superfície do é de 67 km<sup>2</sup>, correspondendo a 1,4% do território da AMAI (Associação dos Municípios do Alto Irani) e 0,1% da área estadual. Localiza-se a 480 metros acima do nível do mar. A população do município é de 1.488 habitantes. Limita-se ao Norte com os municípios de Marema, Entre Rios e Xanxerê, ao Oeste com Xaxim e Marema ao Sul com Xaxim e ao Leste com o município de Xanxerê. O clima é Mesotérmico úmido, com verões quentes e invernos frios, sendo sua temperatura média anual de 18,7°C.

O primeiro nome dado à localidade foi Pesqueiro que posteriormente foi denominado Lajeado Grande. Foi elevado à categoria de Distrito de Xaxim em dezembro de 1958 e em 12 de dezembro de 1991 foi sancionada pela Assembleia Legislativa de Santa Catarina a Lei n. 8478 que criou o Município de Lajeado Grande. A economia do município é baseada na agropecuária, com destaque para a produção de soja, milho, suínos, aves e leite. Os primeiros colonizadores do município são oriundos do Rio Grande do Sul por volta de 1918 descendentes de italianos, poloneses, alemães, caboclos e cafuzos. Atraídos pelas matas verdejantes e abundantes em madeira-de-lei, fizeram da agricultura sua fonte de subsistência.

O Governo municipal é constituído pelos órgãos integrantes da estrutura organizacional do município. As ações do governo municipal são destinadas a promover o desenvolvimento social, econômico, educacional, cultural, a saúde pública e o bem estar da população, os quais devem ser objeto de planejamento e estar em consonância com os planos, programas e projetos que serão executados com coordenação, controle, competência e descentralização, exercidos em todos os níveis da administração obedecendo aos preceitos legais e às normas regulamentares e observando os critérios de racionalização, qualidade e produtividade.

O Conselho comunitário, o Clube de Mães, Clube de Idosos, a Associação de Moradores, Associação de Pais e Professores das escolas, Grupo de Jovens, Clube Esportivo Juvenil (Urbano), Conselho Comunitário da Igreja Católica, Pastores e o Sindicato dos Trabalhadores rurais são as entidades representativas e de lideranças comunitárias que temos em nossa cidade. Em Lajeado Grande possuímos 3 igrejas, 1 católica e 2 evangélicas, 3 escolas: um Jardim de Infância da Rede Municipal, uma de Ensino Fundamental de 1º ao 5º ano e outra da Rede Estadual do 6º ano até o Ensino Médio; um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e uma UBS instalada à rua Avenida América, 270, Centro, com 228m<sup>2</sup>, sendo que a obra foi inaugurada em Dezembro de 1996. Não possuímos UPA, Policlínica, Hospital ou CPAS. Não temos espaços de lazer ou parques, Também não possuímos áreas de vulnerabilidade social como tráfico de drogas ou risco

de acidentes de trânsito.

Elemento essencial para a nossa sobrevivência e para todos os seres vivos, a água potável está se tornando cada vez mais cara e escassa. A forma mais comum de captação de água é, em geral, proveniente de rios, que estão cada dia mais poluídos, necessitando cada vez mais tratamentos para seu consumo. O que pode ser um risco ambiental. Abordando o assunto acerca do abastecimento da água no município apresentamos a seguinte realidade: 175 domicílios são abastecidos através da rede pública e 265 domicílios são abastecidos através de poço ou nascente. Os esgotos domésticos são uma parcela muito significativa dos esgotos sanitários, provêm principalmente de residências, órgãos públicos e comerciais que concentram aparelhos sanitários, lavanderias e cozinhas. Os esgotos domésticos se compõem basicamente de: água de banho, urina, fezes, restos de comida, sabão, detergentes e águas de lavagem. No município de Lajeado Grande 99,32% da população possui fossa em sua residência. A coleta de lixo foi terceirizada e é coletado em dias alternados, nas 2<sup>a</sup>, 4<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> feiras. O lixo produzido pelo serviço de saúde é separado do material contaminado e de perfuro cortantes, em embalagens adequadas. O lixo rural na maioria das vezes é enterrado e/ou queimado. O município possui 166 casas de tijolo e 274 casas de madeira.

A faixa da renda familiar per capita é acima de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo e aproximadamente 63 famílias recebem subsídio de estado e participam de programas de renda. Segundo dados da Unidade Básica de Saúde (UBS) da Comunidade de Lajeado Grande, nesta comunidade há uma população com famílias muito pobres, e existem poucos lugares para o lazer. Isto pode contribuir no aumento das doenças psicológicas, que muitas pessoas daqui têm, também estimulando o consumo de álcool e drogas.

Em Lajeado Grande temos aproximadamente 92,6% da população com 15 (quinze) anos ou mais é alfabetizada e 7,4% analfabeto. A população na comunidade é composta por 1488 habitantes, sendo distribuídos, segundo sexo, da seguinte forma: 757 homens (50,87% da população) e 731 mulheres (49,13% da população). A distribuição da população, por faixa etária, dá-se da seguinte forma: 358 são menores de 20 anos (24,05% dos habitantes); 861 estão entre 20-59 anos (57,86% dos habitantes), e 269 maiores 60 anos (18,08% dos habitantes).

A prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na minha comunidade é 17.47%, de Diabetes Mellitus é 3.90%, e atualmente não temos pacientes com Tuberculose ou Hanseníase. O acompanhamento destas pessoas em nosso município é através de grupos, um grupo de pacientes hipertensos que se reúnem a cada dois meses e um grupo de pacientes diabéticos que se reúnem mensalmente; nestas reuniões é feita verificações de medidas, acompanhamento de PA e glicemia e entrega de medicamentos. Também vêm a consulta uma vez ao ano para realizar exame físico e indicar testes laboratoriais.

As cinco queixas mais frequentes que levaram a população a procurar a unidade de saúde em 2014 foram: gripe, mialgias, diarreia, amigdalite aguda e ansiedade. Minha

---

equipe de saúde programa os atendimentos através de consultas agendadas, reserva de fichas de emergência, e consultas imediatas no posto de saúde. Nos casos de doentes que precisam de reabilitação física e psicológica, são realizadas ações que possam favorecer sua reinserção social e laboral.

Em 2014 houve apenas uma morte infantil (menor de um ano de idade) em Lajeado Grande, a causa foi Insuficiência respiratória causada por prematuridade. A proporção de crianças com até um ano de vida com esquema vacinal em dia no último mês é 100%, não temos nenhum atraso. A saúde materno-infantil em meu bairro ao longo destes meses e anos está melhorando, temos mais vacinas, mais atenção a esses grupos pela equipe de saúde com consultas direcionadas, e o projeto “mais leite” para as mães que não podem amamentar e não têm recursos financeiros para comprar outros leites. Em nossa cidade apenas 5 pessoas morreram em 2014, duas por IAM (Infarto agudo do miocárdio), uma por Neoplasia, e uma por acidente de trânsito. As principais causas de internações dos idosos residentes do bairro foram: Pneumonias, Cardiopatias, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Traumatismos. O índice de dentes perdidos, obturados ou cariados em nossa comunidade é 2,09.

O alto índice de câncer na população de Lajeado Grande nos últimos anos é um dos principais problemas identificados pela equipe, a formação do câncer pode ser induzida por fatores internos (herança genética) ou externos (exposição prolongada e frequente aos raios solares e a agentes cancerígenos; como a utilização de organofosforados na agricultura, a principal atividade econômica de nosso município, hábitos alimentares, também ao número significativo de paciente com vícios tais como alcoolismo e tabagismo, entre outros) ou por ambos simultaneamente. A menor parte dos casos é relacionada a influências genéticas, que tornam o organismo incapaz de se defender de uma ameaça.

Trabalharemos com as pessoas com fatores de risco dessa doença, principalmente agricultores, fumantes, alcoólatras, incentivando o estilo de vida para lograr diminuir a doença através das medidas de prevenção, correta alimentação e prática de exercícios físicos.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a alimentação pode diminuir o risco de uma pessoa desenvolver o câncer. Sabe-se, por exemplo, que o consumo frequente de carne bem passada pode aumentar as chances de câncer de bexiga (INCA, 2015). A ingestão de álcool durante a gravidez aumenta o risco de o filho desenvolver leucemia no futuro. Farelo de trigo, rico em vitamina B6, pode reduzir o risco de câncer de pulmão pela metade. Azeite de oliva e suplementos de óleo de peixe protegem contra o câncer de mama (BRASIL, 2014),(SAKAGUTI, 2013).

O Projeto de Intervenção é importante porque o câncer é uma das doenças crônicas mais frequentes no Brasil e na maioria dos países do mundo desenvolvidos ou subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. Mais de 12 milhões de pessoas no mundo são diagnosticadas todo ano com câncer. Cerca de 8 milhões morrem (HEGADOREN et al., 2014). No Brasil, o INCA estima em 580 mil casos novos da doença para 2015. Se medidas

efetivas não forem tomadas, haverá 26 milhões de casos novos e 17 milhões de mortes por ano no mundo em 2030, sendo que 2/3 das vítimas vivem nos países em desenvolvimento. Por isso, a Declaração Mundial contra o Câncer é um instrumento para chamar a atenção de líderes governamentais, gestores de saúde e formadores de opinião para reduzir até 2020 a catastrófica abrangência da doença que ameaça as futuras gerações no mundo. A Declaração representa o consenso entre governos do mundo inteiro, especialistas em saúde pública e defensores da luta contra o câncer comprometido em eliminar esta ameaça à vida das futuras gerações. A Declaração Mundial Contra o Câncer 2008 foi elaborada pela União Internacional para o Controle do Câncer (UICC) (BRASIL, 2014) (INCA, 2015) (HOJE, 2015).

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Elaborar com a equipe de saúde um plano de ações para contribuir na diminuição da incidência de câncer e na qualidade de vida dos pacientes, na comunidade de Lajeado Grande - Santa Catarina.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Realizar ações de promoção da saúde que contribuam para a modificação do estilo de vida de pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de câncer;
- Realizar ações de saúde que contribuam para a melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer, contribuindo na redução das comorbidades e mortalidade associadas;
- Estimular o autocuidado dos pacientes com câncer.



## 3 Revisão da Literatura

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. 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. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Por exemplo, existem diversos tipos de câncer de pele porque a pele é formada de mais de um tipo de célula. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais como pele ou mucosas ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem é chamado de sarcoma. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (metástases) (SASSE, 2015), (SANT'ANA; THULER; REZEND, 2011a).

A maioria dos tipos de câncer tem suas causas ainda desconhecidas, mas 90% dos casos de câncer estão relacionados a fatores ambientais, como cigarro (câncer de pulmão), excesso de sol (câncer de pele), alguns tipos de vírus (leucemia), hábitos alimentares (câncer de mama, câncer de próstata, câncer de esôfago, câncer de estômago, câncer no intestino grosso), alcoolismo (câncer de esôfago, câncer da cavidade bucal), hábitos sexuais (câncer de colo uterino), medicamentos (câncer de bexiga, leucemias, câncer de endométrio), cânceres provocados por exposições ocupacionais, entre outros. Pessoas que têm histórico de câncer na família podem ou não desenvolver a doença, mas há alguns tipos de câncer, como o de mama, estômago e intestino, que podem ter influência genética (LOUREDO, 2015).

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, quer dizer caranguejo. Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C., foi a primeira pessoa, até onde sabemos, a usar uma palavra similar a câncer e a começar a definir de fato a doença tal qual a conhecemos hoje. Foi ele quem concebeu a imagem de um tumor como uma espécie de caranguejo enterrado sob a pele (SANT'ANA; THULER; REZENDE, 2011a).

O aumento do número de casos da doença atualmente leva a crer que antes a doença não se manifestava da mesma forma. No entanto, como revela o oncologista indiano Siddhartha Mukherjee em entrevista para a Revista Veja (autor do livro “O Imperador de Todos os Males” sobre a história do câncer) o câncer tem uma relação contraditória com a qualidade de vida e os avanços da vida moderna: “As pessoas não viviam o suficiente para que a doença se manifestasse de maneira significativa nas populações. A relação do câncer

com a longevidade é direta. Quanto mais vivemos, maiores são os riscos de surgimento da doença. (...) Ao ampliar nosso horizonte de vida, a civilização não causou o câncer, mas permitiu que ele se manifestasse” (MUKHERJEE, 2011).

Embora exista o registro de um dos mais antigos tumores no ser humano (um maxilar com sinais de linfoma, datado como 4.000 A.C.), não há um primeiro registro científico inaugural que fale sobre a doença; pois egípcios, persas e indianos, séculos antes de Cristo, já faziam menções aos tumores malignos. Somente no século XVIII, com os estudos do anatomista italiano Giovanni Battista Morgagni somados ao médico francês Marie François Xavier Bichat, que o câncer passou a ser entendido de forma diferente. O patologista italiano foi responsável por caracterizar o câncer como uma unidade específica localizada em uma parte do corpo e Marie Bichat colaborou para a compreensão que os órgãos tinham em diferentes tecidos que, por sua vez, eram afetados por diferentes tipos de câncer. Ainda neste mesmo período o médico Joseph Claude Anthelme Recamier foi o primeiro a identificar um caso de metástase causada pela corrente sanguínea ou linfática. No final do século XIX, com o aumento dos conhecimentos de técnicas cirúrgicas e o crescente interesse dos médicos pela oncologia, começaram a surgir os primeiros casos de sucesso em procedimentos cirúrgicos como a remoção de um tumor no estômago (1881) e a mastectomia (1890) (MUKHERJEE, 2011),(BARRETOS, 2015),(YARAK, 2011).

A abrangência dessa doença; que atinge pessoas de todas as nacionalidades, idades, raças e classes sociais, fez com que ela se popularizasse como nenhuma outra durante os séculos XX e XXI. Ao mencionar a palavra “câncer”, já existe no imaginário comum uma série de imagens, idéias e sentimentos ligados às etapas do tratamento, às causas da doença e suas formas de prevenção (SANT’ANA; THULER; REZENDE, 2011b).

Sendo a segunda causa de morte no mundo em 2013, atrás apenas de problemas cardiovasculares, o câncer atinge uma proporção cada vez maior de pessoas em todo planeta, inclusive no Brasil, conforme aponta o relatório “O fardo global do câncer 2013”. O câncer de pulmão é o que mais mata na soma de homens e mulheres, com 29 mil vítimas para um total de 213 mil estimadas naquele ano, mas entre os homens os maiores aumentos, tanto de casos quanto de fatalidades, estão sendo registrados na próstata, enquanto entre as mulheres as mamas ainda são o maior motivo de preocupação (ORLANDO; D’ARCADIA, 2016),(INCA, 2015).

De acordo com o levantamento, publicado no periódico “JAMA Oncology”, o número de novos casos de câncer de próstata no Brasil disparou 414% entre 1990 e 2013, passando de 18,7 mil para 96,3 mil casos. E mesmo levando em conta apenas a incidência da doença, isto é, a quantidade de diagnósticos a cada 100 mil habitantes, o que permite descontar fatores como crescimento populacional, o aumento ainda é grande, de 127,9%, tendo ido de 26,52 para 60,44 no mesmo período. Já entre as brasileiras, os diagnósticos de novos casos de câncer de mama quase triplicaram entre 1990 e 2013, de 24,9 mil para 74,6 mil, enquanto a incidência total, somados homens e mulheres, foi de 27,54 por 100

mil habitantes para 40,69, numa alta de 47,7%. Segundo os especialistas, por trás deste fenômeno, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, estariam principalmente dois fatores: o envelhecimento da população e os avanços nos métodos de diagnóstico, o que permite detectar a doença cada vez mais cedo. As pessoas estão vivendo mais, a média de idade da população aumenta, e a maior parte dos principais tumores ocorre com mais frequência nos indivíduos idosos. É esperado, nesse cenário, que o número de casos e mortes por câncer aumente, como já foi observado em vários países desenvolvidos. Mas outro fator muito importante e frequentemente esquecido é que nos últimos 25 anos a tecnologia para detecção de tumores evoluiu bastante. Algumas pessoas que não seriam diagnosticadas décadas atrás têm seu tumor detectado pelas técnicas hoje empregadas, e isso também aumenta o número de novos casos (BRASIL, 2015),(LIMA, 2015),(BAIMA, 2015).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2016 serão válidas também para o ano de 2017 e apontam a ocorrência de aproximadamente 596.070 casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, sendo que desses 49% (205.960) em mulheres e 51% (214.350) em homens, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem contar os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 420.310 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, mama, colorretal, colo do útero, e de pulmão para o sexo feminino, e os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, colorretal e estômago para o sexo masculino (ONCOGUIA, 2015).

Face à magnitude do problema que o câncer representa, seu controle tem sido uma das prioridades de saúde do governo no Brasil, ao longo dos anos. Essa prioridade se traduz na formulação de políticas e na implantação de ações e programas criados pelos gestores do SUS e executados pelos profissionais e trabalhadores da saúde. Atualmente, uma série de políticas sustenta as ações dirigidas ao enfrentamento do câncer no Brasil. De acordo com o Decreto Presidencial nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, compete ao INCA, entre atribuições, participar da formulação da Política Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer. O INCA coordena a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que contempla ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de câncer, a ser implantada em todas as unidades federadas de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. Os serviços de alta complexidade (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia) seguem as orientações da portaria SAS/MS nº 741/2005 (SANT'ANA; THULER; REZEND, 2011b).

As políticas gerais que se aplicam ao controle do câncer são: A Política Nacional de Humanização que define os princípios e estabelece as diretrizes para valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Política Nacional de Atenção Básica que estabelece as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para

o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Política Nacional de Promoção à Saúde que tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais; e Pacto pela Saúde, que é um conjunto de diretrizes operacionais para a consolidação do SUS, constituído por três componentes: Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, que possui objetivos e metas que devem ser repactuados anualmente (SANT'ANA; THULER; REZENDE, 2011c).

Atualmente, o câncer é um dos problemas de saúde pública mais complexos que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, dada a sua magnitude epidemiológica, social e econômica. Ressalta-se que pelo menos um terço dos casos novos de câncer que ocorre anualmente no mundo poderia ser prevenido. A prevenção e o controle da doença são, por esse motivo, prioridades na Agenda da Saúde do Ministério da Saúde (MS). Nesse contexto, um dos compromissos do Instituto Nacional de Câncer (INCA) com a saúde da população brasileira é participar ativamente das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e colaborar na constituição da rede de cuidados integrais à saúde (BRASIL, 2014).

É importante lembrar que muitos tipos de câncer podem ser prevenidos, como o câncer de pele, cânceres causados pelo tabagismo e bebidas alcoólicas e cânceres relacionados à dieta alimentar. Outros tipos de câncer, como o de mama, próstata, cólon, colo de útero, reto, testículo, língua, boca e pele, podem ser detectados no início, quando se faz a prevenção a partir de exames específicos. Lembrando que, quando diagnosticado no início, o câncer tem maiores chances de cura, daí a importância de se fazer o diagnóstico precoce. A mortalidade de um câncer irá depender de alguns fatores, como: tipo de câncer, rapidez com que suas células se multiplicam, capacidade que o organismo da pessoa tem de combater a doença e a existência de um tratamento eficaz. O câncer de próstata já foi considerado letal, mas, hoje em dia, em razão do progresso com os tratamentos, apresenta até 95% de cura (FILHO et al., 2015).

## 4 Metodologia

A metodologia adotada neste trabalho é o projeto-intervenção, a qual fundamenta-se nas bases da pesquisa-ação, que é um tipo de pesquisa social realizada a partir da prática, com estreita associação com uma ação ou com a solução de um problema coletivo, onde as pessoas que idealizam a intervenção e os participantes representativos da situação ou problema estão envolvidas de modo cooperativo ou participativo. No projeto de intervenção objetiva, como metodologia, transformar a realidade (THIOLLENT, 2005).

Para cada objetivo específico, foram elaboradas estratégias para atingi-los, especificando-se as ações, participantes, recursos necessários e o prazo de execução. Para atingir o primeiro objetivo específico, estabelecido neste projeto, serão realizadas as ações de promoção da saúde que contribuam para a modificação do modo e estilo de vida de pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de câncer conforme ações descritas a seguir. As ações para atingir o segundo e o terceiro objetivo estão descritas na sequência.

**Objetivo Específico 1 - Realizar ações de promoção da saúde que contribuam para a modificação do modo e estilo de vida de pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de câncer.**

**Ação 1:** Realizar palestras educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida. (Controle de peso, hábitos alimentares saudáveis, redução do consumo de álcool, abandono do tabagismo, evitar exposição prolongada ao sol entre 10h e 16h, e o uso sempre de proteção adequada, como chapéu, barraca e protetor solar, inclusive nos lábios; evitar o contato, sem proteção, com alguns solventes e produtos utilizados na indústria e na agricultura, prática de exercícios físicos).

Local de realização: Unidade básica de saúde de Lajeado Grande.

Público-alvo: Pacientes com fatores de risco residentes na área de abrangência do posto de saúde de Lajeado Grande.

Recursos: sala de consulta do Posto de Saúde de Lajeado Grande, material educativo.

Responsáveis: posto de saúde e ACS.

Prazo de Execução: Junho 2016 (início) a Setembro 2016 (final).

**Objetivo Específico 2 - Realizar ações de saúde que contribuam a melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer, contribuindo na redução das comorbidades e mortalidades associadas.**

**Ação 1:** Rastrear o câncer em indivíduos com fatores de risco, pelo menos uma vez ao ano, na consulta e nas visitas domiciliares.

Local de realização: Domicílio do paciente e Sala de consulta.

Público-alvo: Pacientes com fatores de risco.

Recursos: sala de consulta do Posto de Saúde de Lajeado Grande, estetoscópio, dermatoscópio, kit de preventivo.

Responsáveis: unidade básica de saúde e ACS

Prazo de Execução: Março 2016 (início) a Dezembro 2016 (final)

**Ação 2:** Acompanhar continuamente os pacientes com Câncer por meio de consultas agendadas e controle do tratamento não medicamentoso e medicamentoso, exames preventivos, e identificação de possíveis metástases.

Local de realização: Sala de consulta.

Público-alvo: Pacientes com câncer residentes na área de abrangência do posto de saúde de Lajeado Grande.

Recursos: sala de consulta do Posto de Saúde de Lajeado Grande, exames preventivos, dermatoscópio, esfigmomanômetro e estetoscópio.

Responsáveis: unidade básica de saúde e ACS

Prazo de Execução: Março 2016 (início) a Dezembro 2016 (final).

**Objetivo Específico 3 - Realizar ações de saúde para estimular o autocuidado dos pacientes com câncer, contribuindo na redução das comorbidades e mortalidades associada.**

**Ação 1:** Realizar atividades educativas individuais ou em grupos com os pacientes com câncer com o objetivo de aumentar seus conhecimentos sobre a doença o tratamento e o controle da mesma.

Local de realização: Sala de consulta

Público-alvo: Pacientes com câncer residentes na área de abrangência do posto de saúde de Lajeado Grande.

Recursos: sala de consulta da unidade básica de Saúde de Lajeado Grande.

Responsáveis: Médico, enfermeira e ACS

Prazo de Execução: Março 2016 (início) a Dezembro 2016 (final)

**Ação 2: Conversar sobre as principais complicações do câncer.**

Local de realização: Sala de consulta

Público-alvo: Hipertensos residentes na área de abrangência do posto de saúde de Lajeado Grande.

Recursos: sala de consulta da unidade Básica de Saúde de Lajeado Grande.

Responsáveis: Médico, enfermeira e ACS

Prazo de Execução: Março 2016 (início) a Dezembro 2016 (final)

## 5 Resultados Esperados

Após a realização das ações previstas para este projeto de intervenção, espera-se atingir os seguintes resultados esperados: modificação do modo e estilo de vida dos pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento do câncer por meio de ações de promoção de saúde, aumento do número de consultas dos pacientes com câncer para atingir o controle do câncer com redução das comorbidades e mortalidades associadas; e aumento do conhecimento dos pacientes com câncer sobre sua doença e a importância de seu autocuidado.

A avaliação dos resultados esperados será realizada segundo os indicadores descritos na Tabela 1.

É importante destacar que a avaliação é importante para que a equipe de saúde consiga verificar o alcance das ações, o que poderá requerer um novo planejamento ou estratégias para que se atinjam os objetivos inicialmente propostos.

Tabela a – Avaliação dos resultados esperados do projeto de intervenção

<b>Objetivo específico</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Indicador de avaliação</b>	<b>Crítérios</b>
Realizar ações de promoção da saúde que contribuam para a modificação do modo e estilo de vida de pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento de câncer.	Modificação do modo e estilo de vida dos pacientes com fatores de risco para o desenvolvimento do câncer através de ações de promoção de saúde	Realização quinzenal de atividades de promoção de saúde na comunidade com os pacientes com fatores de risco	Sim = ótimo Não = ruim
Realizar ações de saúde que contribuam a melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer, contribuindo na redução das comorbidades e mortalidades associadas.	Aumentar o número de consultas dos pacientes com câncer para atingir o controle do câncer com redução das comorbidades e mortalidades associadas.	Número de pacientes com três consultas anuais.	100% - Excelente 81-99% - Bom 61-80% - Regular Menos 60% - Ruim.
Estimular o autocuidado dos pacientes com câncer.	Ampliar o conhecimento dos pacientes com câncer sobre sua doença e a importância de seu autocuidado	% de pacientes orientados quanto sua doença e autocuidado	100% - Excelente 80% - Regular 60% - Ruim.

## Referências

- BAIMA, C. Incidências de câncer de próstata e de mama tiveram aumento dramático no país. *O Globo*, p. 1–1, 2015. Citado na página 17.
- BARRETOS, H. de Câncer de. *Câncer: uma doença e sua história*. 2015. Disponível em: <<https://www.hcancerbarretos.com.br/82-institucional/noticias-institucional/368-cancer-uma-doenca-e-sua-historia>>. Acesso em: 28 Jan. 2016. Citado na página 16.
- BRASIL, B. *Estimativa 2014 Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Flama, 2014. Citado 3 vezes nas páginas 11, 12 e 18.
- BRASIL, P. *Brasil estima 576 mil novos casos de câncer em 2015*. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/02/brasil-estima-576-mil-novos-casos-de-cancer-em-2015>>. Acesso em: 28 Jan. 2016. Citado na página 17.
- FILHO, D. R. S. de O. et al. *Diagnóstico Precoce e Tratamento*. 2015. Disponível em: <<http://www.prevencaodecancer.com.br/nossa-equipe.htm>>. Acesso em: 28 Jan. 2016. Citado na página 18.
- HEGADOREN, K. M. et al. Mortalidade por câncer de colo uterino, 1996-2011, santa catarina, brasil. *Texto Contexto - Enfermagem*, v. 23, n. 4, p. 836–844, 2014. Citado na página 11.
- HOJE, C. *Estatísticas do câncer no Brasil*. 2015. [Http://www.hcancerbarretos.com.br/82-institucional/noticias-institucional/1300-informacao-saiba-quais-sao-os-tipos-de-cancer-mais-comuns-no-brasil](http://www.hcancerbarretos.com.br/82-institucional/noticias-institucional/1300-informacao-saiba-quais-sao-os-tipos-de-cancer-mais-comuns-no-brasil). Disponível em: <<http://www.cancerhoje.com.br/paciente/fiquepordentro/?id=251>>. Acesso em: 16 Jan. 2015. Citado na página 12.
- INCA. *Vigilância do Câncer e de Fatores de Risco*. 2015. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/vigilancia/index.asp>>. Acesso em: 13 Jan. 2016. Citado 3 vezes nas páginas 11, 12 e 16.
- LIMA, D. E. M. A. *ESTATÍSTICAS DO CÂNCER NO BRASIL*. 2015. Disponível em: <[http://www.oncomedbh.com.br/site/?menu=Informa{\char"0025\relax}E7{\char"0025\relax}F5es&submenu=Fique{\char"0025\relax}20por{\char"0025\relax}20dentro&i=28](http://www.oncomedbh.com.br/site/?menu=Informa%20E7F5es&submenu=Fique%20por%20dentro&i=28)>. Acesso em: 28 Jan. 2016. Citado na página 17.
- LOUREDO, P. *Câncer*. 2015. Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/doencas/cancer.htm>>. Acesso em: 28 Jan. 2016. Citado na página 15.
- MUKHERJEE, S. *O Imperador de Todos os Males*. India: Companhia das letras, 2011. Citado na página 16.
- ONCOGUIA, I. *Estimativas de Câncer no Brasil*. 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estimativas-no-brasil/1705/1/>>. Acesso em: 28 Jan. 2016. Citado na página 17.

- ORLANDO, M.; D'ARCADIA, J. G. 4 tipos de tumor respondem por 39% dos casos de câncer. *Comércio do Jahu*, p. 1–1, 2016. Citado na página 16.
- SAKAGUTI, S. A. K. Tabagismo, consumo de álcool e câncer de cabeça e pescoço nas regiões sudeste, sul e centro-oeste do Brasil, ano. São Paulo, n. 124, 2013. Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da USP. Citado na página 11.
- SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZEND, M. C. R. O que é o câncer. In: SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZENDE, M. C. R. (Ed.). *ABC do Câncer Abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica/CEDC, 2011. p. 15–34. Citado na página 15.
- SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZEND, M. C. R. Políticas, ações e programas para o controle do câncer no Brasil: As políticas específicas relacionadas ao controle do câncer. In: SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZENDE, M. C. R. (Ed.). *ABC do Câncer Abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica/CEDC, 2011. p. 94–94. Citado na página 17.
- SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZENDE, M. C. R. *ABC do Câncer Abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica/CEDC, 2011. Citado na página 15.
- SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZENDE, M. C. R. Magnitude do problema. In: SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZENDE, M. C. R. (Ed.). *ABC do Câncer Abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica/CEDC, 2011. p. 35–45. Citado na página 16.
- SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZENDE, M. C. R. Políticas, ações e programas para o controle do câncer no Brasil: As políticas gerais que se aplicam ao controle do câncer. In: SANT'ANA, D. R.; THULER, L. C. S.; REZENDE, M. C. R. (Ed.). *ABC do Câncer Abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica/CEDC, 2011. p. 90–93. Citado na página 18.
- SASSE, A. D. *E-Câncer Informações para uma vida melhor*. 2015. Disponível em: <<http://andre.sasse.com/autor.htm>>. Acesso em: 28 Jan. 2016. Citado na página 15.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez, 2005. Citado na página 19.
- YARAK, A. Livro traça a história milenar do câncer - e da guerra contra ele. *Veja*, v. 4, p. 1–5, 2011. Citado na página 16.