



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

EDNALDO FRANCISCO SANTOS OLIVEIRA JÚNIOR

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
PELE

TERESINA
2013

EDNALDO FRANCISCO SANTOS OLIVEIRA JÚNIOR

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
PELE

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de
Mestrado Profissional em Saúde da Família do
Centro Universitário UNINOVAFAP, como
parte dos requisitos necessários à obtenção do
título de Mestre em Saúde da Família.

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: A saúde da família no ciclo
vital

Orientador: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety

TERESINA
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

O48e OLIVEIRA JÚNIOR, Ednaldo Francisco Santos

Educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele / Ednaldo Francisco Santos Oliveira Júnior. Teresina: UNINOVAFAPI, 2013.

Dissertação – Mestrado Profissional em Saúde da Família. Orientador: Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety.

89 f.: il.; 22x17 cm.

1. Educação em saúde. 2. Câncer de pele. 3. Prevenção. 4. Saúde da família. I. Título II. TAPETY, Fabrício Ibiapina.

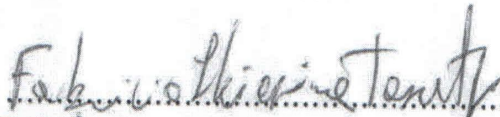
CDD 391.407 081 22

EDNALDO FRANCISCO SANTOS OLIVEIRA JUNIOR

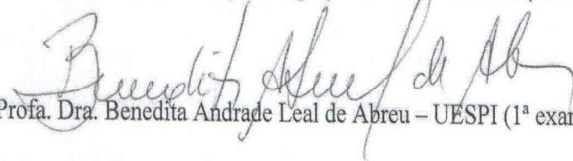
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
PELE

Trabalho de Conclusão de Mestrado - TCM
apresentado à Coordenação do Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família do Centro
Universitário UNINOVAFAPI como requisito para
obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Data de Aprovação: 17/06/13



Prof. Dr. Fabricio Ibiapina Tapety – UNINOVAFAPI (Presidente)



Profa. Dra. Benedita Andrade Leal de Abreu – UESPI (1ª examinadora)



Dra. Maria Eliete Batista Moura – UNINOVAFAPI (2ª examinadora)



Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
UNINOVAFAPI - Suplente

DEDICATÓRIA

Ao meu PAI, grande Filósofo pós-graduado, Ednaldo Oliveira, homem honesto e trabalhador que nunca mediu esforços para me educar e me tornar um cidadão de bem; além de tudo me ensinou que diante das adversidades da vida que é necessário lutar e que perder ou vencer, é apenas um detalhe.

Pai, obrigado por todas as renúncias em prol de nossa educação.

À minha MÃE, mulher digna e humilde, pelo exemplo de amor incondicional a mim e meus irmãos e que nunca mensurou esforço nenhum para nos dedicar sempre muita atenção e amor.

Aos meus IRMÃOS, Yammara e Édipo, por sempre estarem comigo nos momentos agradáveis e de dificuldade também, me apoiando sempre quando mais precisei.

Ao meu SOBRINHO, Lucas, o qual considero um filho e do qual me orgulho muito por ser uma criança tão educada, estudiosa, carinhosa e companheira.

Ao meu FILHO, Yann Luca, maior fonte de inspiração do meu trabalho, dos meus estudos e da minha vida por quem eu seria capaz de fazer simplesmente tudo para vê-lo sorrindo e feliz. Meu filhote, que Deus lhe conserve este ser humano lindo, saudável, alegre e inteligente! Que Deus te abençoe sempre! Papai te ama!

À minha amada ESPOSA, Andresa Sampaio, pela presença constante e pelo incentivo na concretização deste sonho. Obrigado princesa, pelo amor, compreensão, partilha e amizade!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao Pai Divino, nosso DEUS, pelo seu amor infinito e por me privilegiar de muita saúde, força e sabedoria para poder conduzir e realizar este trabalho que em muitos momentos parecia inalcançável.

Ao meu Professor, orientador e amigo, Dr. Fabrício Tapety, que com valiosas contribuições me orientou com muito esmero e sabedoria. Obrigado por compartilhar comigo seus ensinamentos sempre oportunos e esclarecedores.

Aos professores do Curso de Mestrado em Saúde da Família da UNINOVAFAPI que com muito empenho colaboraram, cada um ao seu modo, para a concretização deste trabalho.

Aos professores doutores Fabrício Tapety, Maria Eliete e Benedita Abreu por tão gentilmente aceitarem fazer parte da minha Banca de Qualificação e de Defesa da Dissertação com valiosas contribuições.

Ao Prof. Sérgio Freitas, amigo e eterno mestre, que sempre depositou em mim palavras de incentivo e, acima de tudo, por confiar no meu potencial e na minha capacidade profissional me ensinando e me dando oportunidades para crescer na vida acadêmica, profissional e como ser humano.

À Prof^a. Idna Barros, que desde a fase de pré-projeto colaborou imensamente com suas sugestões.

Ao “maninho” Luís, por colaborar intensamente na realização deste trabalho com muita sabedoria, paciência e dedicação. Meus sinceros agradecimentos!

Aos meus alunos do Curso de Tecnologia em Radiologia da UNINOVAFAPI e IFPI por compartilharem comigo esta felicidade e torcerem por mim.

Aos colaboradores do Hospital São Marcos e pacientes, que se colocaram sempre à disposição para me ajudar nesta pesquisa.

Aos demais familiares e amigos que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

*“Não venci todas as lutas que tive,
mas perdi todas as vezes que deixei de lutar”.*

(Cecília Meireles)

RESUMO

A prevenção do câncer de pele surge com a necessidade de estruturar ações de rastreamento para o diagnóstico precoce que possibilitará a redução de sua incidência. Atualmente o câncer de pele apresenta-se como o tipo de câncer mais comum no Brasil e sua elevada frequência permite considerá-lo como relevante problema de saúde pública no país. O estudo tem como objetivo avaliar a qualidade e as condições de Educação em Saúde fornecidas pela atenção básica na Estratégia Saúde da Família aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um centro oncológico situado na cidade de Teresina/PI, considerado de referência para o diagnóstico e tratamento do câncer em todo o Nordeste. A população do estudo foi formada por pacientes com CID (Código Internacional de Doenças) respectivo a câncer de pele e que passaram por acompanhamento terapêutico radioterápico. O procedimento analítico e o tratamento dos dados se deram com base em um plano geral de análise e tratamento, utilizando-se a técnica da análise de conteúdo categorial temática de Bardin. O critério de definição do tamanho da amostra foi o de saturação de palavras. Os dados foram coletados por meio de gravação em áudio com auxílio de um equipamento de MP3, transcritos na íntegra e autorizados pelos participantes. O estudo constatou que os pacientes entrevistados são pertencentes a um grupo de alto risco por estarem diariamente expostos aos raios ultravioletas e por manter comportamentos de vida que precisam ser mudados. Contudo, os indivíduos estudados apresentam cognição em compreender a gravidade do câncer da pele e os meios de prevenção da doença. Porém, precisam de auxílio por parte de equipes da Estratégia Saúde da Família para conseguirem um bom desenvolvimento quanto à proteção contra os raios solares. A educação em saúde voltada para a prevenção do câncer de pele foi relatada apenas por um número mínimo de entrevistados, sendo essas informações fornecidas somente por agentes comunitários de saúde. A proteção contra a exposição solar, seu principal fator de risco, ainda não é prática muito difundida na população comprovando-se a necessidade cada vez maior de conhecimentos envolvendo o tema Educação em Saúde. Conclui-se que a qualidade e as condições de Educação em Saúde na prevenção do câncer de pele prestadas pela atenção primária na Estratégia Saúde da Família parecem ser de baixa qualidade ou inexistentes.

Palavras-chave: Educação em saúde. Prevenção. Câncer de pele.

ABSTRACT

Prevention of skin cancer arises from the need to structure actions tracking for early diagnosis will enable the reduction of its incidence. Currently skin cancer presents itself as the most common type of cancer in Brazil and its high frequency allows to consider it as important public health problem in the country. The study aims to evaluate the quality and conditions of health education provided by primary care in the Family Health Strategy to patients diagnosed with skin cancer. This is a descriptive study with a qualitative approach. The study was conducted in an oncology center located in Teresina / PI, considered reference for the diagnosis and treatment of cancer throughout the Northeast. The study population consisted of patients with ICD (International Classification of Diseases) related to skin cancer and who underwent therapeutic monitoring radiotherapy. The analytical procedure and data processing is given based on a general framework of analysis and treatment, using the technique of content analysis of Bardin thematic category. The criterion for defining the sample size was the saturation of words. Data were collected through audio recording with the aid of a device MP3, transcribed and approved by the participants. The study found that patients are interviewed in a group at high risk for being exposed daily to ultraviolet rays and maintain lifestyle behaviors that must be changed. However, individuals have studied cognition in understanding the severity of skin cancer and ways to prevent the disease. But need assistance by teams of the Family Health Strategy to achieve a good development as protection against sunlight. Health education aimed at the prevention of skin cancer was reported by only a minimum number of respondents, this information is only provided by community health workers. Protection from sun exposure, its main risk factor, is not yet widespread practice in population proves the growing need of knowledge involving the theme Health Education concluded that the quality and conditions of Education Health in the prevention of skin cancer provided by primary care in the Family Health Strategy appear to be poor or non-existent.

Keyword: Health Education. Prevention. Skin cancer.

RESUMÉN

Prevención del cáncer de piel que surge con la necesidad de acciones de la estructura de seguimiento para el diagnóstico precoz que permita la reducción de su impacto. Actualmente, el cáncer de piel es que el tipo más común de cáncer en Brasil y su alta frecuencia hace posible considerarlo como un problema importante de salud pública en el país. El estudio pretende evaluar la calidad y las condiciones de educación para la salud proporcionados por atención primaria en la estrategia de salud de la familia para los pacientes con un diagnóstico de cáncer de piel. Este es un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo. El estudio se realizó en un centro de cáncer localizado en la ciudad de Teresina, en referencia a la diagnosis y el tratamiento del cáncer en todo el noreste. La población de estudio fue formada por los pacientes con DCI (código internacional) correspondiente a cáncer de la piel y que experimentaron la terapia de radiación de seguimiento. El procedimiento de prueba y el tratamiento de los datos se basaron en un análisis general y plan de tratamiento, utilizando la técnica de análisis de contenido temático Bardin categorial. La definición del tamaño de la muestra fue la saturación de la palabra. Los datos fueron recogidos por medio de grabación con la ayuda de un MP3 de audio, transcrita en su totalidad y aprobados por los participantes. El estudio halló que los pacientes entrevistados son pertenecientes a un grupo de alto riesgo porque diariamente están expuestos a los rayos ultravioletas y para el mantenimiento de comportamientos de vida que necesitan ser cambiadas. Sin embargo, los individuos estudiados muestran la cognición en la comprensión de la gravedad del cáncer de piel y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, necesitan ayuda de los equipos de la estrategia de salud de la familia para lograr un buen desarrollo en cuanto a la protección contra los rayos del sol. La educación para la salud para la prevención del cáncer de piel se informó sólo por un número mínimo de participantes, siendo esta información proporcionada sólo por agentes de salud comunitarios. Protección contra la exposición al sol, su principal factor de riesgo, aún no es práctica muy extendida en demostrar la necesidad de conocimiento que implica la educación de la salud del tema. Se concluye que la calidad y las condiciones de educación para la salud en la prevención del cáncer de piel de atención primaria en la estrategia de salud de la familia parecen ser de baja calidad o inexistentes.

Palabra clave: Educación para la salud. Prevención. Cáncer de piel.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CBC - Carcinoma Basocelular

CEC - Carcinoma Espinocelular

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CID - Código Internacional de Doenças

CPM - Câncer de Pele Melanoma

CPNM - Câncer de Pele Não Melanoma

ESF - Estratégia Saúde da Família

INCA - Instituto Nacional de Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SBD - Sociedade Brasileira de Dermatologia

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Contextualização do problema	13
1.2	Objeto do estudo	16
1.3	Objetivos	17
1.4	Justificativa e relevância do estudo	17
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	19
2.1	Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais	19
2.2	Câncer de pele	20
2.2.1	Câncer de pele melanoma	22
2.2.2	Câncer de pele não melanoma	23
2.3	Prevenção do câncer de pele	24
3	CAMINHO METODOLÓGICO	26
3.1	Tipo de estudo	26
3.2	Cenário do estudo	26
3.3	Sujeitos do estudo	27
3.4	Aspectos éticos	28
3.5	Produção dos dados	28
3.6	Análise dos dados	29
4	RESULTADOS E ANÁLISE	33
4.1	Manuscrito 1 - Assistência ao paciente com diagnóstico de câncer de pele na Estratégia Saúde da Família	33
4.2	Manuscrito 2 - Educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele	52

4.3	Produto 1 - Folheto com orientações aos pacientes	71
4.4	Produto 2 - Cartilha com orientações aos pacientes	72
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
	APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	86
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNINOVAFAPÍ VIA PLATAFORMA BRASIL	87
	ANEXO B – PARECER CEP – HOSPITAL SÃO MARCOS	88
	ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A DADOS DA PESQUISA (HOSPITAL SÃO MARCOS)	89

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O presente estudo reúne reflexões sobre práticas educativas com ênfase para a educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele. A Estratégia Saúde da Família (ESF) vista como objeto de educação em saúde, tem como papel principal uma prática educativa voltada para a promoção da saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais.

Porquanto, ser um tema que cada vez mais vem ocupando espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde, especialmente, os que atuam na área da saúde pública. Desta forma, buscou-se uma interação entre educador e educando com a finalidade não apenas de informar, mas principalmente de trocar experiências e conhecimentos que favoreçam a promoção de hábitos saudáveis de vida (CONVERSANI, 2004).

Com a evolução das políticas públicas de saúde e a conseqüente busca de melhoria de vida da população foram incorporados conceitos de práticas de saúde, desenvolvidos a partir do princípio de que a educação é capaz de gerar hábitos de vida saudáveis, fato que deu início a um novo movimento, o da Educação em saúde. (BUSS, 2003).

Nesse contexto, observa-se que para implementar a Educação em saúde alguns mecanismos podem efetivamente contribuir como conhecimento, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde. Para isso é necessário que essa prática interpessoal seja realizada por profissionais bem treinados com capacidade para produzir mudanças rápidas na saúde (BUSS, 1999).

Observando que as políticas de saúde atualmente vigentes no Brasil embora ainda preservem traços do modelo de saúde privatista, caminham em busca de outra realidade com destaque para ações de prevenção das doenças e promoção da saúde, tendo como foco de ação, a melhoria da qualidade de vida por meio de uma maior interação entre os vários profissionais de saúde e a população (BRASIL, 2006).

Como exemplo de uma entre várias dessas interações, dados do Ministério da Saúde apontam que em 2012 essa patologia atingiu índices de 52% em relação aos

últimos três anos. Com isso, surge a necessidade cada vez maior de estruturar ações de rastreamento para o diagnóstico precoce dessa doença possibilitando a redução de sua incidência entre as populações, uma vez que o câncer de pele apresenta-se como o tipo de câncer mais comum no Brasil e sua elevada frequência permite ser considerado como relevante problema de saúde pública no país (BRASIL, 2012).

No Brasil, as estimativas para o ano de 2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de câncer da pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. Sem os casos de câncer da pele não melanoma, estima-se um total de 385 mil casos novos. Os tipos mais incidentes serão os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto e estômago para o sexo masculino; e os cânceres de pele não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto e glândula tireóide para o sexo feminino. São esperados um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Confirma-se a estimativa que o câncer da pele do tipo não melanoma (134 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (60 mil), mama feminina (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (18 mil) (INCA, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o câncer de pele é o tumor maligno mais freqüente entre a população mundial. Os dados da OMS apontam que cerca de 50% das pessoas de pele branca com mais de 65 anos desenvolverão um câncer de pele e 25% terão mais do que um tumor deste tipo no decorrer de sua vida. O país que mais tem câncer de pele é a Austrália, especialmente na região da Tasmânia. Estudos da OMS constatarem ser uma tendência o câncer de pele atingir pessoas cada vez com menor idade. Pois, as pessoas se expõem excessivamente ao sol ainda na infância, com isso já não são raros tumores de pele em pessoas de 25 a 30 anos (OMS, 2012).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o câncer de pele não melanoma é o mais incidente no Brasil em ambos os sexos, mesmo considerando-se que estes índices podem estar subestimados pelo fato de que muitas lesões suspeitas serem retiradas sem diagnóstico. Em alguns casos pode levar a deformidades físicas e ulcerações graves, conseqüentemente, onerando os serviços de saúde (INCA, 2013).

Este tipo de câncer apresenta ainda a propriedade de possuir baixa letalidade, sendo esse um tumor relativamente fácil de diagnosticar precocemente, porque está exposto e facilmente visível (SABBI, 2000).

De acordo com a Fundação Municipal de Saúde (FMS) em Teresina, as neoplasias malignas gerais representaram a segunda maior causa de morte em residentes da capital do Piauí, apresentando um total de 466 óbitos no ano de 2011. Estes valores correspondem a uma taxa de mortalidade de 59 para cada 100.000 habitantes representando 12,67% dos óbitos da população da cidade (FMS, 2012).

Os dados do INCA apontam números de casos novos de câncer de pele melanoma e não melanoma para homens e mulheres em Teresina e Piauí no ano de 2012. Para a capital Teresina, foi de 60 novos casos entre os homens e de 120 novos casos entre as mulheres. Estes valores correspondem a um risco de 17 casos novos para cada 100 mil homens e 28 casos novos para cada 100 mil mulheres. Para o Estado do Piauí, foi de 530 novos casos entre os homens e de 820 novos casos entre as mulheres. Estes valores correspondem a um risco de 32,56 casos novos para cada 100 mil homens e 48,88 casos novos para cada 100 mil mulheres (INCA, 2013).

A informação sobre a distribuição, a incidência e a mortalidade por câncer é de fundamental importância para o conhecimento epidemiológico sobre a ocorrência da doença, desde seus aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo específico de neoplasia maligna. Este conhecimento possibilita gerar hipóteses causais e avaliar os avanços científicos em relação às possibilidades de prevenção e cura, bem como a resolutividade da atenção à saúde. O estabelecimento de medidas efetivas de controle também deve ser feito com base em informações de qualidade sobre a ocorrência dos tumores malignos nas diferentes regiões geográficas (MOREIRA *et al.*, 2006).

A prevenção do câncer de pele, inclusive os melanomas, inclui ações de atenção primária por meio de proteção contra luz solar, que são efetivas e de baixo custo. A educação em saúde, tanto para profissionais quanto para a população em geral, no sentido de alertar para a possibilidade de desenvolvimento de câncer de pele e de possibilitar o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade, é outra estratégia internacionalmente aceita. Mesmo que de fácil tratamento em fase inicial e de rara mortalidade, as consequências do câncer de pele não tratado ou tardiamente diagnosticado têm importante impacto individual e

na saúde pública. O custo elevado do tratamento e a deterioração da qualidade de vida, em decorrência de seqüelas psicológicas e físicas, denotam a importância do diagnóstico precoce (SBD, 2006).

A prevenção e o controle do câncer precisam adquirir uma atenção especial por parte da comunidade e dos governantes obtendo o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois, quando o número de casos novos aumentarem de forma rápida, não haverá recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Então mais e mais pessoas terão câncer e correrão o risco de morrer prematuramente por causa da doença. As conseqüências poderão ser devastadoras nos aspectos sociais e econômicos. O câncer pode se tornar um grande obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico de países emergentes como o Brasil (INCA, 2012).

O enfrentamento do câncer no país depende de um grande esforço de colocá-lo como uma questão prioritária de Saúde Pública, os dados supracitados são imprescindíveis para que se possa elaborar uma política de controle efetiva com especificidades regionais e possibilidade de aprimoramento permanente. É fundamental a conscientização do governo brasileiro nos seus mais diferentes níveis de gestão em saúde pública e da população como um todo, da importância da prevenção do câncer de pele, além da necessidade de conduzirem estudos epidemiológicos precisos e detalhados para orientar um programa regionalizado de controle de mortalidade por câncer de pele, levando-se em conta que a incidência de radiação solar é bastante intensa no território brasileiro.

Considerando o conceito de saúde como algo além de ausência de doença, as discussões em torno da questão de como educar indivíduos e grupos para que estes atinjam um nível desejável de saúde tem gerado propostas de mudança nas formas mais tradicionais de se educar em saúde. É na perspectiva dessa problemática que tem sido repensada a Educação em saúde e observa-se a necessidade de estabelecer estudos que relacionem Educação em Saúde e prevenção do câncer de pele.

1.2 Objeto do estudo

Educação em Saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele.

1.3 Objetivos

Com o foco desse estudo acima pré-definido, geram-se os objetivos com singular importância na verificação das ocorrências de câncer, quais sejam: caracterizar os sujeitos do estudo conforme dados sócios demográficos; avaliar a qualidade e as condições de Educação em Saúde fornecidas pela atenção básica aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele; descrever a educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele; discutir como o paciente com diagnóstico de câncer de pele é capacitado para ter maior controle sobre a sua saúde; analisar como o paciente com diagnóstico de câncer de pele participa do processo de tomada de decisões no seu tratamento; elaborar material educativo (cartilha/folheto) com orientações básicas sobre prevenção de câncer de pele.

1.4 Justificativa e Relevância do estudo

O estudo surgiu com o anseio de conhecer e compreender práticas educativas em saúde, em especial, na prevenção do câncer de pele, bem como, iniciar uma discussão e reflexão em relação ao entendimento sobre medidas preventivas da doença que acomete uma parcela considerada da população.

O interesse pela temática foi intensificado a partir da verificação de que na literatura poucos estudos são relatados levando em consideração a experiência profissional na área oncológica e através de observações empíricas é possível observar por meio de relatos dos pacientes a ausência de medidas de prevenção primária do câncer, em especial, para o câncer de pele.

A área da Educação em saúde é pouco explorada quanto à identificação de ações desenvolvidas por equipes de ESF, aonde se verifica uma baixa frequência de atividades. Esse estudo observou ainda que as atividades educativas quando são desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família pelas equipes, em grande parte contam de atividades realizadas de modo muito limitado, com temas prontos, permitindo pouca interação com a população.

Partindo desse enfoque, este estudo vem proporcionar conhecimentos e divulgação de informações regionais sobre câncer da pele, fornecendo subsídios para levantamentos mais amplos e proveitosos da região em específico e de forma geral, do país. Preenchendo assim, uma grande lacuna que é a falta de informações

médicas de uma maneira geral, o que acontece principalmente no Estado do Piauí, devido à carência de trabalhos sobre o tema ora abordado.

O estudo do câncer da pele não é consequência apenas da frequência e gravidade em um diagnóstico tardio, mas, sobretudo, da evolução dessa frequência que tem vindo a aumentar ao longo dos tempos e em nível mundial.

Com a adoção da metodologia utilizada neste estudo, e com as indispensáveis reflexões e articulações que foram feitas no decorrer do desenvolvimento de todo o trabalho, este estudo traz não apenas informações sobre o tema pesquisado, mas principalmente possibilidades de criar um corpo de novos conhecimentos sobre o mesmo. Espera-se que este estudo desperte no profissional que realiza a assistência na Estratégia Saúde da Família (ESF) a necessidade de desenvolver um melhor conhecimento que seja capaz de transferir para o indivíduo a relevância que tem os aspectos preventivos inerentes à patologia em questão.

Espera-se ainda que os resultados obtidos forneçam embasamento tanto para futuros estudos, quanto para políticas de saúde voltadas à atenção primária e que tragam contribuições para gerar informações substanciais de prevenção.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais

O Programa Saúde da Família (PSF) teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando incentivar a implantação de um novo modelo de atenção primária que trate especificamente da maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde. O PSF visa fundamentalmente a Promoção em Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade.

O PSF recentemente passou a ser referido pelo Ministério da Saúde como Estratégia Saúde da Família (ESF) e dentro de todas as atribuições e ações que competem aos profissionais que atuam nessa estratégia, têm-se a Educação em Saúde, que figura como uma prática prevista e atribuída a todos aqueles que compõem a equipe. A ESF é uma política de saúde atualmente implementada na maioria dos municípios brasileiros que prioriza dentre outras ações, a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua. Dentre os objetivos da ESF destaca-se a produção social da saúde que deve ser realizada por meio da troca de informações e experiências entre as equipes do programa e a comunidade, utilizando a Educação em Saúde como meio mais adequado na interação dos conhecimentos (CARVALHO, 2009).

Entende-se Educação em saúde como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias inerentes à saúde. A Educação em saúde constitui-se como atividades técnicas voltadas para a saúde com o objetivo de organizar o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico e a comunidade (CANDEIAS, 1997).

Cecílio (2006), em relação às práticas de educação em saúde vigentes no país, afirma que, mesmo com os avanços ocorridos, ainda prevalece o desenvolvimento de ações que focalizam freqüentes realizações de campanhas contra doenças específicas, baseadas na utilização exclusiva dos meios de comunicação de massa. O autor ainda faz críticas aos programas de educação em saúde que se limita apenas à produção e distribuição de material escrito e

audiovisual tendo em vista que apenas esse enfoque não será capaz de mudar o comportamento dos indivíduos e de mudar suas práticas tradicionais em saúde, interferindo e dificultando melhorias na qualidade de vida e saúde.

2.2 Câncer de pele

Durante a primeira metade do século XX, o câncer era visto como uma doença não muito preocupante, em virtude de praticamente todas as atenções estarem voltadas para as doenças infectocontagiosas que atingiam a maior parte da população, em especial, as camadas mais pobres. A partir de 1920 quando surgiram no Brasil as primeiras ações contra o câncer houve a criação de alguns hospitais especializados em grandes cidades do Sudeste, como Rio de Janeiro e São Paulo, além da elaboração de campanhas de educação sanitária enfatizando a necessidade de detecção precoce da doença e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Somente, em 1935, no Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer, surgiram as primeiras propostas de enfrentamento da doença no país (TEIXEIRA, 2011).

Desde 1960 que as doenças infecciosas e parasitárias passaram a não ter tanta incidência, modificando dessa forma o perfil das enfermidades que acometem a população e deixando de serem doenças com maior índice de mortalidade no mundo, sendo substituída pelas doenças do aparelho respiratório e pelas neoplasias. Essa progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, conhecida como transição epidemiológica, tem como principal fator o envelhecimento da população, resultante do intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (INCA, 2012).

A palavra câncer vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo, e foi utilizado pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.C. O termo câncer é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações que têm em comum o crescimento desordenado de células que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos. Essa doença apresenta-se como a segunda causa de morte no Brasil, precedido apenas pelas doenças cardiovasculares, cada vez mais confirmando os padrões de incidência e mortalidade dos países desenvolvidos. O Brasil possui características evolutivas da doença caracterizadas pela grande

desinformação da população em geral e acesso precário às instituições de saúde especializadas (TUCUNDUVA *et al.*, 2004; GUTIERREZ *et al.*, 2009).

As diferentes regiões do Brasil refletem uma situação de desigualdade em relação à distribuição dos diversos tipos de neoplasias malignas. Isso se justifica pela heterogeneidade cultural, demográfica, socioeconômica e política, além das populações serem submetidas a fatores de risco diferentes. Também são distintos, nas diversas regiões pela qualidade da assistência prestada, nível de informações fornecidas e a capacidade diagnóstica (POPIM *et al.*, 2008).

O câncer no Brasil apresenta aos estudiosos, diferenças regionais importantes, alterando drasticamente todos os índices de incidência de câncer como um todo ou, de cada histologia ou sítio primário. A mortalidade por câncer se modifica significativamente de Estado para Estado, e até de instituição de saúde para outra no mesmo Estado, ou na mesma cidade. As diferenças regionais de fatores de risco (fumo dieta, exposição à radiação, higiene, etc.) afetam claramente a ocorrência de cada tumor regionalmente (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2011).

Segundo INCA (2012), uma célula normal pode sofrer uma mutação genética, ou seja, alterações no DNA dos genes. As células cujo material genético foi alterado passam a receber informações erradas para as suas atividades. Independentemente da exposição a agentes cancerígenos ou carcinógenos, as células sofrem processos de mutação espontânea, que não alteram seu desenvolvimento normal. As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que, a princípio, são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes transformam-se em oncogênese, responsáveis pela malignização das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas (INCA, 2012).

A pele representa o maior órgão do corpo humano, estando dividida essencialmente em três camadas: a epiderme (epitélio escamoso estratificado), a derme (tecido conjuntivo) e a hipoderme (camada de tecido adiposo subjacente). Diante disso, os tumores podem apresentar características diversificadas de acordo com a origem nas diferentes camadas da pele (SALVAJOLI, 1999).

Entre os diferentes tipos de câncer, destaca-se o câncer de pele, que é subdividido em dois grandes grupos: câncer de pele melanoma (CPM) e câncer de pele não melanoma (CPNM). Neste último, incluem-se os carcinomas basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC), que juntos representam 95% dos tumores

malgnos da pele. Sua incidência isolada é superior à dos carcinomas de pulmão, cólon, mama, reto e dos linfomas (SBD, 2006).

2.2.1 Câncer de pele melanoma

O câncer de pele do tipo melanoma caracteriza-se por apresentarem células que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e que acomete principalmente pessoas adultas de pele branca. Dados epidemiológicos mostram que este tipo de câncer representa apenas 4% dos tipos de câncer de pele, no entanto é considerado o mais grave de todos devido ao seu poder de metastatizar, ou seja, de invadir outros órgãos através do sangue ou cadeia linfática. A mortalidade deste tipo de doença é alta, sendo responsável por três mortes a cada quatro casos dessa doença. Dentre as regiões do Brasil, tem-se observado principalmente um aumento na região Sul (INCA, 2012).

Nesse contexto, tem-se observado um expressivo crescimento na incidência de melanomas em populações de cor de pele branca. O prognóstico deste tipo de câncer pode ser considerado bom, se detectado nos estádios iniciais, e que mesmo diante da gravidade, a possibilidade de cura é enorme, aproximando-se de índices de 100%. Nos últimos anos, houve uma grande melhora na sobrevida dos pacientes com melanoma, principalmente devido à detecção precoce do tumor (SBD, 2006).

Os sintomas do CPM se dão através de alterações significativas sobre a pele que podem aparecer principalmente através do surgimento de uma lesão pigmentada (escura) de bordas irregulares acompanhada de coceira e descamação. Em situações de lesões escuras pré-existentes, ocorre um aumento de dimensões, alterações na coloração e na morfologia da lesão que passa a apresentar bordas assimétricas. De um modo geral, a medida mais segura é procurar imediatamente um médico dermatologista caso seja detectado qualquer tipo de mancha na pele (INCA, 2012).

Segundo o INCA, para este tipo de câncer alguns fatores de risco devem ser considerados que em ordem de importância, são eles: sensibilidade ao sol (queimadura pelo sol e não bronzeamento), pele clara, exposição excessiva ao sol, história prévia de câncer de pele, história familiar de melanoma, nevo congênito (pinta escura), maturidade (após 15 anos de idade a propensão para este tipo de câncer aumenta), xeroderma pigmentoso (doença congênita que se caracteriza pela

intolerância total da pele ao sol, com queimaduras externas, lesões crônicas e tumores múltiplos) e nevo displásico (lesões escuras da pele com alterações celulares pré-cancerosas (INCA, 2011).

2.2.2 Câncer de pele não melanoma

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, O câncer de pele não melanoma (CPNM) é o câncer mais freqüente no Brasil, e corresponde a cerca de 25% de todos os tumores malignos registrados no país. Apresenta altos percentuais de cura, se for detectado precocemente. Entre os tumores de pele, o tipo não melanoma é o de maior incidência e menor mortalidade. O câncer de pele é mais comum em pessoas com mais de 40 anos, sendo relativamente raro em crianças e negros. Pessoas de pele clara, sensíveis à ação dos raios solares, são as principais acometidas. Como a pele - maior órgão do corpo humano - é heterogênea, o câncer de pele não melanoma pode apresentar tumores de diferentes linhagens. Os mais freqüentes são o carcinoma basocelular (CBC), responsável por 70% dos diagnósticos e o carcinoma espinocelular (CEC), representando 25% dos casos. O carcinoma basocelular, apesar de ser o mais incidente, é também o menos agressivo.

Quando comparado ao CBC, o CEC possui maior facilidade de disseminação para gânglios linfáticos predispondo ao surgimento de metástases. Embora as taxas de mortalidade pelo CEC sejam baixas, este câncer pode causar consideráveis deformidades físicas se não tratado. Para Sherman (1991), tamanha é a amplitude desse tipo de câncer de pele que chega a ultrapassar o somatório de todas as incidências de cânceres juntas (INCA, 2011).

Dados epidemiológicos nacionais mostram que o câncer de pele não-melanoma (CPNM) é a neoplasia de maior incidência no Brasil, apesar da subnotificação reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde (MS). O CPNM é reconhecido como um grave problema de saúde pública, uma vez que, apesar da baixa mortalidade, em alguns casos pode levar a deformidades físicas e ulcerações graves, conseqüentemente, onerando os serviços de saúde (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2011).

2.3 Prevenção do câncer de pele

O diagnóstico precoce das doenças crônicas, como por exemplo, do câncer, pode reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, o que pode ser feito por meio de três níveis de programas de prevenção: a primária, que previne a ocorrência da doença; a secundária, que consiste no diagnóstico precoce e a terciária, que previne deformidades, recidivas e mortes (TUCUNDUVA et al, 2004).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer, a prevenção primária do câncer da pele deve ter como principal alvo as crianças e adolescentes, pois estes se expõem ao sol três mais vezes que os adultos, e sabe-se que a exposição cumulativa durante os primeiros 10 a 20 anos de vida determina o risco de câncer da pele, mostrando ser a infância uma fase bastante vulnerável aos efeitos nocivos do sol. Dessa forma, um programa de prevenção primária do câncer da pele envolve necessariamente pais e professores, responsáveis por educar e fazer evitar a exposição solar das crianças nos horários de maior radiação ultravioleta, ou seja, entre 10h e 16h, estimular e criar o hábito de uso de proteção física, como chapéu ou guarda-sol, e também de protetores solares com fator de proteção 15 ou mais.

No entanto, sabe-se que a exposição solar quando acontece de forma moderada com baixa intensidade recebida, pode trazer benefícios enormes e ser essencial ao ser humano, como por exemplo, na formação de vitamina D pela pele. A intensidade dos raios ultravioletas varia de acordo com o horário e a época do ano, portanto é necessário ter atenção especial tanto aos horários quanto ao período de exposição solar. A latitude e a altitude também influem. Quanto mais próximo da linha do Equador, maior a exposição (INCA, 2011).

Os tumores de pele estão relacionados a alguns fatores de risco, principalmente, à exposição aos raios ultravioletas do sol que atingem mais as pessoas de pele clara e que se expõem muito ao sol. Em 90% dos casos, o câncer de pele ocorre nas áreas do corpo expostas ao sol. Pessoas que trabalham sob exposição direta ao sol são mais vulneráveis ao câncer de pele não melanoma (SBD, 2006).

Dentre os fatores de risco que contribuem para a origem das neoplasias de pele, fatores genéticos, história familiar de câncer de pele e radiação ultravioleta já estão bem definidos. Na maioria das vezes, em casos do melanoma. A utilização de fotoprotetor (protetor solar) como forma efetiva de proteção é amplamente

recomendada para prevenção de todas as neoplasias da pele (CASTILHO; SOUSA; LEITE, 2010).

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela que se preocupam com um nível de realidade que não pode ser quantificado, além de trabalhar com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que, por sua vez correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Trata-se de um estudo exploratório e de campo com base descritiva das características apresentadas pelos vários autores sobre a eficácia da atenção primária na prevenção do câncer de pele, bem como a o estabelecimento de relações entre variáveis e fenômenos dessa doença em uma análise correlacional. Segundo Martins (2000, p. 28), “a análise correlacional busca a identificação de fatores em relação a outro, a partir de comparações entre os diversos estudos com a finalidade de estabelecer parâmetros de análises”.

3.2 Cenário do estudo

O cenário da pesquisa foi o município de Teresina, capital do Estado do Piauí, mais especificamente um centro oncológico considerado de referência para o diagnóstico e tratamento do câncer em todo o Nordeste. É importante acrescentar que a cidade de Teresina recebeu no ano de 2003, a habilitação em Gestão Plena do Sistema de Saúde que foi assegurada pelo Ministério da Saúde (MS).

A escolha do cenário se deu por se tratar de uma instituição de saúde cuja atuação no tratamento de câncer tem se projetado com imensa repercussão social, criando oportunidades de cura e de melhor qualidade de vida para os pacientes com diagnóstico de câncer. É um hospital de referência nacional em tratamento de alta complexidade, notadamente no tratamento do câncer destacando-se por ser um grande centro de saúde detentor de tecnologia avançada fornecendo substancial e reconhecida contribuição para a saúde pública do Brasil.

O Hospital oferece a mais avançada e inovadora atenção à saúde, com preocupação permanente com a humanização dos serviços e dentro dos mais altos

padrões tecnológicos, ensino e pesquisa, com ênfase na ética e responsabilidade socioambiental visando a contínua melhoria da qualidade de vida.

Trata-se ainda de um Hospital que possui o Certificado Definitivo de Entidade de Fins Filantrópicos expedido em 19 de março de 1984 pelo Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério da Educação e cultura além de ser cadastrado na Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas (Processo DNC nº 9.918/720).

3.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram pacientes com Código Internacional de Doenças (CID) respectivo a câncer de pele (CID - C43 a C44) e que passaram por acompanhamento terapêutico (radioterápico) por um período de três meses, correspondente aos meses de Fevereiro, Março e Abril no ano de 2013. O critério de definição do tamanho da amostra foi o de saturação de palavras. Sá (1998) afirma que em uma pesquisa a saturação dos dados ocorre quando as idéias contidas nas falas dos sujeitos começam a se repetir ou a expressarem uma consonância entre as mesmas.

A seleção dos sujeitos se deu considerando a disponibilidade e o interesse dos mesmos em participarem da pesquisa. Sobre este fato, vale citar que todos os sujeitos aceitaram colaborar espontaneamente a partir do primeiro contato do pesquisador para oficializar o convite. Esses ao concordarem, assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que obedece aos aspectos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Saúde, Ciências humanas e Tecnológicas do Piauí via Plataforma Brasil (ANEXO A), acordados com os requisitos da Resolução nº 196/96, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, ficando garantido sigilo e a liberdade da recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação (BRASIL, 1996).

Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos em tratamento radioterápico com diagnóstico de qualquer tipo de neoplasia maligna da pele que estiveram com tratamento em andamento no local de pesquisa nos referidos meses supracitados. Participaram da pesquisa pacientes com idade variando de 18 a 90 anos de idade, de ambos os sexos. Foram excluídos da pesquisa menores de idade e pacientes que se recusaram a assinar o TCLE.

Não houve riscos nem constrangimentos para os sujeitos da pesquisa, já que

foram formuladas perguntas sobre conhecimentos gerais e prevenção do câncer, conforme os objetivos traçados. Quanto aos benefícios, foi utilizado material educativo (cartilha/folheto) com orientações básicas sobre prevenção de câncer de pele que foi fornecido aos usuários do Local da pesquisa, em nível ambulatorial, além dos familiares dos entrevistados.

3.4 Aspectos éticos

A proposta da pesquisa foi submetida à Comissão de Ética em Pesquisa da Associação Piauiense de Combate ao Câncer – Hospital São Marcos (ANEXO A). Após esta etapa, a proposta da pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, via Plataforma Brasil, que emitiu parecer favorável (ANEXO B) sob número de inscrição: CAAE 04752412.6.0000.5210.

Antes de iniciar a entrevista, cada sujeito foi individualmente orientado sobre os objetivos, o sigilo dos depoimentos, a liberdade de retirar-se da pesquisa em qualquer fase, a não implicação em qualquer tipo de prejuízo e, após a concordância, os sujeitos tiveram que assinar o TCLE (APÊNDICE A) que obedeceu aos aspectos éticos e legais.

Esta pesquisa atendeu aos procedimentos previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que visou os seguintes aspectos éticos: Consentimento dos sujeitos; Sigilo e anonimato; Benefícios; Propriedade intelectual dos dados de divulgação dos resultados e Confidencialidade (BRASIL, 1996).

3.5 Produção dos dados

Neste estudo, utilizou-se para a coleta de dados, a técnica de Entrevista. Segundo Gil 2006, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, pensa, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Para a obtenção dos dados, os sujeitos da pesquisa foram submetidos a um Roteiro de perguntas semi-estruturado composto de perguntas abertas (APÊNDICE B). As informações competem com os objetivos da pesquisa, pois permitiu a

obtenção dos dados na hora, com maior precisão na verificação de erros de interpretação. O roteiro de entrevista foi composto por 04 questões abertas.

No roteiro, constaram informações referentes aos dados pessoais, outras relacionadas às características sócio-demográficas, bem como informações pertinentes ao diagnóstico/tratamento, e ainda informações sobre a equipe da ESF que passaram a indicar relação da eficácia da prevenção do câncer de pele e diagnóstico precoce.

As entrevistas que duraram em média 10 minutos e foram todas realizadas pelo pesquisador, ocorreram nos meses de Fevereiro, Março e Abril de 2013. Foram realizadas 08 entrevistas em horários, dias e locais combinados com os sujeitos. É importante ressaltar aqui, as dificuldades para encontrar tempo dos sujeitos em receber o pesquisador.

Todas as entrevistas foram registradas através de gravação em áudio com o auxílio de um equipamento *MP3 player digital* transcritas na íntegra e posteriormente analisadas. As entrevistas transcorreram sem complicações e interrupções e os sujeitos demonstraram estar à vontade com a presença do pesquisador. Os textos passaram por pequenas correções lingüísticas, porém, não eliminou o caráter espontâneo das falas.

3.6 Análise dos dados

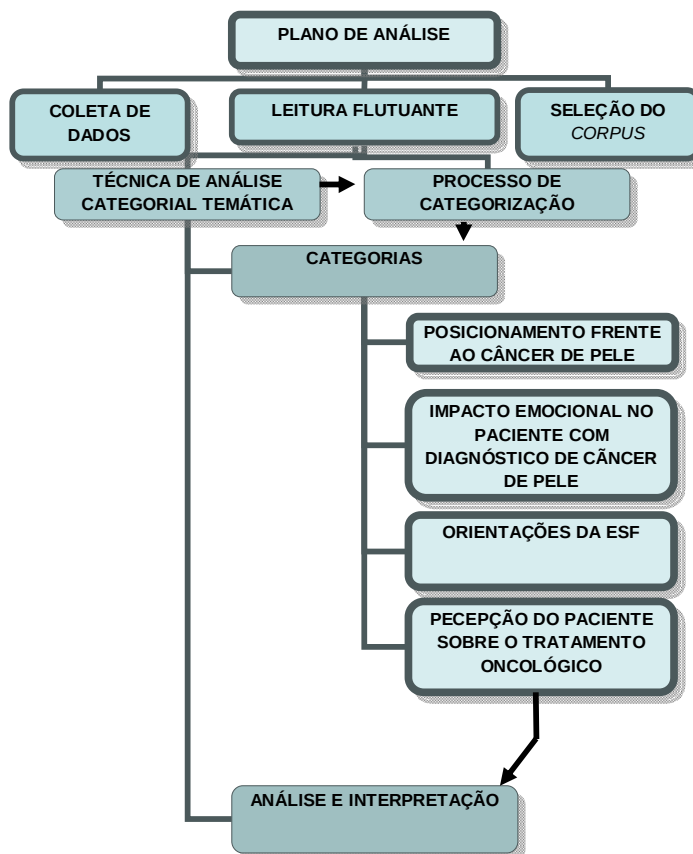
O procedimento analítico e o tratamento dos dados se deram com base em um plano geral de análise e tratamento, utilizando-se a técnica da análise de conteúdo categorial temática de Bardin (1977) que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. A partir de então, começou-se a buscar coerência entre os pressupostos teóricos e metodológicos e a forma adequada de analisar os conteúdos emergidos das entrevistas.

Nesse sentido, destaca-se ainda uma outra concepção de Bardin (1977) para o qual a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

O tipo de análise selecionado para este estudo requer algumas considerações teóricas e para tanto, é conveniente entender que a análise de conteúdo se aplica à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação, verbal ou gestual, considerada por Bardin (1977) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação que contém informações sobre o comportamento humano apresentado em uma fonte documental.

A análise dos dados se deu buscando manter a coerência entre os pressupostos teóricos e metodológicos propostos para o estudo, para facilitar a essa análise dos conteúdos emergidos das entrevistas, foi elaborado um plano geral de análise e tratamento, utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977).

Baseando-se nesse contexto teórico-metodológico, utilizaram-se a análise de conteúdo para apreensão dos dados, tomando por base os objetivos propostos nesse estudo, subsidiados na teoria das representações sociais, seguindo as seguintes etapas de análise: leitura flutuante das entrevistas; seleção do material (constituição do *corpus*); processo de categorização: seleção das unidades (unidades de registro ou unidades de análise) e codificação; inventário do repertório, agrupamentos das unidades em subcategorias e composição das categorias simbólicas, conforme plano de análise na Figura 1.

FIGURA 1 - Plano de Análise de Conteúdo Categoral Temática

Fonte: Bardin, 1977.

Na etapa de pré-análise, realizou-se a organização do material coletado. Em seguida, prosseguiu-se com a leitura flutuante desse material a ser selecionado para análise. E a partir daí foram formuladas hipóteses, objetivos e indicadores que fundamentaram a interpretação.

A etapa de exploração do material se teve o período mais duradouro, que constou de análise detalhada do material selecionado. Nesta etapa, os dados foram codificados a partir de unidades temáticas, como: uma afirmação acerca de um assunto, uma frase, um resumo ou uma unidade de significação que se destacou naturalmente do texto. Nesta etapa os dados coletados foram agregados em Unidades de Registros (UR) que permitiram fazer a quantificação desses dados e apontando as categorias temáticas no qual os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade.

Já a última fase, do tratamento e inferência à interpretação, permite que os conteúdos recolhidos se constituam em análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas considerando os conceitos de práticas educativas, conscientização e transformação. Na análise e interpretação dos dados foram feitos agrupamentos dos mesmos em categorias temáticas.

O processo de categorização neste estudo consistiu em classificar os elementos segundo suas semelhanças e suas diferenciações para que em seguida fosse realizado o reagrupamento dos dados em função de características comuns. Dessa forma, a pesquisa formou quatro categorias temáticas e quatro subcategorias às quais passaram a ser verificadas com o objetivo de se extrair o conteúdo das falas dos partícipes da pesquisa.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Manuscrito 1: ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PELE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Ednaldo Francisco Santos Oliveira Júnior¹

Fabício Ibiapina Tapety²

Maria Eliete Batista Moura³

Benedita Andrade Leal de Abreu⁴

¹ Tecnólogo em Radiologia. Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Especialista em Oncologia pela Universidade Estadual do Piauí. Professor do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professor do Instituto Federal do Piauí. E-mail: ednaldojunior.oliveira@bol.com.br

² Cirurgião-dentista. Pós-doutor em Odontologia clínica pela Universidade Nilgata do Japão. Doutor em Reabilitação oral pela Universidade Nilgata no Japão. Professor do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professor do Instituto Camilo Filho. E-mail: fabricio100@hotmail.com

³ Enfermeira. Pós-doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora e Coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail: lia@uninovafapi.edu.br

⁴ Médica. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo. Especialista em Medicina Nuclear pelo Centro de Medicina Nuclear de Guanabara. Professora da Universidade Estadual do Piauí. Médica Nuclear da Clínica Bionuclear. E-mail: beneditabreu@hotmail.com

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a qualidade e as condições de Educação em Saúde fornecidas pela atenção básica na Estratégia Saúde da Família aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em um centro oncológico situado na cidade de Teresina/PI, considerado de referência para o diagnóstico e tratamento do câncer em todo o Nordeste. A população do estudo foi formada por pacientes com CID (Código Internacional de Doenças) respectivo a câncer de pele e que passaram por acompanhamento terapêutico radioterápico. O procedimento analítico e o tratamento dos dados se deram com base em um plano geral de análise e tratamento, utilizando-se a técnica da análise de conteúdo categorial temática de Bardin. Os dados foram coletados por meio de gravação em áudio com auxílio de um equipamento de MP3, transcritos na íntegra e autorizados pelos participantes. O estudo constatou que os pacientes entrevistados são pertencentes a um grupo de risco por altas exposições aos raios ultravioletas e mantém comportamento de vida que precisam ser mudados. No entanto, apresentam cognição em compreender a gravidade do câncer da pele e os meios de se evita a doença. Porém, precisam da assistência das equipes de estratégia saúde da família para conseguirem um bom desenvolvimento quanto à proteção contra os raios solares. Apenas dois dos oito entrevistados, mencionaram ter recebido informações sobre prevenção do câncer de pele por parte da equipe de saúde da família. Conclui-se que a qualidade e as condições de Educação em Saúde na prevenção do câncer de pele prestadas pela atenção primária na Estratégia Saúde da Família parecem ser de baixa qualidade ou mesmo inexistentes.

Palavras-chave: Educação em saúde. Prevenção. Câncer de pele.

PATIENT ASSISTANCE WITH DIAGNOSIS OF SKIN CANCER ON THE HEALTH STRATEGY OF THE FAMILY

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the quality and conditions of health education provided by primary care in the Family Health Strategy to patients diagnosed with skin cancer. This is a descriptive study with a qualitative approach. The study was conducted in an oncology center located in Teresina / PI, considered reference for the diagnosis and treatment of cancer throughout the Northeast. The study population consisted of patients with ICD (International Classification of Diseases) related to skin cancer and who underwent therapeutic monitoring radiotherapy. The analytical procedure and data processing is given based on a general framework of analysis and treatment, using the technique of content analysis of Bardin thematic category. Data were collected through audio recording with the aid of a device MP3, transcribed and approved by the participants. The study found that patients interviewed belong to a risk group for high exposures to ultraviolet rays and maintains behavior of life that must be changed. However, exhibit cognition understand the seriousness of skin cancer and the means to prevent the disease. However, they need assistance from teams family health strategy to achieve a good development as protection against sunlight. Only two of the eight respondents reported having received information about preventing skin cancer by the family health team. It is concluded that the quality and condition of health education in preventing skin cancer provided by primary care in the Family Health Strategy appear to be of poor quality or even nonexistent

Keywords: Health education. Prevention. Skin cancer.

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma enfermidade com que a sociedade convive desde tempos antigos. Todavia, até o final do século XX a maioria dos pacientes diagnosticados com a doença chegava a óbito. Atualmente, o câncer não é mais uma doença letal, mesmo estando entre as três principais causas de morte no Brasil. Porém, o estigma da doença ainda é muito significativo.

Contudo, esta pesquisa pretende analisar a concepção de assistência ao paciente com diagnóstico de câncer de pele comunicação, acolhimento na estratégia saúde da família da perspectiva do paciente e descrever as ações de educação em saúde realizadas pelas equipes de Estratégias Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, com pacientes que receberam tratamento de câncer em uma instituição de referência em câncer, Teresina - Piauí, por meio de entrevista semiestruturada, nos meses de fevereiro, março e abril do ano de 2013.

Os dados possibilitaram o levantamento de informações quanto à ocorrência da doença e métodos de se evitar novos casos de câncer uma vez que essa doença apresenta-se como um caso de saúde pública. Os resultados revelaram que a assistência em educação em saúde praticada pelas equipes de ESF é entendida como informação em saúde e que há uma dissociação entre teoria e prática com relação ao acolhimento e à comunicação ao paciente com diagnóstico de câncer de pele. Essa pesquisa sugere uma prática transformadora das equipes em ESF voltada para esta categoria de pacientes.

Pois, a intenção de enunciar a visão sobre o campo da assistência ao paciente com diagnóstico de câncer vem ampliar o olhar sobre metodologias de desenvolvimento de estratégias. Este estudo se propõe fazer aprofundamento sobre a importância de medidas assistenciais aos pacientes para a prevenção da incidência do câncer da pele.

Esse tema se apresenta na atualidade como de grande relevância, pois, em vários momentos vem ocupando espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde, especialmente, os que atuam na área da saúde pública. Desta forma, vem buscar uma interação entre educador e educando com a finalidade não apenas de informar, mas principalmente de trocar experiências e

conhecimentos que favoreçam a promoção de hábitos saudáveis de vida (CONVERSANI, 2004).

Acompanhado a isso, o pleno desenvolvimento de políticas públicas de saúde e a busca constante de melhoria de vida por parte da população. Para isso, foram incorporados conceitos de práticas de saúde, desenvolvidos a partir do princípio de que a educação é capaz de gerar hábitos de vida saudáveis. Pois, a prática em ESF volta-se para a assistência ao paciente quanto às práticas educativas. Uma vez que o papel principal da estratégia é a promoção da saúde, através de vários meios que se orientam com o princípio de propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais (BUSS, 2003).

Nesse contexto, observa-se que para implementar a assistência a saúde alguns mecanismos podem efetivamente contribuir como conhecimento, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde. Para isso é necessário que essa prática tenha o foco interpessoal e que seja realizada por profissionais bem treinados com capacidade para produzir mudanças rápidas na saúde (BUSS, 1999).

Todavia, no Brasil, as estimativas para o ano de 2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de câncer da pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. É esperado um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Confirma-se a estimativa que o câncer da pele do tipo não melanoma (134 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira.

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmam que o câncer de pele é o tumor maligno mais freqüente entre a população mundial. Apontam que cerca de 50% das pessoas de pele branca com mais de 65 anos desenvolverão um câncer de pele e 25% terão mais do que um tumor deste tipo.

Este apresenta ainda a propriedade de possuir baixa letalidade, sendo esse um tumor relativamente fácil de diagnosticar precocemente, porque está exposto e facilmente visível (SABBI, 2000). Porém, em alguns casos pode levar a deformidades físicas e ulcerações graves, conseqüentemente, onerando os serviços de saúde (INCA, 2013).

Em Teresina, a Fundação Municipal de Saúde (FMS) aponta que as neoplasias malignas gerais são responsáveis pela segunda maior causa de morte em moradores da capital do Piauí, apresentando um total de 466 óbitos. Estes

valores correspondem a uma taxa de mortalidade de 59 para cada 100.000 habitantes representando 12,67% dos óbitos da população da cidade (FMS, 2012).

Portanto, o enfrentamento do câncer no país depende de um grande esforço, pois, o câncer é um conjunto de mais de 800 doenças diferentes caracterizadas pelo crescimento descontrolado e disseminação de células anormais. Tornando-se oneroso e traumatizante o tratamento dessa doença e dessa forma, os dados supracitados são imprescindíveis para que se possa elaborar políticas de controle efetiva que possibilitem aprimorar as ações efetiva das equipes de ESF na assistência ao paciente com câncer.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu após a verificação de que na literatura especializada poucos estudos são relatados levando em consideração a experiência profissional na área oncológica e através de observações empíricas é possível observar por meio de relatos de pacientes a ausência de assistência aos pacientes diagnosticados com câncer, em especial, para o câncer da pele.

A área da assistência ao paciente é pouco explorada quanto à identificação de ações desenvolvidas por equipes de ESF, aonde se verifica uma baixa frequência de atividades. Esse estudo observou ainda que as atividades educativas quando são desenvolvidas na ESF pelas equipes, em grande parte contam de atividades realizadas de modo muito limitado, com temas prontos, permitindo pouca interação com a população.

Partindo desse enfoque, este estudo vem proporcionar conhecimentos e divulgação de informações sobre câncer da pele, fornecendo subsídios para levantamentos mais amplos sobre o assunto. Preenchendo assim, uma grande lacuna que é a falta de informações médicas de uma maneira geral, o que acontece principalmente no Estado do Piauí, devido à carência de trabalhos sobre o tema ora abordado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade e as condições de Educação em Saúde fornecidas pela atenção básica na Estratégia Saúde da Família aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele.

3.2 Objetivos específicos

Com o foco desse estudo acima pré-definido no objetivo geral, geram-se os objetivos específicos com singular importância na verificação das ocorrências de câncer, quais sejam:

- a) Caracterizar os sujeitos do estudo conforme dados sócios demográficos;
- b) Descrever a assistência do paciente com diagnóstico de câncer de pele;
- c) Discutir como o paciente com diagnóstico de câncer de pele é capacitado para ter maior controle sobre a sua saúde;

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. Uma vez que, a pesquisa qualitativa é aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, além de trabalhar com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que, por sua vez correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Essa pesquisa também apresenta características de um estudo exploratório e de campo com base descritiva das características apresentadas pelos vários autores sobre a eficácia da atenção primária na prevenção do câncer de pele, bem como ao estabelecimento de relações entre variáveis e fenômenos dessa doença em uma análise correlacional.

Segundo Martins (2000, p. 28), “a análise correlacional busca a identificação de fatores em relação a outro, a partir de comparações entre os diversos estudos com a finalidade de estabelecer parâmetros de análises”.

4.2 Cenário do estudo

O cenário da pesquisa foi o município de Teresina, capital do Estado do Piauí, mais especificamente um centro oncológico considerado de referência para o diagnóstico e tratamento do câncer em todo o Nordeste.

A escolha do cenário se deu por se tratar de uma instituição de saúde cuja atuação no tratamento de câncer tem se projetado com imensa repercussão social, criando oportunidades de cura e de melhor qualidade de vida para os pacientes com diagnóstico de câncer. É um hospital de referência nacional em tratamento de alta complexidade, notadamente no tratamento do câncer destacando-se por ser um grande centro de saúde detentor de tecnologia avançada fornecendo substancial e reconhecida contribuição para a saúde pública do Brasil.

O Hospital oferece a mais avançada e inovadora assistência à saúde, com preocupação permanente com a humanização dos serviços e dentro dos mais altos padrões tecnológicos, ensino e pesquisa, com ênfase na ética e responsabilidade socioambiental visando a contínua melhoria da qualidade de vida.

Trata-se ainda de um Hospital que possui o Certificado Definitivo de Entidade de Fins Filantrópicos expedido em 19 de março de 1984 pelo Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério da Educação e cultura além de ser cadastrado na Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas (Processo DNC nº 9.918/720).

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram pacientes com Código Internacional de Doenças (CID) respectivo a câncer de pele (CID - C43 a C44) e que passaram por acompanhamento terapêutico (radioterápico) por um período de três meses, correspondente aos meses de Fevereiro, Março e Abril no ano de 2013. O critério de definição do tamanho da amostra foi o de saturação de palavras. Sá (1998) afirma que em uma pesquisa a saturação dos dados ocorre quando as idéias contidas nas falas dos sujeitos começam a se repetir ou a expressarem uma consonância entre as mesmas.

A seleção dos sujeitos se deu considerando a disponibilidade e o interesse dos mesmos em participarem da pesquisa. Sobre este fato, esta pesquisa citar que todos os sujeitos aceitaram colaborar espontaneamente a partir do primeiro contato do pesquisador para oficializar o convite. Esses ao concordarem, assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que obedece aos aspectos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Saúde, Ciências humanas e Tecnológicas do Piauí via Plataforma Brasil, de acordados com os requisitos da Resolução nº 196/96, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, ficando garantido sigilo e a liberdade da recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação (BRASIL, 1996).

Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos em tratamento radioterápico com diagnóstico de qualquer tipo de neoplasia maligna da pele que estiveram com tratamento em andamento no local de pesquisa nos referidos meses supracitados. Participaram da pesquisa pacientes com idade variando de 18 a 90 anos de idade, de ambos os sexos. Foram excluídos da pesquisa menores de idade e pacientes que se recusaram a assinar o TCLE.

4.4 Método

O procedimento analítico e o tratamento dos dados se deram com base em um plano geral de análise e tratamento, utilizando-se a técnica da análise de conteúdo categorial temática de Bardin (1977) que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

O resultado deste estudo pela ótica da análise de conteúdo possibilita a formação de conceitos, explicações e afirmações que estão baseados em dados coletados através de entrevistas com 08 pacientes que receberam tratamento radioterápico de câncer da pele. Todavia, a análise de conteúdo adotada nesse contexto se configura como uma interpretação pessoal por parte do pesquisador em relação à percepção que este tem dos dados. Os achados da pesquisa mostram que os municípios de origem dos pacientes analisados que estes residem em Várzea Branca/PI, Teresina/PI, Duque Barcelar/MA, Buriti/MA, Picos/PI e Buriti dos Montes/PI.

Em relação ao estado civil, são caracterizados como sendo 50% casados e 37,50% solteiros. Estão entre a faixa etária de 25 a 89 anos. 75% possuem junto o Ensino fundamental e médio completos. 50% são do sexo masculino e 50% são do sexo feminino. Os sujeitos da pesquisa também possuem outras doenças tais como hipertensão, pneumonia e acidente vascular cerebral (AVC). Porém, para 62,50% dos pesquisados, quando perguntados sobre possuírem outras doenças, afirmaram que não apresentam nenhuma outra enfermidade.

A maioria dos sujeitos da pesquisa (75%) possui como atividade principal o trabalho na “roça”, ou seja, são lavradores, que passam por exposição aos raios solares durante a maior parte do dia, aumentando as possibilidades de ocorrência da doença, pois, “os raios ultravioleta têm vários efeitos sobre as células, incluindo a inibição da divisão celular, inativação de enzimas, indução de mutações e morte celular” (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008, p.80).

É uma característica de grande relevância, uma vez que a ocorrência do câncer da pele causado pela irradiação ultravioleta solar apresenta altos índices de ocorrências verificados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012).

Com isso, segundo dados do INCA em 2012 o Brasil apresentou 62.680 casos novos de câncer da pele não melanoma entre homens e 71.490 em mulheres.

Para a capital do Estado do Piauí, Teresina, o INCA revela que o câncer de pele não melanoma foi responsável em 2012 por 60 casos da doença no sexo masculino e no sexo feminino chegou a 120 ocorrências registradas.

Todavia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que em 2030 os cânceres de forma geral, serão da ordem de 27 milhões de casos incidentes.

Com isso, a pesquisa constatou na fala dos sujeitos pesquisados que estes mantêm um bom conhecimento quanto ao desenvolvimento do câncer da pele, os partícipes da pesquisa reconhecem que os raios ultravioletas do sol são responsáveis pelo desenvolvimento da doença.

Porém, para metade dos entrevistados ainda persiste a falta de conhecimento quanto às causas da doença. Isso provocado em grande parte por ser o câncer ainda uma “doença carregada de preconceitos, na qual o indivíduo na maioria das vezes sente-se inadequado afastando-se ou sendo afastado de seu grupo e enfrentando a solidão”. (GIANINI, 2004, p. 10).

Acrescentando a isso há falta de informação, pois os pesquisados acreditam que a doença se manifesta, além da carga genética, como resultados de

preocupações, levantamento de peso em excesso, “pancada”, e ferimentos que evoluem de forma rápida para outro tipo de doença.

No entanto, para a maioria dos sujeitos da pesquisa existe um conhecimento prévio à ação nociva dos raios solares incidindo diretamente sobre a pele e quais conseqüências acarretam para a saúde e embora conhecedores da importância da proteção contra radiação solar encontram várias barreiras para implantação de uma conduta preventiva. Dentre estas a mais importante é a aplicação de filtro solar com fator fotoprotetor elevado e sempre no período indicado nos rótulos.

Com isso, a pesquisa enuncia os pesquisados utilizam como principal meio de informação, quanto às questões de saúde, as equipes de saúde dos postos de atendimentos quando estes existem em suas localidades de moradia. Todavia, para parcela da população, a maneira de se evitar a doença deve ser acompanhada dentre outras formas, de um conhecimento, pois:

A prevenção primária inclui orientação quanto à associação entre o sol e câncer da pele, aplicação de protetor solar, utilização de roupas apropriadas, uso de chapéus e óculos de sol, a permanecer na sombra, limitar o tempo de exposição ao sol e evitar fontes artificiais de radiação ultravioleta (como bronzamento artificial) (BARDINI; LOURENÇO; FISSMER, 2012, p.60).

Igualmente, a pesquisa enuncia que as pessoas pesquisadas quando exercendo outras atividades de trabalho se descuidam da proteção ao sol, por pouco perceberem os riscos dos raios solares para o câncer de pele e a severidade quando diagnóstico tardio deste tipo de tumor, por acharem laborioso passar o filtro solar em todas as áreas do corpo que ficam expostas ao sol.

E como orientação para evitar os raios nocivos do sol, essa pesquisa indica baseada em literatura especializada que as pessoas se utilizem, dentre outros recursos, além do filtro solar, dos sombreiros e roupas apropriadas para o trabalho em campo aberto, a exemplo do trabalho na “roça” e conforme orientação de Bardini; Lourenço; Fissmer (2012, p.60).

Sobre as conseqüências do câncer de pele para as pessoas pesquisadas 62,50% afirmam que a principal conseqüência imediata da doença é o óbito. A cura da doença é uma crença que emergiu nas falas dos sujeitos da pesquisa como uma dúvida. Gerando incertezas de que o câncer possa ser curado, mesmo com diagnóstico precoce.

Desta forma, a pesquisa aponta que há falta de conhecimento sobre as consequências da doença. Pois, de acordo com dados do INCA (2012) no Brasil ocorreram 134.170 novos casos de câncer não melanoma no ano de 2012 e destes 1.520 acabaram em óbitos o que equivale a 1,13% de ocorrências. Diante desse quadro, o INCA (2012) considera positiva a situação do câncer e de grande relevância, uma vez que houve 98,87% de cura dos pacientes com diagnóstico positivo para a doença.

Todavia, para os entrevistados na pesquisa a doença ainda se apresenta como um quadro final de morte gerando apreensão, medo e na maioria dos casos, quadros depressivos. Corroborando com o que afirma Kovacs et al, (1999) que diz: “o diagnóstico de câncer ainda é visto como sentença de morte e está vinculado a muita dor, sofrimento e mutilações físicas e psíquicas”.

O estudo aponta ainda que para 25% dos pesquisados, o conhecimento das consequências dessa doença com possibilidades de ocorrência de outras doenças geradas pelo câncer foi achado nas falas dos participantes da pesquisa. Isso encontra respaldo na literatura especializada que afirma que o paciente com uma neoplasia maligna poderá desenvolver ou adquirir deficiências na resposta do seu sistema imunológico ocorrendo o risco de infecções de outras doenças.

Existem casos em que mecanismos induzidos por vírus, a exemplo do Vírus do Papiloma Humano (*Human Papiloma Virus* - HPV) provocam a transformação de células sadias em células doentes que de benignas podem evoluir para malignas. Também há dados disponibilizados na literatura especializada que afirmam que 15% dos cânceres em todo o mundo são ocasionados por infecção por vírus.

Mesmo assim, o câncer é o produto final de um processo complexo que se desenvolve em múltiplos estágios, dentre eles está a alteração na dinâmica da divisão celular provocada por agentes externos a exemplo dos raios ultravioletas do sol. Para Lopes; Iyeyasu; Castro (2008, p. 77):

A energia radiante sob a forma de raios ultravioleta da luz do sol ou como radiação ionizante eletromagnética e particulada, *in vitro* pode transformar virtualmente todos os tipos de células e *in vivo* pode induzir neoplasias tanto em seres humanos quanto em animais experimentais. O mecanismo de carcinogênese pela radiação consiste em sua capacidade de induzir mutações que podem resultar de algum efeito direto da energia radiante ou de efeito indireto intermediário pela produção de radicais livres a partir da água ou do oxigênio.

A pesquisa buscou ainda conhecer o grau de informações pertinentes aos partícipes quanto a esses terem cognição informacional a que venham acrescentar qualidade de vida e também seja um multiplicador quanto à prevenção de novos casos e assim, 37% conhecem que o câncer de pele tem tratamento e apresenta um grande número de recuperação total do doente, podendo esse voltar ou mesmo manter sua rotina mesmo durante o tratamento. No entanto, para um número considerado dos pesquisados 62,50%, afirmam que nada conhecem sobre os tratamentos da doença. Essa é uma constatação relevante, pois, configura-se como um grande desafio às equipes da Estratégia saúde da família. Uma vez que o câncer da pele vem crescendo muito a cada ano, tanto por falta de informação a respeito do assunto quanto pela falta de conscientização da população.

Este estudo averiguou também a qualidade da reação ao diagnóstico de câncer de pele por parte dos sujeitos pesquisados e não obstante enuncia que para 37,50% dos sujeitos da pesquisa, não houve um preparo emocional por parte do profissional de saúde em falar ao paciente do diagnóstico positivo da doença. Sem embargo, nesses casos o profissional de saúde deve informar o diagnóstico de forma clara e tranquilamente mostrando compreensão pela situação difícil em que o paciente se encontra. Assim:

É aconselhável dar apenas uma explicação bem curta juntamente com as notícias, porque em muitos casos, o paciente estará emocionado demais para ouvir uma explicação longa. Depois de contar as más notícias, é melhor que o profissional de saúde “fique quieto” para dar ao paciente a chance de uma reação inicial. (LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007, p.80).

Os dados coletados pela pesquisa corroboram com o que argumentou Leite; Caprara; Coelho Filho (2007) e vem representar a falta de preparo dos profissionais de saúde. Eles não recebem formação ou se recebem fazem um uso inadequado quando precisam oferecer amparo emocional aos pacientes. Assim, essa pesquisa sugere às equipes de Estratégias saúde da família que mantenham uma visão holística com relação à preservação da qualidade de vida dos pacientes principalmente no momento do diagnóstico positivo de doenças.

Nesse sentido, a pesquisa observa o grande impacto negativo do diagnóstico do câncer da pele não melanoma para o indivíduo especialmente quanto às expressões de seus sentimentos de perda. Tudo isso carregado de estigma que

traduzem as formas e sinais de ansiedade, angústia e medo que acometem os pacientes com diagnóstico de câncer. Contudo, na literatura especializada existem pesquisas que mostram que a “psicoterapia de apoio é um tratamento eficaz para o paciente recuperar a autoestima e amenizar o sofrimento, principalmente, as suas preocupações emocionais e sociais mais do que ao seu estado geral de saúde” (GIANINI, 2004, p.11).

Mesmo não sendo um tipo de câncer agressivo como é o caso do câncer da pele não melanoma, ele pode deixar seqüelas estéticas e em uma sociedade que valoriza a estética como padrão de saúde, sucesso e bem-estar, isso vem representar um grande drama psicológico ao paciente e seus familiares. Contudo, a reação pós-diagnóstico do câncer de pele para os pacientes pesquisados, foi de preocupação, nervosismo e até mesmo de apavoramento, medo e apreensão.

Sobre outro ponto importante a pesquisa verificou a preocupação não somente da reação pós-diagnóstico dos participantes, mas também dos familiares diretamente envolvidos com eles. Os familiares demonstraram sentimentos variados, onde sentimentos de nervosismo, preocupação e tristeza acabaram prevalecendo através de relatos de preocupação misturados a sentimentos de compreensão quanto ao diagnóstico de câncer de pele. Passado o momento dramático do diagnóstico, houve uma demonstração de tranquilidade.

Com relação ao sentimento do paciente durante a realização do tratamento do câncer de pele houve manifestações divididas meio a meio em relação às diversificações de sentimentos. Metade relatou que se sentiam bem e outra metade disse que não sentiam nada. Estas expressões demonstram que os pacientes não se sentiram emocionalmente abalados durante a fase do tratamento e que isso poderia até ajudar a combater a doença do ponto de vista psicológico. Essa sensação de autoestima é confirmada na fala de Prado et al. (2007, p.361) que afirmam que:

“A autoestima é um componente da qualidade de vida, ela é definida como sendo o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma”.

Desta forma, essa pesquisa, baseada nos dados coletados confirma que os pacientes mantêm como forma de “defesa” uma auto-estima que ajuda no

tratamento da doença, uma vez que um paciente com auto-estima baixa pode não contribuir com o quadro de cura da doença. Motivado por inúmeras razões já mencionadas acima. Com isso essa pesquisa conclui que os pacientes com câncer da pele apresentam autoestima significativamente muito alta.

Segundo a OMS, o câncer é considerado uma doença crônica degenerativa das mais temidas e vem se contextualizando como um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Sendo preciso levar os cuidados em domicílio pelas equipes de estratégia de atenção à saúde que devem ofertar informações aos pacientes e que essas informações sejam absorvidas, pois, do contrário, nada adiantará manter estratégias que visem o evitamento da doença. A literatura especializada elucida que o câncer é uma:

“doença que se caracteriza como uma situação que leva à vulnerabilidade, cujo conceito está relacionado a um contexto que gera incertezas e ao contexto do desequilíbrio familiar em sua capacidade de funcionamento, gerando desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares. Ao contexto de maior ou menor vulnerabilidade social, associa-se a qualidade e quantidade do apoio social necessário” (SANCHEZI; FERREIRA, 2012, p.793).

Em relação ao recebimento ou não dessas informações sobre prevenção do câncer de pele por parte da equipe da Estratégia Saúde da Família houve uma discrepância nos resultados gerados onde a grande maioria informou que não houve nenhum tipo de informação neste sentido resultando em 75% dos relatos.

E apenas 25% mencionaram que receberam algum tipo de informação por parte da Equipe de ESF.

Por outro lado, apenas 25%, relataram que houve presença de profissionais, como se pode observar no relato a seguir: Sendo que apenas um dos pacientes soube informar que se tratava de um agente de saúde, o que foi facilitado devido ao parentesco com a sobrinha que trabalhava na Equipe; e outro disse que sabia apenas que era uma pessoa estudada que pertencia à área da saúde.

Com relação aos tipos de informações recebidas pelos profissionais da ESF, a pesquisa observa que na maioria das vezes não foram prestadas, apresentando um índice altíssimo de 87,5% dos depoimentos. Enquanto que apenas 12,5% dos depoentes relataram que foram informados sobre prevenção pela ESF.

Ainda sobre o tema, foi gerado um questionamento sobre como as informações sobre o diagnóstico da doença chegaram até o paciente onde 75%

deles disseram que nenhuma informação foi prestada. E 25% dos depoimentos afirmaram que receberam informações de agente de saúde/enfermeira. 12,5% disseram que receberam visita, mas não soube identificar o profissional.

Aspectos sobre as manifestações do paciente sobre seu tratamento oncológico também foram levados em consideração durante as entrevistas, pois, para esse estudo:

A idéia central é a afirmação que permite traduzir a essência do discurso emitido pelo indivíduo nos seus discursos. As expressões-chave são transcrições literais de parte dos depoimentos que fornecem a essência do conteúdo discursivo. O discurso do sujeito coletivo é constituído a partir de categorias que representam os depoimentos e que os tornam equivalentes por expressarem a mesma idéia, representada simbolicamente pela categoria (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005, p.947).

Desta forma, a primeira pergunta realizada foi sobre quais os tipos de tratamentos oncológico já foram ou estão sendo realizados. Com isso, a cirurgia associada à radioterapia prevaleceu com 87,5% dos relatos. A radioterapia é comumente prescrita para depois da cirurgia.

E apenas 12,5% dos relatos corresponderam ao tratamento exclusivo de radioterapia, conforme depoimentos prestados a pesquisa. Assim, o “câncer é uma doença que traz indagações para a pessoa que passa por essa experiência e transtornos dos mais variados, podendo gerar estresse que é inevitável e faz parte da vida humana”. (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005, p.944).

Ao dar seguimento, foi perguntado também ao paciente qual seria o sentimento deste durante a realização do tratamento da doença. Houve um prevalecimento de resposta no sentido de bem-estar com índices de 62,5%,

Alguns pacientes (37,5%) apresentaram sensação de mal-estar em pelo menos um dos tratamentos (Cirurgia ou Radioterapia),

Em relação ao fato de o paciente sentir-se à vontade ou não para informar-se, discutir e perguntar sobre os tipos de tratamento, 87,5% dos pacientes responderam que estão satisfeitos. Desta forma, essa pesquisa assegura que os pacientes estão contribuindo para que o seu tratamento apresente resultados satisfatórios e que agindo assim, estes estão aptos a influenciarem um número de outras pessoas em suas localidades, ajudando, contudo o evitamento de novos casos da doença. Portanto, esses são os primeiros passos para a implantação pelas equipes em ESF no combate a essa moléstia que tem acometido as camadas mais humildes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo contribuir para a reflexão da realidade quanto à prática de assistência a pacientes com diagnóstico de câncer por equipes em ESF levantando os fatores inerentes a essa prática. Desta forma, foi possível verificar o grau de ocorrência do câncer de pele em populações passivas como é o caso dos sujeitos abordados nesse estudo.

Constatou-se a necessidade de diferentes abordagens quanto à prática assistencial aos pacientes acometidos pelo câncer de pele. Pelo qual é esperado um alto índice da doença para o ano de 2013 configurando-se como um problema de saúde pública. Este é um campo de atuação de políticas públicas em saúde com o foco principal em oferecer qualidade de vida às populações que se encontrem em situação de risco.

Esse alto risco foi observado pelo câncer de pele não melanoma ocasionado por altas exposições aos raios ultravioletas do sol que em situações especiais, torna-se de difíceis condições, pois, inclui-se a necessidade de mudança de hábitos. E nessa mudança de hábitos, a utilização de forma adequada do fotoprotetor e outras estratégias que colaborem com o evitamento da doença motivado, por exemplo, a necessidade explícita de permanência ao sol por atividade de trabalho (“na roça”) como a principal atividade desenvolvida pelos sujeitos da pesquisa.

Para tanto, a pesquisa argumenta que há a necessidade de adoção de estratégias de saúde para a assistência aos pacientes com diagnóstico de câncer, através de comunicação alertando para a prevenção e detecção precoce da doença objetivando mudanças no perfil do comportamento de riscos dos pesquisados. Também oferecendo conhecimento a população por meios das informações relacionadas à prevenção que se refletirá proporcionalmente na diminuição dos riscos para graus mais baixos de ocorrência do câncer de pele. No entanto, sem essa assistência ao paciente com diagnóstico de câncer de pele e sem a adoção de políticas públicas que ofereçam subsídios concretos de ações das equipes de ESF no Estado do Piauí, os números de casos de câncer pele só tendem a crescer.

Portanto, frente aos riscos do câncer em contrapartida dos comportamentos de risco da população levando em consideração a persuasão das equipes de ESF

entendendo essa persuasão como estratégia de importante utilidade para a diminuição dos riscos, essa pesquisa respondeu aos objetivos geral e específicos propostos enquanto abordagem temática pesquisada. Assim, foi objetivo geral refletir sobre a assistência ao paciente com diagnóstico de câncer de pele na Estratégia Saúde da Família. E esse foco proposto para esse estudo foi respondido também com os objetivos específicos com singular importância na verificação das ocorrências de câncer, quais sejam: caracterizar os sujeitos do estudo conforme dados sócios demográficos, descrever a assistência do paciente com diagnóstico de câncer de pele e discutir como o paciente com diagnóstico de câncer de pele é capacitado para ter maior controle sobre a sua saúde. Portanto, essa pesquisa afirma ter respondido todos esses questionamentos propostos, sendo necessário prosseguimento do tema em outros momentos reflexivos sobre a assistência ao paciente com diagnóstico de câncer de pele.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7 ed, Lisboa: Persona Edições 70, 1977.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edição 70; 2009.
- BARDINI, Gabriela; LOURENÇO, Diego; FISSMER, Mariane Corrêa. Avaliação do conhecimento e hábitos de pacientes dermatológicos em relação ao câncer da pele. **Arq. Catarin. Med.** 2012; 41(2): 56-63.
- BRASIL. Constituição Federal. **Vade Mecum Saraiva**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2010.
- _____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde/MS. **Resolução 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de Outubro de 1996.
- BUSS, P. M.; Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (Sup. 2):177-185, 2003.
- CONVERSANI, D. T. N.: Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde. In BIS – Boletim do Instituto de Saúde nº 34. São Paulo, dez 2004.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA (FMS). Estimativa 2005: incidência de câncer em Teresina. Disponível em: <<http://www.fms.gov.estimated/2005/>>. Acesso 03 Jun 2011.

GIANINI, Marcelo Márcio Siqueira. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. São Paulo: PUC, 2004, p.11.

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. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.18, n.4, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 de nov. 2011.

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e familiares**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LOPES; Ademar; IYEYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R. P. S. **Oncologia para graduação**. ed. 2. São Paulo: Tecmedd, 2008.

LORENCETTI A, SIMONETTI AP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005, nov/ dez; 13(6):944-50.

SABBI, A. Ricardo. **Câncer: conheça o inimigo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

4.2 Manuscrito 2 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PELE

Ednaldo Francisco Santos Oliveira Júnior¹

Fabício Ibiapina Tapety²

Maria Eliete Batista Moura³

Benedita Andrade Leal de Abreu⁴

¹ Tecnólogo em Radiologia. Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Especialista em Oncologia pela Universidade Estadual do Piauí. Professor do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professor do Instituto Federal do Piauí. E-mail: ednaldojunior.oliveira@bol.com.br

² Cirurgião-dentista. Pós-doutor em Odontologia clínica pela Universidade Nilgata do Japão. Doutor em Reabilitação oral pela Universidade Nilgata no Japão. Professor do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professor do Instituto Camilo Filho. E-mail: fabricio100@hotmail.com

³ Enfermeira. Pós-doutora pela Universidade Aberta de Lisboa – Portugal. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora e Coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde da Família do Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora do Programa de Mestrado em Enfermagem e da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. E-mail: lia@uninovafapi.edu.br

⁴ Médica. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo. Especialista em Medicina Nuclear pelo Centro de Medicina Nuclear de Guanabara. Professora da Universidade Estadual do Piauí. Médica Nuclear da clínica Bionuclear. E-mail: beneditabreu@hotmail.com

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a Educação em saúde ao paciente com diagnóstico de câncer de pele fornecida pela atenção primária. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva. O estudo foi realizado em um centro oncológico situado na cidade de Teresina/PI, considerado de referência para o diagnóstico e tratamento do câncer em todo o Nordeste. A população do estudo foi formada por pacientes com CID (Código Internacional de Doenças) respectivo a câncer de pele e que passaram por acompanhamento terapêutico radioterápico. O procedimento analítico e o tratamento dos dados se deram com base em um plano geral de análise e tratamento, utilizando-se a técnica da análise de conteúdo categorial temática de Bardin. Os dados foram coletados por meio de gravação em áudio com auxílio de um equipamento de MP3, transcritos na íntegra e autorizados pelos participantes. O estudo constatou que os pacientes entrevistados são pertencentes a um grupo de risco por altas exposições aos raios ultravioletas e mantém comportamento de vida que precisam ser mudados. Porém, apresentam cognição em compreender a gravidade do câncer da pele e dos meios de se evitar a doença. Dessa forma, precisam da educação em Saúde das equipes de estratégia saúde da família para conseguirem um bom desenvolvimento quanto à proteção contra os raios solares. A Educação em Saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele na estratégia Saúde da Família é deficiente e de baixa qualidade, tanto na prevenção primária, quanto na fase de tratamento imediato.

Palavras-chave: Educação em saúde. Prevenção. Câncer de pele.

HEALTH EDUCATION OF PATIENTS WITH DIAGNOSIS OF SKIN CANCER.

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the Health Education to the patient with diagnosis of skin cancer provided by primary attention. This is a qualitative study with descriptive approach. The study was conducted in a center oncologic located in the city of Teresina, considered references to the diagnosis and treatment of cancer throughout the Northeast. The study population was formed by patients with ICD (international Code of Diseases) it's the skin cancer and who underwent monitoring therapeutic radioterapic. Analitic procedure and the data were based on a general analysis and treatment plan, using the technique of the analysis of categorical Bardin's thematic content. The data were collected by means of recording in audio with the aid of a MP3, transcribed in full and approved by the participants. The study found that the patients interviewed are belonging to a risk group for high UV exhibitions and maintain behavior that need to be changed. However, they present cognition to understand the seriousness of skin cancer and ways to prevent disease pa. Thus, need of health education teams of the Family Health Strategy to achieve a good development as protection against sunlight. Health Education of the patient diagnosed with skin cancer in the Family Health Strategy is poor and of low quality, both in primary prevention, and in phase immediate treatment.

Keywords: Health education. Prevention. Skin Cancer.

1 INTRODUÇÃO

Na intenção de enunciar a visão sobre o campo da educação em saúde ampliando o olhar sobre metodologias de desenvolvimento de estratégias este estudo se propõe fazer aprofundamento sobre a importância de medidas educacionais em saúde para a prevenção da incidência do câncer da pele.

Esse tema se apresenta na atualidade como de grande relevância, pois, em vários momentos vem ocupando espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde, especialmente, os que atuam na área da saúde pública. Desta forma, vem buscar uma interação entre educador e educando com a finalidade não apenas de informar, mas principalmente de trocar experiências e conhecimentos que favoreçam a promoção de hábitos saudáveis de vida (CONVERSANI, 2004).

Acompanhado a isso, o pleno desenvolvimento de políticas públicas de saúde e a busca constante de melhoria de vida por parte da população foram incorporados conceitos de práticas de saúde, desenvolvidos a partir do princípio de que a educação é capaz de gerar hábitos de vida saudáveis, fato que deu início a um novo movimento, o da Educação em saúde. Tendo como principal objeto de estudo a Estratégia Saúde da Família (ESF). A prática em ESF volta-se completamente para práticas educativas. Uma vez que o papel principal da estratégia é a promoção da saúde, através de vários meios que se orientam com o princípio de propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais (BUSS, 2003).

Nesse contexto, observa-se que para implementar a Educação em saúde alguns mecanismos podem efetivamente contribuir como conhecimento, atitudes e habilidades relacionadas com comportamentos ligados à saúde. Para isso é necessário que essa prática interpessoal seja realizada por profissionais bem treinados com capacidade para produzir mudanças rápidas na saúde (BUSS, 1999).

Todavia, no Brasil, as estimativas para o ano de 2013 apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer, incluindo os casos de câncer da pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. É esperado um total de 257.870 casos novos para o sexo masculino e 260.640 para o sexo feminino. Confirma-se a estimativa que o câncer da pele do tipo não melanoma (134 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira.

Dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmam que o câncer de pele é o tumor maligno mais freqüente entre a população mundial. Apontam que cerca de 50% das pessoas de pele branca com mais de 65 anos desenvolverão um câncer de pele e 25% terão mais do que um tumor deste tipo no decorrer de sua vida.

Corroborando com a OMS o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de pele não melanoma é o mais incidente no Brasil em ambos os sexos, mesmo considerando-se que estes índices podem estar subestimados pelo fato de que muitas lesões suspeitas serem retiradas sem diagnóstico. Este tipo de câncer apresenta ainda a propriedade de possuir baixa letalidade, sendo esse um tumor relativamente fácil de diagnosticar precocemente, porque está exposto e facilmente visível (SABBI, 2000). Porém, em alguns casos pode levar a deformidades físicas e ulcerações graves, conseqüentemente, onerando os serviços de saúde (INCA, 2013).

Em Teresina a Fundação Municipal de Saúde (FMS) diagnostica que as neoplasias malignas gerais são responsáveis pela segunda maior causa de morte em moradores da capital do Piauí, apresentando um total de 466 óbitos. Estes valores correspondem a uma taxa de mortalidade de 59 para cada 100.000 habitantes representando 12,67% dos óbitos da população da cidade (FMS, 2012).

Portanto, o enfrentamento do câncer no país depende de um grande esforço afim de relocá-lo a posição prioritária de Saúde Pública, pois, é oneroso e traumatizante o tratamento da doença e dessa forma, os dados supracitados são imprescindíveis para que se possa elaborar uma política de controle efetiva com especificidades nacionais e principalmente regionais que possibilite aprimorar as ações efetiva das equipes de ESF nos mais diferentes brasis

Contudo, somente através da conscientização do governo brasileiro nos seus mais diferentes níveis de gestão em saúde pública e da população como um todo, da importância da prevenção do câncer da pele, além da necessidade de desenvolvimento de pesquisas que apresentem planos detalhados para orientar um programa regionalizado de controle de mortalidade por câncer da pele, em se tratando de um país tropical, com incidência solar o ano inteiro e com várias nuances regionais e até locais, é possível a mudança de hábitos que venham apresentar algum grau de risco às populações no território brasileiro.

Dessa forma, a prevenção e o controle do câncer precisam adquirir uma atenção especial por parte da comunidade e dos governantes, pois, quando o número de casos novos aumentarem de forma rápida, não haverá recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu da após a verificação de que na literatura especializada poucos estudos são relatados levando em consideração a experiência profissional na área oncológica e através de observações empíricas é possível observar por meio de relatos de pacientes a ausência de medidas de prevenção primária do câncer, em especial, para o câncer da pele.

A área da Educação em saúde é pouco explorada quanto à identificação de ações desenvolvidas por equipes de ESF, aonde se verifica uma baixa frequência de atividades. Esse estudo observou ainda que as atividades educativas quando são desenvolvidas na ESF pelas equipes, em grande parte contam de atividades realizadas de modo muito limitado, com temas prontos, permitindo pouca interação com a população.

Partindo desse enfoque, este estudo vem proporcionar conhecimentos e divulgação de informações regionais sobre câncer da pele, fornecendo subsídios para levantamentos mais amplos e proveitosos da região em específico e de forma geral, do país. Preenchendo assim, uma grande lacuna que é a falta de informações médicas de uma maneira geral, o que acontece principalmente no Estado do Piauí, devido à carência de trabalhos sobre o tema ora abordado.

Essa pesquisa espera que desperte no profissional, que realiza a assistência na ESF, a necessidade de desenvolver um melhor conhecimento que seja capaz de transferir para o indivíduo a relevância que tem os aspectos preventivos inerentes à patologia em questão. Também, que os resultados obtidos forneçam embasamento tanto para futuros estudos, quanto para políticas de saúde voltadas à atenção primária e que tragam contribuições para gerar informações substanciais na prevenção e compreensão do diagnóstico precoce do câncer da pele, compreendida essencialmente como uma questão pública.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele.

3.2 Objetivos específicos

Com o foco desse estudo acima pré-definido no objetivo geral, geram-se os objetivos específicos com singular importância na verificação das ocorrências de câncer, quais sejam:

- a) Caracterizar os sujeitos do estudo conforme dados sócios demográficos;
- b) Descrever a educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele;
- c) Discutir como o paciente com diagnóstico de câncer de pele é capacitado para ter maior controle sobre a sua saúde;

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela que se preocupam com um nível de realidade que não pode ser quantificado, além de trabalhar com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que, por sua vez correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Trata-se de um estudo exploratório e de campo com base descritiva das características apresentadas pelos vários autores sobre a eficácia da atenção primária na prevenção do câncer de pele, bem como a o estabelecimento de relações entre variáveis e fenômenos dessa doença em uma análise correlacional. Segundo Martins (2000, p. 28), “a análise correlacional busca a identificação de fatores em relação a outro, a partir de comparações entre os diversos estudos com a finalidade de estabelecer parâmetros de análises”.

4.2 Cenário do estudo

O cenário da pesquisa foi o município de Teresina, capital do Estado do Piauí, mais especificamente um centro oncológico considerado de referência para o diagnóstico e tratamento do câncer em todo o Nordeste.

A escolha do cenário se deu por se tratar de uma instituição de saúde cuja atuação no tratamento de câncer tem se projetado com imensa repercussão social, criando oportunidades de cura e de melhor qualidade de vida para os pacientes com diagnóstico de câncer. É um hospital de referência nacional em tratamento de alta complexidade, notadamente no tratamento do câncer destacando-se por ser um grande centro de saúde detentor de tecnologia avançada fornecendo substancial e reconhecida contribuição para a saúde pública do Brasil.

O Hospital oferece a mais avançada e inovadora atenção à saúde, com preocupação permanente com a humanização dos serviços e dentro dos mais altos padrões tecnológicos, ensino e pesquisa, com ênfase na ética e responsabilidade socioambiental visando a contínua melhoria da qualidade de vida.

Trata-se ainda de um Hospital que possui o Certificado Definitivo de Entidade de Fins Filantrópicos expedido em 19 de março de 1984 pelo Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério da Educação e cultura além de ser cadastrado na Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas (Processo DNC nº 9.918/720).

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram pacientes com Código Internacional de Doenças (CID) respectivo a câncer de pele (CID - C43 a C44) e que passaram por acompanhamento terapêutico (radioterápico) por um período de três meses, correspondente aos meses de Fevereiro, Março e Abril no ano de 2013. O critério de definição do tamanho da amostra foi o de saturação de palavras. Sá (1998) afirma que em uma pesquisa a saturação dos dados ocorre quando as idéias contidas nas falas dos sujeitos começam a se repetir ou a expressarem uma consonância entre as mesmas.

A seleção dos sujeitos se deu considerando a disponibilidade e o interesse dos mesmos em participarem da pesquisa. Sobre este fato, vale citar que todos os

sujeitos aceitaram colaborar espontaneamente a partir do primeiro contato do pesquisador para oficializar o convite. Esses ao concordarem, assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que obedece aos aspectos éticos e legais conforme o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Saúde, Ciências humanas e Tecnológicas do Piauí via Plataforma Brasil, de acordados com os requisitos da Resolução nº 196/96, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, ficando garantido sigilo e a liberdade da recusa ou exclusão em qualquer fase da investigação (BRASIL, 1996).

Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos em tratamento radioterápico com diagnóstico de qualquer tipo de neoplasia maligna da pele que estiveram com tratamento em andamento no local de pesquisa nos referidos meses supracitados. Participaram da pesquisa pacientes com idade variando de 18 a 90 anos de idade, de ambos os sexos. Foram excluídos da pesquisa menores de idade e pacientes que se recusaram a assinar o TCLE.

4.4 Método

O procedimento analítico e o tratamento dos dados se deram com base em um plano geral de análise e tratamento, utilizando-se a técnica da análise de conteúdo categorial temática de Bardin (1977) que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

O resultado deste estudo pela ótica da análise de conteúdo possibilita a formação de conceitos, explicações e afirmações que estão baseados em dados coletados através de entrevistas com 08 pacientes que receberam tratamento de câncer da pele. Todavia, a análise de conteúdo adotada nesse contexto se configura como uma interpretação pessoal por parte do pesquisador em relação à percepção que este tem dos dados. Dessa forma, os achados da pesquisa mostram como características dos pacientes analisados que estes residem em Várzea Branca/PI, Teresina/PI, Duque Barcelar/MA, Buriti/MA, Picos/PI e Buriti dos Montes/PI.

São caracterizados como sendo 50% casados e 37,50% solteiros. Estão entre a faixa etária de 25 a 89 anos. 75% possuem junto o Ensino fundamental e médio completos. 50% são do sexo masculino e 50% são do sexo feminino. Os sujeitos da pesquisa também possuem outras doenças tais como hipertensão, pneumonia e acidente vascular cerebral (AVC). Porém, para 62,50% dos pesquisados, quando perguntados sobre possuírem outras doenças, não apresentam nenhuma outra enfermidade.

Na sua maioria, representando um percentual de 75%, possuem como atividade principal o trabalho na “roça”, ou seja, são lavradores, com exposição aos raios solares durante a maior parte do dia, aumentando as possibilidades de ocorrência da doença, pois, “os raios ultravioleta têm vários efeitos sobre as células, incluindo a inibição da divisão celular, inativação de enzimas, indução de mutações e morte celular” (LOPES; IYEYASU; CASTRO, 2008, p.80).

É uma característica de grande relevância, uma vez que a ocorrência do câncer da pele causado pela irradiação ultravioleta solar apresenta altos índices de ocorrências verificados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2012).

Com isso, segundo dados do INCA em 2012 o Brasil apresentou 62.680 casos novos de câncer da pele não melanoma entre homens e 71.490 em mulheres.

Para a capital do Estado do Piauí, Teresina, o INCA revela que o câncer de pele não melanoma foi responsável em 2012 por 60 casos da doença no sexo masculino e no sexo feminino chegou a 120 ocorrências registradas.

Todavia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que em 2030 os cânceres de forma geral, serão da ordem de 27 milhões de casos incidentes.

Com isso, a pesquisa constatou na fala dos sujeitos pesquisados que estes mantêm um bom conhecimento quanto ao desenvolvimento do câncer da pele, os partícipes da pesquisa reconhecem que os raios ultravioletas do sol são responsáveis pelo desenvolvimento da doença.

Porém, para metade dos entrevistados ainda persiste a falta de conhecimento quanto às causas da doença. Isso provocado em grande parte por ser o câncer ainda uma “doença carregada de preconceitos, na qual o indivíduo na maioria das vezes sente-se inadequado afastando-se ou sendo afastado de seu grupo e enfrentando a solidão”. (GIANINI, 2004, p. 10).

Acrescentando a isso há falta de informação, pois os pesquisados acreditam que a doença se manifesta, além da carga genética, como resultados de

preocupações, levantamento de peso em excesso, “pancada”, e ferimentos que evoluem de forma rápida para outro tipo de doença.

No entanto, para a maioria dos sujeitos da pesquisa existe um conhecimento prévio à ação nociva dos raios solares incidindo diretamente sobre a pele e quais conseqüências acarretam para a saúde e embora conhecedores da importância da proteção contra radiação solar encontram várias barreiras para implantação de uma conduta preventiva. Dentre estas a mais importante é a aplicação de filtro solar com fator fotoprotetor elevado e sempre no período indicado nos rótulos.

Com isso, a pesquisa enuncia os pesquisados utilizam como principal meio de informação, quanto às questões de saúde, as equipes de saúde dos postos de atendimentos quando estes existem em suas localidades de moradia. Todavia, para parcela da população, o evitamento da doença deve ser acompanhado dentre outras formas, de um conhecimento, pois:

A prevenção primária inclui orientação quanto à associação entre o sol e câncer da pele, aplicação de protetor solar, utilização de roupas apropriadas, uso de chapéus e óculos de sol, a permanecer na sombra, limitar o tempo de exposição ao sol e evitar fontes artificiais de radiação ultravioleta (como bronzamento artificial) (BARDINI; LOURENÇO; FISSMER, 2012, p.60).

Igualmente, a pesquisa enuncia que as pessoas pesquisadas quando exercendo outras atividades de trabalho se descuidam da proteção ao sol, por pouco perceberem os riscos dos raios solares para o câncer de pele e a severidade quando diagnóstico tardio deste tipo de tumor, por acharem laborioso passar o filtro solar em todas as áreas do corpo que ficam expostas ao sol.

E como orientação para evitar os raios nocivos do sol, essa pesquisa indica, baseada em literatura especializada que as pessoas se utilizem, dentre outros recursos, além do filtro solar, dos sombreiros e roupas apropriadas para o trabalho em campo aberto, a exemplo do trabalho na “roça” e conforme orientação de Bardini; Lourenço; Fissmer (2012, p.60).

Sobre as conseqüências do câncer de pele para as pessoas pesquisadas 62,50% afirmam que a principal conseqüência imediata da doença é o óbito. A cura da doença é uma crença que emergiu nas falas dos sujeitos da pesquisa como uma dúvida. Gerando incertezas de que o câncer possa ser curado, mesmo com diagnóstico precoce.

Desta forma, a pesquisa aponta que há falta de conhecimento sobre as consequências da doença. Pois, de acordo com dados do INCA (2012) no Brasil ocorreram 134.170 novos casos de câncer não melanoma no ano de 2012 e destes 1.520 acabaram em óbitos o que equivale a 1,13% de ocorrências. Diante desse quadro, o INCA (2012) considera positiva a situação do câncer e de grande relevância, uma vez que houve 98,87% de cura dos pacientes com diagnóstico positivo para a doença.

Todavia, para os entrevistados na pesquisa a doença ainda se apresenta como um quadro final de morte gerando apreensão, medo e na maioria dos casos, quadros depressivos. Corroborando como o que afirma Kovacs et al, (1999) que diz: “o diagnóstico de câncer ainda é visto como sentença de morte e está vinculado a muita dor, sofrimento e mutilações físicas e psíquicas”.

O estudo aponta ainda que para 25% dos pesquisados, o conhecimento das consequências dessa doença com possibilidades de ocorrência de outras doenças geradas pelo câncer foi achado nas falas dos participantes da pesquisa. Isso encontra respaldo na literatura especializada que afirma que o paciente com uma neoplasia maligna poderá desenvolver ou adquirir deficiências na resposta do seu sistema imunológico ocorrendo o risco de infecções de outras doenças.

Existem casos em que mecanismos induzidos por vírus, a exemplo do Vírus do Papiloma Humano (*Human Papiloma Virus* - HPV) provocam a transformação de células sadias em células doentes que de benignas podem evoluir para malignas. Também há dados disponibilizados na literatura especializada que afirmam que 15% dos cânceres em todo o mundo são ocasionados por infecção por vírus.

Mesmo assim, o câncer é o produto final de um processo complexo que se desenvolve em múltiplos estágios, dentre eles está a alteração na dinâmica da divisão celular provocada por agentes externos a exemplo dos raios ultravioletas do sol. Para Lopes; Iyeyasu; Castro (2008, p. 77):

A energia radiante sob a forma de raios ultravioleta da luz do sol ou como radiação ionizante eletromagnética e particulada, *in vitro* pode transformar virtualmente todos os tipos de células e *in vivo* pode induzir neoplasias tanto em seres humanos quanto em animais experimentais. O mecanismo de carcinogênese pela radiação consiste em sua capacidade de induzir mutações que podem resultar de algum efeito direto da energia radiante ou de efeito indireto intermediário pela produção de radicais livres a partir da água ou do oxigênio.

A pesquisa buscou ainda conhecer o grau de informações pertinentes aos partícipes quanto a esses terem cognição informacional a que venham acrescentar qualidade de vida e também seja um multiplicador quanto à prevenção de novos casos e assim, 37% conhecem que o câncer de pele tem tratamento e apresenta um grande número de recuperação total do doente, podendo esse voltar ou mesmo manter sua rotina mesmo durante o tratamento. No entanto, para um número considerado dos pesquisados 62,50%, afirmam que nada conhecem sobre os tratamentos da doença. Essa é uma constatação relevante, pois, configura-se como um grande desafio às equipes da Estratégia saúde da família. Uma vez que o câncer da pele vem crescendo muito a cada ano, tanto por falta de informação a respeito do assunto quanto pela falta de conscientização da população.

Este estudo averiguou também a qualidade da reação ao diagnóstico de câncer de pele por parte dos sujeitos pesquisados e não obstante enuncia que para 37,50% dos sujeitos da pesquisa, não houve um preparo emocional por parte do profissional de saúde em falar ao paciente do diagnóstico positivo da doença. Sem embargo, nesses casos o profissional de saúde deve informar o diagnóstico de forma clara e tranquilamente mostrando compreensão pela situação difícil em que o paciente se encontra. Assim:

É aconselhável dar apenas uma explicação bem curta juntamente com as notícias, porque em muitos casos, o paciente estará emocionado demais para ouvir uma explicação longa. Depois de contar as más notícias, é melhor que o profissional de saúde “fique quieto” para dar ao paciente a chance de uma reação inicial. (LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007, p.80).

Os dados coletados pela pesquisa corroboram com o que argumentou Leite; Caprara; Coelho Filho (2007) e vem representar a falta de preparo dos profissionais de saúde. Eles não recebem formação ou se recebem fazem um uso inadequado quando precisam oferecer amparo emocional aos pacientes. Assim, essa pesquisa sugere às equipes de Estratégias saúde da família que mantenham uma visão holística com relação a preservação da qualidade de vida dos pacientes principalmente no momento do diagnóstico positivo de doenças.

Nesse sentido, a pesquisa observa o grande impacto negativo do diagnóstico do câncer da pele não melanoma para o indivíduo especialmente quanto às expressões de seus sentimentos de perda. Tudo isso carregado de estigma que

traduzem as formas e sinais de ansiedade, angústia e medo que acometem os pacientes com diagnóstico de câncer. Contudo, na literatura especializada existem pesquisas que mostram que a “psicoterapia de apoio é um tratamento eficaz para o paciente recuperar a auto-estima e amenizar o sofrimento, principalmente, as suas preocupações emocionais e sociais mais do que ao seu estado geral de saúde” (GIANINI, 2004, p.11).

Mesmo não sendo um tipo de câncer agressivo como é o caso do câncer da pele não melanoma, ele pode deixar seqüelas estéticas e em uma sociedade que valoriza a estética como padrão de saúde, sucesso e bem-estar, isso vem representar um grande drama psicológico ao paciente e seus familiares. Contudo, a reação pós-diagnóstico do câncer de pele para os pacientes pesquisados, foi de preocupação, nervosismo e até mesmo de apavoramento, medo e apreensão.

Sobre outro ponto importante a pesquisa verificou a preocupação não somente da reação pós-diagnóstico dos participantes, mas também dos familiares diretamente envolvidos com eles. Os familiares demonstraram sentimentos variados, onde sentimentos de nervosismo, preocupação e tristeza acabaram prevalecendo através de relatos de preocupação misturados a sentimentos de compreensão quanto ao diagnóstico de câncer de pele. Passado o momento dramático do diagnóstico, houve uma demonstração de tranquilidade.

Com relação ao sentimento do paciente durante a realização do tratamento do câncer de pele houve manifestações divididas meio a meio em relação às diversificações de sentimentos. Metade relatou que se sentiam bem e outra metade disse que não sentiam nada. Estas expressões demonstram que os pacientes não se sentiram emocionalmente abalados durante a fase do tratamento e que isso poderia até ajudar a combater a doença do ponto de vista psicológico. Essa sensação de auto-estima é confirmada na fala de Prado et al. (2007, p.361) que afirmam que:

“A auto-estima é um componente da qualidade de vida, ela é definida como sendo o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma”.

Desta forma, essa pesquisa, baseada nos dados coletados confirma que os pacientes mantêm como forma de “defesa” uma auto-estima que ajuda no

tratamento da doença, uma vez que um paciente com auto-estima baixa pode não contribuir com o quadro de cura da doença. Motivado por inúmeras razões já mencionadas acima. Com isso essa pesquisa conclui que os pacientes com câncer da pele apresentam auto-estima significativamente muito alta.

Segundo a OMS, o câncer é considerado uma doença crônica degenerativa das mais temidas e vem se contextualizando como um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Sendo preciso levar os cuidados em domicílio pela equipes de estratégia de atenção à saúde que devem ofertar informações aos pacientes e que essas informações sejam absorvidas, pois, do contrário, nada adiantará manter estratégias que visem o evitamento da doença. A literatura especializada elucida que o câncer é uma:

“doença que se caracteriza como uma situação que leva à vulnerabilidade, cujo conceito está relacionado a um contexto que gera incertezas e ao contexto do desequilíbrio familiar em sua capacidade de funcionamento, gerando desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares. Ao contexto de maior ou menor vulnerabilidade social, associa-se a qualidade e quantidade do apoio social necessário”. (SANCHEZI; FERREIRA, 2012, p.793).

Em relação ao recebimento ou não dessas informações sobre prevenção do câncer de pele por parte da equipe da Estratégia Saúde da Família houve uma discrepância nos resultados gerados onde a grande maioria informou que não houve nenhum tipo de informação neste sentido resultando em 75% dos relatos. Apenas 25% dos entrevistados, mencionaram ter recebido algum tipo de informação por parte da Equipe de ESF.

Por outro lado, apenas 25%, relataram que houve presença de profissionais, como se pode observar no relato a seguir: Sendo que apenas um dos pacientes soube informar que se tratava de um agente de saúde, o que foi facilitado devido ao parentesco com a sobrinha que trabalhava na Equipe; e outro disse que sabia apenas que era uma pessoa estudada que pertencia à área da saúde.

Com relação aos tipos de informações recebidas pelos profissionais da ESF, a pesquisa observa que na maioria das vezes não foram prestadas, apresentando um índice altíssimo de 87,5% dos depoimentos. Enquanto que apenas 12,5% dos depoentes relataram que foram informados sobre prevenção pela ESF.

Ainda sobre o tema, foi gerado um questionamento sobre como as informações sobre o diagnóstico da doença chegaram até o paciente onde 75%

deles disseram que nenhuma informação foi prestada. E 25% dos depoimentos afirmaram que receberam informações de agente de saúde/enfermeira. 12,5% disseram que receberam visita, mas não soube identificar o profissional.

Aspectos sobre as manifestações do paciente sobre seu tratamento oncológico também foram levados em consideração durante as entrevistas, pois, para esse estudo:

A idéia central é a afirmação que permite traduzir a essência do discurso emitido pelo indivíduo nos seus discursos. As expressões-chave são transcrições literais de parte dos depoimentos que fornecem a essência do conteúdo discursivo. O discurso do sujeito coletivo é constituído a partir de categorias que representam os depoimentos e que os tornam equivalentes por expressarem a mesma idéia, representada simbolicamente pela categoria (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005, p.947).

Desta forma, a primeira pergunta realizada foi sobre quais os tipos de tratamentos oncológico já foram ou estão sendo realizados. Com isso, a cirurgia associada à radioterapia prevaleceu com 87,5% dos relatos. A radioterapia é comumente prescrita para depois da cirurgia.

E apenas 12,5% dos relatos corresponderam ao tratamento exclusivo de radioterapia, conforme depoimentos prestados a pesquisa. Assim, o “câncer é uma doença que traz indagações para a pessoa que passa por essa experiência e transtornos dos mais variados, podendo gerar estresse que é inevitável e faz parte da vida humana”. (LORENCETTI; SIMONETTI, 2005, p.944).

Ao dar seguimento, foi perguntado também ao paciente qual seria o sentimento deste durante a realização do tratamento da doença. Houve um prevalecimento de resposta no sentido de bem-estar com índices de 62,5%,

Alguns pacientes (37,5%) apresentaram sensação de mal-estar em pelo menos um dos tratamentos (Cirurgia ou Radioterapia),

Em relação ao fato de o paciente sentir-se à vontade ou não para informar-se, discutir e perguntar sobre os tipos de tratamento, 87,5% dos pacientes responderam que estão satisfeitos. Desta forma, essa pesquisa assegura que os pacientes estão contribuindo para que o seu tratamento apresente resultados satisfatórios e que agindo assim, estes estão aptos a influenciarem um número de outras pessoas em suas localidades, ajudando, contudo o evitamento de novos casos da doença. Portanto, esses são os primeiros passos para a implantação pelas equipes em ESF no combate a essa moléstia que tem acometido as camadas mais humildes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento da expectativa de vida em todas as regiões do país, além do aumento do poder aquisitivo de grande parte da população brasileira e também da adoção de hábitos verificados em países desenvolvidos, o problema de doença de câncer da pele tende a se acentuar. A literatura especializada prevê até 2030 um aumento na ordem de 38,1% de novos casos da doença. O diagnóstico tardio e problemas no acesso ao tratamento motivado por falta de políticas de saúde em que esteja inserido todo o cidadão brasileiro, são as principais causas para o aumento da doença no Brasil. Desta forma, descortina um campo vasto de atuação de equipes de estratégias e de políticas públicas efetivas que visem a diminuição ou mesmo o evitamento de diagnósticos positivos para a doença.

Dentre essas estratégias esse estudo indica a prática da educação continuada de forma a provocar mudanças nos hábitos da população encontrando como um grande aliado, a mídia, em suas mais variadas formas de abordagem. Destaca ainda que o desenvolvimento a que o País se encontra ajudará no aumento das incidências de câncer no território nacional. Acompanhado ao desenvolvimento, a pesquisa cita como comportamento de risco da população, o modo de vida estressante, a exposição ao sol sem utilização de fotoprotetor adequado, a poluição interna gerada pela queima de combustíveis sólidos provocando a diminuição da camada de ozônio por emissão de gás carbônico gerado também pelas descargas dos automóveis.

Há alguns fatores que podem aumentar a consciência da população em relação aos fatores de risco do câncer de pele, são eles: o desenvolvimento econômico, o avanço tecnológico, o crescimento industrial, o envelhecimento populacional, além do direito de usufruir dos exames diagnósticos e tratamentos comprovadamente eficientes que se tornam ingredientes para a condição desfavorável no controle do avanço do câncer em nossa sociedade.

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. A amplitude da tarefa não é fácil de ser

vencida e, por essa razão, sabe-se que há muito por avançar nesta área (GUTIERREZ et al., 2009).

Este estudo pode trazer benefícios para a sociedade à medida que o grupo ora estudado pela pesquisa passe a acreditar na importância da conscientização quanto à prevenção do câncer de pele e encontra respaldo junto às equipes de ESF e que estas estejam preparadas para atendimentos das demandas quanto a necessidade de se melhor preparar para atendimento dessa demanda por parte da sociedade que será beneficiada de forma direta com a prevenção de novos casos da doença à medida que esta passar a tomar consciência da importância de mudanças de hábitos em seus estilos de vida.

A relevância desse estudo também está no fato de fazer a sociedade refletir sobre a importância de se oferecer aos cidadãos a oportunidade de educação em saúde, pois, esse é um recurso que poderá gerar economia ao sistema de saúde disponibilizado à população, configurando-se o tratamento da doença de custo elevado.

A Educação em Saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele na estratégia Saúde da Família é deficiente ou quase inexistente, pois os profissionais de saúde não se preocuparam em fornecer informações sobre como evitar o câncer de pele antes de depois da doença se instalar no organismo dos sujeitos analisados.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7 ed, Lisboa: Persona Edições 70, 1977.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edição 70; 2009.

BARDINI, Gabriela; LOURENÇO, Diego; FISSMER, Mariane Corrêa. Avaliação do conhecimento e hábitos de pacientes dermatológicos em relação ao câncer da pele. **Arq. Catarin. Med.** 2012; 41(2): 56-63.

BRASIL. Constituição Federal. **Vade Mecum Saraiva**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde/MS. **Resolução 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de Outubro de 1996.

BUSS, P. M.; Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (Sup. 2):177-185, 2003.

CONVERSANI, D. T. N.: Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde. In BIS – Boletim do Instituto de Saúde nº 34. São Paulo, dez 2004.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA (FMS). Estimativa 2005: incidência de câncer em Teresina. Disponível em:
<<http://www.fms.gov.estimativa/2005/>> Acesso 03 Jun 2011.

GIANINI, Marcelo Márcio Siqueira. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. São Paulo: PUC, 2004, p.11.

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. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.18, n.4, dez. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 de nov. 2011.

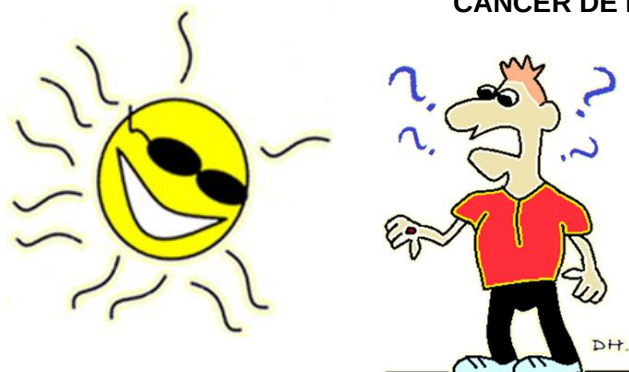
LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e familiares**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LOPES; Ademar; IYEYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R. P. S. **Oncologia para graduação**. ed. 2. São Paulo: Tecmedd, 2008.

LORENCETTI A, SIMONETTI AP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005, nov/ dez; 13(6):944-50.

4.3 Produto 1 - Folheto com orientações aos pacientes

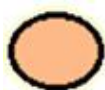
CÂNCER DE PELE



Câncer de pele é o tumor maligno mais incidente em nosso meio e atinge principalmente as pessoas de pele clara que se expõem muito ao sol, mas também pode ocorrer devido ao uso de produtos químicos derivados do alcatrão ou arsênico, cigarros ou a exposição às radiações ionizantes.

Os principais sinais de alerta que caracterizam o Câncer de pele são: feridas que não cicatrizam facilmente, manchas na pele com contorno e cor irregulares e lesões que formam cascas e que sangram com facilidade.

TIPOS:



Podem ser de três tipos: carcinoma Basocelular, Espinocelular e Melanoma.

Todos podem se desenvolver primeiramente a partir de manchas na pele.

O Melanoma é o mais raro e agressivo, seu tratamento é mais difícil e tem mais índices de mortalidade do que os outros citados. É principalmente caracterizado por uma coloração escura apresentada em quase todos os casos.



PREVENÇÃO:



- . Evitar exposição excessiva ao sol entre os horários de 10 às 16 h;
- . Usar protetor solar regularmente, com Fator de Proteção Solar (FPS) maior que 15;
- . Usar roupas que protejam a pele da exposição solar;
- . Usar protetor labial;
- . Usar chapéus ou bonés;
- . Evitar bronzeamentos artificiais;
- . No caso de lesões suspeitas, ir a um Médico Dermatologista com urgência.

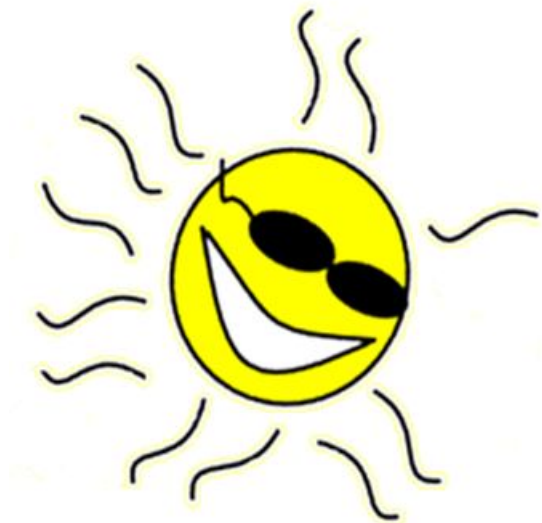
REFERÊNCIAS:

SABBI, A. Ricardo. **Câncer: Conheça o inimigo**.
Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

CURSO: MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
LINHA DE PESQUISA: A SAÚDE DA FAMÍLIA NO CICLO VITAL
PROJETO: EDNALDO FRANCISCO SANTOS OLIVEIRA JÚNIOR
PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO: DANILO HORTENCIO VERAS SILVA.
ORIENTADOR: PROF. DR. FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY



4.4 Produto 2 – Cartilha com orientações aos pacientes



CURIOSIDADES SOBRE O CÂNCER DE PELE



TERESINA

2013

Esta cartilha visa informar ao público em geral algumas curiosidades relacionadas ao câncer de pele, como por exemplo, de que forma identificá-lo, como podem se manifestar na pele e os principais meios de se prevenir deste mal que vem acometendo cerca de 20% da população brasileira.

O QUE É O CÂNCER DE PELE ?

É o tumor maligno da pele sendo o tipo mais incidente em nosso meio. É facilmente diagnosticado porque está exposto e facilmente visível. A manifestação ocorre principalmente nas áreas do corpo que são mais expostas ao sol.

COMO ISTO ACONTECE ?

O câncer de pele atinge principalmente as pessoas de pele clara e que se expõem muito ao sol. Mas também pode ocorrer devido ao uso de produtos químicos derivados do alcatrão e arsênico; devido ao uso de cigarros ou devido a exposição às radiações ionizantes, como às dos raios-x.

COMO IDENTIFICÁ-LO ?

Feridas que não cicatrizam facilmente; Manchas na pele com coloração irregular e bordas assimétricas; Lesões que formam cascas e que sangram com facilidade; Tudo isso pode indicar a possibilidade de ser um câncer de pele.



PODEM SER DE QUE TIPO ?



PODEM SER DE TRÊS TIPOS:



Carcinoma Basocelular

É o tipo menos grave e aparece em forma de mancha na pele. São causados pelos efeitos cumulativos de exposição ao sol.

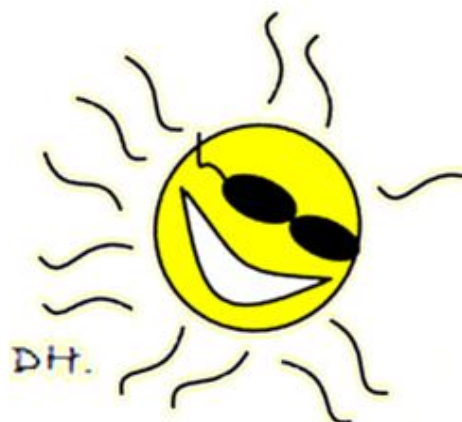


Carcinoma Espinocelular Aparece como um nódulo que se desenvolve sobre manchas e cicatrizes pré-existentes na pele. Pode ser provocado pelos efeitos do cigarro e exposição a produtos químicos.



Melanoma

É o mais raro e o mais perigoso tipo de câncer. Forma-se devido uma irregularidade na produção dos melanócitos (células que definem a cor da pele). Manifesta-se através de uma “pinta” pré-existente na pele.



O QUE DEVO FAZER PARA ME PREVENIR ?



- . Evitar exposição excessiva ao sol entre os horários de 10 às 16h;
- . Usar protetor solar regularmente, com Fator de Proteção Solar (FPS) maior que 15;
- . Usar roupas que protejam a pele da exposição solar;
- . Usar protetor labial;
- . Usar chapéus ou bonés;
- . Evitar bronzamentos artificiais;
- . No caso de lesões suspeitas, ir a um Médico Dermatologista com urgência.



ALGUNS DIREITOS DO PACIENTE COM CÂNCER!

- . Iniciar o tratamento em, no máximo, 60 dias (após diagnóstico comprovado, uma Lei Federal obriga o Sistema Público de Saúde a iniciar o tratamento de câncer em 60 dias);
- . Aposentadoria em casos de invalidez (após perícia médica, o paciente poderá receber um benefício mensal da Previdência Social - INSS);
- . Auxílio-doença (após perícia médica, o paciente poderá receber um benefício mensal da Previdência Social - INSS);

- . Compra de veículos (o paciente poderá ter isenção dos seguintes impostos ao comprar seu veículo: IPVA, IPI, ICMS, IOF);
- . Isenção de Impostos (após avaliação, o paciente poderá ter isenção de Impostos, como: IPTU e Imposto de Renda);
- . Medicamentos gratuitos (o paciente poderá ter acesso aos medicamentos previamente incorporados ao SUS);
- . Quitação de casa própria (após avaliação, o paciente poderá ter direito à quitação do financiamento da casa própria);
- . Saques das contas PIS/PASEP (após avaliação, a Lei prevê saques do saldo existente nas contas vinculadas ao PIS/PASEP);
- . Transporte Urbano e Interestadual (após avaliação, o paciente poderá ter isenção de tarifas dos meios de transporte coletivos);
- . Estudo (após avaliação, a lei garante aos pacientes, em qualquer nível de ensino, a continuarem estudando, sempre que compatíveis com seu estado de saúde e a possibilidade do estabelecimento de ensino).

PARA MAIORES INFORMAÇÕES, ENTRAR EM CONTATO ATRAVÉS DE:

- . TELEFONE: 0800-7731666
- . SITE: www.oncoguia.org.br

REFERÊNCIAS:

- SABBI, A. Ricardo. **Câncer: Conheça o inimigo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- SALVAJOLI, J. V.; SOUHAMI, L.; FARIA, S. L. **Radioterapia em Oncologia**. Rio de Janeiro: Medsi 1999.
- SHERMAN, C. D. **Manual de Oncologia Clínica**. 5 ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1991.
- INSTITUTO ONCOGUIA. Direitos do paciente com câncer. Disponível em:
<<http://www.oncoguia.org.br/direitos>.> Acesso 30 Mai 2013.

CURSO: MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
 LINHA DE PESQUISA: A SAÚDE DA FAMÍLIA NO CICLO VITAL
 PROJETO: EDNALDO FRANCISCO SANTOS OLIVEIRA JÚNIOR
 PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO: DANILO HORTENCIO VERAS SILVA.
 ORIENTADOR: PROF. DR. FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões deste trabalho consideraram os dados referentes aos resultados das entrevistas. Os resultados encontrados são semelhantes aos descritos na literatura pesquisada pelos autores e comentados na introdução deste trabalho sendo integralmente compatíveis com os objetivos da pesquisa.

Foi possível observar a partir do estudo realizado que é elevada a incidência de câncer da pele no Brasil e, em especial, no Piauí, sendo o tratamento primário a cirurgia, seguida da radioterapia. Os carcinomas não-melanomas (baso e espinocelulares) têm elevada incidência no Piauí, devido, em parte, a intensidades das radiações solares durante o ano todo. Ambos se apresentam com percentual maior que os carcinomas de colo de útero, com incidência comprovadamente elevada. Entretanto, esses fatos ainda não têm sido utilizados como advertência capaz de orientar e sanar descuidos quanto às exposições ao sol como importante medida preventiva.

A proteção contra a exposição solar, seu principal fator de risco, ainda não é prática muito difundida na população comprovando-se a necessidade cada vez maior de conhecimentos envolvendo o tema Educação em saúde. O câncer deve ser antes de tudo, considerado como um problema de saúde pública, cabendo a missão de combate ao mesmo. Para isso, o conhecimento da incidência da doença com suas variações nas diversas regiões do país e do mundo são primordiais.

Os resultados referentes à exposição solar por parte dos participantes das entrevistas, assim como outros estudos no país, indicaram que a ação educativa deve ser priorizada entre as diversas medidas de controle do câncer da pele. Todavia, nem mesmo os serviços de saúde entenderam a necessidade de orientação quanto à exposição solar. Há, portanto, que se desenvolver junto às demais especialidades médicas além da dermatologia, na Estratégia Saúde da Família, por exemplo, e, em especial, os responsáveis por tomada de decisão no Sistema de saúde e aos formuladores de políticas de educação para que a prevenção ao câncer da pele possa ser iniciada já na infância, evitando, assim, a exposição solar acumulativa.

Um aspecto importante é o fato de que a grande maioria dos indivíduos era de faixa etária acima dos 50 anos, o que indica que a doença prevaleceu naqueles

mais idosos devido ao poder cumulativo da radiação além do que, eles tiveram maior possibilidade de estarem expostos aos raios solares durante a vida laboral.

Outro fator foi a profissão, que é um aspecto extremamente importante em relação ao câncer de pele. Observou-se que a maioria dos entrevistados exercia atividade de trabalho como lavrador, ou seja, na roça, em período de alta incidência de raios solares e com carga de trabalho excessiva. O tempo de exposição solar ocupacional mostrou-se estatisticamente significativo, permitindo identificar uma associação positiva desta com o câncer da pele.

Observou-se ainda que a grande maioria dos entrevistados possuem grau de escolaridade baixo havendo uma relação direta da falta de conhecimento do entrevistado com a incidência do câncer de pele.

Com o aumento da expectativa de vida em todas as regiões do país, além do aumento do poder aquisitivo de grande parte da população brasileira e também da adoção de hábitos verificados em países desenvolvidos, o problema de doença de câncer da pele tende a se acentuar. A literatura especializada prevê até 2030 um aumento na ordem de 38,1% de novos casos da doença. O diagnóstico tardio e problemas no acesso ao tratamento motivado por falta de políticas de saúde em que esteja inserido todo o cidadão brasileiro, são as principais causas para o aumento da doença no Brasil. Desta forma, descortina um campo vasto de atuação de equipes de estratégias e de políticas públicas efetivas que visem a diminuição ou mesmo o evitamento de diagnósticos positivos para a doença.

Dentre essas estratégias esse estudo indica a prática da educação continuada de forma a provocar mudanças nos hábitos da população encontrando como um grande aliado, a mídia, em suas mais variadas formas de abordagem. Destaca ainda que o desenvolvimento geral ao qual o País se encontra implicará no aumento das incidências de câncer no território nacional, pois, esse desenvolvimento de maneira geral, trás alguns inconvenientes agravados mais um pouco pelo comportamento de risco da população, tais como: o modo de vida estressante, a exposição ao sol sem utilização de fotoprotetor adequado, a poluição interna gerada pela queima de combustíveis sólidos provocando a diminuição da camada de ozônio por emissão de gás carbônico gerado também pelas descargas dos automóveis.

No entanto, a pesquisa aponta ainda alguns fatores que podem aumentar a consciência da população em relação aos fatores de risco do câncer de pele, são

eles: o desenvolvimento econômico, o avanço tecnológico, o crescimento industrial, o envelhecimento populacional, além do direito de usufruir dos exames diagnósticos e tratamentos comprovadamente eficientes que se tornam ingredientes para a condição desfavorável no controle do avanço do câncer em nossa sociedade.

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. A amplitude da tarefa não é fácil de ser vencida e, por essa razão, sabe-se que há muito por avançar nesta área (GUTIERREZ et al., 2009).

Este estudo pode trazer benefícios para a sociedade à medida que o grupo ora estudado pela pesquisa passe a acreditar na importância da conscientização quanto à prevenção do câncer de pele e encontra respaldo junto às equipes de ESF e que estas estejam preparadas para atendimentos das demandas quanto a necessidade de se melhor preparar para atendimento dessa demanda por parte da sociedade que será beneficiada de forma direta com a prevenção de novos casos da doença à medida que esta passar a tomar consciência da importância de mudanças de hábitos em seus estilos de vida.

A relevância desse estudo também está no fato de fazer a sociedade refletir sobre a importância de se oferecer aos cidadãos a oportunidade de educação em saúde, pois, esse é um recurso que poderá gerar economia ao sistema de saúde disponibilizado à população, configurando-se, pois, o tratamento da doença de custo elevado.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edição 70; 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7 ed, Lisboa: Persona Edições 70, 1977.

BARDINI, Gabriela; LOURENÇO, Diego; FISSMER, Mariane Corrêa. Avaliação do conhecimento e hábitos de pacientes dermatológicos em relação ao câncer da pele. **Arq. Catarin. Med.** 2012; 41(2): 56-63.

BRASIL. Constituição Federal. **Vade Mecum Saraiva**. Rio de Janeiro: Saraiva, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: Caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde/MS. **Resolução 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de Outubro de 1996.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BUSS, P. M.; Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15 (Sup. 2):177-185, 2003.

CANDEIAS, N.M.F. et al. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, **31** : 209-13,1997.

CARVALHO, P. M. G.; Práticas educativas em saúde: ações dos enfermeiros na Estratégia saúde da Família. Dissertação de Mestrado. Teresina, 2009.

CASTILHO, I. G.; SOUSA, M. A. A.; LEITE, R. M. S. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **Anais Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962010000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de set. 2011.

CECÍLIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, 2006.

CONVERSANI, D. T. N.: Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde. In BIS – Boletim do Instituto de Saúde nº 34. São Paulo, dez 2004.

FERREIRA, F. R.; NASCIMENTO, L. F. C.; ROTTA, O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 4, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de Set. 2011.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA (FMS). Estimativa 2005: incidência de câncer em Teresina. Disponível em: <<http://www.fms.gov.estimativa/2005/>>. Acesso 03 Jun 2011.

GIANINI, Marcelo Márcio Siqueira. **Câncer e gênero: enfrentamento da doença**. São Paulo: PUC, 2004, p.11.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2006.

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. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.18, n.4, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072009000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 de nov. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.estimativa/2011/>>. Acesso 02 Jun 2013.

_____ Estimativa 2013: incidência de câncer no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.estimativa/2012/>>. Acesso 02 Jun 2013.

LAGES, Rafael Bandeira. *et al.* detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza**, 25(2): 221-227, abr./jun., 2012, p.222

LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo. (Orgs.). **Habilidades de comunicação com pacientes e familiares**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LOPES; Ademar; IYEYASU, Hirofumi; CASTRO, Rosa Maria R. P. S. **Oncologia para graduação**. ed. 2. São Paulo: Tecmedd, 2008.

LORENCETTI A, SIMONETTI AP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005, nov/ dez; 13(6):944-50.

MARTINS, G. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOREIRA, M. C. *et al.* A pesquisa na área da enfermagem oncológica: um estudo das publicações em periódicos nacionais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 de out. 2011.

POPIM, R. C. *et al.* Câncer de Pele: Uso de Medidas preventivas e Perfil Demográfico de um grupo de Risco na Cidade de Botucatu. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de set. 2011.

PUGLISI, M. L.; FRANCO, B. **Análise de conteúdo**. 2 ed. Brasília: Líber livro, 2005.

SABBI, A. Ricardo. **Câncer: conheça o inimigo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

SALVAJOLI, J. V.; SOUHAMI, L.; FARIA, S. L. **Radioterapia em Oncologia**. Rio de Janeiro: Medsi 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. **Anais Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962006000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de Set. 2011.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702010000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 de out. 2011.

TUCUNDUVA, L. T. C. M. *et al.* Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302004000300030&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 de nov. 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – CPPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. O senhor (a) precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por **EDNALDO FRANCISCO SANTOS OLIVEIRA JÚNIOR**. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador participante. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI pelo telefone **(86) 2106-0700**.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PELE**

Pesquisador Responsável: **Prof. Dr. FABRÍCIO IBIAPINA TAPETY**

Pesquisador participante: **EDNALDO FRANCISCO SANTOS OLIVEIRA JÚNIOR**

Telefones para contato: (86) **9924-1401** ou (86) **9982-4011**

Descrição da pesquisa com seus objetivos:

Trata-se de uma pesquisa que será realizada através do Programa de Pós-graduação em nível de Mestrado (Mestrado em Saúde da família) da UNINOVAFAPI. O estudo é de grande importância e se faz necessário, pois permitirá refletir sobre ações de Educação em saúde em relação ao entendimento sobre medidas preventivas do câncer de pele possibilitando a partir dos resultados obtidos um conhecimento mais sistematizado da realidade que circunscreve a problemática em questão, evidenciando questões relativas à assistência da Estratégia Saúde da Família e à necessidade de desenvolver uma melhor abordagem que seja capaz de transferir para o indivíduo a relevância que tem os aspectos preventivos inerentes ao câncer de pele.

Objetivos da pesquisa:

- Caracterizar os sujeitos do estudo conforme dados sociodemográficos;
- Descrever a educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele;

- Discutir como o paciente com diagnóstico de câncer de pele é capacitado para ter maior controle sobre a sua saúde;
- Analisar como o paciente com diagnóstico de câncer de pele participa do processo de tomada de decisões no seu tratamento;

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

GARANTIA DE ACESSO: Gostaria de informar que o senhor (a) tem a garantia de acesso em qualquer etapa do estudo através do contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Para maiores informações você poderá entrar em contato com o pesquisador EDNALDO FRANCISCO SANTOS OLIVEIRA JÚNIOR pelo telefone (86) 9982-4011, ou no endereço RUA JAIME DA BOTICA, 2497 – HORTO FLORESTAL. **Qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNINOVAFAPI**, localizado na Rua Viturino Orthiges Fernandes nº 6123, bairro do Uruguai CEP 64057-100. Teresina-PI. Telefone: (86) 2106-0700.

GARANTIA DE SIGILO: Se o senhor (a) concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo e o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

PERÍODO DE PARTICIPAÇÃO: Ao sujeito fica assegurado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo da continuidade do acompanhamento.

Assinatura do pesquisador participante

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu _____, RG _____ CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PELE**, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações referentes ao estudo. Eu discuti com o pesquisador participante sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.

Teresina, _____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
COORDENAÇÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – CPPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TÍTULO DA PESQUISA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PELE

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS:

Nome:

Idade:

Estado civil:

Você estudou até que série?

Você mora em Teresina?

Qual a sua atividade de trabalho no momento?

Cite outra atividade que já desenvolveu.

Que outras doenças você já teve?

AGORA GOSTARIA QUE VOCÊ FALASSE SOBRE O PROBLEMA DE SAÚDE QUE VOCÊ ESTA VIVENDO NO MOMENTO.

1. Responda de sua maneira: o que no seu modo de pensar o que faz uma pessoa desenvolver câncer de pele? Quando uma pessoa tem câncer de pele, o que pode vir a acontecer com ela (consequências desse câncer)? O que você sabe sobre o tratamento do câncer de pele?

2. Quando você descobriu que tinha câncer de pele, como você recebeu essa notícia? Como você reagiu? E como sua família reagiu?

3. Gostaria também que você falasse sobre que informações você recebeu, ou sua família, sobre o câncer de pele que tenha sido dito por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família que trabalham onde você mora e como essas informações chegaram até você.

Que profissionais foram esses? Que tipo de informações os profissionais passaram para você sobre câncer de pele? Como esses profissionais (essas informações) chegaram até você?

4. Que tipo de tratamento você está realizando ou já realizou (cirurgia, radioterapia, quimioterapia)? Como você se sente (sentiu) realizando cada um desses tratamentos? Você se sentiu à vontade para discutir, perguntar e decidir sobre os tipos de tratamento que você iria se submeter?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNINOVAFAPI VIA PLATAFORMA BRASIL

FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE PELE

Pesquisador: Fabricio Ibiapina Tapety

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04752412.6.0000.5210

Instituição Proponente: ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUÍ LTDA ((NOVAFAPI))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 137.464

Data da Relatoria: 29/10/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva e fenomenológica. A base descritiva do estudo concentra-se sobre a eficácia da atenção primária na prevenção do câncer de pele, bem como o estabelecimento de relações entre variáveis e fenômenos dessa doença. Pretende relacionar a ausência de informações fornecidas pela Equipe de saúde sobre medidas preventivas primárias com o surgimento do câncer de pele.

Será realizada a partir de observações feitas por meio de formulários aplicados aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a qualidade e as condições de Educação em Saúde fornecida pela Equipe de Saúde na Atenção Primária aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele.

Objetivo Secundário:

Analisar as condições de Educação em Saúde fornecida pela Equipe de saúde na Atenção primária aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele;

Descrever a qualidade da assistência recebida pelos pacientes com diagnóstico de câncer de pele na atenção primária;

Verificar a eficácia das ações da Estratégia Saúde da Família na prevenção do câncer de pele na atenção primária;

Identificar falhas na prevenção do câncer de pele, bem como o estabelecimento de variáveis e

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@novafapi.com.br

ANEXO B – PARECER CEP – HOSPITAL SÃO MARCOS



Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Marcos



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
(CONEP)

PARECER PROTOCOLO DE PESQUISA

CAAE:

Data entrada CEP: 26/07/2012

Data do parecer CEP: 30/09/2012

Data encaminhamento CONEP (caso necessário): ____/____/____

Título do Projeto: Educação em Saúde do paciente com diagnóstico de Câncer de pele

Pesquisador Responsável: Edinaldo Francisco Santos Oliveira Júnior

Instituição: Hospital São Marcos

Unidade/Órgão: Serviço de Oncologia

Área Temática: Fora da área temática especial

Objetivos do projeto: Avaliar a qualidade e as condições de educação em saúde fornecida pela atenção primária aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele; analisar as condições de educação em saúde fornecida pela atenção primária aos pacientes com diagnóstico de câncer de pele; descrever a qualidade da assistência recebida pelos pacientes com diagnóstico de câncer de pele na atenção primária; verificar a eficácia das ações da estratégia saúde da família na prevenção do câncer de pele na atenção primária; identificar falhas na prevenção do câncer de pele, bem como o estabelecimento de variáveis e fenômenos em uma análise correlacional e conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes com câncer de pele no Estado.

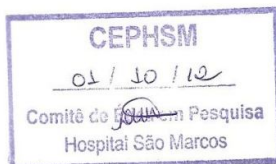
Considerações:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Marcos **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Projeto intitulado "Educação em Saúde do paciente com diagnóstico de Câncer de pele." sob AUTORIZAÇÃO Nº 061/2012, em reunião ocorrida em 15 de agosto de 2012.

SITUAÇÃO: APROVADO

Teresina, 02 de outubro de 2012

Lidiane Maria Lopes Campêlo
Lidiane Maria Lopes Campêlo
Comitê de Ética em Pesquisa-HSM
Coordenadora Plena
Associação Hospital São Marcos



* De acordo com a Resolução CNS 196/96, as pendências devem ser respondidas pelo pesquisador responsável no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a partir da data de envio do parecer pelo CEP. Após este prazo o protocolo será considerado retirado e havendo interesse deve-se reiniciar o processo de registro de um novo protocolo.

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A DADOS DA PESQUISA (HOSPITAL SÃO MARCOS)

ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER Hospital São Marcos	
Rua Olyro Bilac, 2300 • Telefone 086 2106 8000 • Fax 086 2106 8074 C.G.C. 06870026/0001-77 • I.E. Isento • 64001-280 Teresina - Piauí	
AUT Nº 061/2012	
 SÃO MARCOS Para toda vida Fundada a 12 de novembro de 1953 - Considerada de Utilidade Pública pela Lei Estadual nº 1.019 de 09 de junho de 1954 - Considerada de Utilidade Pública Municipal pela Lei nº 1.414 de 12 de maio de 1973 - Considerada de Utilidade Pública Federal pelo Decreto nº 89.057 de 24 de novembro de 1983 - Certificado Definitivo de Entidade de Fins Filantrópicos expedido em 19 de março de 1984, pelo Conselho Nacional de Serviço Social do Ministério de Educação e Cultura - Cadastrada na Divisão Nacional de Doenças Crônicas - Degenerativas Processo DNC 9.918/72	
AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A DADOS DE PESQUISA Por meio do presente, fica, Ednaldo Francisco Santos Oliveira Júnior, RG Nº 1.916.164 PI, CPF Nº 807.391.643-68, matrícula 11275012, residente a Rua Jaime da Botica, 2497, Horto Florestal, Teresina - PI autorizado a coletar dados junto aos pacientes com câncer de pele desta Instituição Hospitalar, para uma pesquisa intitulada "<u>Educação em Saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele</u>" a fim de registrar dados necessários à pesquisa, sem a utilização do nome e dados pessoais dos sujeitos, sob a responsabilidade do Orientador Prof. Dr. Fabrício Ibiapina Tapety e como Co-orientador Glauber Tebaldi Dias, sendo vedada à reprodução de qualquer natureza (reprográfica, fotografia, digital etc) e da divulgação de dados pessoais de identificação do paciente, sob as penas da lei. Teresina, 02 de outubro de 2012. Válido até 30/11/2012  Lidianne Mayra Lopes Campelo Centro de Ensino e Pesquisa HOSPITAL SÃO MARCOS	
PARA RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO É NECESSÁRIO APRESENTAR O RELATÓRIO PARCIAL OU FINAL AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	