

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

YARA MARIA FRANCO TINÓCO

**AÇÕES PARA DETECÇÃO PRECOCE E PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE PELE NOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE “SANTA RITA
DE CÁSSIA” EM LIBERDADE, MINAS GERAIS**

**LIBERDADE/ MINAS GERAIS
2020**

YARA MARIA FRANCO TINOCO

**AÇÕES PARA DETECÇÃO PRECOCE E PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE PELE NOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE “SANTA RITA
DE CÁSSIA” EM LIBERDADE, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Anadias Trajano Camargos

LIBERDADE/ MINAS GERAIS

2020

YARA MARIA FRANCO TINÔCO

**AÇÕES PARA DETECÇÃO PRECOCE E PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE PELE NOS USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE “SANTA RITA
DE CÁSSIA” EM LIBERDADE, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor (a) Anadias Trajano Camargos

BANCA EXAMINADORA:

Professor (a). Anadias Trajano Camargos - Orientadora EE-UFGM

Professora Dra. Nayara Ragi Baldoni – Universidade de Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, de Maio de 2020

Dedico este trabalho:

A todos meus familiares e amigos.

A equipe de Saúde da Família II da Unidade Básica de Saúde
“Santa Rita de Cássia”;

Aos usuários da Unidade Básica de Saúde “Santa Rita de Cássia”
em Liberdade-MG.

AGRADEÇO

A minha família e meus amigos pelo incentivo e pelo apoio incondicional entendendo a minha ausência em diversos momentos, muito obrigado.

Agradeço a todos os meus colegas de trabalho por permitir chegar aos seus corações.

Agradeço a minha orientadora, professora Anadias Trajano Camargos pela paciência, suporte e dedicação na minha orientação.

A todos que contribuíram para a realização desta especialização.

" A persistência é o caminho do êxito".
Charles Chaplin

RESUMO

O câncer da pele é a neoplasia mais frequente no Brasil e corresponde a cerca de 33% de todos os tumores malignos registrados no país. Os objetivos deste estudo foram identificar as principais ações para a detecção e prevenção do câncer de pele descritas na literatura que contribuem para o diagnóstico e tratamento precoce da população da Unidade de Saúde “Santa Rita de Cássia” em Liberdade-Minas Gerais. Trata-se de um plano de intervenção utilizando o método Planejamento Estratégico Situacional, que foi realizado por toda a equipe de saúde da família II, por meio da estimativa rápida, onde sucederam os dados e através destes, analisados e abordados os principais problemas de saúde da comunidade e selecionado o problema de maior prioridade para o plano de intervenção. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde para a fundamentação teórica, durante os meses de fevereiro e março de 2020, utilizando os seguintes descritores: Neoplasias cutâneas. Prevenção e controle. Educação em saúde. As bases de dados consultadas foram: MEDLINE, LILACS, IBECs, BDNF e SciELO. Após a leitura e análise dos artigos foi elaborado um plano de intervenção para o enfrentamento do problema priorizado “câncer de pele”, que permitiu a seleção dos “nós críticos” e desenho das operações sobre o mesmo, como: Os projetos, resultados, produtos esperados, recursos necessários, recursos críticos e seu controle, os responsáveis pela operação e os prazos determinados e a gestão do plano como a avaliação e monitoramento. Desta forma, a elaboração do plano de intervenção para traçar estratégias de atividades educativas em saúde a população, são importantes instrumentos de estímulo às práticas preventivas do câncer de pele. Conclui-se que os grupos operativos são as principais atividades educativas em saúde para a detecção de doenças, sendo de extrema importância para serem empregados a população, pois através deste são realizados as transferências de conhecimentos e aceitação de mudanças no estilo de vida. Deve-se orientar a população sobre os principais sinais e sintomas do câncer de pele e o estímulo a realização do autoexame da pele para o reconhecimento lesões malignas, garantindo o diagnóstico prévio em pessoas assintomáticas e saudáveis, levando ao início de tratamento precoce e diminuindo o risco de mortalidade, consequentemente a melhores condições de trabalho, de saúde e de qualidade de vida.

Descritores: Neoplasias cutâneas. Prevenção & controle, educação em saúde.

ABSTRACT

Skin cancer is the most common neoplasm in Brazil, about 33% of all malignant tumors registered in the country. The objectives of this study are to identify the main actions for the detection and prevention of skin cancer, described in the literature for the diagnosis and treatment of the population of the "Santa Rita de Cássia" Health Unit in Liberdade-Minas Gerais. It is about an intervention plan, Situational Strategic Planning method, carried out by the family health team II, making a quick estimate, analyzing the data of the main health problems of the community and selecting the problem of highest priority for the intervention plan. The search was carried out at the Virtual Health Library for theoretical basis, during the months of February and March 2020, using the following descriptors: Skin neoplasms. Prevention and control. Health education. The databases consulted: MEDLINE, LILACS, IBECs, BDNF and SciELO. After reading and analyzing the articles, an intervention plan was prepared to face the prioritized problem of "skin cancer", allowing the selection of "critical nodes" and design of operations on it, such as: Projects, results, products expected, necessary resources, critical resources and their control, those responsible for the operation, deadlines and the management of the plan, evaluation and monitoring. Developing an intervention plan, strategies for educational activities for the health of the population, are important tools for encouraging preventive practices. In conclusion, operative groups are important for educational activities in health and for the detection of diseases, they are extremely important for the population, as they promote knowledge and acceptance of changes in lifestyle. The population should be instructed on the main signs and symptoms of skin cancer and encourage the self-examination of the skin to recognize malignant lesions, ensuring prior diagnosis in asymptomatic and healthy people, starting early treatment and reducing the risk of mortality, consequently to better working conditions, health and quality of life.

Descriptors: Skin neoplasms. Prevention & control, health education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde II, Unidade de Saúde “Santa Rita de Cássia” no município de Liberdade, estado de Minas Gerais....	20
Quadro 2 - Passos do Planejamento Estratégico Situacional.....	23
Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Câncer de Pele. ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II, do município de Liberdade, estado de Minas Gerais.....	38
Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Câncer de Pele. ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II, do município de Liberdade, estado de Minas Gerais.....	39
Quadro 5– Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Câncer de Pele. ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II, do município de Liberdade, estado de Minas Gerais.....	41
Quadro 6– Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Câncer de Pele. ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II, do município de Liberdade, estado de Minas Gerais.....	42

Excluído:

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACISPES	Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CPNM	Carcinoma de Pele não Melanoma
CPM	Carcinoma de Pele Melanoma
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
FPS	Fator de Proteção Solar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBD	Sociedade Brasileira Dermatologia
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico
UV	Ultravioleta

SUMÁRIO	
INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Aspectos gerais do município.....	13
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde.....	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde “Santa Rita de Cássia”	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde “Santa Rita de Cássia”	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde “ Santa Rita de Cássia” da Equipe da Saúde da Família II.....	16
1.7 O dia a dia da equipe de Saúde da Família II.....	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	19
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	20
2 JUSTIFICATIVA.....	21
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
5.1 Câncer de pele melanoma e não melanoma.....	25
5.2 Detecção precoce e medidas preventivas	27
5.3 Fatores de risco do câncer de pele.....	30
5.4 Educação em saúde.....	32
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	36
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	36
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	36
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	37

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS.....	45

INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

O município de Liberdade localiza-se na região Sul de Minas, emancipada em 1923. Limita-se com os municípios de Carvalhos, Seritinga, Andrelândia, Arantina, Bom Jardim de Minas, Passa Vinte e Bocaina de Minas. Sua população estimada é de 5.069 habitantes, tendo uma área de unidade territorial de 401,337 km² (IBGE, 2017).

As principais atividades básicas do Município são a pecuária e agrícola, nesta o predomínio é o milho e o feijão, e na atividade extrativa, o termo fosfato e ferro fósforo industrializados pela Cia de Níquel do Brasil (LIBERDADE MG,2003).

Sua história baseia-se principalmente na fé de seus moradores, e sua veneração pela imagem do Bom Jesus do Livramento esculpida em cedro inteiriço, tendo como a principal festa da cidade o Jubileu do Senhor Jesus, trazendo romeiros de todas as partes do país (LIBERDADE MG,2003).

1.2 Aspectos da comunidade

A Unidade Básica de Saúde “Santa Rita de Cássia” do município de Liberdade acolhe 948 famílias de toda zona urbana, totalizando 3.077 usuários cadastrados.

Ressalta-se que há 72,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequados, sendo 10,5 % destes em vias públicas com arborização e 31,5% em vias públicas com urbanização apropriada, ou seja, com presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio (IBGE,2017).

Existem três estabelecimentos de educação, uma creche particular, uma escola municipal destinada a educação infantil e ensino fundamental e uma escola estadual destinada ao ensino fundamental e ensino médio. O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) de Liberdade, foi fundado no ano de 2008, tem em sua coordenação uma assistente social, que vem desenvolvendo diversos projetos e cursos junto ao CRAS.

Contamos com os projetos “Interagindo com o Mundo” uma oportunidade de cursar aulas de inglês, o “Bom de bola, bom de escola”, um esporte, educação e o

social, incentivando o bom atleta a se dedicar também à escola, o projeto de Jiu-Jitsu, “Fortalecendo Laços”, atende crianças e adolescentes, em situação de vulnerabilidade social e as aulas de balé para as crianças e zumba para os idosos do Projeto Liberdade pela escola de Dança Darlene Baptista.

1.3 O sistema municipal de saúde

Na área da saúde o município de Liberdade faz parte da região assistencial de Juiz de Fora, microrregião de Bom Jardim de Minas. Possui duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com excelentes profissionais qualificados, uma destinada a população da zona urbana e a outra população rural, um Pronto Atendimento, com atendimento médico 24 horas e dois laboratórios de Apoio diagnóstico.

Os pacientes que são atendidos nas unidades de saúde e no pronto atendimento que precisam ser encaminhados às unidades de média e alta complexidade, os fluxos não estão claramente estabelecidos, alternando os municípios de referência entre Aiuruoca, Bom Jardim de Minas e Juiz de fora. A falta dessa definição dos fluxos corretos de encaminhamento acaba que gera transtornos aos profissionais da saúde e aos usuários. Outro ponto é a falha no contrarreferência, destes pacientes que são encaminhados a média e alta complexidade, sendo de grande importância a nós médicos para dar continuidade aos cuidados dos nossos pacientes.

O município possui uma Rede de Farmácia de Minas estruturada que fica ao lado da UBS “Santa Rita de Cássia”, sendo de fácil acesso para a distribuição das medicações para a comunidade. Vale ressaltar também que o município tem o conselho de saúde que funciona mensalmente com o objetivo de formulação e aprovação das políticas de saúde do município, tendo a participação da comunidade, governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços.

1.4 A Unidade Básica de Saúde “Santa Rita de Cássia”

Unidade Básica de Saúde, foi inaugurada no dia quatro de junho de 2010 pelo prefeito na época. A mesma fica localizada à Rua Geraldino Severino Ladeira, 162, Bairro Santa Rita de Cássia.

A UBS é de fácil acesso, localizada no centro da cidade, com diversas vias paralelas de acesso. Com relação à estrutura física a UBS está dividida da seguinte maneira: Três consultórios médicos, um consultório ginecológico, oito banheiros (sendo quatro destinados ao uso pela população e quatro aos funcionários), sala de observação e administração de medicamentos, uma sala de curativo, uma sala dos agentes comunitários de saúde, uma cozinha, um expurgo, uma sala de esterilização, uma sala de fisioterapia e uma recepção ampla.

Não existe sala de reuniões, desta maneira a equipe de saúde usa a sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo está de tamanho maior para poder acomodar todos os profissionais. O horário de funcionamento da UBS é de segunda a sexta-feira, de 08h:00min às 17h:00min.

As consultas em sua maioria são agendadas, em casos excepcionais passam por triagem. Durante a manhã são realizadas 12 consultas, sendo 10 agendadas e outras duas para demanda espontânea, o mesmo no período da tarde. Às segundas-feiras os atendimentos são destinados aos pacientes hipertensos e diabéticos. Às terças-feiras pela manhã realizamos o grupo de tabagismo e a tarde as visitas domiciliares a pacientes acamados e domiciliados, também contamos com atendimento pediátrico durante o período da tarde para acompanhamento de puericultura. Às quartas-feiras e quintas-feiras atendemos a diferentes grupos nas fases do desenvolvimento humano.

O tempo de espera para uma consulta agendada chega em média três dias o que afasta alguns usuários. Ainda não existe prontuário eletrônico, telefone e internet, na unidade o que vem dificultando o compartilhamento de informações sobre o cuidado com o paciente.

Apesar do déficit de diversos insumos, a população tem apreço e valoriza a unidade, pois observa a dedicação realizada pela equipe para promover a melhor assistência de qualidade dentro de todas as possibilidades.

1.5 A Equipe de Saúde da Família II da Unidade Básica de Saúde “Santa Rita de Cássia”

A Equipe de Saúde da Família II é composta por 14 profissionais, sendo uma médica, uma enfermeira, um técnico em enfermagem, seis ACS, um dentista, um médico pediatra, uma nutricionista, um psicólogo e um fisioterapeuta.

A jornada de trabalho da médica clínica geral são 32 horas semanais, de segunda a quinta-feira. A enfermeira, o técnico em enfermagem, os seis ACS e o dentista trabalham 40 horas semanais, de segunda a sexta-feira. O médico pediatra atende todas as terças-feiras, com carga horária de 8 horas semanais.

A nutricionista e o psicólogo trabalham 30 horas semanais, de segunda a quinta-feira, revezando os atendimentos nas duas unidades de saúde do município. O fisioterapeuta atende de quarta a sexta-feira, totalizando 30 horas semanais.

A área de abrangência da UBS é dividida em seis microáreas onde cada ACS é responsável pelo acolhimento e cadastramento dos usuários de suas respectivas microáreas. Na primeira microárea temos 150 famílias cadastradas, na segunda temos 174 famílias cadastradas, na terceira temos 148 famílias cadastradas, na quarta temos 156 famílias cadastradas, na quinta temos 150 famílias cadastradas e na sexta microárea 170 famílias cadastradas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe II

A atenção primária a saúde municipal conta com duas Equipes de Saúde da Família com cobertura de 100% da população. A população de saúde com condição crônica de baixo ou médio risco são acompanhadas por consultas periódicas e agendadas conforme necessidade e estratificação de risco nas UBSs. Já as com condições crônicas de alto ou muito alto risco além de serem assistidas nas UBSs são direcionadas para atenção especializada ambulatorial na Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (ACISPES), em Juiz de Fora.

Os casos agudizados são encaminhadas ao Pronto Atendimento para estabilização clínica, contando com exames laboratoriais simples, raio x, eletrocardiogramas, sala de pequenos procedimentos e sala vermelha. Quando esgotados os recursos para estabilização do quadro realizamos o encaminhamento para atenção hospitalar no município de Aiuruoca, onde os exames complementares de média e alta complexidade e internações são realizadas. Na impossibilidade do Hospital de Aiuruoca atender determinada condição clínica os pacientes são direcionados pelo SUS FÁCIL para atenção hospitalar de Juiz de Fora. Nos casos de trauma de moderada a grave condição os pacientes são regulados via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), onde a Unidades de Suporte Básico (USB)

vem do município de Bom Jardim de Minas e a Unidades de Suporte Avançado (USA) de Lima Duarte.

1.7 O dia a dia da equipe de Saúde da Família II

O cotidiano da equipe de saúde da família II é dividido entre atividades de atendimento da demanda espontânea e das consultas de cuidados continuados programados. É crucial o trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde da população, deve ser inserido de forma progressiva na prática diária. A equipe multiprofissional é constituída por um número abrangente de profissionais, tais como:

A médica clínica geral, realiza dez consultas agendadas por turno e duas demandas espontâneas, conforme triagem e disponibilidade de tempo nas segundas, quartas e quintas-feiras. As consultas agendadas são em sua maioria retorno para cuidados continuados programados, já as demandas são doenças agudas, crônicas agudizadas ou renovação de receita.

As consultas de pré-natal são realizadas dentro das consultas agendadas, já que as gestantes estão em idades gestacionais diferentes e fica inviável separar um turno somente para pré-natal. Às terças-feiras no turno da manhã é realizada reunião com o Grupo de Tabagismo. No turno da tarde são feitas seis visitas domiciliares para acamados e portadores de necessidades especiais, conforme pré-visita dos ACS. Às quintas-feiras pela manhã são realizadas palestras os diabéticos e hipertensos com duração de 15 minutos, aproximadamente, na sala de espera.

A enfermeira realiza a triagem das consultas de segunda a quinta-feira, levando-se em conta os parâmetros vitais e a queixa do usuário. No turno da tarde, após realização das triagens, são efetuados cinco preventivos agendados por dia. Com exceção de terça onde participa do grupo de tabagismo e as quintas onde realiza palestras informativas para os diabéticos e hipertensos, respectivamente. Também realiza o controle dos insumos da unidade, supervisiona e orienta todas as ações dos ACS, realiza as consultas de enfermagem por agendamento programado ou demanda espontânea, visitas domiciliares, palestras com a médica nas escolas e promove atividades de educação permanente com a equipe de enfermagem.

O técnico em enfermagem realiza de segunda à sexta-feira em média de cinco curativos pela manhã (8h:00min às 10h:00min) e três curativos à tarde (13h:00min às 15h:00min), na visita domiciliar em portadores de úlcera ativa diariamente. Após esse

período é realizado todos os procedimentos de demanda espontânea, como verificação de pressão arterial, glicemia capilar, aferição de temperatura, administração de medicamentos e tantas outras atividades.

Contamos com seis ACS que são essenciais para estabelecer o vínculo entre a equipe e a comunidade. Realizam as visitas domiciliares na segunda, quarta, quinta e sexta à tarde em um período de quatro horas, são realizadas por seguimento de numeração do endereço para que toda área seja coberta. Na terça-feira à tarde são realizadas seis visitas domiciliares com a médica e técnico de enfermagem. Durante as visitas são realizadas atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, como orientação dos dias de atendimentos e marcação de consultas, conferem situação vacinal, orientam a respeito das renovações de receita, preventivos, entre tantos serviços ofertados na unidade. No entanto, apenas três agentes conseguem cobrir 100% da área em 30 dias, um dos motivos é que além de toda atribuição destinada a eles, também ficam na recepção para o acolhimento e o preenchimento das fichas ambulatoriais para os atendimentos. A organização da recepção é feita através de uma escala mensal realizada pela enfermeira.

O dentista atende de segunda a sexta-feira onde são realizadas cinco consultas agendadas para diagnóstico, tratamento e orientação aos usuários, durante a manhã e quatro à tarde, em um período de seis horas. Duas horas são destinadas para lavagem esterilização e desinfecção dos materiais já que não contam com um profissional auxiliar. Na terceira terça-feira do mês contamos com a participação do dentista no Grupo de Tabagismo. A saúde bucal das grávidas é abordada dentro dos agendamentos através de referência médica. O médico pediatra atende as terças-feiras à tarde efetuando quinze atendimentos de puericulturas.

A nutricionista realiza os atendimentos às terças feiras, em dois turnos, quartas e quintas-feiras apenas no turno da manhã e as visitas domiciliares conforme a demanda. São efetuadas cinco consultas por turno. Às quintas-feiras pelo amanhã, participa das palestras para diabéticos e hipertensos. Além disso, realiza reunião mensal para orientações sobre alimentação saudável.

O fisioterapeuta efetua dez atendimentos por turno nas quartas, quintas e sextas, agendados conforme referência médica. São disponibilizadas dez sessões para cada usuário. É o único no município para as duas Unidades Básicas de Saúde, gerando sempre um transtorno para a comunidade, não havendo vagas disponíveis de imediato e grande fila de espera

O psicólogo também é o único no município revezando os seus atendimentos entre as duas unidades de saúde. Realiza a maior parte dos seus atendimentos nos domicílios. Sendo, de segunda a quinta cinco visitas domiciliares pela manhã e à tarde cinco atendimentos, em pacientes agendados.

1.8 Estimativa rápida: problema de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A Estimativa Rápida é um método usado para elaboração de um diagnóstico de saúde de uma determinada região e contando com a colaboração da comunidade, alcançando dados a respeito de um conjunto de problemas e das soluções possíveis para o seu enfrentamento, num curto tempo sem elevados gastos, sendo importante instrumento para amparam processo de planejamento participativo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Principais problemas detectados pela Equipe de Saúde da Família II da UBS “Santa Rita de Cássia”:

1. Câncer de Pele
2. Risco cardiovascular aumentado.
3. Ausência de reunião de serviço para planejar adequadamente nossas ações.
4. Atividades educativas em saúde.
5. A comunicação entre os diferentes meios de atenção é na maioria das vezes unilateral, no sentido da UBS para as referências.
6. Ausência de protocolos sobre os fluxogramas instituídos.
7. Escassez de insumos básicos nas unidades de saúde.
8. Falta de prontuários eletrônicos.
9. Contrarreferência e integralidade da equipe multiprofissional
10. Ausência de estímulo para educação em saúde dos usuários.

1.9 Priorização dos problemas: Seleção do problema para plano de intervenção (Segundo Passo):

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde II, Unidade de Saúde “Santa Rita de Cássia” no município de Liberdade, estado de Minas Gerais.

Principais problemas	Importância (alta, média, baixa)	Urgência (0 a 10)	Capacidade de enfrentamento (dentro, parcial ou fora)	Seleção (ordem de prioridade)
Câncer de Pele	Alta	10	Dentro	1
Risco Cardiovascular	Alta	5	Dentro	2
Ausência de reunião	Alta	3	Dentro	3
Atividades educativas em saúde.	Alta	3	Dentro	4
Comunicação entre os meios de atenção	Alta	3	Parcial	5
Ausência de protocolos	Alta	2	Parcial	6
Escassez de insumos	Média	1	Fora	7
Prontuário eletrônico	Média	1	Fora	8
Apoio multiprofissional	Média	1	Dentro	9
Ausência de estímulos	Alta	1	Fora	10

Fonte: Tinôco,2020.

2 JUSTIFICATIVA

O câncer de pele é um dos mais comuns no Brasil, representa 33% de todos os diagnósticos de câncer no Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) registra, a cada ano, cerca de 180 mil novos casos. A maioria ocorre em decorrência do excesso de exposição aos raios ultravioleta do sol.

O câncer de pele não melanoma, representa 30% de todos os diagnósticos de câncer no país. Apresenta altos percentuais de cura e reparo estético se detectado precocemente, porém, pode deixar mutilações expressivas se não for tratado adequadamente. O melanoma representa apenas 3% das neoplasias malignas do órgão. É o tipo mais grave, devido à sua alta possibilidade de provocar metástase. Sendo assim, torna-se necessário elaborar um plano de intervenção a fim de prevenir e detectar precocemente o câncer de pele (INCA,2018).

Dentre uma infinidade de problemas vivenciados no campo de atuação profissional na Equipe de Saúde da Família II, foi identificado na população que exercem atividades pecuárias e agrícolas a exposição repetida e prolongado ao sol. Levantando a importância para priorização deste problema pela necessidade de enfrentamento e repasse de informações, o que pudemos presenciar em nosso cotidiano de atuação, traçando estratégias para prevenção e detecção precoce em serviços de atenção básica à saúde. A maioria dos problemas tem caráter político e econômico, ultrapassando nossa capacidade de enfrentamento.

Outro ponto que a poucas atividades educativas em saúde voltadas para a conscientização de medidas preventivas e o baixo nível de conhecimento da população sobre o tema. Reforçando a necessidade deste estudo em levar informações para toda a população.

Pretende-se que ao fim deste estudo, traçar um plano de intervenção para prevenção e detecção precoce do câncer de pele em serviços de atenção básica à saúde. Levando-nos a aprofundar sobre a importância de ações de educação em saúde e assim contribuir para melhorar a assistência da população em razão de que muitos negligenciam os cuidados com a pele, tanto usuários como profissionais de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção a fim de prevenir e detectar precocemente o câncer de pele em pessoas que residem na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde “Santa Rita de Cássia” em Liberdade, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Incentivar o aumento do nível de informação da população sobre os fatores de risco para câncer de pele e proporcionar conhecimento para detecção precoce;
2. Conscientizar a população através de palestra sobre os hábitos de vida e medidas preventivas em saúde evitando a incidência do câncer de pele.
3. Promover educação em saúde (atividades educativas) para preparo da equipe visando medidas que melhore o nível de conhecimento da equipe em relação à população.

4 METODOLOGIA

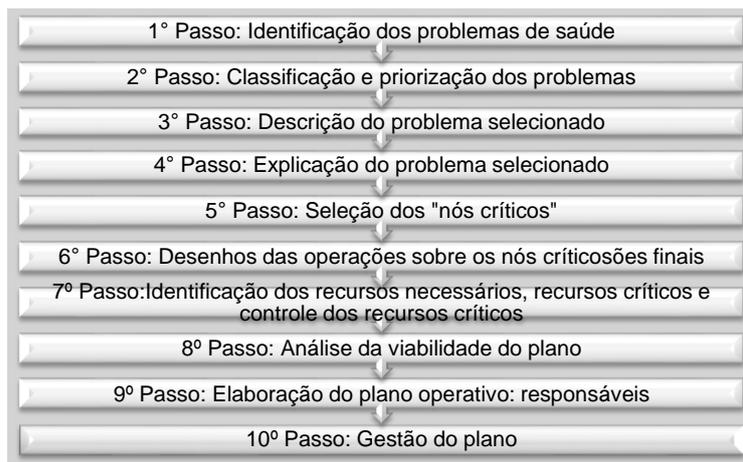
Trata-se de um plano de intervenção com a temática voltada a ações para detecção e prevenção do câncer de pele na Unidade Básica de Saúde “Santa Rita de Cássia”. Para estruturação deste trabalho foi utilizada o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) através da análise do diagnóstico situacional dos problemas que tem impacto a saúde da população (CAMPOS; FARIA; SANTOS. 2018).

O diagnóstico situacional foi dirigido por toda a equipe de saúde da família, por meio da estimativa rápida, onde sucederam os dados e através destes, analisados e abordados os principais problemas de saúde da população. O problema selecionado como o de maior prioridade foi o Câncer de pele (CAMPOS; FARIA; SANTOS. 2018).

A busca foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), MEDLINE, LILACS, IBICS BDEF-Enfermagem e SciELO para a fundamentação teórica, durante os meses de fevereiro e março de 2020, utilizando-se os seguintes descritores: Neoplasias cutâneas. Prevenção e controle. Educação em saúde. Foram selecionados para este estudo artigos, livros, revistas online e busca eletrônica nas seguintes bases de dados oficiais: Instituto Nacional do Câncer (INCA), Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) e Editoras do Ministério da Saúde.

O plano de intervenção contará com os 10 passos apresentados a seguir:

Quadro2 -Passos do Planejamento Estratégico Situacional



Fonte: Tinôco, 2020.

A implantação do plano de intervenção será essencial no processo de planejamento e vai ser necessário contar com o esforço da equipe de saúde. Sendo uma estratégia de encarar os problemas da equipe de maneira mais organizada, menos inesperadas e assim com maiores possibilidades de êxito. Mas o êxito desta tarefa é capaz de ficar prejudicada se não possuímos ou utilizarmos dispositivos e meios de avaliação e monitoramento de todos esses passos. É importante que equipe se encontra em alerta para criar reparos de rumo indispensáveis para afirmar a qualidade do seu ofício (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Câncer de pele melanoma e não melanoma

Quando se fala em câncer nomeamos um conjunto de mais de 100 doenças, tendo em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, multiplicando-se aceleradamente, sendo descontroladas, levando a formação de tumores malignos, podendo disseminar para outras partes do corpo. A diferenciação dos tipos de câncer caracteriza-se aos vários tipos de celular do corpo. Se ocorrer no início em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas é chamada de carcinoma, se for em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, chamamos de sarcoma (BUSHATSKY et al., 2016).

No Brasil a neoplasia cutânea é a de maior incidência, apresentando diferentes tipos como o câncer de pele não melanoma (CPNM) e o tipo melanoma (CPM). O CPNM é o mais constante, sendo um tumor de crescimento lento, invasão local e bom indicio de cura se cuidado de maneira apropriada, no entanto o atraso no diagnóstico é capaz de causar ulcerações e deformidades físicas graves. O CPM é o menos frequente e o mais grave, se detectado no início é tratável, mas se não houver um tratamento efetivo pode acarretar no aparecimento de metástases causando mortalidade (BOMFIM; GIOTTO; SILVA, 2018).

O CPNM é dividido em dois tipos: o carcinoma basocelular, o mais frequente, e o epidermoide. Apresentam-se de maneiras diferentes ao exame clínico e ao histopatológico. Contudo, os dois são semelhantes ao prognóstico com baixa mortalidade e as metástases são raras. O impacto do CPNM pode ocasionar danos estéticos importantes, logo que se manifesta com mais frequência na pele em regiões mais expostas ao sol, como a região da cabeça e do pescoço e principalmente da face (COSTA, 2012).

Ceballos et al., (2014) afirmam que a face é a região mais afetada pelo CPNM, mas que pode manifesta-se em outras regiões como a escápula, couro cabeludo e dorso das mãos. O tipo não melanoma é relativamente incomum em crianças e negros, mais frequente em indivíduos de pele clara, idade superior a 40 anos, vulnerável aos raios solares, ou com doenças cutâneas preexistentes (BUSHATSKY et al., 2016).

O Instituto Nacional do Câncer (2018), descreve as manifestações clínicas do carcinoma basocelular como: uma lesão, um nódulo ou ferida, com as bordas róseas, que apresenta dificuldades de cicatrização, translúcidos ou perolados, podendo ulcerar ou sangra. O carcinoma epidermoide, manifesta-se como uma mancha vermelha que descama e sangra formando uma ferida, várias vezes surgindo sobre uma cicatriz resultante de queimadura.

A exposição à radiação ultravioleta pode causar alterações no DNA dos melanócitos resultando no risco de carcinogênese em nevos melanócitos na infância. O período da infância e a adolescência são considerados críticos em relação à vulnerabilidade aos efeitos da exposição solar. Esse comportamento de exposição durante estes períodos da vida pode levar ao desenvolvimento do câncer não melanoma ou do melanoma maligno na vida adulta. Pacientes mais idosos apresentam grande números de lesões se comparados com jovens, demonstrando a relevância do fator acumulativo. A faixa etária de pessoas acima de 60 anos é a mais acometida pelo câncer de pele (BOMFIM; GIOTTO; SILVA, 2018, p.256).

O tipo carcinoma de pele melanoma é o mais atípico de todos os tumores de pele, no entanto sua mortalidade é mais alta, em virtude do aparecimento de metástase (PEREIRA, 2017). Sua prevalência é em adultos brancos e sua origem é nos melanócitos, essas células produzem uma substância chamada de melanina, que atribui a pigmentação à pele (POPIM et al., 2004).

[...] o diagnóstico de melanoma normalmente traz medo e apreensão aos pacientes, as chances de cura são de mais de 90%, quando há detecção precoce da doença. O melanoma, em geral, tem a aparência de uma pinta ou de um sinal na pele, em tons acastanhados ou enegrecidos. Porém, a “pinta” ou o “sinal”, em geral, mudam de cor, de formato ou de tamanho, e podem causar sangramento (SOCIEDADE BRASILEIRA DERMATOLOGIA, 2020)

Bushatsky et al., (2016) colocam que é através da pele que podemos reconhecer os sinais e sintomas para indiciar várias doenças cutâneas ou até mesmo as manifestações tardias de uma doença não cutânea.

5.2 Detecção precoce e medidas preventivas

Conforme descrito pelo Instituto Nacional do Câncer (2018) a estratégia de detecção precoce colabora para a diminuição do estágio do surgimento do câncer de pele. Nesta estratégia é importante que os profissionais de saúde e a população reconheçam os sinais e sintomas iniciais e suspeitos da doença.

O reconhecimento de comportamentos, fenótipos e os grupos de riscos são referências que possibilitam medidas preventivas primárias na população, reforçando e engrandecendo campanhas de detecção e estímulo a promoção de programas educacionais e ações no combate a diminuição da morbidade e dos gastos do sistema de saúde pública e tratamento mais eficaz (BOMFIM; GIOTTO; SILVA, 2018).

As medidas preventivas em saúde são as principais ações para a prevenção e detecção do câncer de pele, pois a população em geral e principalmente os trabalhadores externos não tem conhecimento dos hábitos de vida e condutas que precisam ser mudados para prevenir o surgimento de diversas doenças da pele. Segundo a Organização Mundial da Saúde a principal ação em saúde é o rastreamento, que tem como objetivo detectar doenças em pessoas assintomáticas e saudáveis e possivelmente o diagnóstico precoce, aliado ao tratamento em tempo adequado para indivíduos que apresentam manifestações clínicas iniciais da doença. Sendo, importante que as entidades de saúde coordenem programas de capacitação e treinamento continuado sobre o autoexame da pele aos profissionais, pois estes orientam e informam à população dos sinais da doença (SANTOS, 2017).

Segundo o INCA (2018) o reconhecimento do câncer de pele do tipo não melanoma ocorre em regiões do corpo que são mais expostas ao sol, como rosto, pescoço e orelhas. Tendo como manifestações clínicas, manchas na pele que coçam, ardem, descamam ou sangra e essas feridas não cicatrizam em quatro semanas. Os sinais e sintomas determinantes do melanoma são apresentadas na regra do ABCDE, voltado para a observação de características de pintas e sinais.

- Assimetria: uma metade do sinal é diferente da outra;
- Bordas irregulares: contorno mal definido;
- Cor variável: presença de várias cores em uma mesma lesão (preta, castanha, branca, avermelhada ou azul);
- Diâmetro: maior que 6 milímetros;

- Evolução: mudanças observadas em suas características (tamanho, forma ou cor).

O exame que é realizado para inspeção e visualização das estruturas da pele, proporcionando uma melhor análise das manchas e pintas é feito com o dermatoscópio, um instrumento indispensável no diagnóstico precoce, e assim resguardando o portador de uma biopsia inadequada que pode gerar indesejadas cicatrizes (INCA, 2018).

Alguns quadros específicos necessitam realizar a biopsia onde colhe o material e este enviando ao laboratório, este exame é utilizado para a confirmação do diagnóstico do câncer de pele. Caso necessite outros exames são solicitados para determinar o estadiamento da doença e um tratamento mais efetivo (BRASIL, 2019).

Bushatsky et al., (2016) afirmam que para a prevenção ao câncer de pele, devemos evitar a exposição ao sol nos horários entre 10 e 16 horas, sendo o intervalo onde os raios ultravioletas são mais intensos.

Assim sendo, a orientação à população é essencial para que todos realizem suas atividades laborais ou recreativas ao ar livre evitando os horários entre 10 e 16 horas, onde são as horas mais quente do dia, sendo neste intervalo de tempo a maior incidência de raios ultravioletas (UV) solares na atmosfera. Os dias com o céu azul e com poucas nuvens possibilita ampla incidência de raios UV e o céu nublado, não bloqueia a entrada da irradiação UV à superfície, portanto, as medidas do uso de protetores solares devem ser zeladas mesmo em dias chuvosos ou nublados (COSTA, 2012).

O uso de protetores solares impede a vermelhidão da pele, que causa o carcinoma epidermoide e aproximadamente 90% das ocorrências de câncer de pele, pois são produtos considerados cosméticos, elaborados para proteção da pele dos prejuízos provocados pelo sol. De forma educativa, existem duas classes de filtros solares: orgânicos e inorgânicos. Os filtros orgânicos temos a presença de compostos orgânicos por filtros UVA (benzofenomas 3,4 e 8. Antranilatos e dibenzoilmetanos), filtros UVB (benzofenomas, ácido para-aminobenzoico (PABA), cinamatos, salicilatos, ácido cinâmico, derivados do benzilideno cânfora e benzimidazóis), os inorgânicos temos a presença de óxido de zinco e dióxido de titânio. Em geral, os filtros orgânicos protegem a pele pela absorção da radiação e os inorgânicos, pela reflexão da radiação (PEREIRA, 2017).

Ressalta-se ainda, que os protetores solares aplicados a pele antes da exposição ao sol é a técnica de proteção mais praticada pela população. Devemos nos alertar quanto ao fator de proteção solar (FPS), que através deste protege a pele contra a vermelhidão após a exposição ao sol (eritema solar). Podemos exemplificar sobre a eficácia do FPS de um protetor de valor igual a 15, significa que aplicando dois miligramas em uma área de um centímetro aumenta a resistência desta região em 15 vezes a irradiação solar (COSTA, 2012).

Os fotoprotetores utilizados no meio ocupacional geralmente apresentam uma combinação de filtros solares que protege tanto da radiação UVA quanto da UVB. A diferença entre esses produtos e aqueles vendidos em lojas e farmácias está no preço e na cosmética. O valor é um aspecto extremamente relevante para que a fabricante venda seu produto para as empresas. Um filtro solar considerado dermocosmético pode ser 2.000% mais caro do que um filtro vendido para fins ocupacionais, aumento de valor que também é influenciado por fatores diferenciais, como a oleosidade, a associação a hidratantes, antioxidantes, bases, nanopartículas etc. (PEREIRA, 2017, p.76).

Diante da conscientização de usar os protetores solares devemos adotar outras medidas preventivas, como as de barreira ou mecânicas. As roupas para os funcionários que trabalham ao ar livre devem cobrir o máximo possível e os tecidos dos vestuários devem conter fator de proteção ultravioleta, a trama deve ser mais justa e ser escuras com fios sintéticos, secos e novos com alta proteção e conter ativos de fábrica ou incluir durante a lavagem e se necessário reorganizar as jornadas de trabalho para melhores cuidados com a pele (PEREIRA, 2017).

O mesmo autor destaca também que os trabalhadores devem usar chapéus, durante a exposição ao sol protegendo também a cabeça, aumentando a proteção ao pescoço e o tronco superior. Além disso, usar óculos apropriados podendo proteger 99% do espectro ultravioleta, pois constituem uma medida preventiva evitando a catarata, a fotoceratite, degeneração macular e o pterígio. Outro importante método preventivo é uso de vidros dos equipamentos e veículos, como na utilização de laminação, filmes metálicos e plásticos, protegendo a pele e combate ao calor.

Desta forma, é necessário orientar a população de que a fotoproteção para prevenção do câncer de pele compreende não apenas o uso dos protetores solares, mas é importante a prática de medidas comportamentais durante o dia, como o uso boné ou chapéus com abas mais largas, camisas de manga longas, calças compridas,

Óculos de sol, sombrinha ou guarda-sol e sempre que possível evitar altitudes elevadas e baixas latitudes no verão (COSTA, 2012). Além da diminuição de fatores de risco associadas ao trabalho e ambiente outro fator importante a ser evitado são os raios UVA detectada no bronzeamento artificial (SANTOS, 2017).

5.3 Fatores de risco do câncer de pele

Os principais fatores carcinogênicos são a exposição aos raios ultravioletas, sobretudo na faixa 290 a 320 nm (RUV-B). Também correspondem importantes fatores de risco: a imunossupressão, componente genético, radiação ionizante, calor e traumatismo, contato com arsênio, alcatrão e hidrocarbonetos policíclicos aromáticos os quais são encontrados principalmente em alguns herbicidas e inseticidas, na queima de madeira ou carvão e fumaça do cigarro, respectivamente (AZULAY DAVID; AZULAY RUBEM; ABULAFIA, 2015).

De acordo com o comprimento de onda, o espectro da radiação ultravioleta é subdividido em três bandas: UVA, UVB e UVC. Os raios UVA apresentam o comprimento de onda mais longo (315-400nm), indutora de processos oxidativos. A banda UVB (280-315nm) é responsável por danos diretos ao DNA, fotoimunossupressão, eritema, espessamento do estrato córneo e melanogênese. Os raios UVC (100-280nm) são carcinogênicos e contêm o pico de absorção pelo DNA puro (POPIM et al., 2004, p.1332).

As lesões pré-cancerosas mais frequentes são as ceratoses (actínica, alcatrão, arsênico). Os raios UV são do tipo A (320 a 400 nm), B (290 a 320 nm) e C (200 a 290 nm) este último não afeta o homem, pois não passam a ionosfera, somente o tipo A e B afeta, ocasionando modificações positivas e negativas, sendo dependentes de dois motivos básicos, a cor da pele e a intensidade da radiação solar. Essa intensidade depende da região geográfica, isto é, dependência da latitude; por exposição da região do corpo, costumes culturais e vestuário, por ocupação como os marinheiros e lavradores. A pele mais frágil é aquela que não se pigmenta, ou seja, fica eritematosa depois da exposição ao sol (AZULAY DAVID; AZULAY RUBEM; ABULAFIA, 2015).

A exposição solar ocupacional aos raios ultravioleta A e B é o fator predisponente para o risco para gênese do câncer de pele. Esta exposição cumulativa e excessiva em um período de 10 a 20 anos de vida aumenta o risco de câncer de pele. Observando que a carga horária média de trabalho no Brasil é de 39,4 horas

semanais, indivíduos que trabalham ao ar livre, recebem uma dose de radiação UV seis a oito vezes maior que trabalhadores de locais fechados (CEBALLOS et al, 2014).

Os marinheiros e agricultores compõem o grupo de maior risco devido a prolongada exposição solar, ocasionando o desenvolvimento do câncer de pele, este risco eleva de maneira acentuada com a evolução da idade. Outros trabalhadores externos também fazem parte deste grupo de risco, tais como os trabalhadores da construção civil e carteiros, entre outros (POPIM et al., 2004).

Pereira (2017) considera a fuligem de chaminé e alguns produtos fatores de risco, como o formaldeído que é utilizado na conservação e na esterilização para fins industriais e cosméticos. As herbicidas como agente laranja, paraquat, arseniato de chumbo e organoclorados. O clorofluorcarbono, que danifica a camada de ozônio, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos que são presentes no alcatrão, bifenilpoliclorinado, que já foi usado em transformadores, condensadores e outros equipamentos elétricos e os medicamentos imunossupressores como a Azatioprina e a Ciclosporina.

Outras causas consideradas risco para o desenvolvimento do câncer cutâneo são: quantidades de nevos, cor de pele branca, história familiar de câncer de pele, história de neoplasia maligna. A exposição ao sol desprotegida cumulativa ou acentuada com queimadura propicia o desenvolvimento do câncer, em específico quando acontecem nas primeiras décadas de vida (BOMFIM; GIOTTO; SILVA, 2018).

Os fatores de risco além do histórico pessoal e familiar e exposição esporádica e intensa ao sol que tem como consequência a queimadura solar em mais de um episódio, incluímos a sensibilidade da pele a radiação ultravioleta de indivíduos de pele clara, doenças imunossupressoras, exposição solar ocupacional, imunodeprimidos, por apresentarem diminuição no controle carcinogênico da pele (COSTA, 2012).

Quem tem pele clara e olhos azuis ou verde-claros corre maior risco, pois se queima com facilidade. Pessoas portadoras de xeroderma pigmentoso, deficiência genética que impede o reparo dos danos causados pela luz ultravioleta, são muito propensas a desenvolver câncer de pele. Indivíduos de pele escura – negros ou mulatos –, raramente desenvolvem esse tipo de câncer e, quando isto ocorre, frequentemente a doença atinge a parte não pigmentada da pele, como palma da mão e planta do pé. Os albinos, cuja produção de melanina é ausente, em geral desenvolvem câncer de pele (POPIM et al., 2004, p.1333).

Os indivíduos de cor de pele clara, que habitam em locais com alta incidência de luz, são as que manifestam maior risco. Considerando-se que a população de pele clara, localizada numa zona de alta incidência de raios ultravioleta, se expondo ao sol de maneira desprotegida por motivos de trabalho ou lazer é presumível a alta ocorrência de câncer de pele. Em contrapartida, doenças cutâneas preexistentes, fatores agressivos crônicos como úlceras angiodérmicas, cicatrizes de queimadura e exposição a fatores químicos, como o arsênio, também podem acarretar ao aparecimento da doença, sendo que os fatores acima mencionados necessitam de exposição contínua e leva alguns anos para se manifestar (POPIM et al., 2004).

A prática de bronzeamento artificial constitui outro fator de risco importante, no qual a SBD é adepta a proibição para desfechos estéticos em decorrência dos danos que causa a população, pois em 2009, foram reclassificadas como agentes cancerígenos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), igual o nível do cigarro e sol. A prática de bronzeamento artificial antes dos 35 anos eleva em 75% o risco de câncer da pele, podendo precipitar o envelhecimento precoce e causar outras dermatoses (SOCIEDADE BRASILEIRA DERMATOLOGIA, 2020).

Na sociedade atual é frequente a busca por pele bronzeada e em especial entre as mulheres. A busca por um padrão de beleza traz consigo malefícios e induzem às pessoas a exposição inadequada aos raios solares (BOMFIM; GIOTTO; SILVA, 2018).

5.4 Educação em saúde

Santos (2017) afirma que as ações de diagnóstico precoce, cabe a Atenção Primária a Saúde (APS), sendo a porta de entrada da população no SUS. Essa população é acompanhada por uma equipe multidisciplinar, portanto tendo maiores possibilidades de conduzir precocemente pessoas com lesões suspeitas de câncer de pele.

A educação em saúde está relacionada à aprendizagem, sendo um importante instrumento para a prevenção, empregada de acordo com a realidade local, para que a população obtenha independência para identificar e utilizar os meios que contribuem na prática para melhor qualidade de vida e alcance de saúde. Através da educação em saúde somos instruídos a aderir mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de possuir dos meios indispensáveis à realização destas mudanças (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Corroborando, todas as mudanças são resultantes da motivação que é gerada por meio do processo educativo, cujo o objetivo é levar conhecimento, no propósito de motivar a reflexão no seu estilo de vida e cultura, fazendo o indivíduo pensar e mudar a sua realidade. É realizada por aconselhamentos interpessoais ou impessoais, podendo ser feita em consultórios, escolas de maneira mais direta e próxima do indivíduo ou aconselhamentos impessoais recorrendo a mídia, com a intenção de alcançar um maior número de pessoas.

A educação em saúde constitui uma estratégia de comunicação que permeia a relação entre o saber técnico e o popular. Proporciona a troca de saberes, de forma a ampliar a autonomia, por meio da troca de experiências, contribuindo para a emancipação dos indivíduos. Atua dentro de um campo de ação que interliga a área da educação com a da saúde, permitindo a conexão entre esses saberes, apoiados nas diversas compreensões de mundo. Assim, a educação em saúde aparece como uma das principais atividades de enfermagem para auxiliar na detecção precoce do câncer de pele, uma vez que é possível a esse profissional difundir amplamente informações adequadas, de modo a propiciar assimilação desse conhecimento e ampliar o diagnóstico precoce desse câncer (SANTOS, 2017, p.4).

A educação em saúde é indispensável e necessita ser sistematizada e planejada, em razão de possibilitar medidas comportamentais para obtenção da preservação da saúde. Todos os profissionais de saúde são essenciais para a identificação e planejamento de ações, sendo o Enfermeiro responsável pela organização dos níveis de ações, sendo um cooperador neste processo transformador (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Na atenção primária, a saúde, a educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele é insatisfatória ou quase inexistente, visto que os profissionais de saúde não se preocupam em oferecer conhecimentos sobre como evitar o câncer de pele, como na prevenção e depois da doença já existente (JUNIOR *et al.*, 2019).

Educação em Saúde é a soma de conhecimentos e práticas direcionada para a prevenção de doenças e promoção de saúde. Este processo proporciona aos profissionais, levarem a população os principais fatores condicionantes para o processo saúde-doença, contribuindo para aceitação de mudanças no estilo de vida. Sendo o grupo operativo um importante instrumento para aplicar na população, onde

aborda diversos temas considerados significativos para estes indivíduos, transferindo conhecimento de um determinado tema (MENEZES; AVELINO, 2016).

Os grupos operativos, a partir da década de 1970, chamaram a atenção dos profissionais da Saúde devido ao seu potencial de aplicabilidade e pela sistematização que traziam para o processo grupal, na necessidade de fomentar novas iniciativas para a resolução das dificuldades, capazes de transformar informação em atitude. Os grupos surgem como cenários e procedimentos metodológicos que permitem consolidar uma concepção do homem em sua integralidade, para além do foco de entendimento do processo saúde-doença, ofertando uma formação em Saúde mais reflexiva, integrada e humanizada (MENEZES; AVELINO, 2016, p.125).

No momento atual, os grupos operativos são aplicados em várias áreas do SUS, principalmente APS, para um grupo de pessoas afetadas por necessidades iguais que se unem em torno de uma ação peculiar. Sendo usadas para promoção da saúde e programas educativos, prevenção de doenças, contribuição de cuidados que proporciona uma melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas. Sendo capaz de ser aplicados na prestação de cuidados particulares, como a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Estes grupos, na APS, apresentam uma prática coletiva de problematização e debate, estabelecendo um método de conhecimento crescente. As principais vantagens são a melhoria do trabalho, com a redução das consultas, atuação frequente do usuário no processo educativo e comprometimento da equipe de saúde. Sendo necessário que todos os profissionais de saúde debatam e compreendam sobre os acontecimentos grupais, visto que a estruturação destes grupos como modalidade de atenção coletiva é contínua em nosso sistema de saúde, especialmente como prática educativa e preventiva (MENEZES; AVELINO, 2016).

Os mesmos autores, afirmam que os grupos dirigidos para a educação em saúde, atuam como método eficaz e partilham das experiências vividas, estimulando a percepção para as necessidades das pessoas e que todos sejam capazes de diálogo sobre os seus problemas, buscando respostas e trazendo conhecimentos aos indivíduos. Contudo, o método dos grupos operativos evidencia-se por ser um instrumento de inclusão do saber, definida pela didática horizontal, que torna o indivíduo responsável por modificações de seus hábitos. Portanto, o principal benefício é a proposta de um plano de construção de um conhecimento coletivo,

criação e fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população, permitindo a evidenciação de todas as aflições e necessidades individuais, que em conjunto, são debatidas e resolvidas através de ideias e experiências com a participação de todos.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano descreve o problema priorizado pela Equipe de Saúde da Família II, do município de Liberdade estado de Minas Gerais, a ponto de especificar uma definição, explicação e seleção de seus nós críticos, conforme com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6.1 Terceiro Passo: Descrição do problema.

O problema selecionado como o de maior prioridade Unidade Básica de Saúde da Família “Santa Rita de Cássia” no município de Liberdade é o Câncer de Pele devido a sua alta prevalência, sendo que é a neoplasia mais comum em seres humanos, correspondendo a 33% de todos os diagnósticos de câncer no Brasil. Segundo, o INCA registra, a cada ano, cerca de 180 mil novos casos. Subdivide-se em duas formas: melanomas e não melanomas.

Diante de todos os problemas identificados e vivenciados pela ESF II verifica-se a necessidade de repasse de informações aos usuários da unidade de saúde sobre os fatores de risco e medidas preventivas ao câncer de pele, que pudemos verificar em nosso cotidiano de atuação. Sendo que maioria desses fatores são consequentes por ausência de informação da população e de condições socioeconômicas. A omissão de informação é decorrente da ausência trabalho em equipe da unidade de saúde e do número escasso de grupos e ações de conscientização.

6.2 Quarto Passo: Explicação do problema.

Entre os distintos tipos de câncer, temos o câncer de pele o mais constante no Brasil, sendo tipos de câncer de pele, destacam-se: melanoma e não melanoma (BUSHATSKY et al, 2016).

O carcinoma de pele não melanoma é o tipo mais frequente e menos agressivo, representado por carcinomas basocelular e epidermoide. Sendo a exposição solar excessiva o principal fator de risco para o seu surgimento de ambos. O carcinoma de pele melanoma é o mais atípico de todos os tumores de pele, no entanto sua

mortalidade é mais alta, observado que constantemente causa metástases (PEREIRA, 2017).

A pele é constituída por três camadas a epiderme, derme, e a hipoderme. Os fatores carcinogênicos atuam sobre a epiderme e/ou derme, provocando alterações iniciais podendo regredir, nessa fase ou após um período de latência passando à fase proliferativa ou neoplásica propriamente dita. Ainda aqui pode ocorrer a regressão espontânea ou até mesmo em câncer já plenamente (RIVITTI, 2018).

A principal fonte de renda do município de Liberdade é a pecuária, em segundo lugar, a atividade agrícola que predominam o cultivo de milho e feijão. Desta forma a maioria da população trabalha ou já trabalhou exposta ao sol, além do contato frequente com a queima de madeira (fogão a lenha, pratica de queimada agrícola para limpeza do terreno) e o uso de agrotóxicos. Tais práticas favorecem o surgimento de câncer da pele.

6.3 Quinto Passo: Seleção dos Nós críticos.

Após o levantamento dos problemas, procurou-se priorizar os nós críticos que consideramos relevantes para o estudo, a seguir:

- Baixo nível de informação da população;
- Estilo de vida inadequado;
- Exposição prolongada e repetida ao sol dos trabalhadores externos;
- Métodos de trabalho e conhecimentos da equipe de saúde da família ineficazes para encarar o problema

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Câncer de Pele.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II, do município de Liberdade, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação da população
6º passo: operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de risco para Câncer de Pele e proporcionar conhecimento para detecção precoce.
6º passo: projeto	Aprenda +
6º passo: resultados esperados	População mais informada sobre os fatores de risco para o câncer de pele; Conhecimento básico para identificar sinais de perigo (ABCDE).
6º passo: produtos esperados	Palestras na sala de espera uma vez por semana; Reuniões quinzenais com os ACS para elaboração e implementação da cartilha orientando o autocuidado da pele; Reuniões mensais com os grupos operativos “trabalhadores rurais” sobre os cuidados com a pele e o uso adequado de equipamentos de proteção individual.
6º passo: recursos necessários	Organizacional: para organizar as palestras e divulgação; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir espaço no agronegócio regional; Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: Recepção e sala de reuniões adequadas; Cognitivo: Informação e interesse em adquirir conhecimento sobre o tema; Político: Apoio da Secretária Municipal de Saúde; Financeiro: Recursos para impressão das cartilhas.
8º passo: controle dos recursos críticos - (atores/motivação)	Estrutural: Secretaria Municipal de saúde e Prefeitura Municipal (motivação favorável) Cognitivo: Equipe de Saúde (motivação favorável) Político: Secretaria Municipal de saúde (motivação favorável) Financeiro: Prefeitura Municipal (motivação indiferente)
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Apresentar o projeto para os Recursos Humanos e responsáveis pela segurança do trabalhador rural nas instituições agrárias da região.

9º passo: Gerente/ Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Enfermeira e ACS
9º passo:	Três meses para o início das atividades e término em nove meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Gerente da operação: Enfermeira Monitoramento: Planilha quinzenal preenchida pelos responsáveis das ações que inclua a situação atual, justificativas, possíveis soluções para agravantes e novo prazo conforme necessidade. Palestras na sala de espera uma vez por semana: aos nove meses. Responsável: ACS. Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação da população Reuniões quinzenais com os ACS para elaboração e implementação da cartilha orientando o autocuidado da pele: aos nove meses. Responsável: ACS. Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação da população. Reuniões mensais com os grupos operativos “trabalhadores rurais” sobre os cuidados com a pele e o uso adequado de equipamentos de proteção individual, aos nove meses. Responsável: ACS e Enfermagem. Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação da população

Fonte: Tinôco,2020.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Câncer de Pele”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II, do município Liberdade, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Estilo de vida inadequado
6º passo: operação	Modificar hábitos de vida
6º passo: projeto	Ser por você
6º passo: resultados esperados	Grupo Operativo Antitabagismo; Programa de conscientização sobre o uso dos fotoprotetores nas escolas, mídias sociais e igrejas; Rastreamento nas pessoas saudáveis e assintomáticas e a estimulação do autoexame.
6º passo: produtos esperados	Busca ativa dos usuários tabagistas; Conscientização e apoio aos usuários pela equipe multiprofissional no grupo antitabagismo; Palestras quinzenais nas escolas, igrejas e salas de espera sobre a importância e uso da fotoproteção; Vídeos e animações sobre o uso adequado dos fotoprotetores nas mídias sociais do município; Distribuição de fotoprotetores; Dia “D” de rastreamento do Câncer de pele.

6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: Conseguir espaço nas escolas e igrejas; Financeiro: Compra e distribuição de fotoprotetores pela farmácia de minas.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Estrutural: Espaço físico para as palestras; Cognitivo: Habilidade de pesquisa e didática; Político: Apoio do Departamento de Saúde Municipal; Financeiro: Patrocínio da Prefeitura Municipal.
8º passo: controle dos recursos críticos - (atores/motivação)	Estrutural: Lideranças religiosas e Secretaria Municipal de saúde (motivação favorável) Cognitivo: Equipe de saúde (motivação favorável) Político: Secretaria Municipal de saúde (motivação favorável) Financeiro: Prefeito Municipal (motivação indiferente)
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Apresentar projeto sobre a importância da exposição solar e uso do cigarro no desenvolvimento do câncer de pele.
9º passo: Gerente/ Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica, Enfermeira e ACS
9º passo:	Três meses para o início das atividades
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Gerente da operação: Médica Monitoramento: Planilha quinzenal preenchida pelos responsáveis das ações que inclua a situação atual, justificativas, possíveis soluções para agravantes e novo prazo conforme necessidade. Busca ativa dos usuários tabagistas: aos dois meses. Responsável: ACS. Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação da população. Conscientização e apoio aos usuários pela equipe multiprofissional no grupo antitabagismo: aos dois meses. Responsável: Enfermeira. Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação da população. Palestras quinzenais nas escolas, igrejas e salas de espera sobre a importância e uso da fotoproteção: aos três meses. Responsável: Médica. Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação da população. Vídeos e animações sobre o uso adequado dos fotoprotetores nas mídias sociais do município: aos 2 meses. Responsável: ACS. Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação da população. Distribuição de fotoprotetores. Responsável: ACS. Situação: Proposta. Justificativa: Prevenção para o câncer de pele. Dia "D" de rastreamento do Câncer de pele: aos três meses. Responsável: Médica e Enfermeira. Situação: Proposta. Justificativa: Incentivar o autoexame

Fonte: Tinóco,2020.

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Câncer de Pele”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II, do município Liberdade, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Exposição prolongada e repetida ao sol dos trabalhadores externos
6º passo: operação	Aumentar o nível de informação aos trabalhadores externos para medidas preventivas como as de barreira ou mecânicas.
6º passo: projeto	Proteja-se
6º passo: resultados esperados	Trabalhadores externos informados e utilizando foto protetores para fins ocupacionais, roupas apropriadas com proteção ultravioleta, acessórios adequados como chapéus óculos e o uso de vidros dos equipamentos e veículos que combatem o calor
6º passo: produtos esperados	Caminhada com os profissionais de saúde e trabalhadores externos. Campanha educativa na rádio. Capacitação dos trabalhadores Cartilha educativa
6º passo: recursos necessários	Organizacional: para organizar a caminhada. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Político: Conseguir espaço na rádio local e mobilização social. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos, etc.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: Conseguir espaço na rádio local; Apoio da Secretária Municipal de Saúde; Financeiro: Recursos para impressão das cartilhas.
8º passo: controle dos recursos críticos - (atores/motivação)	Político: Direção da rádio/Secretaria Municipal de saúde (motivação favorável); Financeiro: Prefeito Municipal (motivação indiferente).
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Apresentar projeto para à Referência Técnica de saúde do trabalhador do municipal.
9º passo: Gerente/ Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	ACS , Coordenador da ABS, Enfermeira e Médica
9º passo:	Quatro meses para o início das atividades e término em nove meses..
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Gerente da operação: Enfermeira Monitoramento: Planilha quinzenal preenchida pelos responsáveis das ações que inclua a situação atual, justificativas, possíveis soluções para agravantes e novo prazo conforme necessidade. Caminhada com os profissionais de saúde e trabalhadores externos: aos quatro meses. Responsáveis: ACS. Situação: Proposta; Campanha educativa na rádio: aos seis meses. Responsáveis: ACS e Enfermeira. Situação proposta. Justificativa: Diminuir os fatores de risco para o câncer de pele.

	Capacitação dos trabalhadores externos: aos quatro meses. Responsável: Médica. Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação a população. Cartilha educativa: aos nove meses. Responsável: Coordenador da ABS, Situação: Proposta. Justificativa: Aumentar o nível de informação a população.
--	---

Fonte: Tinôco, 2020.

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ Câncer de Pele.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família II, do município de Liberdade, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Métodos de trabalho e conhecimento da equipe de saúde da família ineficazes para encarar o problema
6º passo: operação	Instituir normas de cuidado e estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência. Aumentar nível de conhecimento da equipe
6º passo: projeto	Caminho do cuidado
6º passo: resultados esperados	Cobertura de 80% da população exposta aos fatores de risco para o câncer de pele; Equipe com maior conhecimento para o desenvolvimento de ações em saúde.
6º passo: produtos esperados	Protocolos implantados. Fluxos de referência e contrarreferência instituídos. Capacitação e treinamento da Equipe de saúde
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento Sobre o assunto e ações de comunicação; Elaboração de normas e protocolos. Político: Articulação entre os detores da saúde e aceitação dos profissionais. Organizacional: estabelecer os fluxos.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Habilidade de pesquisa e didática; Político: Articulação entre os setores da saúde e aceitação dos profissionais. Organizacional: estabelecer os fluxos
8º passo: controle dos recursos críticos - (atores/motivação)	Cognitivo: Equipe de saúde (motivação favorável) Político: Secretária Municipal de saúde (motivação favorável) Organizacional: Secretária Municipal de saúde (motivação favorável)
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Articulação política-assistencial
9º passo: Gerente/ Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Coordenadora da ABS, Enfermeira e Médica
9º passo:	Início em 5 meses e termino em 12 meses.

10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	<p>Gerente da operação: Enfermeira</p> <p>Planilha quinzenal preenchida pelos responsáveis das ações que inclua a situação atual, justificativas, possíveis soluções para agravantes e novo prazo conforme necessidade.</p> <p>Protocolos implantados, aos dez meses. Responsáveis: Enfermeira e Coordenador da ABS. Situação: Proposta. Justificativa: Melhorar a resolutividade.</p> <p>Fluxos de referência e contrarreferência instituídos. Responsáveis: Coordenador da ABS. Situação: Proposta Justificativa: Melhorar a resolutividade.</p> <p>Capacitação e treinamento da Equipe de saúde, aos 5 meses. Responsável: Médica. Situação: Proposta. Justificativa: Melhorar a qualidade da assistência prestada.</p>
--	--

Fonte: Tinôco,2020.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo proporcionou conhecimentos sobre a importância de ações para a detecção precoce do câncer de pele, sendo enfatizado a necessidade do uso de protetores solares como a medida preventiva mais significativa, seguida pelo uso de roupas apropriadas e os acessórios essenciais para a proteção contra a radiação solar, mostrando que podemos evitar a incidência dos tipos de câncer de pele, sendo extremamente necessário orientar e conscientizar a população em geral e os trabalhadores externos que o trabalho sob o sol é o maior fator de risco e assim modificando os hábitos e costumes, e se necessário reorganizar as jornadas de trabalho para melhores cuidados com a pele.

O profissional de saúde sendo a ferramenta fundamental para levar essas informações a população sobre os riscos de câncer, mostrando ao usuário que ele também tem autonomia sobre sua saúde, mudando seus hábitos e costumes, contribuindo para diminuir o índice de pessoas que predispõem a este risco.

Espera-se que com a implantação do plano de intervenção que são instrumentos de estímulo às práticas preventivas do câncer de pele, realizado após a identificação do problema prioritário e a seleção dos “nós críticos”, possa de alguma maneira contribuir, assim como melhorar assistência à saúde destes usuários na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família II no município de Liberdade estado de Minas Gerais.

Conclui-se que os grupos operativos são as principais atividades educativas em saúde para a detecção de doenças, sendo de extrema importância para serem empregados a população, pois através deste são realizados as transferências de conhecimentos e aceitação de mudanças no estilo de vida. Deve-se orientar a população sobre os principais sinais e sintomas do câncer de pele e o estímulo a realização do autoexame da pele para o reconhecimento lesões malignas, garantindo o diagnóstico prévio em pessoas assintomáticas e saudáveis, levando ao início de tratamento precoce e diminuindo o risco de mortalidade, conseqüentemente a melhores condições de trabalho, de saúde e de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; ABULAFIA, L. A. **Dermatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1128-1148, 2015.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, 2019. Disponível em: < <http://decs.bvs.br/>> Acesso em 06 fevereiro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de pele: o que é, causas, sintomas, tratamento e prevenção**. Rio de Janeiro; 2019. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer-de-pele>> Acesso em 16 fevereiro 2020.

BRASIL. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Câncer de pele melanoma - versão para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma/profissional-de-saude> > Acesso em 16 fevereiro 2020.

BRASIL. **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. Câncer de pele não melanoma - versão para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro; 2018. Disponível em: < <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma/profissional-de-saude>> Acesso em 16 fevereiro 2020.

BOMFIM, S. S, GIOTTO, A. C, SILVA, A. G. Câncer de Pele: Conhecendo e prevenindo a população. **Revisa**. Sena Aires, n. 7(3), p. 255-259, 2018.

BUSHATSKY, M. et al. Câncer de Pele: Conhecimentos, práticas e atitudes de pescadores. **Cogitare Enfermagem**. Recife, n. 21(1), p. 01-09, 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 98 p., 2018.

CASTILHO, I. G, LEITTE, R. M. S, SOUSA, M. A. A. Fotoexposição e fatores de risco para câncer de pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Brasília, n. 85(2), p. 173-178, 2010.

CEBALLOS, A. G. C. et al. Exposição Solar Ocupacional e Cancer de Pele Não Melanoma: Estudo de Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**. n. 60(3), p. 251-258, 2014.

CORRÊA. E. J.; VASCONCELOS. M.; SOUZA. M., S., L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 79p., 2018.

COSTA, C. S. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção. **Diagn.Tratamento**. São Paulo, n. 17(4), p. 206-208, 2012.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 92p., 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **IBGE cidades [online]**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/liberdade/panorama>>. Acesso em: 18 maio 2020.

JUNIOR, O. S. F.E.et al. Educação em saúde do paciente com diagnóstico de câncer de pele. **Revista Nursing**. n. 22(251), p. 2898-2903, 2019.

LIBERDADE. Liberdade MG. **História da Imagem [online]**. Disponível em: <<https://www.liberdademg.com.br/historia%20da%20imagem.htm> >. Acesso em: 15 janeiro 2020.

LIBERDADE. Liberdade MG. **Município [online]**. Disponível em: <<https://www.liberdademg.com.br/liberdademunicipio.htm> >. Acesso em: 15 janeiro 2020.

MENEZES, K. K. P, AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cad. Saúde. Col.** Rio de Janeiro, n. 24(1), p. 124-, 2130,2016.

OLIVEIRA, H. M, GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma expectativa transformadora. **Rev. Brasileira Enfermagem**. Brasília, n. 57(6), p. 761-763,2004.

PEREIRA, A. C. A importância da atuação do médico do trabalho na prevenção do câncer de pele ocupacional. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. Belo Horizonte, n. 15(1), p. 73-79, 2017.

POPIM, C. R. et al. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciência e Saúde Coletiva**. n.13(4), p. 1331-1336, 2004.

RIVITII, A. E. **Dermatologia de Sampaio e Rivitti**. 4. ed. São Paulo: Artes médicas, p. 1160-1175, 2018.

SBD.Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Câncer de pele [online]**. Disponível em <<https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/cancer-da-pele/64/>>. Acesso em: 15 fevereiro 2020.

SANTOS, M. O. R. Atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de pele. **Revista BSP**. Rio de Janeiro, v.41, n.1, p. 1-7, 2017. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/download/2331/2193?inline=1>>. Acesso em: 16 fevereiro 2020