

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**LUIZA DUARTE DA SILVA**

**A INCIDÊNCIA DO CÂNCER NA REGIÃO CARBONÍFERA COMO UMA  
PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**CRICIÚMA  
2019**

**LUIZA DUARTE DA SILVA**

**A INCIDÊNCIA DO CÂNCER NA REGIÃO CARBONÍFERA COMO UMA  
PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem no curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador(a): Prof. (a) Msc. Paula Ioppi Zugno.

**CRICIÚMA**

**2019**

**LUIZA DUARTE DA SILVA**

**A INCIDÊNCIA DO CÂNCER NA REGIÃO CARBONÍFERA COMO UMA  
PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de bacharel em Enfermagem, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 06 de Dezembro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Paula Ioppi Zugno - Mestra – UNESC

Prof. Enf<sup>a</sup>. Oncologista Bárbara de Freitas - UNESC

Prof. Neiva Junckes Hoepers - UNESC

Dedico este trabalho aos meus pais, que foram e são minha base na vida, viveram comigo todos os momentos pelo qual passei ao longo destes 5 anos e mesmo com tantos quilômetros de distância, se fizeram presente todos os dias.

## **AGRADECIMENTOS**

Obrigada ao meu Deus, meu alicerce! Pela minha saúde, por me encorajar e iluminar meu caminho, fortalecendo minha fé para que eu pudesse sempre seguir em frente, entendendo o motivo pelo qual tudo acontece.

Os agradecimentos iniciais não podem começar por outras pessoas, se não pelos meus pais. Eles que são minha força diária, nós por nós, como sempre foi e sempre vai ser, orgulho e gratidão por ter vocês comigo. Agradeço pela educação que recebi, por sempre me ensinarem a ir atrás dos meus sonhos e objetivos, pelo apoio contínuo e incentivo, mesmo de longe. Por serem meus amigos e conselheiros, mandando mensagens afirmativas dizendo que daria tudo certo e que no final o resultado seria positivo. Obrigada Pai e Mãe, sem vocês, eu não chegaria até aqui, essa conquista é nossa!

Agradeço a minha mestre e orientadora Prof<sup>a</sup> Paula Ioppi Zugno, que esteve comigo durante a faculdade todinha, acompanhou minha evolução até aqui e me fez amar a oncologia. Abraçou a ideia junto comigo e foi essencial para a elaboração deste trabalho. Obrigada por toda atenção e dedicação, és um ser humano de luz e uma profissional de exemplo para mim. Obrigada por dividir comigo os teus conhecimentos, por todas as dicas, pela paciência e cuidado em todas as orientações. Te levarei no meu coração, onde eu estiver.

Agradeço também, aos meus amigos fiéis, que viveram comigo toda essa experiência, que ouviram minhas angústias e se fizeram presente nesta fase tão especial da minha vida. Vocês são incríveis e eu jamais vou esquecer de cada um que me ajudou e me apoiou para que tudo desse certo, meu muito obrigada do fundo do coração.

Em especial, minha gratidão a minha amiga Luana, que esteve ao meu lado desde o primeiro dia de aula, sendo minha sustentação em muitas vivendo comigo toda a loucura que foi a graduação. Seguramos a barra juntas, sorrimos e choramos lado a lado, conseguimos amiga!

“Que os nossos esforços desafiem as impossibilidades. Lembrai-vos de que as grandes proezas da história foram conquistadas daquilo que parecia impossível.”

Charles Chaplin

## RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, documental de campo. O câncer é indubitavelmente um problema de saúde pública, incluído entre as primeiras causas de morte nas diferentes regiões do nosso país. Os Registros Hospitalares de Câncer – RHC são fontes sistemáticas de informações, instalados em hospitais gerais ou especializados em oncologia, com o objetivo de coletar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nessas instituições. O presente estudo teve como objetivo geral promover educação em saúde por meio de palestras para a prevenção do câncer, de acordo com as principais incidências identificadas no registro hospitalar de câncer, de um hospital de grande porte do sul catarinense. Na primeira etapa, o estudo foi realizado por registro de pacientes que foram diagnosticados com câncer nos anos de 2017 e 2018 na presente instituição. Já na segunda etapa, foi realizada uma palestra educativa para prevenção de câncer, no qual o público alvo foram os funcionários dos setores de higienização e segurança de uma universidade do sul catarinense. Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento sociodemográfico e clínico, além de um material de apoio para a educação em saúde, elaborado para promoção e prevenção do câncer, levando em conta os 5 tipos mais incidentes na região carbonífera. Os resultados da pesquisa indicaram que as maiores incidências foram encontradas nos cânceres de mama 23,6% (70), intestino 10,5% (31), estômago 8,4% (25), pulmão 7,8% (23) e leucemias 6,1% (18). Foram utilizados 299 prontuários, destes, 47% (142) eram homens e 53% (157) mulheres. A principal faixa etária encontrada foi 25,8% (77) entre 61 e 70 anos. Relacionado a localização de tumor, a maior incidência foi de 11,4% (34) casos, localizados na mama direita e de 10,7% (32) casos na mama esquerda. Quanto à existência de mais de um tumor primário, 98,7% (295) dos pacientes não apresentaram mais de um tumor primário no diagnóstico. 0,3% (1) apresentou mais de um tumor primário e 1,0% (3) não constaram a informação no prontuário. De acordo com os dados obtidos nos 83 prontuários dos pacientes que constaram o estadiamento, nota-se que a principal incidência está em T3, N3 e M0. Quanto ao tratamento, 52,2% (156) dos pacientes realizaram tratamento concomitante, 44,9% (134) tratamento isolado e 2,9% (9), não realizaram o tratamento. A enfermagem exerce um papel importante no acompanhamento destes pacientes oncológicos, no controle das reações adversas, tendo influência na melhora da qualidade de vida destes pacientes. Desta forma, considera-se essencial as práticas de ações de enfermagem para o cuidado integral a pessoa com câncer, vendo o paciente como um todo, considerando os contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, proporcionando tranquilidade e alívio durante as internações ou sessões do tratamento. Conclui-se que, a partir dos dados obtidos com a pesquisa, estudou-se as estatísticas e números de casos de câncer registrados na região carbonífera, e assim, foram realizadas intervenções de maneira positiva na redução dos números. Sugere-se que haja continuidade nas ações de enfermagem frente as educações em saúde, capacitando a população para melhoria nos hábitos de vida, objetivando a prevenção do câncer, através do conhecimento e conscientização dos cidadãos.

**Palavras-chave:** Neoplasias. Sistema de Registros. Educação em saúde. Incidência. Enfermagem.

## ABSTRACT

Qualitative, quantitative, documentary field study. Cancer is undoubtedly a public health problem, included among the leading causes of death in the different regions of our country. The Cancer Hospital Records - RHC are systematic sources of information, installed in general hospitals or specialized in oncology, with the purpose of collecting data regarding the diagnosis, treatment and evolution of malignant cases treated at these institutions. The present study aimed to promote health education through lectures for cancer prevention, according to the main incidences identified in the cancer registry of a large hospital in southern Santa Catarina. In the first stage, the study was conducted by registering patients who were diagnosed with cancer in 2017 and 2018 at the present institution. In the second stage, an educational lecture for cancer prevention was held, in which the target audience were employees of the hygiene and safety sectors of a university in southern Santa Catarina. For data collection, a sociodemographic and clinical instrument was used, as well as a support material for health education, designed to promote and prevent cancer, taking into account the 5 most incident types in the coal region. The survey results indicated that the highest incidences were found in breast cancers 23.6% (70), 10.5% intestine (31), 8.4% stomach (25), 7.8% lung (23) and leukemia 6.1% (18). A total of 299 medical records were used, of which 47% (142) were men and 53% (157) women. The main age group found was 25.8% (77) between 61 and 70 years old. Regarding tumor location, the highest incidence was 11.4% (34) cases, located in the right breast and 10.7% (32) cases in the left breast. Regarding the existence of more than one primary tumor, 98.7% (295) of the patients did not present more than one primary tumor at diagnosis. 0.3% (1) presented more than one primary tumor and 1.0% (3) did not include the information in the medical records. According to the data obtained from the 83 medical records of the patients that included the staging, the main incidence is T3, N3 and M0. Regarding treatment, 52.2% (156) of the patients underwent concomitant treatment, 44.9% (134) isolated treatment and 2.9% (9) did not undergo treatment. Nursing plays an important role in the monitoring of these cancer patients, in the control of adverse reactions, influencing the improvement of these patients' quality of life. Thus, the practice of nursing actions is essential for the integral care of people with cancer, seeing the patient as a whole, considering the contexts: physical, psycho-spiritual, socio-cultural and environmental, providing tranquility and relief during hospitalizations or sessions. of treatment. It is concluded that, based on the data obtained from the research, we studied the statistics and numbers of cancer cases recorded in the coal region, and thus, interventions were performed positively in reducing the numbers. It is suggested that there is continuity in nursing actions in the face of health education, enabling the population to improve their living habits, aiming at cancer prevention through the knowledge and awareness of citizens.

**Key words:** Neoplasms. Records system. Health education. Incidence. Nursing.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – :Relação do perfil sociodemográfico dos participantes .....	26
Quadro 2 – :Relação dos diagnósticos dos participantes .....	28
Quadro 3 – :Relação da localização de tumores dos participantes. ....	30
Quadro 4 – :Relação da existência de mais de um tumor primário no diagnóstico dos participantes tumores dos participantes. ....	32
Quadro 5 – :Relação da existência de mais de um tumor primário no diagnóstico dos participantes .....	33
Quadro 6 – :Relação dos tipos de tratamento utilizados pelos participantes. ....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEM	Auto Exame de Mama
ECM	Exame Clínico de Mama
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
TRH	Terapia de Reprodução Hormonal
UV	Ultra Violeta

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	11
1.2 TEMA E CONTEXTUALIZAÇÃO.....	11
1.3 PROBLEMA DA PESQUISA .....	12
1.4 HIPÓTESES.....	13
1.5 OBJETIVOS .....	13
<b>1.5.1 Objetivo geral</b> .....	<b>13</b>
<b>1.5.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1 CÂNCER .....	14
<b>2.1.1 Prevenção</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1.2 Registro hospitalar de câncer</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1.3 Incidência no Brasil</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1.4 Educação em saúde</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1.5 Cuidados de enfermagem em oncologia</b> .....	<b>22</b>
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>24</b>
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE PESQUISA .....	24
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	25
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	25
3.4 PROCEDIMENTOS INICIAIS.....	26
3.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	26
3.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	26
3.6 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS .....	27
3.7 ANÁLISE DE DADOS.....	27
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	28
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO .....	28
4.2 DIAGNÓSTICO .....	30
4.3 LOCALIZAÇÃO .....	32
4.4 MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO .....	35
4.5 ESTADIAMENTO .....	36
4.6 TRATAMENTO.....	39
4.8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	41

<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE(S).....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>50</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE .....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE C – FOLDER PARA EDUCAÇÃO E SAÚDE.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>55</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O câncer é a segunda principal causa de morte no mundo e a nível global, uma em cada seis mortes são relacionadas à doença. (BRASIL, 2018).

A prevenção do controle do câncer no nosso país, representa atualmente um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta. A descrição da distribuição dos tipos mais incidentes de câncer, por meio do tempo, tem sido uma das principais estratégias para o estabelecimento de diretrizes em políticas públicas, e principalmente para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer (BRASIL, 2017).

Faz-se necessário estudar as estatísticas e números de casos registrados no município, para que, se possa intervir de maneira positiva na redução destes números. Em vista disso, é importante realizar um levantamento de dados para orientar pacientes e familiares, a fim de minimizar sintomas e prevenir a doença.

## 1.2 TEMA E CONTEXTUALIZAÇÃO

O câncer é o nome geral dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (BRASIL, 2011).

O corpo humano é todo formado por células que se organizam em tecidos e órgãos, as células normais se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo, o câncer se desenvolve quando células anormais deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutação que pode provocar danos em um ou mais genes de uma única célula (BRASIL, 2019).

Os cânceres podem ser causados por diferentes fatores, é uma doença de causas múltiplas, como os fatores ambientais, culturais, socioeconômicos, estilos de vida ou costumes, com destaque para: os hábitos de fumar e alimentares, fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento. As neoplasias têm crescido em todo o mundo e ocupam a segunda causa de morte na maioria dos países, em países desenvolvidos projeta-se que em breve os cânceres ultrapassarão as doenças cardiovasculares (OLIVEIRA et al, 2013).

Os Registros Hospitalares de Câncer – RHC são fontes sistemáticas de informações, instalados em hospitais gerais ou especializados em oncologia, com o objetivo de coletar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nessas instituições (BRASIL, 2010).

Sua principal função é clínica, sendo valioso o recurso para acompanhar e avaliar a qualidade do trabalho realizado nesses hospitais, inclusive os resultados finais alcançados no tratamento do câncer, com um importante papel a cumprir, na monitoração e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, ajudando a equipe de saúde no acompanhamento de seus casos e oferecendo-lhes dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados (BRASIL, 2010).

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano, destacando o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos. Em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireóide (4,0%) ficaram entre os principais (BRASIL, 2017).

Embora haja limitações, acredita-se que as estimativas sejam capazes de descrever padrões atuais de incidência de câncer, possibilitando o dimensionamento da magnitude e do impacto dessa doença no nosso país (BRASIL, 2017).

A promoção da saúde visa a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população, por meio da participação e controle social. A educação em saúde é entendida como prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e saúde (MALLMANN et al, 2015).

A concepção de educação em saúde está atrelada aos conceitos de educação e de saúde. Tradicionalmente é compreendida como transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não, cujas críticas têm evidenciado sua limitação para dar conta da complexidade envolvida no processo educativo (SALCI, 2013).

### 1.3 PROBLEMA DA PESQUISA

Diante dessas reflexões tem-se como problema de pesquisa: Quais os tipos de câncer mais incidentes identificados no setor de registro hospitalar de câncer, em um hospital de grande porte do sul catarinense?

#### 1.4 HIPÓTESES

H01: O tipo de câncer que apresenta maior incidência em uma cidade do extremo sul catarinense é o câncer de pele não melanoma;

H02: No extremo sul catarinense existem mais casos de câncer de pulmão em homens e de câncer de mama em mulheres;

H03: Há conscientização por parte dos colaboradores após orientações ofertadas durante a educação em saúde;

H04: Existem mitos acerca da prevenção do câncer que necessitam ser esclarecidos.

#### 1.5 OBJETIVOS

##### 1.5.1 Objetivo geral

Este estudo teve como objetivo geral promover educação em saúde por meio de palestras para a prevenção do câncer para colaboradores da UNESC, de acordo com as principais incidências identificadas no registro hospitalar de câncer, em um hospital de grande porte do sul catarinense.

##### 1.5.2 Objetivos específicos

###### **Objetivou-se na coleta de dados no Registro Hospitalar de Câncer:**

- Identificar a incidência dos tipos de câncer no registro hospitalar de câncer;
- Verificar o perfil do paciente diagnosticado com câncer;
- Identificar o estágio do câncer diagnosticado;

**Objetivou-se após a coleta de dados no Registro hospitalar de câncer:**

- Elaborar folder sobre a prevenção dos 5 principais tipos de câncer;
- Elaborar proposta de educação em saúde e realizá-la com grupos de colaboradores da UNESCO.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CÂNCER

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (BRASIL, 2019).

O corpo humano é todo formado por células que se organizam em tecidos e órgãos, as células normais se dividem, amadurecem e morrem, renovando-se a cada ciclo. O câncer se desenvolve quando células anormais deixam de seguir esse processo natural, sofrendo mutação que pode provocar danos em um ou mais genes de uma única célula (BRASIL, 2019).

A doença surge a partir de uma mutação genética, ou seja, de uma alteração no DNA da célula, as alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os proto-oncogenes tornam-se oncogenes, responsáveis por transformar as células normais em células cancerosas (BRASIL, 2019).

Quando danificada, a célula se divide descontroladamente e produz novas células anormais, caso haja falha do sistema imunológico na tarefa de destruir e limitar essas células anormais, as novas vão se tornando cada vez mais anormais, eventualmente produzindo células cancerosas. Essas células cancerosas se dividem mais rapidamente do que as normais e geralmente são bem desorganizadas, e com o tempo, podem se proliferar umas sobre as outras, formando uma massa de tecido chamada tumor, todo esse processo, em que uma célula normal se torna um tumor maligno ou câncer, pode levar muitos anos (BRASIL, 2019).

As células normais que formam os tecidos do corpo humano são capazes de se multiplicar por meio de um processo contínuo que é natural, a maioria das

células normais cresce, multiplica-se e morre de maneira ordenada, mas nem todas as células normais são iguais, algumas nunca se dividem (BRASIL, 2011).

O processo de formação do câncer é chamado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere-se e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor (BRASIL, 2019).

A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e em dado período de tempo, e pela interação entre eles. Devem ser consideradas, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação do dano celular (BRASIL, 2019).

As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes. Já as neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (BRASIL, 2011).

O câncer não invasivo ou carcinoma *in situ* é o primeiro estágio em que o câncer pode ser classificado, nesse estágio (*in situ*), as células cancerosas estão somente na camada de tecido na qual se desenvolveram e ainda não se espalharam para outras camadas do órgão de origem. A maioria dos cânceres *in situ* é curável se for tratada antes de progredir para a fase de câncer invasivo (BRASIL, 2011).

No câncer invasivo, as células cancerosas invadem outras camadas celulares do órgão, ganham a corrente sanguínea ou linfática e têm a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo. Essa capacidade de invasão e disseminação que os tumores malignos apresentam de produzir outros tumores, em outras partes do corpo, a partir de um já existente, é a principal característica do câncer, esses novos focos de doença são chamados de metástases (BRASIL, 2011).

O método utilizado para essa classificação do câncer é chamado de estadiamento, podendo ser clínico ou patológico. Sua importância está na constatação de que a evolução da doença é diferente quando a mesma está restrita

ao órgão de origem ou quando se estende a outros órgãos. Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. (BRASIL, 2011).

O sistema de estadiamento mais utilizado é o *Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos*, baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N) e a presença ou ausência de metástase a distância (M). Esses parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4; N0 a N3; e de M0 a M1, respectivamente (BRASIL, 2019).

Os cânceres podem ser causados por diferentes fatores, é uma doença de causas múltiplas, como os fatores ambientais, culturais, socioeconômicos, estilos de vida ou costumes, com destaque para: os hábitos de fumar e alimentares, fatores genéticos e o próprio processo de envelhecimento. As neoplasias têm crescido em todo o mundo e ocupam a segunda causa de morte na maioria dos países, em países desenvolvidos projeta-se que em breve os cânceres ultrapassarão as doenças cardiovasculares (OLIVEIRA et al, 2015).

### **2.1.1 Prevenção**

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), algumas dicas podem atuar na prevenção e promoção do câncer, dentre elas inclui-se: manter uma alimentação saudável, controle de peso, a prática de atividades físicas diariamente, realizar exame preventivo ginecológico, mamografia e utilizar preservativos durante as relações sexuais. Evitar exposição prolongada ao sol, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o uso do cigarro (BRASIL, 2013).

O artigo 2º da portaria nº 874 que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por esta doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013).

Destaca-se também o artigo 13º que cita: Fazem parte do cuidado integral a prevenção, a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e os cuidados

paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

### **2.1.2 Registro hospitalar de câncer**

Os Registros Hospitalares de Câncer – RHC são fontes sistemáticas de informações, instalados em hospitais gerais ou especializados em oncologia, com o objetivo de coletar dados referentes ao diagnóstico, tratamento e evolução dos casos de neoplasia maligna atendidos nessas instituições, sejam públicas, privadas, filantrópicas ou universitárias. A implantação de registros de câncer em cada hospital tem por base a convicção de que os pacientes serão mais bem atendidos se o hospital contar com um registro que, entre outros benefícios, terá disponíveis informações, melhoria de processos administrativos e da documentação referentes a assistência ao paciente e também servirá para assegurar o retorno dos pacientes para os exames regulares de seguimento (BRASIL, 2010).

O propósito de um Registro Hospitalar é o de atender as necessidades da administração do hospital, do programa de controle do câncer nele desenvolvido e, sobretudo, do paciente em particular. Sua principal função é clínica, sendo valioso o recurso para acompanhar e avaliar a qualidade do trabalho realizado nesses hospitais, inclusive os resultados finais alcançados no tratamento do câncer, com um importante papel a cumprir, na monitoração e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, ajudando a equipe de saúde no acompanhamento de seus casos e oferecendo-lhes dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados (BRASIL, 2010).

Como parte da padronização de informações, todos os registros utilizam classificações e codificações de uso nacional e padrões internacionais para identificar características pessoais dos pacientes com câncer, informações clínicas e da doença. Os casos novos de câncer poderão ser localizados a partir da verificação de todos os prontuários abertos no hospital, pela busca ativa em setores selecionados, que incluem anatomia patológica e serviços especializados ou ainda por meio do recebimento de notificação oriunda dos diversos serviços ao RHC a cada novo diagnóstico de câncer firmado (BRASIL, 2010).

Identificado um novo caso de câncer, o RHC faz o cadastro do caso, coletando e consolidando os dados, a partir de fontes variadas (prontuários,

atestados de óbitos, bases de dados informatizadas dos hospitais etc.) com a finalidade de melhor conhecer e dar suporte as atividades de planejamento e gestão hospitalar, de diagnóstico, tratamento e seguimento, e da avaliação da qualidade da atenção médica (BRASIL, 2010).

### **2.1.3 Incidência no Brasil**

Estima-se, para o Brasil, biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos de câncer, para cada ano, destacando o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos). Os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres serão os mais frequentes, à exceção do câncer de pele não melanoma. Em homens serão próstata (31,7%), pulmão (8,7%), intestino (8,1%), estômago (6,3%) e cavidade oral (5,2%). Nas mulheres, os cânceres de mama (29,5%), intestino (9,4%), colo do útero (8,1%), pulmão (6,2%) e tireoide (4,0%) ficaram entre os principais (BRASIL, 2017).

Embora haja limitações, acredita-se que as estimativas sejam capazes de descrever padrões atuais de incidência de câncer, possibilitando o dimensionamento da magnitude e do impacto dessa doença no nosso país (BRASIL, 2017).

Estimativas de incidência para cada ano do biênio 2018-2019, no Brasil:

- Câncer de pele não melanoma: estimam-se 85.170 casos novos de câncer de pele não melanoma entre homens e 80.410 nas mulheres, é o mais incidente em ambos os sexos. Mesmo com a baixa letalidade do câncer de pele não melanoma, sua elevada incidência pode explicar uma ocorrência de óbitos quase semelhante ao câncer de pele melanoma. O câncer da pele do tipo não melanoma é curável na maioria dos casos, no caso do melanoma de pele, o prognóstico é considerado bom quando diagnosticado e tratado em sua fase inicial (BRASIL, 2017).

O principal fator de risco para os cânceres de pele melanoma e não melanoma é a exposição excessiva à radiação solar ultravioleta (UV). Outros fatores, como cor de pele, olhos e cabelos claros; história familiar ou pessoal de câncer de pele; o sistema imune debilitado por doenças ou em indivíduos transplantados por causa do uso de imunossuppressores (azatioprina e ciclosporina) podem aumentar o risco desenvolver câncer de pele (BRASIL, 2017).

O câncer de pele não melanoma ocorre principalmente nas áreas do corpo mais expostas ao sol, como rosto, pescoço e orelhas, apresenta sintomas como: manchas na pele que coçam, ardem, descamam ou sangram e feridas que não cicatrizam em quatro semanas (BRASIL, 2017).

Para prevenção deste tipo de câncer é essencial evitar exposição prolongada ao sol entre 10h e 16h; Procurar lugares com sombra; Usar proteção adequada, como roupas, bonés ou chapéus de abas largas, óculos escuros com proteção UV (BRASIL, 2017).

A cirurgia é o tratamento mais indicado tanto nos casos de carcinoma basocelular como de carcinoma epidermoide. Porém, o carcinoma basocelular de pequena extensão pode ser tratado com medicamento tópico (pomada) ou radioterapia. Já contra o carcinoma epidermoide, o tratamento usual combina cirurgia e radioterapia (BRASIL, 2017).

- Câncer de próstata: estimam-se 68.220 casos novos para cada ano do biênio 2018-2019, sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país. Em relação aos fatores de risco para o câncer de próstata, o avanço da idade compreende um fator de risco bem estabelecido, o histórico familiar em primeiro grau (pai, irmãos ou filhos) apresenta associação positiva para aumento no risco de desenvolvimento dessa neoplasia, assim como a cor de pele/etnia são relevantes na etiologia desse tipo de câncer (BRASIL, 2017).

Os exames utilizados para prevenção do toque retal, incluem o exame de toque retal, que permite palpar as partes posterior e lateral da próstata. E no exame de PSA, que é um exame de sangue que mede a quantidade de uma proteína produzida pela próstata - Antígeno Prostático Específico (PSA). Níveis altos dessa proteína podem significar câncer, mas também doenças benignas da próstata. Adotar práticas saudáveis diminui o risco de várias doenças, incluindo o câncer de próstata. Não fumar; ter uma alimentação saudável; manter o peso corporal adequado; praticar atividades físicas e evitar o consumo de bebidas alcoólicas fazem parte dessas práticas (BRASIL, 2019).

O tratamento deve ser individualizado para cada paciente levando-se em conta a idade, o estadiamento do tumor, o grau histológico, o tamanho da próstata, as comorbidades, a expectativa de vida, os anseios do paciente e os recursos

técnicos disponíveis. Dentre as opções para o tratamento da doença localizada incluem-se a cirurgia radical, a radioterapia e a observação vigilante (BRASIL, 2002).

- Câncer de mama: estimam-se 59.700 casos novos para cada ano do biênio 2018-2019. Múltiplos fatores estão envolvidos na etiologia do câncer de mama, como: idade da primeira menstruação menor do que 12 anos; menopausa após os 55 anos; mulheres que nunca engravidaram ou nunca tiveram filhos (nuliparidade); primeira gravidez após os 30 anos; uso de alguns anticoncepcionais e terapia de reposição hormonal (TRH) na menopausa, especialmente se por tempo prolongado, predisposição genética, entre outros. (BRASIL, 2017).

O controle dessa doença se dá através da detecção precoce, os meios mais eficazes para que haja esta detecção são o exame clínico de mamas (ECM), a mamografia, e o autoexame de mamas (AEM). O AEM não tem efeito adverso e possibilita a participação da mulher no controle de sua saúde, devendo ser realizado mensalmente, entre o sétimo e o décimo dia após a menstruação, nos quais as mamas encontram-se indolores, menores e menos consistentes (DA SILVA, 2011).

As opções terapêuticas mais utilizadas para o tratamento locorregional do câncer de mama são a cirurgia e a radioterapia, enquanto que para o sistêmico é a quimioterapia, a hormonioterapia e a imunoterapia (DA SILVA, 2011).

- Câncer de pulmão: estimam-se 18.740 casos novos entre homens e mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. O tabagismo é a principal causa de câncer de pulmão, sendo responsável por, aproximadamente, sete milhões de mortes anuais no mundo, é um dos tipos de câncer mais agressivos (BRASIL, 2017).

O papel esmagador do tabagismo como principal causa do câncer do pulmão vem sendo demonstrado exaustivamente nos últimos 50 anos, mais de 90% dos tumores do pulmão podem ser evitados, simplesmente, abandonando-se o hábito de fumar (ZAMBONI, 2002).

Não há dados exatos a respeito do número de procedimentos cirúrgicos realizados para tratar pacientes com câncer de pulmão, apenas uma pequena proporção de pacientes é submetida a cirurgia com intenção curativa, os dados sugerem que aproximadamente 25% dos pacientes são submetidos a tratamento cirúrgico. Para o tratamento da doença, também é utilizada a radioterapia (ARAÚJO et al., 2018).

- Câncer de cólon e reto: estimam-se 17.380 casos novos em homens e mulheres para cada ano do biênio 2018-2019. O câncer de cólon e reto é uma

doença multifatorial influenciada por fatores genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida. Os fatores hereditários, como o histórico familiar de câncer de cólon e reto e as doenças inflamatórias do intestino, representam apenas uma pequena proporção da variação observada na carga global da doença. Os fatores de risco ligados ao estilo de vida são modificáveis e incluem: o consumo de bebidas alcoólicas, a baixa ingestão de frutas e vegetais, o alto consumo de carnes vermelhas e de alimentos processados, a obesidade, o tabagismo e a inatividade física (BRASIL, 2017).

A detecção e remoção dos pólipos através de exames de rastreio tornam-se um importante método de prevenção, sendo a colonoscopia o procedimento de escolha para triagem e tratamento dessas lesões. Ações populacionais voltadas para a promoção em saúde de uma reeducação alimentar e de estímulos a prática de atividade física podem ter impacto nos aspectos epidemiológico do CCR. (MENEZES et al, 2016).

O tratamento do CCR varia de acordo com o estágio, podendo ser cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico, ou até uma associação de dois tipos de tratamento (MENEZES et al, 2016).

#### **2.1.4 Educação em saúde**

A concepção de educação em saúde está atrelada aos conceitos de educação e de saúde. Tradicionalmente é compreendida como transmissão de informações em saúde, com o uso de tecnologias mais avançadas ou não, cujas críticas têm evidenciado sua limitação para dar conta da complexidade envolvida no processo educativo. Concepções críticas e participativas têm conquistado espaços e compreendem a educação em saúde como desenvolvida para alcançar a saúde, sendo considerada como “um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida (SALCI et al, 2013, p 225.).

A educação em saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se reportam em transmitir informação em saúde, é considerada uma importante ferramenta da promoção em saúde, que necessita de uma combinação de apoios educacionais e ambientais que objetiva atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (SALCI et al, 2013).

Para que a promoção da saúde efetivamente ocorra com a instrumentalização da educação em saúde, além da compreensão da temática, dos conceitos e dos aspectos que ela abrange, é imprescindível a associação dessa prática à comunicação, informação, educação e escuta qualificada (SALCI et al, 2013).

Promoção da Saúde é um conceito amplo que vai em direção de um bem-estar global, este conceito está associado a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e campos de ação conjunta. Refere-se também a uma combinação de ações de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, e reorientação do sistema de saúde (SALCI et al, 2013).

### **2.1.5 Cuidados de enfermagem em oncologia**

A enfermagem avalia e identifica as necessidades dos pacientes oncológicos, permitindo identificar os diagnósticos, estabelecer e programar as intervenções de enfermagem apropriadas ao momento vivido, priorizando as necessidades relacionadas aos aspectos psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, por considerar o paciente em sua totalidade (RIBEIRO et al, 2016).

A realidade de pacientes em tratamento oncológico está interligada à assistência de enfermagem, visto que as dificuldades impostas pela doença e as complicações da terapêutica, tornam estes pacientes diferenciados e com demanda de cuidados especializada (ARAUJO et al, 2015).

A assistência de enfermagem deve estar preparada para identificar os vários distúrbios, como os efeitos da quimioterapia, que os indivíduos estejam vivenciando durante a sobrevivência ao câncer, e oferecer opções no tratamento para obter uma melhora na qualidade de vida e prevenção de possíveis infecções (ANDRADE, 2013).

Na vivência profissional, assistindo pacientes oncológicos submetidos ao tratamento quimioterápico, observa-se uma grande frequência de reações adversas nesses pacientes (GUIMARAES et al, 2015).

A enfermagem assume um papel de extrema importância no acompanhamento e na minimização destes efeitos, atuando positivamente no

ajustamento físico e global dos pacientes em tratamento quimioterápico, através de uma assistência de enfermagem sistematizada, principalmente no que diz respeito à implementação de intervenções precisas e eficazes frente aos efeitos colaterais resultantes da administração de quimioterápicos (GUIMARAES et al, 2015).

A quimioterapia na maioria dos casos, apresenta efeitos colaterais que comprometem a qualidade de vida do paciente oncológico. É função da enfermagem, apropriar-se da realidade destes pacientes para o desenvolvimento e planejamento de ações que visem prevenir os agravos inerentes às terapêuticas e otimizar a qualidade de vida do paciente, além de elaborar um plano assistencial que busque investigar os fatores de risco de cada indivíduo, bem como determinar, orientar e supervisionar os cuidados preventivos (ARAUJO et al, 2015).

Um dos principais males que acometem o paciente com câncer é a dor oncológica que se manifesta em todos os estágios do processo neoplásico. A Organização Mundial de Saúde (OMS) diz que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável (GUIMARAES et al, 2015).

A prática de atender um paciente com dor oncológica é muito ampla e a sua avaliação é o ponto fundamental para o planejamento do cuidado, exigindo do profissional de enfermagem suporte educacional para o manuseio e gerenciamento dessa sensação algica, sendo indispensável o interesse da enfermagem quanto à aquisição de conhecimento e treinamento, para que possa desempenhar seu papel de forma eficaz (GUIMARAES et al, 2015).

A segurança do paciente vem sendo amplamente discutida em todo mundo em decorrência dos danos derivados dos processos da assistência prestada ou da estrutura hospitalar, assumindo papel de relevância no desenvolvimento de esforços, com o objetivo de tornar a assistência de enfermagem mais segura ao paciente (DE AMORIM CARRERA, 2014).

A assistência oncológica é uma especialidade complexa, por requerer conhecimentos relacionados a protocolos de cuidados, tratamentos, farmacologia das drogas antineoplásicas, resultados de exames, habilidades técnicas, interpessoais e principalmente conhecimentos específicos do câncer (DE AMORIM CARRERA, 2014).

O câncer é uma doença na qual possui grande risco a agravos no decorrer de seu tratamento, favorecendo a ocorrência de incidentes. Desta forma,

frisa-se a importância das intervenções de enfermagem, desenvolvidas conforme a prática correta do cuidado (DE AMORIM CARRERA, 2014).

A enfermagem exerce um papel importante no acompanhamento dos pacientes oncológicos, no controle das reações adversas, tendo influência na melhora da qualidade de vida destes pacientes. Frente a um diagnóstico de câncer, qualquer indivíduo tem a sua qualidade de vida abalada por diversos motivos, entre eles, a incerteza da expectativa de vida, as respostas do organismo aos possíveis tratamentos, além da alteração no seu conceito de saúde/doença (GUIMARAES et al, 2015).

A enfermagem procura contextualizar os seus cuidados, para que possam adaptar-se a qualquer pessoa e situação, tendo como objetivo proporcionar conforto nas várias dimensões da pessoa e no contexto em que ela se encontra (DA CUNHA SILVA, 2015).

Na teoria do conforto de Katherine Kolcaba aborda-se uma visão holística da prática de cuidados, onde existem instrumentos que avaliam o nível de conforto dos doentes, ajudando os enfermeiros a identificar necessidades e desenvolver competências para melhorar a qualidade dos cuidados prestados (DA CUNHA SILVA, 2015).

Quando se trata de uma experiência oncológica, o sentimento de ameaça, de incerteza, medo e angústia estarão mais acentuados e despertam desconforto e sofrimento. Sentimentos que são ainda mais marcados diante de uma experiência de quimioterapia, radioterapia ou qualquer outro procedimento mediante ao tratamento da doença (DA CUNHA SILVA, 2015).

O papel da enfermagem frente a essa situação, visa a prática de ações para o cuidado integral a pessoa com câncer, vendo o paciente como um todo, considerando os contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, proporcionando tranquilidade e alívio durante as internações ou sessões do tratamento (DA CUNHA SILVA, 2015).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA E TIPO DE PESQUISA**

Pesquisa de abordagem quantitativa.

Em pesquisas de cunho quantitativo, os dados são organizados em tabelas e permitem o teste das hipóteses estatísticas. Dessa forma, a ordenação lógica do trabalho fica facilitada e pode-se partir facilmente para a redação do relatório (GIL, 2002).

Estudo descritivo, quantitativo, documental, retrospectivo, de campo.

As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2002).

O estudo de campo procura muito mais o aprofundamento das questões propostas do que a distribuição das características da população segundo determinadas variáveis e tende a utilizar muito mais técnicas de observação do que de interrogação. No estudo de campo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, pois é enfatizada importância de o pesquisador ter tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo (GIL, 2002).

### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em duas etapas:

**Primeira etapa:** A pesquisa de coleta de dados foi realizada no registro hospitalar de câncer de um hospital de grande porte do sul catarinense por meio do instrumento de coleta de dados (APENDICE A).

**Segunda etapa:** Foi realizada educação em saúde para prevenção do câncer ministrada para colaboradores da UNESC.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

**Primeira etapa:** O estudo foi realizado por registro de pacientes que foram diagnosticados com câncer nos anos de 2017 e 2018 na presente instituição, de acordo com os dados do registro hospitalar de câncer de um hospital de grande porte do sul catarinense. Devido a 1337 novos casos, optou-se por obter uma amostra significativa destes achados. Através do cálculo:  $[EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2(1 - a/2 * (N-1) + p * (1-p))]$ , foi calculado o tamanho da amostra n (1337) para a frequência em uma população, verificando 299 prontuários e obtendo um intervalo de confiança de 95%. Os 299 prontuários foram selecionados de maneira aleatória, selecionados

os 10 primeiros de cada mês dos anos de 2017 e 2018; os 2 últimos dos anos de 2017 e os 3 últimos de 2018, exceto dezembro que foram apenas os 2 últimos para fechar o número correto de prontuários.

**Segunda etapa:** Foi realizada uma palestra educativa para prevenção de câncer com colaboradores da UNESCO, no qual o público alvo foram os funcionários dos setores de higienização e segurança da instituição. Participaram da educação em saúde 40 colaboradores e devido a disponibilidade dos participantes, a palestra foi realizada em apenas 1 encontro.

### 3.4 PROCEDIMENTOS INICIAIS

Foi encaminhada uma solicitação de autorização para realização da pesquisa por meio de carta de aceite das instituições envolvidas. Para o hospital coparticipante, e para o SESMT da UNESCO. Posteriormente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na UNESCO (nº 3.430.737/2019) e da instituição coparticipante (nº 3.528.465/2019) e após a aprovação, foi realizada a pesquisa.

**1º Momento:** Reconhecimento do campo de pesquisa.

**2º Momento:** Realizado a seleção do público alvo de acordo com os seguintes critérios:

#### 3.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

**Primeira etapa:** Registros de pacientes que foram diagnosticados com câncer nos anos de 2017 e 2018 na presente instituição.

**Segunda etapa:** Colaboradores dos setores de higienização e segurança da UNESCO e que estiveram dispostos a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B) para realização do estudo.

#### 3.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

**Primeira etapa:** Os registros de diagnósticos de câncer de outros anos.

**Segunda etapa:** Colaboradores que não faziam parte dos setores de higienização e segurança da instituição e funcionários que não quiseram assinar o

termo de consentimento para a realização do presente estudo. Colaboradores de férias ou em afastamento do trabalho.

**3º Momento:** Após a aprovação dos comitês de ética em pesquisa, foi-se até o registro hospitalar de câncer para iniciar a coleta de dados.

**4º Momento:** Análise e discussão dos dados coletados.

**5º Momento:** Identificados os tipos cinco tipos de câncer mais incidentes na região carbonífera, de acordo com os dados obtidos.

**6º Momento:** Elaborado um material de promoção e prevenção do câncer compreendido nas principais incidências encontradas.

**7º momento:** Realizada uma educação em saúde para os colaboradores do público alvo. A educação em saúde foi realizada com um grupo de 40 pessoas, totalizando apenas 1 encontro.

**8º momento:** Elaboração do TCC e artigo a ser submetido à revista científica.

### 3.6 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

**Primeira etapa:** Para a coleta de dados foi realizada uma pesquisa embasada no registro hospitalar de câncer de um hospital de grande porte do sul catarinense. Foram coletados dados de 299 prontuários registrados na instituição, de parte dos pacientes diagnosticados com câncer nos anos de 2017 e 2018.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento sociodemográfico e clínico (APÊNDICE A).

Avaliação do perfil sociodemográfico e clínico: para o perfil sociodemográfico foram coletados dados como idade, sexo e grau de instrução. Para o perfil clínico foram coletados dados como clínica do primeiro atendimento, data do diagnóstico, diagnóstico e tratamento anteriores, localização do tumor primário, se havia mais de um tumor primário e qual, e o estadiamento.

**Segunda etapa:** Para a educação em saúde, foi utilizado um material de apoio elaborado para promoção e prevenção do câncer, levando em conta os 5 tipos de câncer mais incidentes na região carbonífera.

### 3.7 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise quantitativa foram utilizados os recursos estatísticos. Foi desenvolvida uma planilha eletrônica, para elaboração do banco de dados a partir da coleta de dados a ser realizada nesta pesquisa.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para a elaboração do estudo foi seguido todos os aspectos éticos e os participantes assinaram um termo de consentimento, o projeto só foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O termo seguiu as exigências formais contidas na Resolução 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com a Resolução 510/16 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a “natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades” (BRASIL, 2016, p.03).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade”. A Resolução 466/12 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito á comunidade científica, aos sujeitos do estudo. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito do estudo após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação no estudo. (BRASIL, 2012, p. 01).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Durante o período de coleta de dados foram incluídos no estudo, 299 pacientes respeitando os critérios de inclusão e exclusão da presente pesquisa. Destes, 47% (142) eram homens e 53% (157) mulheres. A faixa etária encontrada foi de 2 meses a 88 anos de idade, sendo 1,7% (5) entre 0 a 10 anos, 1,7% (5) entre 11 a 20 anos, 3,3% (10) entre 21 a 30 anos, 9,4% (28) entre 31 a 40 anos, 14,0% (42) entre 41 e 50 anos, 25,4% (76) entre 51 e 60 anos, 25,8% (77) entre 61 e 70 anos,

16,1% (48) entre 71 e 80 anos, e 2,7% (8) entre 81 e 90 anos de idade. Em relação ao grau de instrução, 100% (299) não constavam no prontuário.

Quadro 1: Relação do perfil sociodemográfico dos participantes.

Características	Número	Porcentagem (%)
<b>Gênero</b>		
Masculino	142	47%
Feminino	157	53%
<b>Idade</b>		
0 a 10	5	1,7%
11 a 20	5	1,7%
21 a 30	10	3,3%
31 a 40	28	9,4%
41 a 50	42	14,0%
51 a 60	76	25,4%
61 a 70	77	25,8%
71 a 80	48	16,1%
81 a 90	8	2,7%
<b>Grau de instrução</b>		
Não consta	299	100%

Fonte: Do autor.

As taxas de incidência ajustadas por idade tanto para homens (217/100 mil) quanto para mulheres (191/100 mil) são consideradas intermediárias e compatíveis com as apresentadas para países em desenvolvimento (BRASIL, 2017).

Uma estimativa realizada pelo INCA para o ano de 2018 envolvendo o estado de Santa Catarina, mostra que estimou-se 15.970 novos casos de câncer para o sexo masculino e 11.380 novos casos no sexo feminino (BRASIL, 2017). Os achados desta pesquisa aqui apresentados divergem das estimativas já apresentadas, visto que a prevalência maior se apresenta no sexo feminino 53% (157 casos). E 47% (142 casos) no sexo masculino. Visto ainda que, a diferença entre ambos é pouco significativa.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), realizou um estudo com uma população formada por adultos moradores de domicílios particulares do Brasil. A amostra final foi composta de 64.348 domicílios, sendo realizadas 60.202 entrevistas (OLIVEIRA et al, 2015).

A pesquisa apontou que 1,8% dos adultos participantes do estudo referiram ter recebido diagnóstico de câncer alguma vez na vida. O relato foi maior entre as mulheres, mas não houve diferença entre os sexos (OLIVEIRA et al, 2015).

A prevalência dos que referiram diagnóstico foi menor nas faixas de 18 a 29 anos (0,3%) e de 30 a 59 anos (1,3%), chegando a 7,7% entre as pessoas com mais de 75 anos (OLIVEIRA et al 2015). Conforme os achados desta pesquisa, dos 299 pacientes em estudo, 56 (18,8%) encontraram-se na faixa etária acima dos 70 anos de idade, o que corrobora significativamente com os resultados apresentados no estudo em questão.

## 4.2 DIAGNÓSTICO

Quanto ao diagnóstico, 23,6% (70) dos pacientes foram diagnosticados com câncer de mama, 10,5% (31) intestino, 8,4% (25) estômago, 7,8% (23) pulmão, 6,1% (18) leucemias, 4,4% (13) bexiga, 4,4% (13) mieloma múltiplo, 4,1% (12) linfoma não hodgkin, 3,7% (11) próstata, 3,0% (9) esôfago, 3,0% (9) linfoma de hodgkin, 2,4% (7) tumor cerebral, 2,0% (6) colo uterino, 2,0% (6) cabeça e pescoço, 2,0% (6) pâncreas, 1,4% (4) testículo, 1,4% (4) melanoma, 1,0% (3) laringe, 0,7% (2) coluna torácica, 0,7% (2) fígado, 0,7% (2) ovário, 0,7 (2) renal, 0,7% (2) osteossarcoma, 0,3% (1) adenocarcinoma papilífero, 0,3% (1) adrenal, 0,3% (1) amígdala, 0,3% (1) assoalho bucal, 0,3% (1) metastático cervical, 0,3% (1) orofaringe, 0,3% (1) tireóide, 0,3% (1) adrenal congênito, 0,3% (1) vias biliares, 0,3% (1) sarcomatóide, 0,3% (1) linfoma, 0,3% (1) linfoma de burkitt, 0,3% (1) linfoma de células CELS – T, 0,3% (1) neoplasia mieloproliferativa crônica, 0,3% (1) sarcoma de coxa, e 0,3% (1) tumor extra axial parassagital frontal.

Quadro 2: Relação dos diagnósticos dos participantes.

Diagnóstico	Número	Porcentagem (%)
Mama	70	23,6%
Intestino	31	10,5%
Estômago	25	8,4%
Pulmão	23	7,8%
Leucemias	18	6,1%
Bexiga	13	4,4%
	13	

Mieloma múltiplo	12	4,4%
Linfoma não Hodgkin	11	4,1%
Próstata	6	3,7%
Colo uterino	9	2,0%
Esôfago	9	3,0%
Linfoma de Hodgkin	7	3,0%
Tumor cerebral	6	2,4%
Cabeça e pescoço	6	2,0%
Pâncreas	4	2,0%
Testículo	4	1,4%
Melanoma	3	1,4%
Laringe	2	1,4%
Coluna torácica	2	0,7%
Fígado	2	0,7%
Ovário	2	0,7%
CA renal	2	0,7%
Osteossarcoma	1	0,7%
Adenocarcinoma papilífero	1	0,3%
Adrenal	1	0,3%
Amígdala	1	0,3%
Assoalho bucal	1	0,3%
Mestástico cervical (primário oculto)	1	0,3%
Orofaringe	1	0,3%
Tireóide	1	0,3%
Adrenal congênito	1	0,3%
Vias biliares	1	0,3%
Sarcomatóide	1	0,3%
Linfoma	1	0,3%
Linfoma de burkitt	1	0,3%
Linfoma de CELS – T	1	0,3%
Neoplasia Mieloproliferativa crônica	1	0,3%
Sarcoma de coxa	1	0,3%
Tumor extra axial parassagital frontal		0,3%

Fonte: Do autor

Segundo o INCA, a estimativa mundial mostra que em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer. Nos países desenvolvidos, predominam os tipos de câncer associados à urbanização e ao desenvolvimento (pulmão, próstata, mama feminina, cólon e reto) (BRASIL, 2017).

Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão) (BRASIL, 2017). De acordo com os achados desta pesquisa, identificou-se que as maiores incidências foram encontradas nos cânceres de mama 23,6% (70), intestino 10,5% (31), estômago 8,4% (25), pulmão 7,8% (23) e leucemias 6,1% (18). Verifica-se que, conforme a incidência mundial e os dados obtidos na pesquisa, que os cânceres de mama, intestino e pulmão seguem no topo da lista, provando concordância em ambos os achados.

Nas Regiões Sul e Sudeste, o padrão da incidência mostra que predominam os cânceres de próstata e de mama feminina, bem como os cânceres de pulmão e de intestino (BRASIL, 2017).

Segundo uma estimativa realizada pelo INCA, no ano de 2017, estimou-se para o biênio de 2018 e 2019, que os cânceres de próstata (68 mil) em homens e mama (60 mil) em mulheres seriam os mais frequentes (BRASIL, 2017).

De acordo com o estudo realizado pelo IBGE e pelo MS, quanto ao tipo de câncer diagnosticado, o câncer de próstata foi o mais referido entre os homens (36,9%), e o câncer de mama foi o mais citado pelas mulheres (23,0%) (OLIVEIRA et al, 2015). Conforme os dados coletados na pesquisa, 23,6% do total de diagnósticos foram compostos pelo câncer de mama, considerando 70 pacientes, ambos do sexo feminino. As maiores taxas de câncer no sexo masculino, foram registradas através dos cânceres de intestino e de estômago. O câncer de próstata nos homens compôs apenas 3,7% (11 casos) da porcentagem total dos diagnósticos.

Em todo o mundo o câncer de mama é a neoplasia mais frequente entre mulheres, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, tendo atingido 1,67 milhões de casos em 2012. No Brasil, a estimativa para o biênio 2014/2015 foi de 56,09 casos por 100.000 mulheres, sendo 71,18 casos/100.000 mulheres somente na Região Sudeste (HADDAD, 2015). A pesquisa em questão, confirma os dados apresentados por HADDAD, visto que, na região carbonífera, a principal incidência foi constituída pelo câncer de mama, compondo 23,6% do resultado final.

#### 4.3 LOCALIZAÇÃO

No que se refere a localização, 11,4% (34) dos diagnósticos foram encontrados na mama direita, 10,7% (32) mama esquerda, 10,0% (30) não constaram a informação no prontuário, 8,7% (26) estômago, 7,0% (21) pulmão, 4,0% (12) bexiga, 3,7% (11) cólon, 3,7% (11) próstata, 3,7% (11) região cervical), 3,3% (10) sangue – linfócitos, 3,0% (9) sangue – medula, 3,0% (9) esôfago, 2,3% (7) reto, 2,0% (6) intestino, 2,0% (6) medula óssea, 2,0% (6) pâncreas, 1,7% (5) endométrio, 1,0% (3) colo do útero, 0,7% (2) mama (não consta qual), 0,7% (2) ovário direito, 0,7% (2) testículo direito, 0,7% (2) sigmoide, 0,7% (2) mama (bilateral), 0,7% (2) tireoide, 0,7% (2) ceco, 0,7% (2) laringe, 0,3% (1) endométrio (?), 0,3% (1) mama esquerda e pulmão, 0,3% (1) úmero direito, 0,3% (1) mediastino (rede ganglionar), 0,3% (1) pulmão direito, 0,3% (1) lobo inferior, 0,3% (1) região supraclavicular, 0,3% (1) reto médio, 0,3% (1) desconhecido, 0,3% (1) pulmão (?), 0,3% (1) estômago ou pâncreas, 0,3% (1) língua, 0,3% (1) coluna cervical (T2 e T3), 0,3% (1) pulmão esquerdo, 0,3% (1) amígdala, 0,3% (1) região abdominal, 0,3% (1) cérvix, 0,3% (1) testículo esquerdo, 0,3% (1) lábio, 0,3% (1) membro inferior direito, 0,3% (1) coluna torácica (T6 e T7), 0,3% (1) cólon ascendente, 0,3% (1) delgado), 0,3% (1) coluna lombar, 0,3% (1) ovário esquerdo, 0,3% (1) seio esfenoidal direito, 0,3% (1) retossigmoide, 0,3% (1) mesocólon, 0,3% (1) testículo (não consta qual), 0,3% (1) mandíbula, 0,3% (1) coxa direita, 0,3% (1) mama (não consta qual), 0,3% (1) coluna torácica e 0,3% (1) região submandibular.

Quadro 3: Relação da localização de tumores dos participantes.

Localização	Número	Porcentagem %
Mama direita	34	11,4%
Mama esquerda	32	10,7%
Não consta	30	10,0%
Estômago	26	8,7%
Pulmão	21	7,0%
Bexiga	12	4,0%
Cólon	11	3,7%
Próstata	11	3,7%
Região cervical	11	3,7%
Sangue (linfócitos)	10	3,3%
Sangue e medula	9	3,0%
Esôfago	9	3,0%

Reto	7	2,3%
Intestino	6	2,0%
Medula óssea	6	2,0%
Pâncreas	6	2,0%
Endométrio	5	1,7%
Colo do útero	3	1,0%
Mama (não consta qual)	2	0,7%
Ovário D	2	0,7%
Testículo D	2	0,7%
Sigmóide	2	0,7%
Bilateral	2	0,7%
Tireóide	2	0,7%
Ceco	2	0,7%
Laringe	2	0,7%
Endométrio (hipótese diagnóstica)	1 1	0,3% 0,3%
Mama E e pulmão	1	0,3%
Úmero direito	1	0,3%
Mediastino (rede. gang)	1	0,3%
Pulmão direito	1	0,3%
Lobo inferior – pulmão	1	0,3%
Região suprecavicular	1	0,3%
Reto médio	1	0,3%
Desconhecido	1	0,3%
Pulmão (hipótese diagnóstica)	1 1	0,3% 0,3%
Estômago ou pâncreas	1	0,3%
Língua	1	0,3%
Coluna cervical (T2 e T3)	1 1	0,3% 0,3%
Pulmão esquerdo	1	0,3%
Amígdala	1	0,3%
Região abdominal	1	0,3%
Cérvix	1	0,3%
Testículo esquerdo	1	0,3%
Lábio	1	0,3%
Membro Inferior direito	1	0,3%
Coluna torácica (T6 e T7)	1 1	0,3% 0,3%
Cólon ascendente	1	0,3%

Delgado	1	0,3%
Coluna lombar	1	0,3%
Ovário esquerdo	1	0,3%
Seio esfenoidal direito	1	0,3%
Retossigmoide	1	0,3%
Mesocólon	1	0,3%
Testículo	1	0,3%
Mandíbula	1	0,3%
Coxa direita		
Mama		
Coluna torácica		
Região submandimular		

Fonte: Do autor.

O câncer pode surgir em qualquer parte do corpo. Entretanto, alguns órgãos são mais afetados do que outros; e cada órgão, pode ser acometido por tipos diferenciados de tumor, mais ou menos agressivos (BRASIL, 2019).

Visto que, a prevalência maior dentre os pacientes analisados, é a do câncer de mama, a principal incidência da pesquisa, relacionada a localização de tumor, foi de 11,4% (34) casos, localizados na mama direita e de 10,7% (32) casos na mama esquerda.

#### 4.4 MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

Com relação à existência de mais de um tumor primário, 98,7% (295) dos pacientes não apresentaram mais de um tumor primário no diagnóstico. 0,3% (1) apresentou mais de um tumor primário e 1,0% (3) não constaram a informação no prontuário.

Quadro 4: Relação da existência de mais de um tumor primário no diagnóstico dos participantes.

Mais de um tumor primário? Qual?	Número	Porcentagem %
Não	295	98,7%
Sim, pulmão	1	0,3%
Não constaram	3	1,0%

Fonte: Do autor.

A baixa taxa na incidência de sobrevida global de pacientes diagnosticados com carcinoma epidermóide de cabeça e pescoço, vem sido

atribuída, dentre outros fatores, ao surgimento de metástases à distância e ao desenvolvimento de segundo tumor primário (PAIVA et al, 2015). Conforme os dados coletados na pesquisa, dentre os pacientes que constaram a informação no prontuário, apenas 0,3% (1) caso, apresentou mais de um tumor primário. O primeiro tumor identificado foi localizado na mama esquerda, e o câncer de pulmão o segundo tumor primário. 98,7% (295) casos foram diagnosticados com apenas um tumor primário.

Os tumores primários do sistema nervoso central (SNC) podem ocorrer em qualquer ponto anatômico cerebral ou medular, são considerados a segunda causa mais importante de morte relacionada a doenças neurológicas, sendo superados apenas pelos acidentes vasculares cerebrais (MENDES, 2014).

Segundo um levantamento realizado pelo Registro Central de Tumores Cerebrais dos Estados Unidos, entre 2005 e 2009, e que totalizou 311.202 registros, os meningiomas representam o tumor primário de SNC mais frequente (35,5%), seguido pelo glioblastoma (15,8%) (MENDES, 2014).

Os meningiomas representam o tumor de SNC mais comum, comprometendo principalmente adultos acima de 65 anos, sendo incomuns em crianças, e duas vezes mais frequentes no sexo feminino (MENDES, 2014).

#### 4.5 ESTADIAMENTO

No que diz respeito ao estadiamento, 72,2% (216) dos pacientes não constaram a informação no prontuário. Dentre os que possuíam a informação 27,8% (83), 6,5% (20) dos pacientes apresentaram T1, 5,7% (18) T2, 8,2% (26) T3 e 3,6% (12) T4. Enquanto 5,6% (18) dos pacientes apresentaram N1, 3,6% (12) N2, 1,5% (5) N3 e 10,7% (33) N0. Referente a metástase, 0,9% (3) dos pacientes apresentaram M1 e 8,2% (26) M0.

Quadro 5: Relação do estadiamento do câncer no diagnóstico dos participantes.

Estadiamento	Número	Porcentagem %
T1	20	6,5%
T2	18	5,7%
<b>T3</b>	<b>26</b>	<b>8,2%</b>
T4	12	3,6%
N0	18	10,7%
N1	12	5,6%
N2	5	3,6%
<b>N3</b>	<b>33</b>	<b>1,5%</b>
M1	3	0,9%
<b>M0</b>	<b>26</b>	<b>8,2%</b>
Não constaram	216	72,2%

Fonte: Do autor.

Para estadiar um caso de neoplasia maligna é necessário avaliar o seu grau de disseminação. A classificação destas neoplasias obedece a diferentes variáveis, como: localização; tamanho ou volume do tumor; invasão direta e linfática; metástases à distância e diagnóstico histopatológico (BRASIL, 2019).

O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Este sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza (N), e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente (BRASIL, 2019).

Além das graduações numéricas, as categorias T e N podem ser subclassificadas em graduações alfabéticas (a, b, c), ambas expressam o nível de evolução do tumor e dos linfonodos comprometidos. Quando as categorias T, N e M são agrupadas em combinações pré-estabelecidas, ficam distribuídas em estádios que, geralmente, variam de I a IV, identificando o grau de estadiamento do tumor (BRASIL, 2019).

O estadiamento pode ser clínico e patológico. O clínico é estabelecido a partir dos dados do exame físico e dos exames complementares pertinentes ao

caso. Já o patológico baseia-se nos achados cirúrgicos e no exame anátomopatológico da peça operatória. É estabelecido após tratamento cirúrgico e determina a extensão da doença com maior precisão. O estadiamento patológico pode ou não coincidir com o estadiamento clínico (BRASIL, 2019).

De acordo com os dados obtidos nos 83 prontuários dos pacientes que constaram o estadiamento, nota-se que a principal incidência está em T3N3 e M0. Com esta informação atenta-se para o fato de que, quando confirmados os diagnósticos, o tumor já está avançado. Desta forma, frisa-se, mais uma vez, a importância da prevenção.

É importante que a população em geral e os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alarme para o câncer, como nódulos, febre contínua, feridas que não cicatrizam, indigestão constante e rouquidão crônica (BRASIL, 2019).

Exames de rotina, atentar-se para sinais e sintomas não comuns do nosso dia-a-dia, são práticas que auxiliam no diagnóstico precoce do câncer. As estratégias para esta detecção incluem o rastreamento e o diagnóstico precoce (BRASIL, 2019).

Quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, de sobrevida e qualidade de vida do paciente. No diagnóstico precoce, o objetivo é a detecção de lesões pré-cancerígenas ou do câncer quando ainda localizado no órgão de origem, identificar lesões em fases iniciais a partir de sintomas e/ou sinais clínicos (BRASIL, 2019).

Já o rastreamento, prevê ações organizadas que envolvem o uso de testes simples aplicados a determinados grupos populacionais, com a finalidade de identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas em estágio inicial em indivíduos com doença assintomática. O rastreamento pode ser populacional, quando há iniciativas de busca da população-alvo, ou oportuno, quando as pessoas procuram espontaneamente os serviços (BRASIL, 2019).

A prevenção do câncer engloba ações realizadas para reduzir os riscos de ter a doença (BRASIL, 2019). Por meio da alimentação, atividade física e peso corporal adequado é possível diminuir a chance de desenvolver câncer, escolhas saudáveis em nosso dia a dia são formas importantes de se proteger contra a doença (BRASIL, 2016).

#### 4.6 TRATAMENTO

Quanto ao tratamento, 52,2% (156) dos pacientes realizaram tratamento concomitante, 44,9% (134) tratamento isolado e 2,9% (9), não realizaram o tratamento.

Quadro 6: Relação dos tipos de tratamento utilizados pelos participantes.

<b>Tipo de tratamento</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentagem %</b>
<b>Concomitante</b>	<b>156</b>	<b>52,2%</b>
Cirurgia + quimioterapia	60	20,1%
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia	25	8,4%
Cirurgia + radioterapia	4	1,3%
Cirurgia + radioterapia + quimioterapia	6	2,0%
Quimioterapia + cirurgia	17	5,7%
Quimioterapia + cirurgia + radioterapia	25	8,4%
Quimioterapia + radioterapia	13	4,3%
Quimioterapia + radioterapia + cirurgia	2	0,7%
Radioterapia + quimioterapia	4	1,3%
<b>Isolado</b>	<b>134</b>	<b>44,9%</b>
Cirurgia	48	16,1%
<b>Quimioterapia</b>	<b>84</b>	<b>28,1%</b>
Radioterapia	2	0,7%
<b>Não realizaram</b>	<b>9</b>	<b>2,9%</b>

Fonte: do autor.

A finalidade do tratamento do câncer é a cura, prolongar a vida quando não há cura e proporcionar cuidados paliativos, objetivando a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida. (Nicolussi et al, 2014).

O tratamento do câncer pode ser realizado através de cirurgia, quimioterapia, radioterapia, ou transplante de medula óssea. Na maioria dos casos, os tratamentos são concomitantes, incluindo mais de uma modalidade (Brasil, 2019).

O tratamento cirúrgico consiste na retirada total ou parcial do tumor, dependendo do estágio em que o mesmo se encontra. É atualmente considerado um dos tripés para o tratamento da doença, ao lado da quimioterapia e da radioterapia. Associado a diversas modalidades terapêuticas, costuma gerar melhores resultados em termos de cura, sobrevida e qualidade de vida (BRASIL,

2019). De acordo com os achados da pesquisa, 16,1% (48 casos), utilizaram este meio de tratamento de forma isolada, como única opção de tratamento.

A radioterapia é uma outra modalidade de tratamento do câncer, podendo ser empregada em conjunto com a quimioterapia, a cirurgia ou o transplante de medula óssea, a depender de critério médico. Calcula-se que aproximadamente 50% dos pacientes oncológicos devem receber terapia de radiação, isoladamente ou como uma alternativa ou adjuvante para o tratamento cirúrgico (DE ARAUJO, 2016). Segundo os dados obtidos na pesquisa em questão, 32,1% (96 casos) utilizaram a radioterapia de forma adjuvante, com o tratamento cirúrgico ou quimioterápico, ou então, concomitante com os dois. Apenas 0,7% (2 casos) fizeram uso isolado deste meio de tratamento.

O transplante de medula óssea é um tratamento proposto para pacientes diagnosticados com tipos de câncer que afetam as células do sangue, como as leucemias e os linfomas. Consiste na substituição de uma medula óssea doente por células normais, com o objetivo de reconstituição para uma medula saudável. O transplante pode ser autogênico, quando a medula vem do próprio paciente. No transplante alogênico a medula vem de um doador. O transplante também pode ser feito a partir de células precursoras de medula óssea, obtidas do sangue circulante de um doador ou do sangue de cordão umbilical (BRASIL, 2019).

A quimioterapia tem se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer, podendo ser empregada tanto com fins curativos como paliativos. Existe uma série de fatores para a sua indicação e planejamento, como a idade do paciente, seu estado nutricional, as funções renal, hepática e pulmonar, presença de infecções, o tipo do tumor, presença de metástase e sua extensão e a condição de vida do paciente (NICOLUSSI et al, 2014). Nos pacientes em estudo, o maior índice de tratamento foi o quimioterápico isolado, compondo 28,1% da porcentagem total, inclusive 84 pacientes que obtiveram este método como única opção de tratamento.

É muito empregada para diminuir, eliminar e controlar o tumor, tem como função principal eliminar as células malignas que formam o tumor, seu tratamento atua de forma sistêmica, em que os medicamentos agem nas células do paciente, estejam elas normais ou cancerosas (SCHEIN et al, 2016).

É uma modalidade terapêutica importante para o câncer, representada pelo emprego de substâncias químicas isoladas, ou em combinação, destruindo as

células tumorais e também agredindo as células normais que possuem características semelhantes. Atualmente, a quimioterapia é, entre as modalidades de tratamento, a que possui maior incidência de cura em diversos tumores, e a que mais aumenta a sobrevivência do portador de câncer. Pode-se classificá-la em quimioterapia neo-adjuvante, quando administrada antes de um procedimento cirúrgico, com os objetivos de avaliar a resposta antineoplásica e de reduzir o tumor, e em quimioterapia adjuvante, administrada após o tratamento cirúrgico, com a finalidade de erradicar possíveis micrometástases (GUIMARAES et al, 2015).

#### 4.8 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O termo educação em saúde, vem sendo utilizado desde as primeiras décadas do século XX. Quando falamos na história da saúde pública, citamos a expansão da medicina preventiva em 1964, que apresentava estratégias de educação em saúde autoritárias, em que as classes populares eram vistas e tratadas como passivas e incapazes de iniciativas próprias (FALKENBERG et al, 2014).

Neologismo significa “palavra ou expressão nova”, as expressões de saúde pública e educação em saúde são exemplos que ilustram essa ideia. De acordo com o ministério da saúde, a educação em saúde é definida como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde, sendo um conjunto de práticas que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado (FALKENBERG et al, 2014).

O intuito da educação em saúde realizada foi o mesmo proposto por FALKENBERG, capacitar as pessoas para que tenham conhecimento sobre sua saúde, possuindo autonomia para o próprio cuidado. Durante a palestra, pode-se explicar o que é e o que causa o câncer, esclarecendo dúvidas a respeito dos mitos e verdades da doença, conscientizando os funcionários para as práticas corretas de prevenção do câncer.

Os participantes da educação em saúde, foram 38 funcionárias da higienização e apenas 2 colaboradores da vigilância. A data para realização da palestra, foi trocada três vezes, na tentativa de abranger o número máximo de público possível. A proposta inicial foi realizar 5 encontros com 20 pessoas em cada

um, mas devido a demanda e disponibilidade dos funcionários, a palestra aconteceu em apenas um encontro, totalizando 40 pessoas.

Inicialmente, após a apresentação pessoal, iniciou-se a explicação do que é e o que causa o câncer. Em seguida, explicou-se as etapas da presente pesquisa, para que todos pudessem entender de onde vieram os resultados apresentados. Foram mostrados os dados, das principais incidências do câncer na região carbonífera, expondo as dicas de prevenção do câncer, na tentativa de conscientização para diminuir as chances do desenvolvimento da doença.

Para finalizar, realizou-se uma dinâmica sobre os mitos e verdades do câncer, explicando o porquê, que muitos fatos lidos na internet não são verídicos e os cuidados que precisa-se ter com as informações recebidas, e principalmente, repassadas.

As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos prioritários: os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG et al, 2014).

No início da atividade, propôs-se que sempre que alguém tivesse dúvida, era para levantar a mão e perguntar, já que o intuito era exatamente esse, fazer com que todos saíssem da palestra conscientizados e sem desconfianças. E, durante toda a palestra, houve muita troca de informação, onde os participantes apresentavam sem medo algum, todas as suas incertezas. A palestra foi pausada inúmeras vezes, para que pudéssemos conversar e esclarecer as curiosidades de cada um. Em ambos os aspectos que foram trabalhados existiu a participação dos colaboradores, principalmente acerca das dicas para prevenção e os mitos e verdades do câncer.

A promoção da saúde visa a diminuição da vulnerabilidade e dos riscos à saúde da população, por meio da participação e controle social. A educação em saúde é entendida como prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e saúde (MALLMANN et al, 2015).

Seguindo o que MALLMANN e seus colaboradores citam, visou-se durante a educação em saúde em questão, conscientizar os colaboradores e

transformar os hábitos de vida de cada um, para que os mesmos possam praticar o auto cuidado com conhecimento, objetivando a prevenção do câncer.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao fim desta pesquisa, conclui-se que as 5 principais incidências do câncer na região carbonífera foram encontradas nos cânceres de mama 23,6% (70), intestino 10,5% (31), estômago 8,4% (25), pulmão 7,8% (23) e leucemias 6,1% (18). Os objetivos do estudo foram alcançados, uma vez que foi possível avaliar o perfil do paciente, verificando os dados clínicos e sociodemográficos. Todavia, obteve-se dificuldade para identificar o estágio do câncer diagnosticado, uma vez que em um grande número de prontuários não constavam as informações completas do estadiamento.

Foi possível descrever os diagnósticos, localização dos tumores, bem como a presença ou não de mais de um tumor primário, e ainda, o tipo de tratamento utilizado em cada paciente.

Os resultados confirmaram a hipótese de que a principal incidência em mulheres seria o câncer de mama. Nos homens, foi hipotetizado que existiriam mais casos de câncer de próstata, mas após a coleta de dados, verificou-se que a maior incidência se encontra nos cânceres de intestino e estômago.

Lançou-se a hipótese de que o tipo de câncer mais incidente em ambos os sexos, seria o câncer de pele não melanoma. Após a pesquisa, observou-se que no registro hospitalar da instituição em estudo, não foi registrado nenhum caso deste tipo de câncer. Acredita-se que tal acontecimento tenha ocorrido devido ao fato dos tratamentos serem simples e breves, no quais são realizados em clínicas particulares.

Com a suposição de que haveria conscientização por parte dos colaboradores após orientações ofertadas durante a educação em saúde, o estudo entra em concordância com a possibilidade. Os achados do estudo apresentaram que os colaboradores ficaram satisfeitos após os esclarecimentos de dúvidas, demonstrando conscientização e conhecimento a respeito do assunto discutido.

Concordando com a hipótese sobre os mitos e verdades acerca da prevenção do câncer, os resultados apresentados demonstraram que existem muitos mitos que ainda precisam ser esclarecidos. A cada item exposto, via-se a expressão

de espanto dos colaboradores quando os mitos eram desmistificados, nos quais os mesmos validavam as informações como seguras e verídicas.

Visa-se a importância do papel da enfermagem frente as educações em saúde, na capacitação da população para melhoria nos hábitos de vida, ensinando e desenvolvendo ações para prevenção do câncer.

Ao longo deste estudo, pode-se perceber que algumas literaturas são limitadas, cita-se exemplos acerca da localização dos tumores, da presença ou não de mais de um tumor primário e do perfil sociodemográfico dos pacientes com câncer. Conteúdos difíceis e escassos para encontra-los, e mesmo assim, não tão atuais. Sugere-se para tanto, a realização de mais pesquisas que possam abranger estes temas, para facilitar assim, os estudos futuros a serem realizados.

Conclui-se que, a partir dos dados obtidos com a pesquisa, estudou-se as estatísticas e números de casos de câncer registrados na região carbonífera, e assim, foram realizadas intervenções de maneira positiva na redução dos números, objetivando a prevenção da doença, através do conhecimento e conscientização da população.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Viviane; SAWADA, Namie Okino; BARICHELLO, Elizabeth. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 355-361, 2013.

ARAUJO, Sarah Nilkece Mesquita et al. **O paciente oncológico com mucosite oral: desafios para o cuidado de enfermagem.** Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt\\_0104-1169-rlae-23-02-00267.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00267.pdf). Acesso em: 24/11/19.

ARAÚJO DA SILVA, Pamella; DA SILVA RIUL, Sueli. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, 2011.

ARAUJO, Luiz Henrique et al. Câncer de Pulmão no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [s.l.], v. 44, n. 1, p.55-64, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

BRASIL. INCA. **ABC do Câncer: Abordagens Básicas Para o Controle do Câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2011. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Câncer de pele: Vamos falar sobre isso?.** INCA, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Câncer: A informação pode salvar vidas.** INCA, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 1 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2017. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informação dos registros hospitalares de câncer como estratégia de transformação: perfil do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva em 25 anos.** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: Inca, 2012. 100 p.

BRASIL. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. **Registros hospitalares de câncer: planejamento e gestão.** Instituto Nacional de Câncer. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2010. 536 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, v. 150, n. 112, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>: Acesso em: 27 maio 2019.

CONSELHO DE SAÚDE. **Resolução nº 510 , de 07 de abril de 2016.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: Dezembro de 2019.

DE ARAÚJO, Luciane Pereira; DE SÁ, Natan Monsores; DE MORAES ATTY, Adriana Tavares. Necessidades atuais de radioterapia no SUS e estimativas para o ano de 2030. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 1, p. 35-42, 2016.

DE AMORIM CARRERA, Simone; AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa. Cultura de segurança do paciente: a percepção do enfermeiro em um hospital oncológico. **Revista Acreditação: ACRED**, v. 4, n. 7, p. 88-103, 2014.

DA CUNHA SILVA, Joana Mafalda; SOUSA, Patrícia Pontífice. Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia ea sua relação com o conforto. **Enfermería Global**, v. 14, n. 1, p. 372-400, 2015.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Ribeiro et al. Ações de enfermagem frente às reações a quimioterápicos em pacientes oncológicos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2440-2452, 2015.

GUTJAHR, Glênio Marchezan et al. Câncer da pele não melanoma-análise de 293 casos diagnosticados em um hospital universitário no extremo sul do brasil. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 63-72, 2010.

HADDAD, Natalia C.; ANA, C. de A.; NOVAES, Cristiane de O. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, 2015.

INCA. **Impressão** Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/impressao.asp?op=cv&id=54>. Acesso em 02/11/19.

INCA. **Tratamento: Cirurgia**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cirurgia>. Acesso em 03/11/19.

INCA. **Transplante de medula óssea**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/transplante-de-medula-ossea>. Acesso em 03/11/19.

INCA. **Nutrição**. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//foldernutricaoorecicladoideias2016.pdf>. Acesso em 24/11/19.

INCA. **Como Surge o câncer**. Disponível em:

[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha\\_cancer\\_prostata\\_2017.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha_cancer_prostata_2017.pdf) . Acesso em: 24/11/19.

INCA. **O que é o câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 24/11/19.

INCA. **Detectação precoce do câncer**. Disponível em:

[http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes\\_deteccao.pdf](http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/acoes_deteccao.pdf) . Acesso em: 02/11/19.

INCA. **Como surge o Câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/como-surge-o-cancer> . Acesso em: 24/11/19.

INCA. **Tratamento**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento> . Acesso em 02/11/19.

INCA. **Carcinogenese**. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/situacao/arquivos/carcinogenese.pdf>. Acesso em: 24/11/19.

MENEZES, Camila et al. Câncer colorretal na população brasileira: taxa de mortalidade no período de 2005-2015. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 172-179, 2016.

MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1763-1772, 2015.

MENDES, Graziella Alebrant; ONGARATTI, Bárbara Roberta; PEREIRA-LIMA, Júlia Fernanda Semmelmann. Epidemiologia de uma série de tumores primários do sistema nervoso central. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery**, v. 33, n. 04, p. 279-283, 2014.

NICOLUSSI, Adriana Cristina et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 1, p. 132-140, 2014.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 146-157, 2015.

OPAS. **Folha informativa**. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094) . Acesso em : 24/11/19.

PAIVA, Diógenes et al. Prevalência das alterações em tomografias computadorizadas de tórax em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, n. 6, p. 356-359, 2015.

RIBEIRO, Juliane Portella et al. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnósticos e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. **Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p.5136-5142, out/dez. 2016.

SALCI, Maria Aparecida et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2013.

SCHEIN, Catia Fontinel et al. Efeitos colaterais da quimioterapia em pacientes oncológicos hospitalizados. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 7, n. 1, p. 101-107, 2016.

**APÊNDICE(S)**

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**

<b>Instrumento para coleta de dados</b>		
Nome:		
DN:	Sexo:	Idade
Grau de instrução:		
Clínica do primeiro atendimento:		
Data do diagnóstico:		
Diagnóstico e tratamento anteriores:		
Localização do tumor primário:		
Mais de um tumor primário? Se sim, qual?		
Estadiamento:		

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**Para ser aplicado nos colaboradores que participarão da palestra, educação**  
**em saúde sobre prevenção de câncer**



**Título da Pesquisa:** A incidência do câncer na região carbonífera como uma proposta de educação em saúde.

**Objetivo:** Promover educação em saúde para prevenção do câncer, de acordo com as principais incidências identificadas no registro hospitalar de câncer, em um hospital de grande porte do sul catarinense.

**Período da coleta de dados:** Outubro de 2019

**Tempo estimado para cada coleta:** 1 hora

**Local da coleta:** Campus UNESC

**Pesquisador/Orientador:** Paula Ioppi Zugno

**Telefone:** (48) 99103-6432

**Pesquisador/Acadêmico:** Luiza Duarte Silva

**Telefone:** (48) 98843-4443

**9ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC**

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>

<b>RISCOS</b>
Esta pesquisa não apresenta riscos, e garante a confidencialidade e sigilo dos dados, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos.

<b>BENEFÍCIOS</b>
Este estudo trará benefícios para estatísticas da cidade, a título de conhecimento sobre a incidência de câncer registrados na presente instituição. Os colaboradores que irão participar da educação em saúde serão conscientizados sobre a importância da prevenção do câncer, quais os cuidados necessários a serem tomados, dentre os seus hábitos de vida, a fim de intervir de maneira positiva na redução destes números.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a)

pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador(a) Luiza Duarte da Silva, pelo Telefone: (48) 991036432 e/ou pelo e-mail: luiza.duarte.2013@gmail.com. Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) Responsável</b>
<hr/> <b>Assinatura</b>	<hr/> <b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>CPF:</b> _____	<b>CPF:</b> _____

Criciúma (SC), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

## APÊNDICE C – FOLDER PARA EDUCAÇÃO E SAÚDE

### O que é câncer?

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos.

### O que causa o câncer?

O câncer não tem uma causa única. Há diversas causas externas (presentes no meio ambiente) e internas (como hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas). Entre 80% e 90% dos casos de câncer estão associados a causas externas, as mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os hábitos e o estilo de vida podem aumentar o risco de diferentes tipos de câncer.

### 12 dicas para prevenir o câncer

- Não fume!
- Alimentação saudável protege contra o câncer.
- Mantenha o peso corporal adequado.
- Pratique atividades físicas.
- Amamente.
- Mulheres entre 25 e 64 anos devem fazer o exame preventivo do câncer do colo do útero a cada três anos.
- Vacine contra o HPV as meninas de 9 a 14 anos e os meninos de 11 a 14 anos.
- Vacine contra a hepatite B.
- Evite a ingestão de bebidas alcoólicas.
- Evite comer carne processada.
- Evite a exposição ao sol entre 10h e 16h, e use sempre proteção adequada, como chapéu, barraca e protetor solar, inclusive nos lábios.
- Evite exposição a agentes cancerígenos no trabalho.



Bibliografia: Instituto Nacional do Câncer (INCA) – 2019

Material instrutivo elaborado pela acadêmica Luiza Duarte  
Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.  
Orientadora: Paula Ioppi Zugno

## APÊNDICE D – APRESENTAÇÃO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE




UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**A INCIDÊNCIA DO CÂNCER NA REGIÃO  
CARBONÍFERA COMO UMA PROPOSTA DE  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

Acadêmica de enfermagem: Luiza Duarte  
Orientadora: Paula Ioppi Zugno




**O QUE É CÂNCER?**

Como surge o câncer?



Multiplicação descontrolada de células alteradas

Acúmulo de células cancerosas

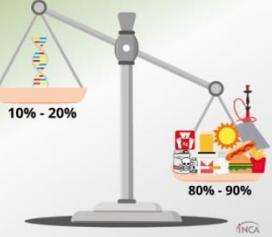
Tumor

INCA




**O QUE CAUSA O CÂNCER?**

O que causa câncer?



10% - 20%

80% - 90%

INCA




**OS 5 TIPOS DE CÂNCER MAIS INCIDENTES  
NA REGIÃO CARBONÍFERA**

- Mama – 70 casos (23,6%)
- Intestino – 31 casos (10,5%)
- Estômago – 25 casos (8,4%)
- Pulmão – 23 casos (7,8%)
- Leucemias – 18 casos (6,1%)

## 12 DICAS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER

- Não fume!
- Alimentação saudável protege contra o câncer;
- Mantenha o peso corporal adequado;
- Pratique atividades físicas;
- Amamente;

## 12 DICAS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER

- Mulheres entre 25 e 64 anos devem fazer o exame preventivo do câncer do colo do útero a cada três anos.
- Vacine contra o HPV as meninas de 9 a 14 anos e os meninos de 11 a 14 anos.
- Vacine contra a hepatite B.
- Evite a ingestão de bebidas alcoólicas.

## 12 DICAS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER

- Evite comer carne processada.
- Evite a exposição ao sol entre 10h e 16h, e use sempre proteção adequada, como chapéu, barraca e protetor solar, inclusive nos lábios.
- Evite exposição a agentes cancerígenos no trabalho.

## MITO OU VERDADE?



**MITO OU VERDADE?**

- Pessoas na minha família tiveram câncer, portanto também terei já que o câncer é hereditário?

**MITO OU VERDADE?**

- O câncer é contagioso?

**MITO OU VERDADE?**

- Um tumor pode ser causado por um trauma, por exemplo, uma pancada durante uma batida de automóvel?

**MITO OU VERDADE?**

- Amamentar protege o peito do câncer de mama?



**MITO OU VERDADE?**

- O tabaco causa apenas câncer de pulmão?

**MITO OU VERDADE?**

- Charutos e cachimbos provocam menos câncer de pulmão que cigarros comuns?

**MITO OU VERDADE?**

- A maior incidência de câncer de pele ocorre na cabeça, no rosto e no pescoço.

**MITO OU VERDADE?**

- Se eu faço o autoexame de mamas todos os meses não preciso fazer mamografia.



**MITO OU VERDADE?**

- O toque retal para o diagnóstico de câncer de próstata causa diminuição de virilidade.

**MITO OU VERDADE?**

- Anemia transforma-se em leucemia.

**MITO OU VERDADE?**

- Câncer de pele é mais comum em pessoas com idade acima de 40 anos.

**MITO OU VERDADE?**

- O câncer tem cura?





**“EU SOU CONSCIENTE E VOU ME  
INFORMAR PARA REDUZIR O IMPACTO  
DO CÂNCER”  
#eusoueuvo**



**Prevenir é uma das melhores  
formas de lutar! PREVINA-SE**

Obrigada!