



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

THALITA DE OLIVEIRA ALICHANDRE

CÂNCER DE PELE:

**Uma Revisão Sobre a Prevenção Como Promoção da
Saúde**

ARIQUEMES - RO

2016

Thalita de Oliveira Alichandre

**CÂNCER DE PELE:
Uma Revisão Sobre a Prevenção Como Promoção da
Saúde**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em FARMÁCIA da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel.

Prof. Orientador: Ms. Andre Tomaz Terra Junior

Ariquemes - RO

2016

Thalita de Oliveira Alichandre

CÂNCER DE PELE:

Uma Revisão Sobre a Prevenção Como Promoção da Saúde

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^o. Orientador Ms. André Tomaz Terra Júnior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Ms. Vera Lucia Matias Gomes Geron
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a. Esp. Regiane Rossi Oliveira Lima
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 21 de Novembro de 2016

Dedico esta monografia aos meu pais, Edinaldo e Lenir, que sempre batalharam pra que eu pudesse concluir essa etapa da vida. Que sempre me ensinaram a ter honestidade, e seguir sempre os caminhos corretos, e ser a pessoa que me tornei. Dedico também ao meu esposo, Thiago que sempre me deu força, e me apoiou nas decisões, e nos momentos que precisei sempre esteve ao meu lado.

AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente Àquele que me permitiu concluir mais essa etapa da vida, que me abençoou todos os dias, em dificuldade e alegria. Àquele a quem devo minha maior gratidão, que me deu vida, que me deu propósitos. Tudo que sou e todas as conquistas da minha vida agradeço a Deus, o maior mestre, o maior exemplo a ser seguido.

Aos meus pais Edinaldo e Lenir, que me trouxeram à vida, me criaram com todo amor, me educaram e ensinaram a ter dignidade e honestidade. Que se doaram para realizar os meus sonhos, deixando muitas vezes de realizar os seus, se dedicaram sempre para que mais essa fase da minha vida fosse concluída com muito sucesso. A minha irmã Nathalia, ao meu esposo Thiago que sempre me apoiaram, me ajudaram e de alguma forma contribuíram para essa realização.

Ao meu Prof. Orientador Ms. André Tomaz Terra Júnior, meu agradecimento por me acompanhar no processo de construção desse trabalho, por sua orientação, por sempre estar pronto a me atender. Aos professores todo o meu carinho e agradecimento pela dedicação do seu tempo e por compartilhar sua sabedoria e seus conhecimentos, que contribuíram de forma intensa para meu conhecimento acadêmico e formação profissional. Pessoas que levarei em minhas lembranças sempre.

Aos meus amigos, que compartilharam comigo alegrias e tristezas, que dividiram momentos de descontração e momentos de nervosismo, que entenderam muitas vezes minha ausência, que se alegraram com minha companhia e sempre respeitaram as nossas diferenças.

Em especial aos meus amigos(as) Láysa, Valéria, Sheila, Máyki, amizades essas construídas durante a graduação, mas que se fizeram presente em minha vida dentro e fora da sala de aula, que dividiram momentos importantes. Obrigada por fazerem parte da minha vida, os levarei sempre em meu coração.

Meu muito obrigado!

RESUMO

O câncer é a segunda causa de morte no país, sendo o câncer de pele a neoplasia mais incidente, tornando-se um problema de saúde pública. Sendo assim é possível afirmar a importância de medidas preventivas, voltadas a educação da sociedade com o intuito de reduzir novos casos. Este estudo teve como objetivo discorrer sobre a importância da mobilização da sociedade, para adoção de medidas preventivas para o câncer de pele. Realizou-se uma revisão de literatura, abordando a temática da importância da prevenção, conscientização da sociedade e atuação farmacêutica na promoção de saúde. Dentro da perspectiva proposta, considera-se fundamental a educação-preventiva para a população, e ação do profissional farmacêutico na divulgação das medidas determinadas.

Palavras-chave: Neoplasia; Câncer de Pele; Radiação UV; Promoção de Saúde; Atuação Farmacêutica.

ABSTRACT

Cancer is the second cause of death in the country, the skin cancer has been the most incident neoplasm, becoming a public health problem. Thus, it is possible to affirm the importance of preventive measures, turned to the education of society with the intention of preventive measures, turned to the education of society with the intention of reducing new cases. This study had as an objective to discourse the importance of the mobilization of society, for the adoption of preventive measures for skin cancer. In this regard, a literature review was carried out as a type of study, addressing the theme of the importance of prevention, awareness of society and pharmaceutical action in health promotion. Inside the proposed perspective, preventive education for the population is considered fundamental, and action of the pharmaceutical Professional in the disclosure of the determined measures.

Keywords: Neoplasm; Skin Cancer; UV Radiation; Health Promotion; Pharmaceutical Operations.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Melanoma Disseminativo Superficial	17
Figura 2 - Melanoma Nodular.....	17
Figura 3 - Melanoma Acral Lentiginoso.....	18
Figura 4 - Melanoma Lentigo Maligno.....	18
Figura 5 - Carcinoma Basocelular	20
Figura 6 - Carcinoma Espinocelular	21
Figura 7 - Auto - Exame da pele	29
Figura 8 - Ação dos filtros solares em relação à UVR.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCD	Regra para prevenção do melanoma, através da observação da Assimetria, Bordas Irregulares, Cor Variada, e Diâmetro
CBC	Carcinoma Basocelular
CCB	Carcinoma de Células Basais
CCE	Carcinoma de Células Escamosas
CEC	Carcinoma Espinocelular
CP	Coeficiente de Proteção
CPNM	Câncer de Pele Não Melanoma
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FPS	Fator de Proteção Solar
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MC	Melanoma Cutâneo
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QA	Queratoacantoma
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UPF	Fator de Proteção Ultravioleta Propiciada Pelo Tecido ou Roupas
UV	Ultravioleta

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. METODOLOGIA	13
4. REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 HISTÓRICO DO CÂNCER	14
4.2 DEFINIÇÃO E FORMAÇÃO DO CÂNCER	14
4.3 FATORES DE RISCO	23
4.4 FATORES DE PROTEÇÃO	26
4.5 PROMOÇÃO DE SAÚDE E O PAPEL DO FARMACÊUTICO	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXO	47
ANEXO I - REGRA DO ABCD	48
ANEXO III - CORRETO USO DO PROTETOR SOLAR	49

INTRODUÇÃO

A grande preocupação com o câncer de pele é o seu significativo aumento, especialmente em países tropicais onde os índices de raios ultravioletas (UV) são bem maiores. Conhecer o que influencia a exposição e a proteção aos raios UV, são extremamente importantes para uma prevenção. (MANAIA, 2013; CASTILHO, 2010).

É a neoplasia mais incidente no Brasil, especialmente o tipo não melanoma. Porém o melanoma cutâneo mesmo apresentando menor incidência não deve ser negligenciado por ser o mais agressivo, e pode facilmente se disseminar para os gânglios linfáticos. O diagnóstico precoce é importante para todos os casos, mas particularmente para o melanoma cutâneo, pois este é facilmente curável, mas quando evolui para metástase torna-se praticamente fatal. (SOUZA, 2009).

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), para o ano de 2012, foram estimados 134.170 novos casos de câncer de pele não melanoma, e 6.230 casos melanoma. (MANAIA, 2013).

Alguns fatores que contribuem para o aparecimento de lesões, como história de câncer na família, fatores genéticos e exposição aos raios UV, já são comprovados. Para o câncer melanoma, o histórico familiar compreende o fator mais agravante. O uso do protetor solar tem sido sugerido para a proteção e prevenção de todas as neoplasias de pele. (CASTILHO, 2010).

O Brasil por ser um país com uma diversidade cultural, demográfica, socioeconômica e política, apresenta fatores de risco diversos à sua população. Também é distinta, a qualidade da informação, a capacidade diagnóstica e a assistência nas regiões. Por esse motivo as principais neoplasias por localidade também se diferenciam, talvez refletindo a grande desigualdade existente no país. (POPIM, 2008).

Dentro dos fatores externos, a exposição solar não controlada é a causa principal de casos de câncer de pele, sendo que no Brasil o tipo não melanoma é o mais relevante. O diagnóstico precoce e principalmente a prevenção são fatores extremamente importantes na redução da morbimortalidade por essa neoplasia, e ainda reduzindo custos para a saúde pública. (CORTEZ et al., 2016).

Este estudo justifica-se pelo alto número de casos de câncer de pele, e altos gastos com tratamentos. Considerando assim as medidas de prevenção são fatores essenciais para evitar mais casos a cada ano, e grandes aumentos de gastos com essa área. Além de conscientizar a própria população da importância da prevenção.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a importância da conscientização da sociedade sobre a adoção de medidas preventivas contra o câncer de pele.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre a importância das medidas preventivas contra o câncer de pele;
- Esclarecer sobre etiologia, fatores de risco e medidas de proteção;
- Identificar a participação do farmacêutico na implantação e realização dessas medidas preventivas;
- Enternecer as entidades responsáveis e a população quanto à relevância de medidas preventivas.

3. METODOLOGIA

A estratégia metodológica tem por escolha a revisão de literatura, com a temática voltada à prevenção do câncer de pele na promoção da saúde e o papel do farmacêutico como promotor da saúde.

Para estruturação da presente monografia e referencial teórico, realizado análise no período de junho a outubro de 2016, optou-se pela literatura científica disponível na Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, a exemplo de livros, como também a busca eletrônica nas seguintes bases de dados: Editoras do Ministério da Saúde, Portal do *Scielo* Brasil, além de bases de dados oficiais, como exemplam o Instituto Nacional do Câncer (INCA), Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), A. C. Camargo Cancer Center.

As palavras-chave utilizadas para a realização do estudo foram: Neoplasia, Câncer de Pele, Radiação UV, Promoção de Saúde, Atuação Farmacêutica. Vale ressaltar que foi possível o acesso a discussões atualizadas sobre o assunto, devido a produção científica disponível eletronicamente e de fácil acesso.

Os critérios de inclusão foram artigos ou publicações referentes ao câncer de pele, definição e formação da neoplasia, e também publicações sobre a atuação do farmacêutico na promoção da saúde e prevenção do câncer de pele. Já os critérios de exclusão foram aqueles que não apresentavam assunto dentro do tema proposto.

Foram utilizados nesse estudo 60 referenciais, sendo quarenta e três artigos nacionais, seis artigos internacionais, três livros e quatro publicações do Ministério da Saúde, além de quatro buscas em sites, como Portal da Sociedade Brasileira de Dermatologia, A.C. Camargo Câncer Center, Instituto Brasileiro de Controle de Câncer, e no portal do Instituto Nacional do Câncer (INCA).

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRICO DO CÂNCER

No início do século passado as endemias era quem ocupava o espaço na saúde pública, porém o aparecimento de grandes taxas de mortalidade por câncer na Europa e Estados Unidos, fez despertar o Brasil para medidas de prevenção contra o câncer por volta de 1920. Mas somente em 1922, o câncer começava a ser visto não só como um “mal individual”, mas também como um problema de saúde pública. (BRASIL, 2006).

Nesse mesmo ano de 1922 foi inaugurado o Instituto Radium, a primeira instituição voltada para as pesquisas radiológicas e o tratamento do câncer, em Belo Horizonte. Criado pelo médico Eduardo Borges da Costa, foi inaugurado no dia 7 de setembro. (BRASIL, 2007).

Durante décadas, as medidas tomadas foram sendo adaptadas a cada região do país, os institutos e organizações sofreram cortes que comprometeram as campanhas por longos períodos. Só em 1980, é que medidas de mudanças, viabilizaram novamente as campanhas de prevenção contra o câncer. (BRASIL, 2006).

A partir de 1988, com a nova Constituição Brasileira, o INCA teve portas abertas para trabalhar e expandir atividades de tratamento e controle do câncer. Em 1991 o Hospital de Oncologia foi incorporado ao INCA, e ainda no mesmo ano um novo regimento do Ministério da Saúde passou a atribuir o instituto a função de órgão assessor, executor e coordenador da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. (BRASIL, 2007).

4.2 DEFINIÇÃO E FORMAÇÃO DO CÂNCER

A definição correta de neoplasias é muito variável, pois modifica – se conforme a evolução do conhecimento, pois tem sua base na morfologia e na biologia da formação do tumor. No momento podemos definir neoplasia como,

uma proliferação desordenada de células do tecido, que foge ao controle do organismo, tornando-se autônoma e causando efeitos agressivos ao organismo hospedeiro. (BRASIL, 2015a).

No organismo humano existem formas de crescimento celular, que se diferenciam em não controladas e controladas. Alguns exemplos de crescimento controlado é a hiperplasia, a metaplasia e a displasia, e no caso das neoplasias são as formas de crescimento não controlado, chamado também de tumores. (BRASIL, 2015a).

O câncer, em quase todos os casos, é causado por mutações nos genes que controlam o crescimento e a mitose celular. Esses genes mutantes são conhecidos como oncogenes. Na maioria dos casos, dois ou mais oncogenes estarão presentes na célula para só então ser considerada cancerosa. Quando a célula sofre essa mutação genética no DNA (ácido desoxirribonucléico), ela forma um clone e se multiplica de maneira anormal, adquirindo características invasivas e adentrando os tecidos, alcançando os vasos sanguíneos e linfáticos, onde são carregadas até vários lugares do corpo. Quando isso acontece chamamos de metástase. (ROSAS et al, 2013).

Quando o câncer se inicia em tecidos conjuntivos, chamamos de sarcoma. E quando surge em tecidos epiteliais, pele e mucosa são chamados de carcinoma. São células que não se controlam e se apresentam muito agressivas, pode ocorrer então o acúmulo dessas células cancerosas formando os tumores, ou apresentar um crescimento celular exagerado, sendo as neoplasias malignas. (ROSAS et al, 2013).

O câncer de pele é o mais comum no Brasil, e representa 25% dos casos registrados de tumores malignos. O câncer de pele melanoma é o tipo mais grave, pois pode desencadear metástase, porém quando diagnosticado em fase inicial da doença tem grandes chances de cura. E o tipo não melanoma é o mais comum, pode se iniciar em vários tipos de células como, escamosas ou basais. Em estimativa mundial para 2012, foram relatados que 232 mil novos casos de câncer melanoma seriam diagnosticados. Além de 55 mil óbitos para o mesmo ano. (MANAIA, 2013; BRASIL, 2015b).

Segundo estimativa do INCA para 2016, pode haver 80.850 novos casos de câncer de pele não melanoma em homens, e 94.910 casos novos em mulheres, no Brasil. Sendo que o mesmo ocupa o primeiro lugar em incidência

em homens nas regiões Sul, Centro-oeste e sudeste. Já nas mulheres este é o mais frequente em quatro regiões, no Sudeste, Nordeste, Sul e Centro - oeste. Sendo que na região Norte ocupa o segundo lugar. (BRASIL, 2015b).

Os três principais tipos de câncer de pele são: o carcinoma de células basais (CCB), que compreende o primeiro lugar dos principais tipos no Brasil, o carcinoma de células escamosas (CCE), sendo esses dois tipos os que englobam o grupo câncer de pele não melanoma (CPNM), e o melanoma cutâneo (MC), que embora tenha as mais baixas taxas de ocorrência é também o mais agressivo e responsável pelo maior número de mortes por câncer de pele. (SOUZA, 2009).

O melanoma é denominado assim, pois tem sua origem dos melanócitos, células responsáveis pela produção do pigmento melanina, que tem como função a proteção da pele contra os danos causados por raios ultravioletas(UV). Quando perdemos os mecanismos genéticos de controle das células, causados pelos danos provocados pelos raios UVA e UVB, podemos desenvolver o melanoma.(SOUZA, 2009).

O melanoma é mais frequente em pessoas de pele clara, e também no sexo feminino com pouca diferença para o sexo oposto. Este pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais raro na puberdade e mais comum por volta dos 50 anos de idade. Sua letalidade é bastante elevada, porém sua incidência é baixa, segundo estimativa do INCA para 2016, esperou- se 3 mil novos casos em homens, e 2.670 novos casos em mulheres no Brasil. Sendo que para Rondônia a espera é de 20 novos casos. (ROTTA, 2008; BRASIL, 2015b).

De forma histológica e clínica podemos dividir o melanoma cutâneo em 4 tipos principais. O melanoma disseminativo, superficial apresentada na Figura 1; Melanoma nodular, conforme Figura 2; Melanoma Acral Lentiginoso, mostrado na Figura 3 e Melanoma lentigo maligno, conforme Figura 4. Há também outros tipos, porém são menos frequentes, como melanomas desmoplásico, neurotrópico e não classificáveis. (ROTTA, 2008).



Figura 1 – Melanoma Disseminativo Superficial

Fonte: Adaptado de <<http://www.cancerdepele.net.br/melanoma>>



Figura 2 - Melanoma Nodula

Fonte: Adaptado de <<http://www.dermnetz.org/topics/nodular-melanoma/>>



Figura 3 - Melanoma Acral Lentiginoso

Fonte: Adaptado de <<http://www.clinicamedica2015.com.br/upload/trabalhos/vTwuS8c5L8NII2lScOG1fVD460M2.pdf>>



Figura 4 - Melanoma Lentigo Maligno

Fonte: Adaptado de <<https://www.dermnetz.org/topics/lentigo-maligna-and-lentigo-maligna-melanoma>>

O câncer de pele não-melanoma (CPNM) se divide em dois tipos mais comuns, carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular, e tem sido alvo de preocupação e de estudos, devido ao seu grande crescimento de incidência. A mortalidade por CPNM é baixa, devido seu bom prognóstico e fácil diagnóstico, porém quando não tratada de forma adequada, e principalmente precoce, podem deixar grandes danos aparentes nos pacientes. (ROCHA et al., 2002; MUTTI, 2004).

O carcinoma basocelular (CBC) é o tumor maligno mais comum na população branca, representando em torno de 70%. É uma neoplasia de origem epidérmica, que surge das células originadas na camada basal. Acomete normalmente áreas de exposição moderada. (LASCANO, 2005).

A principal etiologia é a exposição solar, em especial tipo B. Fatores genéticos também podem influenciar, sugerindo que o CBC também pode ser hereditário. Esse tipo de carcinoma tem características de lesão indolor, que sangra facilmente, frágil e não cicatriza por completo como exemplificado na Figura 5. Este é o menos agressivo entre os CPNM e raramente evolui por metástase, porém quando não tratado adequadamente pode ser localmente invasivo atingindo e causando grande destruição dos tecidos a sua volta, até mesmo cartilagens e ossos. Os dados sobre a morbidade por CBC, quase não existem, devido às literaturas e pesquisas avaliarem de forma geral o CPNM, e possuir poucos estudos sobre o carcinoma basocelular isoladamente. (SUAREZ-GUZMAN, 2016; SOUZA et al. 2011; NASSER, 2005).

O CBC se divide ainda em cinco subtipos que são: 1.Nodular - o mais comum deles, representa entre 50% e 80%, ocorre normalmente em áreas fotoexpostas como cabeça e pescoço. 2.Pigmentado – variação clínica do CBC nodular apresentando pigmentação. 3.Superficial – ocorre com maior frequência no tronco, sendo uma placa eritematosa, descamativa e bem delimitada, que apresenta ou não alguns pontos perláceos na borda. Pode ser única, ou múltipla. 4.Esclerodermiforme - é o subtipo mais agressivo, apresenta placa de coloração marfim ou branco-porcelânica, com limites não definidos e consistência rígida e endurecida, que raramente se ulcera. 5.Fibroepitelioma de Pinkus – este é o subtipo mais raro. Geralmente aparece na região abdominal ou lombar inferior, aparenta placa eritematodescamativa que se transforma em nódulo ou pápula

rósea ou avermelhada. O prognóstico em todos os casos é excelente, quando a abordagem é feita de forma adequada e precoce. (ROTTA, 2008).



Figura 5 - Carcinoma Basocelular

Fonte: Adaptado de <http://www.dermatologia.net/cat-doencas-da-pele/carcinoma-basocelular/>

O carcinoma espinocelular (CEC), também chamado de carcinoma de células escamosas, se origina da camada mais externa da epiderme e corresponde em torno de 20% do total de casos. Costuma aparecer no rosto, lábios, orelhas, pescoço e dorso da mão, podem ainda surgir a partir de cicatrizes antigas ou feridas crônicas em qualquer parte do corpo, até mesmo nos órgãos genitais ou órgãos internos, como trato respiratório, digestivo e urinário. A principal causa é a exposição excessiva ao sol, mas também pode aparecer pelo uso de drogas, antirrejeição de órgãos transplantados, e exposição a certos agentes químicos. Este carcinoma tem risco aumentado, em relação ao basocelular, de atingir tecido gorduroso, os linfonodos e outros órgãos. (PELE, [20--] a; CÂNCER, [20--]).

O CEC surge comumente como feridas avermelhadas, espessas e descamativas que por vezes sangram e não cicatrizam, como representada na

Figura 6. Podem ter aparência próxima de uma verruga também. Este costuma ser mais frequente em homens do que em mulheres. (CÂNCER, [20--]).



Fonte: Adaptado de <<http://www.cancerdepele.net.br/carcinoma-espinoceular>>
Figura 6 - Carcinoma Espinoceular

De maneira didática podemos dizer que o CEC se divide em dois tipos: de interesse dermatológico e de medicina interna. Aqueles de interesse dermatológico são os da pele, semimucosa e da mucosa visível, englobando os tumores da pele, da boca e dos genitais externos. Já os de medicina interna seriam aqueles ginecológicos e dos tratos digestivo, respiratório e urinário. (ROTTA, 2008).

Existem algumas lesões que são chamadas de dermatoses pré-cancerosas, que são adquiridas ou genéticas e podem evoluir para o câncer cutâneo. Portadores dessas lesões devem ser acompanhados por um especialista. Essas lesões costumam ser de fácil diagnóstico e possui em média 95% de cura, quando tratadas correta e precocemente. Assim como o câncer de pele essas lesões estão relacionadas à exposição excessiva e descuidada ao sol, atingindo, portanto as partes do corpo mais expostas. Grande parte dos tumores de pele são benignos, nem sempre se transformam em câncer, mas as lesões demonstram que alguma coisa está incorreta com sua pele e deve procurar um especialista. (DERGHAM, 2004; PELE [20--]a).

Existem várias lesões, mas trataremos aqui somente as principais. A queratose actínica é uma lesão pré-cancerosa com taxa de conversão entre 20% e 0,1%, para o carcinoma de células escamosas. São provocadas pelo efeito cumulativo na pele da exposição à radiação. Identifica-se pelo aparecimento de lesões avermelhadas ou cor da pele e ásperas, costumam se encontrar no rosto, dorso das mãos, orelhas, braços e também na cabeça em caso de homens calvos, tem prevalência em pessoas de pele clara e de meia-idade. Histologicamente é classificada de cinco formas: hipertrófica, atrófica, bowenóide, acantolítica e pigmentada. Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em torno de 40% a 60% dos carcinomas são causados por queratoses mal tratadas, o câncer se desenvolve quando a lesão invade os tecidos mais profundos da pele. (ISHIOKA, 2009; PELE, [20--] a).

A doença de Bowen é um distúrbio pré-canceroso, também chamado de carcinoma espinocelular *in situ*, pois pode evoluir para um carcinoma espinocelular invasivo, e pertence ao grupo de tumores não-queratinizados. Apresenta crescimento lento e não costuma propiciar sintomas, quando acontecem são dor, sangramento, prurido e queimação. Sua característica é lesões eritemato-descamativas com contornos bem definidos, pode variar até lesões vegetantes. Pode apresentar ainda hipo ou hiperpigmentação. (PEIXOTO, 2009; JUCÁ, 2005).

Há ainda o Queratoacantoma (QA) que é um tumor cutâneo epitelial, manifesta-se como nódulo duro, raramente múltiplo, possui cratera central com material queratótico. É encontrado normalmente nas partes pilosas, especialmente em áreas expostas, mas também podem acometer mais raramente, partes não expostas como a região perianal. Nas formas mais típicas o crescimento tumoral é rápido, e as vezes é muito difícil de diferenciá-lo de um CEC. A prevalência é maior acima dos cinquenta anos, e atingi ambos os sexos, porém o acometimento de homens é três vezes mais frequente. (VEIGA, 2004).

A etiologia ainda não é totalmente definida, mas se sabe que vários fatores levam ao desenvolvimento dessa patologia como o vírus HPV, trauma, carcinógenos químicos, fatores genéticos, radiação UV, e algumas doenças como dermatite seborréica, lúpus eritematoso sistêmico, psoríase entre outras. Existem várias formas de QA, algumas delas são QA múltiplo autocurável, QA eruptivo generalizado, QA marginado centrífugo, QA gigante. (ALCALÁ, et al., 2003).

4.3 FATORES DE RISCO

Atualmente, com o aquecimento global, a preocupação com os danos das radiações ionizantes cumulativos à pele tem aumentado. As doenças causadas pelo sol dão aos indivíduos um impacto negativo na qualidade de vida, além de grandes gastos públicos com tratamento. A pele possui mecanismos próprios de defesa contra essas radiações, mas eles tem se mostrado insuficiente para uma proteção necessária. Podemos ver que, o número de lesões causadas pelo sol e até mesmo do câncer de pele tem crescido a cada dia, inclusive no Brasil. (PURIM, 2010).

A radiação UV é considerada o maior fator de risco ambiental para o desenvolvimento de melanoma e neoplasias de pele não-melanocíticas. É também responsável por danos imediatos, como queimaduras solares dolorosas, e os danos a longo prazo onde o acúmulo da exposição solar descuidada gera danos a pele, além de envelhecimento precoce. Os hábitos da população e seus conhecimentos a respeito dos danos podem influenciar no desenvolvimento dessas neoplasias de pele. Estudos demonstram que a exposição descuidada na infância e adolescência, quase sempre leva ao desenvolvimento dessas neoplasias em adultos, considerando que muitas atividades nessa faixa etária são realizadas ao ar livre levando a uma exposição cumulativa dos raios UV. (BAKOS, 2006).

A luz do sol pode ser dividida em três espectros: luz visível (39%), infravermelho (56%), radiação UV (5%). A radiação UV é subdividida em UVA, UVB e UVC. E no caso da radiação UVA por sua vez, é dividida em UVA I e UVA II e é responsável pela pigmentação da pele. A radiação UV danifica o DNA e o material genético, causa inflamação, rompe a comunicação celular, modifica a expressão dos genes em resposta ao estresse e enfraquece a resposta imune da pele, oxida os lipídios e produz perigosos radicais livres. Além disso, os raios UV são causadores de queimaduras, envelhecimento precoce e câncer de pele. Além disso, a radiação UV afeta os olhos na forma de fotoconjuntivite e catarata, por exemplo, causando perda de visão em aproximadamente 3 milhões de pessoas todos os anos. (ARAÚJO, 2008; BALOGH, 2011).

A radiação UVB é de comprimento mais curto e embora não atinja a pele tão profundamente, é altamente absorvida pela epiderme, sendo a mais

energética. É responsável pelos danos agudos e crônicos a pele, como queimaduras, manchas, e descamação, chegando, em alguns casos, afetar diretamente o DNA, podendo desenvolver futuramente um câncer de pele. Já a radiação UVA é menos energética e penetram mais profundamente na pele, atingindo a derme, esta por sua vez produz radicais livres oxidativos que causam o envelhecimento precoce e também contribuem, em menor quantidade, para o desenvolvimento do câncer. A luz pode ser absorvida, espalhada ou refletida por nossa pele, mas somente aquela absorvida pela molécula causará dano. (ARAÚJO, 2008; PURIM, 2010).

Sabemos que pessoas de pele clara e que habitam em regiões onde a radiação solar é mais intensa, tem mais probabilidade de desenvolver uma neoplasia. Levando em consideração que mais da metade da população brasileira possui pele clara, se expõe muito ao sol de forma descuidada, que nosso país encontra-se em área de grande incidência de raios UV, é bastante previsível o grande número de neoplasias de pele. Lembrando que o problema é agravado pela exposição constante ao sol. (POPIM, 2008).

A grande incidência de câncer de pele está entre pessoas do fototipo I (albinos e ruivos) e II (pele clara, cabelos loiros naturais, olhos azul ou verde), sendo que indivíduos com a pele negra pouco são acometidos por essa neoplasia, e quando acontece normalmente se apresenta em locais com pele clara como palma da mão e planta do pé. Fitzpatrick criou uma classificação de fototipo segundo a resposta da pele à radiação, mostrado no Quadro 1. (PURIM, 2014).

É claro que a radiação também possui efeitos benéficos a saúde, quando a exposição é comedida, realizada em horários propícios e com os cuidados necessários estimula a produção de vitamina D3 que auxilia no metabolismo ósseo e no sistema imunológico, além disso, essa exposição é utilizada no tratamento de algumas doenças de pele como psoríase e vitiligo. (BALOGH, 2011).

Alguns indivíduos possuem uma predisposição a desenvolver doenças de pele interligadas a fatores genéticos e raciais, além de serem agravados com a exposição solar excessiva e sem os cuidados necessários. O aumento de casos de câncer de pele também está relacionado ao crescimento do dano a camada de ozônio, automaticamente aumento da radiação UVB que atinge a terra, onde

estima-se que a cada 1% de diminuição de ozônio aumenta o risco de desenvolver câncer de pele em 3 a 4,6% para carcinoma espinocelular, e 1,3 a 2,7% para carcinoma basocelular. (PURIM, 2010; BALOGH, 2011).

Fototipo segundo Fitzpatrick	Cor da pele	Resposta ao Sol	Sensibilidade	Principais representantes
I	Branca clara	Sempre queima, nunca pigmenta	MUITA SENSÍVEL	Albinos e ruivos
II	Branca	Sempre queima, pigmenta pouco	MUITO SENSÍVEL	Loiros
III	Branca a morena clara	Queima e pigmenta moderadamente	SENSÍVEL	Branços
IV	Morena-escura	Queima pouco, sempre pigmenta	POUCO SENSÍVEL	Morenos e latinos
V	Parda	Raramente queima, sempre pigmenta	POUQUÍSSIMO SENSÍVEL	Árabes, mediterrâneos, mestiços e asiáticos
VI	Preta	Nunca queima, sempre pigmenta	MENOS SENSÍVEL	Negros

Fonte: Adaptado de PURIM, 2010

Quadro 1 - Fototipos de pele segundo Fitzpatrick

As queimaduras solares frequentes podem causar danos e a levar um câncer futuro, por isso a adoção de medidas preventivas no âmbito público que evite as queimaduras solares e a exposição ao sol sem os devidos cuidados é

extremamente importante. A exposição cumulativa quando criança, como já dito anteriormente, na maioria dos casos leva ao desenvolvimento de alguma doença cutânea. A prevenção correta voltada as crianças envolve várias medidas como, vestimenta adequada e o uso do protetor solar. Alguns fatores influenciam o dano solar em crianças como: aspectos comportamentais, que envolve o conhecimento do risco da exposição na infância, aspectos relacionados à cor da pele, eritema e queimadura solar, bronzamento, exposição solar na infância. (CRIADO, 2012).

Além da exposição à radiação UV, outros fatores também devem ser levados em conta e considerados de risco. São fatores de risco os processos de cicatrização crônicos, a inflamação crônica, o albinismo, as verrugas virais, a epidermodisplasia verruciforme, a imunodepressão e os agentes químicos carcinógenos. Há ainda outros fatores agravantes como, cor da pele, habitar em um país tropical e tempo de exposição solar prolongada sem os devidos cuidados (ALCHORNE, 2008; POPIM, 2008)

Existem também outros fatores de risco menos comum, mas que não deixam de influenciar o desenvolvimento de carcinomas de pele como o uso de imunossupressão crônica, radiação ionizante, processos dermatológicos irritativos crônicos, genodermatoses (xeroderma pigmentoso, síndrome do nevo basocelular), e exposição ao arsênio. No caso de CEC de lábio o álcool e fumo também são fatores de risco. (FERREIRA, 2011).

4.4 FATORES DE PROTEÇÃO

Campanhas de prevenção e diagnóstico precoce tem sido um grande desafio para planejadores de saúde em países com grande exposição aos raios UV. Campanhas frequentes sobre o câncer de pele na Austrália tiveram resultados impressionantes ocasionando um declínio da incidência de novos casos de melanoma e carcinoma basocelular, em pessoas a partir dos 60 anos. (SILVA, 2015).

O câncer de pele tem aumentado em todo o mundo, elevando os custos com tratamento para o indivíduo, o sistema de saúde e a sociedade. Visando o grande impacto que essa neoplasia tem causado no âmbito econômico, é

importante aprimorar as técnicas de prevenção e evitar o surgimento de mais indivíduos acometidos, de forma economicamente viável. (PURIM, 2014).

A identificação dos estágios iniciais das doenças é uma das principais armas contra essas patologias crônicas, existem três linhas de prevenção: a primária, que visa a prevenção da ocorrência de tal patologia, a secundária tem o objetivo do diagnóstico precoce e a terciária previne que a doença volte, deformidades ou morte. A prevenção primária tenta impedir que o indivíduo se exponha aos fatores de risco, como a radiação excessiva, a falta de proteção, o uso incorreto do protetor entre outras medidas. A prevenção secundária já envolve toda a população na descoberta precoce do câncer ou de lesões suspeitas, portanto as prevenções primárias e secundárias associadas levam a uma diminuição significativa dos casos de câncer. É importante a constante atualização dos profissionais de saúde sobre as medidas preventivas em especial a prevenção primária e secundária, para o sucesso dos programas contra o câncer. (TUCUNDUVA, 2004).

Segunda a OMS (Organização Mundial de Saúde), são medidas preventivas ao câncer de pele, a exposição controlada à radiação, principalmente próximo ao meio-dia, a preferência pela sombra, uso de roupas adequadas e óculos solar, uso do protetor solar da maneira correta, e sua reaplicação a cada duas horas, ou após atividade física ao ar livre, após nadar, trabalhar. (PURIM, 2014).

A Sociedade Brasileira de Dermatologia faz algumas recomendações à comunidade, para prevenção de lesões, queimaduras e até mesmo um câncer de pele:

- Usar chapéus, camisetas e protetores solares.
- Evitar a exposição solar e permanecer na sombra entre 10 e 16h (horário de verão).
- Na praia ou na piscina, usar barracas feitas de algodão ou lona, que absorvem 50% da radiação ultravioleta. As barracas de nylon formam uma barreira pouco confiável: 95% dos raios UV ultrapassam o material.
- Usar filtros solares diariamente, e não somente em horários de lazer ou diversão. Utilizar um produto que proteja contra radiação UVA e UVB e tenha um fator de proteção solar (FPS) 30, no mínimo. Reaplicar o produto a cada duas horas ou menos, nas atividades de lazer ao ar livre. Ao utilizar o produto no dia-a-dia, aplicar uma boa quantidade pela manhã e reaplicar antes de sair para o almoço.

- Observar regularmente a própria pele, à procura de pintas ou manchas suspeitas.
- Consultar um dermatologista uma vez ao ano, no mínimo, para um exame completo.
- Manter bebês e crianças protegidos do sol. Filtros solares podem ser usados a partir dos seis meses. (CÂNCER, [20--]).

Os médicos adotam ainda como medida de prevenção a orientação para não uso de bronzeamento artificial, orientação quanto a alterações de lesões suspeitas, dermatoscopia de lesões suspeitas e exames clínicos profiláticos. (TUCUNDUVA, 2004).

É importante também a realização do auto-exame da pele como exemplificado na Figura 7, para o diagnóstico precoce dessa neoplasia. Lembrando que familiares e profissionais de beleza e estética também auxiliam na detecção precoce do câncer de pele, pois notam alterações ou surgimento de manchas ou verrugas, e a Regra do ABCD (assimetria, borda, cor, dimensão) também auxilia no diagnóstico. Notando qualquer alteração procurar um médico imediatamente é de extrema valia. (AUTO, [20--]).

Todas as pessoas devem se proteger dos danos causados pelos raios solares, em especial as crianças e pessoas mais sensíveis. As precauções incluem, além da idade e uso do protetor, óculos de sol com proteção UV, utilizar roupas de proteção e chapéu, preferir a sombra, não se queimar. Além é claro, do uso do protetor solar labial. (SGARBI, 2007).

Quanto a sombra devemos sempre escolher esta como uma proteção, pois diminui a quantidade de radiação que atinge a pele. Existe uma regra chamada de “regra da sombra” que pode auxiliar quando devemos nos expor ao sol ou não. Quanto maior o tamanho da sombra menor é o efeito da radiação sobre a pele, e quanto menor e mais próxima ao corpo condiz a horário impróprio de exposição ao sol. (CRIADO, 2012).

Outros acessórios também são extremamente importantes, luvas, óculos escuros, chapéus e bonés. Os chapéus fazem a proteção do pescoço, olhos, couro cabeludo, testa, orelha além de proteção para o rosto, sendo sombra para o nariz e bochechas. A eficácia do chapéu é analisada pelo tamanho da sua borda, e seu material. Bordas superiores a 4 cm ajudam a proteger a parte posterior do pescoço, e bordas largas diminuem até 50% a área exposta. (BALOGH, 2011).

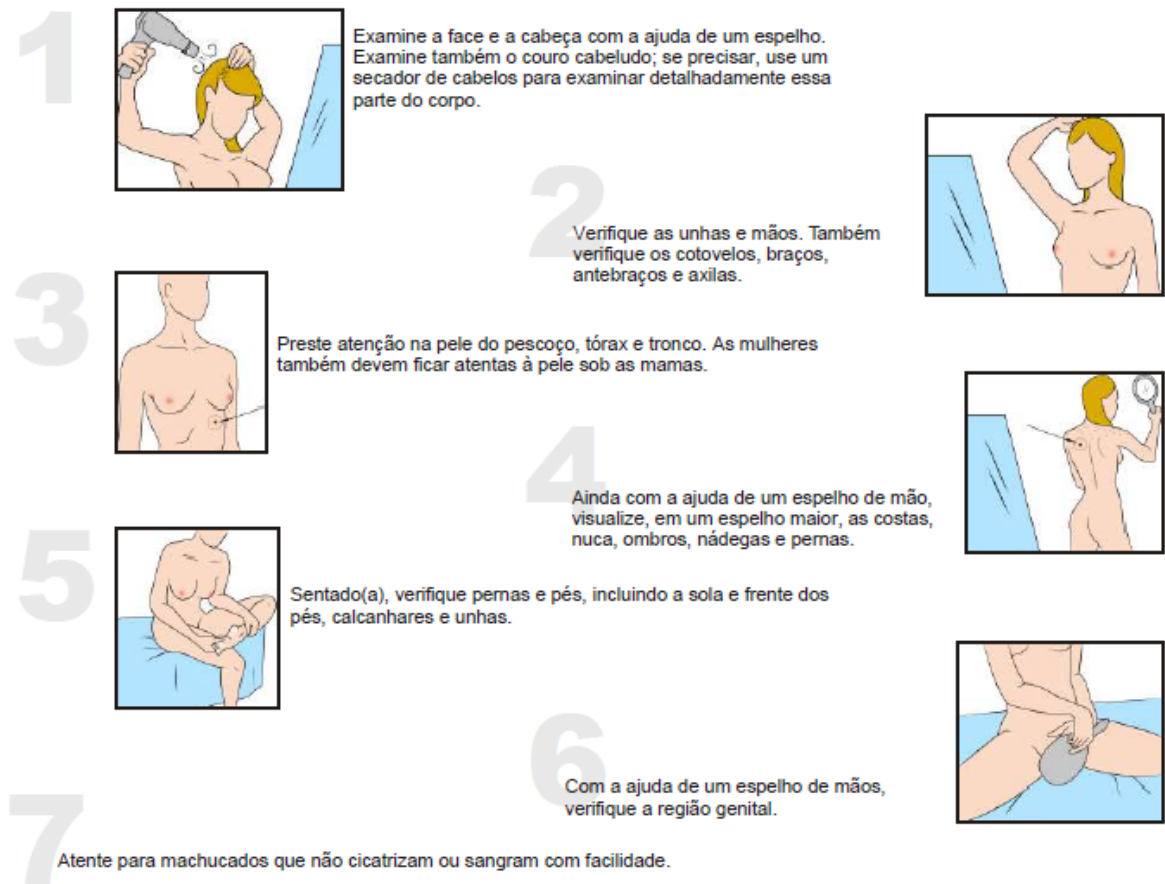


Figura 7 - Auto - Exame da pele

Fonte: Adaptado de <<http://www.ibcc.org.br/autoexame/pele.asp>>

Relacionado ao vestuário algumas roupas podem auxiliar na proteção da pele. Existem, porém, algumas características que determinam se a roupa apresenta boa proteção, portanto o termo Fator de Proteção Ultravioleta (UPF) determina a quantidade de proteção da roupa, no mesmo sentido de FPS para os filtros solares. (CRIADO, 2012).

Para uma segura proteção é necessário o uso de roupas adequadas, incluindo luvas até calçados apropriados que impeçam a passagem dos raios UV. (SIMÕES, 2011).

As características que são consideradas no UPF são:

- Fator de cobertura ou densidade de trama – é a porcentagem do tecido que é coberta pela fibra, sendo a superfície com mais fibra a que proporciona menos passagem dos raios e maior proteção;
- Modo de construção do tecido – é o arranjo geométrico das fibras, que determinam a o fator de cobertura do tecido;

- Peso por unidade de área – o maior peso por unidade de área determina maior proteção;
- Espessura do tecido – quanto maior a espessura, maior a proteção;
- Composição do tecido – alguns materiais absorvem mais radiação que outros;
- Cor – geralmente cores escuras absorvem mais radiação, do que as cores claras;
- Aditivos adicionados ao tecido – branqueadores ópticos e redutores da UVR podem ser adicionados;
- Tensão do tecido – quando é esticado reduz seu UPF;
- Umidade – algumas roupas diminuem seu UPF quando umedecidas;
- Desenho da roupa – roupas que possuem muito decote, ou pouca manga propicia proteção menor;
- Condições de lavagem – quando são lavadas, e encolhem, podem elevar seu UPF pela diminuição do espaçamento da trama do tecido. (CRIADO, 2012).

Já quanto ao uso de óculos solares, é de extrema importância. Pois nossos olhos recebem radiação que são capazes de desencadear uma fotoceratite ou catarata, quando não protegido adequadamente. É recomendável o uso de óculos solares capazes de absorver acima de 99% da radiação UV, tendo assim uma adequada proteção ocular. (SCHALKKA, [20--]).

Todas essas medidas são extremamente importantes, mas a conduta principal para a prevenção do câncer de pele ainda é o uso do protetor solar. Estudos comprovam a eficácia desses produtos na proteção do câncer de pele. As novas fórmulas promovem proteção contra os raios UVA e UVB. (SGARBI, 2007).

Existem dois tipos de protetores solares, os físicos e químicos, estes são capazes de absorver, dispersar ou transformar os raios UV. A qualidade do fotoprotetor depende do seu FPS e suas propriedades físico-químicas. Os filtros orgânicos também são chamados de filtros químicos, e impedem que os raios atinjam a pele, e os filtros inorgânicos ou ainda filtros físicos, agem na dispersão e na reflexão dos raios, conforme Figura 7. Os filtros solares são preparações para uso tópico e diminuem os efeitos deletérios da radiação UV. Dividem-se em

químicos e físicos, mas o uso combinado potencializa o efeito protetor. Estes não são simplesmente cosméticos, e sim protetores eficazes contra a radiação. (TOFETTI, 2006).

São encontrados na forma de loções hidro-alcoólicas, géis, óleos, cremes e emulsões óleo/água (O/A) ou água/óleo (A/O), bastões, aerossóis entre outros, sendo as emulsões as formas com maior proteção. Na parte cosmética deve não ser irritante, apresentar certa resistência a água, e não manchar a roupa. (FLOR, 2007; CÂNCER, [20--]).

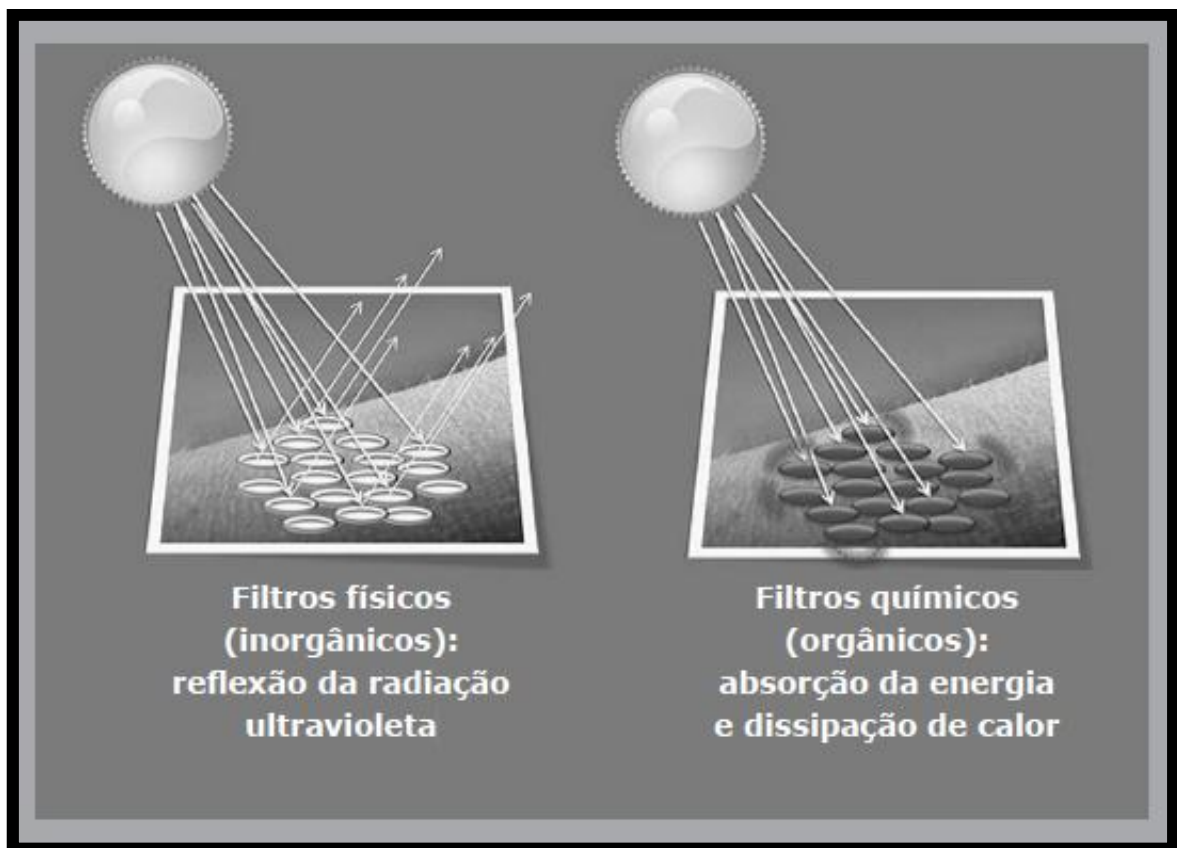


Figura 8 - Ação dos filtros solares em relação à UVR

Fonte: Adaptado de CRIADO, 2012

Os filtros químicos são formados por moléculas orgânicas e têm função de absorver os raios, e transformá-los em energia inofensiva ao ser humano. São cosmeticamente bem aceitos, pois tem aparência transparente, mas pode ocasionar um maior número de lesões a pele. São divididas em moléculas com proteção UVA, proteção UVB, ou amplo espectro com proteção UVA/UVB. (TOFETTI, 2006; SCHALKA, 2011).

Como os filtros absorvem somente parte da região UV (UVA e UVB), para uma proteção completa deve-se fazer uso combinado destes dois filtros. A qualidade de um protetor solar depende do seu FPS e das suas propriedades físico-químicas (hipoalergenicidade, formação de película ideal sobre a pele, estabilidade, baixa hidrossolubilidade). (FLOR, 2007; TOFETTI, 2006).

Já os filtros físicos (inorgânicos), a base de dióxido de titânio e óxido de zinco, se depositam na camada mais superficial da pele e possuem a função de refletir a radiação, através de barreira formada pelo filme de partículas sobre a pele. Clinicamente, são mais seguros, porém do ponto de vista cosmético pode causar alguns inconvenientes como, coloração esbranquiçada sobre a pele após aplicação. (FLOR, 2007).

Com o passar dos anos as partículas dos filtros solares inorgânicos foram reduzidas de tamanho possibilitando, já em alguns, o aspecto transparente e aumentando sua aceitabilidade. Apesar dos tamanhos da partícula terem diminuído a sua eficácia foi mantida, permanecendo ainda com elevada proteção contra os raios UV (BALOGH, 2001)

Na embalagem dos produtos apresentam um número que indica o poder de proteção desses antissolares. É este o índice de proteção (IP), chamado também de coeficiente de proteção (CP) ou fator de proteção solar (FPS), no inglês sun protective factor (SPF). (MARTINI, [20--]).

Esses produtos são classificados conforme esse fator de proteção solar. E estão divididos em quatro grupos, segundo Martini, [20--]:

- Classe I: produtos com proteção fraca (IP 4 a 8) que deixam passar uma pequena parte dos UVB e permitem o bronzamento com o risco de uma leve queimadura de sol;
- Classe II: produtos com proteção moderada (IP 8 a 12) que absorvem quase todos os UVB e impedem a queimadura de sol, mas também o bronzamento se forem aplicados frequentemente;
- Classe III: produtos de proteção elevada (IP 15 a 25) que barram todos os UVB e uma parte dos UVA;
- Classe IV: produtos de proteção maior (IP 25 e maior). Ele barra não somente a UVA e UVB, mas uma parte da luz visível e os infravermelhos. Sua eficácia vem do fato de eles conterem filtros e telas.

4.5 PROMOÇÃO DE SAÚDE E O PAPEL DO FARMACÊUTICO

O conceito de Promoção de saúde e sua prática surgem de forma mais acentuada nos últimos 25 anos, principalmente nos países em desenvolvimento. Entende-se por promoção de saúde uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida condizentes à saúde (CZERESNIA, 2009; CANDEIAS, 1997).

Promover saúde é construir práticas que priorizem a humanização e o cuidado integral, considerando saúde como algo contínuo que passa por diferentes dimensões da condição humana. A princípio a promoção de saúde não visa a aplicação de técnicas e métodos pré – estabelecidos para resolução de dificuldades e carências da população, e sim destacar sujeito e coletivo evitando os riscos (SILVA, 2013; CASTIEL, 2015).

Muitos conceitos e princípios fundamentam a educação e a promoção de saúde. A educação em saúde visa provocar mudanças de comportamento individual, já a promoção em saúde, que engloba sempre a educação em saúde, tem como princípio as mudanças de comportamento organizacional muitas vezes por meio de legislações, tendo como objetivo beneficiar as camadas mais amplas da população (CANDEIAS, 1997).

Referindo-se a saúde do trabalhador, sabe-se que a doença causa grande impacto socioeconômico tanto para a empresa, como para a sociedade e também à família deste trabalhador. Considerando essas questões as empresas têm aberto suas portas para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde, estimulando essas pessoas a terem práticas para uma vida saudável e melhor qualidade de vida. As empresas sendo a geradora de renda para essas pessoas são locais apropriados para o desenvolvimento de medidas de educação e promoção da saúde, reduzindo riscos à saúde de seus colaboradores (BAENA, 2011).

Há também o ambiente escolar que é um local de primária importância para o desenvolvimento de ações educativas para promoção da saúde, pois tem influência direta na aquisição de valores e hábitos além de trabalhar em cima da construção da cidadania. Sendo assim a escola é o principal veículo de formação para crianças e adolescentes, cumprindo seu papel de transmitir informações que grande parte das famílias não possui, mostrando que é o local ideal e primário

para aplicação da educação em saúde, e conjuntamente a promoção de saúde (BRITO, 2012).

Uma forma extremamente importante de incorporar nas escolas a educação em saúde é um programa governamental já existente, mas que não é aplicado em muitas escolas, chamado de Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) que tem por objetivo reduzir a vulnerabilidade e a exposição a riscos para a saúde, promovendo qualidade de vida. Este propõe ainda o compromisso da sociedade e instituições à adoção de modo de vida mais saudável. (MALTA, 2014).

Outra porção da população que deve englobar as prioridades na promoção da saúde são os idosos, uma linha de cuidados que integra promoção e atenção a saúde do idoso é fundamental. Pensando que o Brasil tem uma população de idosos cada vez maiores, e que envelhece rapidamente, a promoção de saúde e a prevenção de doenças deve levar em consideração não só possibilitar mais anos de vida a essas pessoas, mas também possuir ações eficientes que possibilite ao Sistema Único de Saúde (SUS) ofertar atendimento a todos (VERAS, 2011).

As atividades de lazer e convivência em grupo contribuem para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial do idoso. A participação do idoso em atividades grupais proporciona bem-estar e trocas de experiências, e propicia a conscientização para a importância do autocuidado. (TAHAN, 2010).

Pensando no âmbito financeiro, a prevenção e promoção de saúde bem planejada e aplicada também trazem resultados positivos para as esferas governamentais, em médio e longo prazo. Em curto prazo há possibilidades de aumento, porém com procedimentos de baixo custo, o que levará em longo prazo a diminuição de procedimentos de alto custo. O fator que mais dificulta a mudança são as questões culturais, que devem ser trabalhadas para o sucesso do projeto (VERAS, 2011).

A carta de Ottawa publicada em 1896, pela OMS, define promoção de saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. (BUSS, 1999).

Ainda segundo essa carta as três estratégias fundamentais na promoção da saúde são defesa da causa, capacitação e mediação, e define cinco campos de atuação sendo:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação do sistema de saúde.

A capacitação dos profissionais de saúde e dos governos, relacionada a essas cinco áreas centrais, é então uma medida extremamente importante para o desenvolvimento correto da promoção da saúde. (BUSS, 1999).

A prevenção e tratamento de doenças exigem infra-estrutura e educação adequada. Em segundo lugar os medicamentos e as vacinas têm papel fundamental na recuperação da saúde. E com a maneira de comercialização dos medicamentos, tem se elevado o uso irracional dos mesmos (VIEIRA, 2007).

O papel do farmacêutico ao longo dos séculos se dividiu em três fases: o tradicional, de transição e desenvolvimento da atenção ao paciente. Depois de décadas de perda de identidade profissional, onde qualquer comerciante poderia ser proprietário de uma farmácia, levando os medicamentos ao uso desenfreado e visando apenas o lucro, criando a prática da “empurroterapia”, os farmacêuticos decidiram lutar pela identidade novamente e criou-se a prática da farmácia clínica (HEPLER, 1999; VIEIRA, 2007).

Atualmente as coisas ainda estão caminhando, mas a prática farmacêutica já ganhou outros olhos voltados à atenção ao paciente. O foco está deixando de ser o medicamento e passando a ser o paciente, e a minimização dos riscos que os medicamentos podem causar, além de obter resultados terapêuticos que influenciam na qualidade de vida do paciente. O farmacêutico pode, portanto, contribuir para a prevenção de doenças e promoção de saúde junto com outros profissionais, em uma equipe multidisciplinar. (VINHOLES, 2009).

O farmacêutico, ainda que lentamente, está voltando a exercer suas atividades de atenção ao paciente visando a minimização de problemas evitáveis relacionados ao uso de medicamentos. Sabemos que o número de profissionais

da área no SUS ainda não é o suficiente, mas já é possível observar profissionais farmacêuticos trabalhando em secretárias e órgãos públicos (VIEIRA, 2007).

Segundo Araújo (2005), a Assistência Farmacêutica pode ser considerada como uma grande área das Ciências Farmacêuticas, subdividida em tecnologia da gestão e uso do medicamento. Esta assistência não está restrita a distribuição e produção de medicamentos, mas engloba todas as medidas necessárias para prevenção, promoção e recuperação da saúde coletiva e individual. Engloba ainda as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação.

A Atenção Farmacêutica é uma nova perspectiva de conduta do farmacêutico perante o usuário do medicamento, onde o profissional estabelece uma relação estreita e acolhedora para com o paciente se comprometendo com o sucesso da farmacoterapia. Desta forma o farmacêutico deixa de se ocupar estritamente com as questões burocráticas, e passa a dar mais atenção ao paciente no geral. (OLIVEIRA, 2010).

Podemos identificar quatro medidas que podem ser implantadas pelo farmacêutico, para melhoria da qualidade de vida da população: acompanhamento e educação do paciente, avaliação dos seus fatores de risco, prevenção da saúde, promoção da saúde e vigilância das doenças (VIEIRA, 2007).

Com a diversificação da atuação farmacêutica, a interpretação dos gestores em muitos casos ainda é limitada a distribuição de medicamentos e a garantia do acesso a estes pela população, não considerando a racionalidade (COSENDEY, 2000).

Uma atenção farmacêutica pró-ativa rejeita a terapêutica de sistemas, mas busca colocar o paciente como o centro, priorizando uma melhor qualidade de vida do mesmo. A atuação do farmacêutico também pode ser englobada no Programa Saúde da Família (PSF), do Ministério da Saúde, que visa a proteção e promoção da saúde dos indivíduos sadios ou doentes, por um modelo diferente do tradicional priorizando o atendimento no ambiente familiar, de forma contínua e integral (ARAÚJO, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no conteúdo apresentado é possível afirmar que a prevenção é o melhor caminho, e que precisa ser repensada e reconsiderada para atingir a população da forma que é necessário. Pouco se ouve sobre campanhas de prevenção do câncer de pele, e quando há são realizadas somente no período do verão. Sabendo que os raios atingem a nossa pele mesmo em dias nublados, é importante uma campanha o ano todo ou em períodos de maior chuva, para esclarecer a população da importância do uso do protetor solar mesmo em dia nublados, evitando assim a exposição dos mesmos sem qualquer tipo de proteção.

Dentro da perspectiva da promoção da saúde a prevenção do câncer de pele pode ser abordada de várias maneiras, usando programas educacionais nas escolas onde será possível atingir a criação da cultura das crianças. Lembrando que essa faixa etária deve ser o principal foco, pois o câncer de pele é desenvolvido ao longo de muitos anos de exposição sem cuidados. Há ainda o PSF onde o tema pode ser abordado para toda a família, explicitando os riscos e os cuidados que devem ser tomados, e os alertando também para o diagnóstico precoce.

Os idosos também precisam estar presentes nos programas de prevenção, porém com foco no diagnóstico. É importante alertá-los quanto o auto-exame de pele priorizando o diagnóstico precoce, já que a maior ocorrência do câncer é em pessoas acima dos 50 anos de idade.

O Farmacêutico como sendo um agente de saúde, deve trabalhar para a promoção da saúde da população. Independente do lugar onde esteja atuando, em âmbito público ou privado, o profissional pode divulgar a prevenção do câncer de pele principalmente através da informação, da conversa, informando a população dos riscos e dos cuidados que devem ser tomados.

Além de promover saúde a prevenção eficaz proporciona uma diminuição dos gastos públicos, pois pessoas informadas são mais cuidados sendo realizados, e menores números de tratamentos a serem custeados. Uma população informada é a raiz de uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALCALÁ, D. et al. Queratoacantoma: Comunicación de um caso. **Rev. Cent. Dermatol Pascua**, v. 12, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2003/cd033d.pdf>>. Acesso em: 30 Novembro 2016.
- ALCHORNE, M. M. A.; ABREU, M. A. M. M. Dermatologia na pele negra. **An. Bras. Dermatol**, v. 83, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v83n1/a02.pdf>>. Acesso em: 01 Dezembro 2016.
- ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl**, v.26, n.2, 2005. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/404/388>. Acesso em: 28 Outubro 2016.
- ARAÚJO, T. S.; SOUZA, S. O. Protetores solares e os efeitos da radiação ultravioleta. **Scientia Plena**, v.4, n. 11, 2008. Disponível em: <<https://scientiaplena.org.br/sp/article/view/721/374>>. Acesso em: 30 Novembro 2016.
- AUTO - Exame da pele. **Instituto Brasileiro de Controle de Câncer – IBCC**, [20-]. Disponível em: <<http://www.ibcc.org.br/autoexame/pele.asp>>. Acesso em: 06 Dezembro 2016.
- BAENA, C. P. et al. Impacto de um programa piloto de promoção da saúde para trabalhadores marítimos de rebocadores. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v.36, n.124, p.288-296, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Outubro 2016.
- BALOGH, T. S. et al. Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.86, n.4, p.732-742, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Outubro 2016.

BAKOS, R. M. et al. Queimaduras e hábitos solares em um grupo de atletas brasileiros. **Rev. Bras. Med Esporte**, v.12, n.5, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v12n5/10.pdf>>. Acesso em: 20 outubro 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico_cancerbrasil.pdf>. Acesso: 14 Junho 2016.

_____. Ministério da Saúde. **De doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf>. Acesso em: 14 Junho 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Oncologia: Manual de Bases Técnicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/manual_oncologia_13edicao_agosto_2011.pdf>. Acesso: 18 Agosto 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 13 outubro 2016.

BRITO, A. K. A.; SILVA, F. I. C.; FRANCA, N. M. Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.624-632, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Outubro 2016.

BUSS, P. M.. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, p.S177-S185, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Outubro 2016.

CÂNCER de pele. **Sociedade Brasileira de Dermatologia – SBD**, [20--]. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>>. Acesso em: 18 Outubro 2016.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 1997, v. 31, n.2, pag. 209-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016>. Acesso: 27 Outubro 2016.

CASTIEL, L. D. O acesso aos Campos Elísios: a promoção da saúde ampliada e as tecnologias de melhoramento em busca da longevidade (e da imortalidade). **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 1033-1046, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000301033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Outubro 2016.

CASTILHO I.G.; SOUZA M. A. A., LEITE R. M. S.; Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **An. Bras. Dermatol.** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962010000200007>. Acesso em: 21 Agosto 2016.

CRIADO, P. R.; MELO, J. N.; OLIVEIRA, Z. N. P. Fotoproteção tópica na infância e na adolescência. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 88, n. 3, p. 203-210, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000300004>. Acesso em: 24 agosto 2016.

CORTEZ, D. A. G. et al . O conhecimento e a utilização de filtro solar por profissionais da beleza. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2267-2274, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2267.pdf>>. Acesso em: 22 Agosto 2016.

COSENDEY, M. A. E. et al . Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100018&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 28 Outubro 2016.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências.** Scielo – Editora FIOCRUZ, 2009. 176 pág. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=-UEqBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 27 Outubro 2016.

DERGHAM, A. P. et al. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v.79, n.5, p.555-559, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-0596200400050005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 outubro 2016.

FERREIRA, F. R.; NASCIMENTO, L. F. C.; ROTTA, O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.57, n.4, p.431-437, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-4230201100040018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Outubro 2016.

FLOR, J.; DAVOLOS, M. R.; CORREA, M. A. Protetores Solares. **Quim. Nova**, v. 30, n. 1, p.153-158, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/qn/v30n1/26.pdf>>. Acesso em: 05 Dezembro 2012.

HEPLER C. D.; STRAND L. M. Oportunidades y responsabilidades em La Atención Farmacéutica. **Pharmaceutical Care España**, v.1, p.35-47, 1999. Disponível em: <http://www.unifra.br/pos/aafarm/downloads/oportunidades_e_responsabilidades_em_espanhol.pdf>. Acesso em: 28 Outubro 2016.

ISHIOKA, P. et al .Prevalence of precancerous skin lesion sand non-melanoma skin cancer in Japanese - Brazilians in Bauru, São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 965-971, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Outubro 2016.

JUCÁ, M. J. Doença de Bowen Perianal: relato de caso. **Rev. Bras. Coloproct.** v.25, 2005. Disponível em: <http://sbcp.org.br/pdfs/25_4/09.pdf>. Acesso em: 19 outubro 2016.

LASCANO, A. R. et al. Factores de Riesgo para Carcinoma Basocelular: estudio de casos-controles em Cordoba. *Medicina (Buenos Aires)*, v. 65, p. 495-500, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n6/v65n6a04.pdf>>. Acesso em: 29 Nov. 2016

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.11, p. 4301-4311, 2014. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/23/16.%20A%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20das%20prioridades%20da%20PNPS.pdf>>. Acesso em: 05 Dezembro 2016.

MANAIA, E. B. et al. Inorganic UV filters. **Braz. J. Pharm. Sci.** São Paulo, v. 49, n. 2, p. 201-209, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v49n2/02.pdf>>. Acesso em: 21 Agosto 2016.

MARTINI, M. C. **Tratado de Cosmetologia: Estética – Cosmética**. São Paulo: Andrei, [20--].

MUTTI, A. E. C. et al. Distribuição da procedência de pacientes operados de câncer de pele não-melanoma no Hospital Aristides Matelz e sua relação com o mapeamento populacional no estado da Bahia. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.28, n.2, p.227-241, 2004. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1195/pdf_522>. Acesso em: 13 outubro 2016.

NASSER, N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 80, n. 4, p. 363-368, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Outubro 2016.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção

Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900031>. Acesso em: 06 Dezembro 2016.

PEIXOTO NETTO, L. P. et al. Doença de bowen perianal - diagnóstico e tratamento: relato de caso. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p.92-96, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802009000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Outubro 2016.

PELE não melanoma. **A. C. CAMARGO Cancer Center**, [20--]a. Disponível em: <<http://www.accamargo.org.br/tudo-sobre-o-cancer/pele-nao-melanoma/44/>>. Acesso em: 17 Outubro 2016.

PELE não melanoma. **Instituto Nacional de Câncer – INCA**, [20--]b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_nao_melanoma>. Acesso em: 13 outubro 2016.

POPIM, R. C. et al. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1331-1336, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Agosto 2016.

PURIM, K. S. M.; WROBLEVSKI, F. C. Exposição e proteção solar dos estudantes de medicina de Curitiba (PR). **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 477-485, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022014000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Agosto 2016.

PURIM, K. S. M.; LEITE, N. Fotoproteção e exercício físico. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v.16, n.3, p. 224-229, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Outubro 2016.

ROCHA, F. P. et al. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.1, 2002. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/320/Especificidade%20e%20sensibilidade%20de%20rastreamento%20para%20les%C3%B5es%20cut%C3%A2neas%20pr%C3%A9%20malignas%20e%20malignas.pdf?sequence=1>> Acesso em: 28 Nov. 2016.

ROSAS, M. S. L. et al. Incidência de câncer no Brasil e o potencial uso de dos derivados de Isatinas na Cancerologia Experimental. **Rev Virtual Quim.**, v. 5, n. 2, p. 243-265, 2013. Disponível em: <<http://rvq.s bq.org.br/index.php/rvq/search/results>>. Acesso em 27 de Junho de 2016.

ROTTA, O (Coord.). **Guia de dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmiátrica**. 1. Ed. São Paulo: Manole, 2008.

SCHALKA, S. Cuidados com a pele infantil: Fotoproteção na infância. São Paulo: Limay, v.4, [20--]. Disponível em: <<http://www.sobende.org.br/pdf/painel-JJ-Fasciculo-4.pdf>>. Acesso em: 02 Dezembro 2016.

SCHALKA, S.; REIS, V. M. S. Fator de proteção solar: significado e controvérsias. **An Bras Dermatol.**, v. 86, n.3, 2011. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10611/art_REIS_Fator_de_protacao_solar_significado_e_controversias_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 Dezembro 2016.

SGARBI, F. C.; CARMO, E. D.; ROSA, L. E. B. Radiação ultravioleta e carcinogênese. **Rev. Ciênc. Méd**, Campinas, v. 16, p. 245-250, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1050/1026>>. Acesso em: 02 Dezembro 2012.

SILVA, G. G. S. et al. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 33, n.4, p.1000-1013, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a17.pdf>>. Acesso em: 27 Outubro 2016.

SILVA, P. R. V.; GRIEP, R. H.; SOUZA, M. C. Padrões de acessos a informações sobre proteção anti UV durante os verões brasileiros: haveria um “efeito

verão”? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2533-2538, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802533&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 Agosto 2016.

SIMÕES, T. C et al. Medidas de prevenção contra câncer de pele em trabalhadores da construção civil: contribuição da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.32, n.1, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a13v32n1.pdf>>. Acesso em: 02 Dezembro 2016.

SOUZA, R. J. S. P. et al . Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo - Brasil. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, p. 237-243, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Agosto 2016.

_____, R. J. S. P. et al . Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no Estado de São Paulo - Brasil. **An. Bras. Dermatol.** Rio de Janeiro, v.86, n.4, p.657-662, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Outubro 2016.

SUAREZ-GUZMAN, F. J.. Carcinoma basocelular en nariz de paciente interno en un centro penitenciario. **Rev. fac. med.**, Bogotá, v. 64, n. 1, p. 149-150, Jan. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Nov. 2016.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.4, p.878-888, 2010. Disponível: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/7710/art_CARVALHO_Reflexoes_de_idosos_participantes_de_grupos_de_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 Dezembro 2016.

TOFETTI, M. H. F. C.; OLIVEIRA, V. R. O. A importância do uso do filtro solar na prevenção do fotoenvelhecimento e do câncer de pele. **Rev. Cient. da**

Universidade de Franca, São Paulo, v.6, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/viewFile/183/137%20%20%20Acesso>>. Acesso em: 02 Dezembro 2016.

TUCUNDUVA, L. T. C. M. et al . Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 257-262, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Outubro 2016.

VEIGA, T. F. A. et al. Queratoacantoma gigante: relato de caso. **Med. Cutan. Iber. Lat. Am.** v.32, n.2. 2004. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2004/mc042f.pdf>>. Acesso em: 19 Outubro 2016.

VERAS, R. P., Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p.779-786, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4038/403834044017.pdf>>. Acesso em: 27 Outubro 2016.

VIEIRA, F. S.. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Outubro 2016.

VINHOLES, E. R.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A Percepção da Comunidade Sobre a Atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em Ações de Educação em Saúde Relacionadas à Promoção do Uso Racional de Medicamentos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.2, p.293-303, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29600/31468>> Acesso em: 05 Dezembro 2016.

ANEXOS

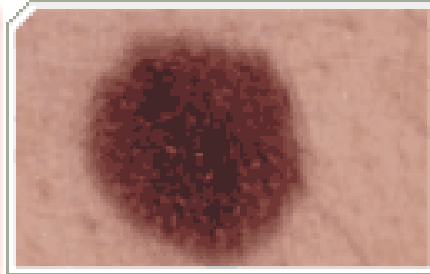
ANEXO I - REGRA do ABCD

- **ASSIMETRIA**

Assimétrico: maligno

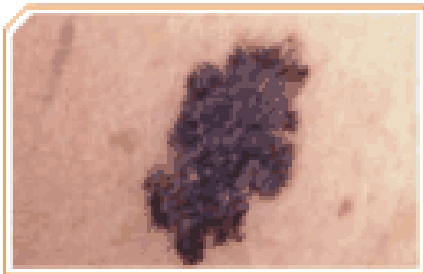


Simétrico:benigno

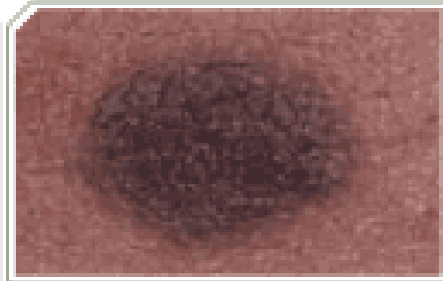


- **BORDA**

Borda irregular: maligno

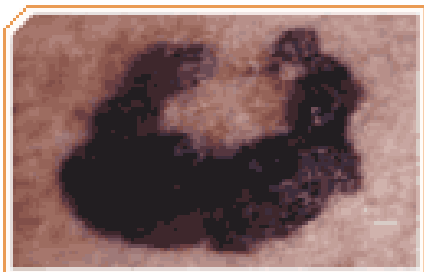


Borda regular: benigno

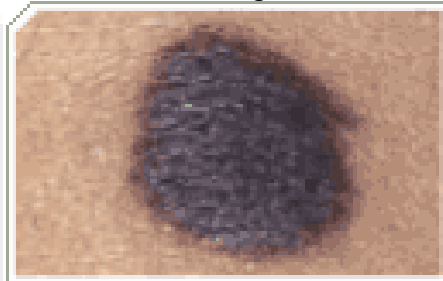


- **Cor**

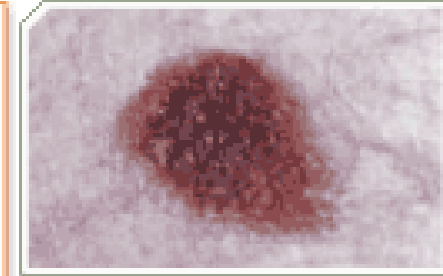
Dois tons ou mais: maligno



Tom único: benigno



- **DIMENSÃO**

Superior a 6mm:
provavelmente malignoInferior a 6mm:
provavelmente benignoFonte: Adaptado de <<http://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>>

ANEXO III - CORRETO USO DO PROTETOR SOLAR

O Conselho Brasileiro de Fotoproteção recomenda a utilização da “Regra da Colher de Chá”:

- Rosto/cabeça/pescoço: 1 colher de chá
- Braço/antebraço direito: 1 colher de chá
- Braço/antebraço esquerdo: 1 colher de chá
- Frente e atrás do tronco: 2 colheres de chá
- Coxa/pernas direitas: 2 colheres de chá
- Coxa/perna esquerdas: 2 colheres de chá

ORIENTAÇÕES:

- O produto deve ser reaplicado durante o dia, a cada 2 horas, ou quando houver transpiração excessiva ou contato com a água;
- Aplique a quantidade necessária para garantir a proteção de toda área exposta;
- A quantidade recomendada é de 25ml pra todo o corpo, para uma proteção eficaz;
- O filtro solar deve ser usado todos os dias, mesmo quando nublado, pois os raios atravessam as nuvens;
- A aplicação do filtro solar deve ser feita, de preferência, meia hora antes da exposição ao sol;
- Complemente a proteção com acessórios: chapéus, bonés, óculos solares;
- Evite a exposição ao sol entre 11 horas e 15 horas

Fonte: Adaptado de <<http://www.iderma.com.br/artigos.php?id=41>>
<<http://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>>