



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**SERGISLAINE BARBOSA CESAR**

**CÂNCER DE PELE:  
UM OLHAR SOBRE A DIMENSÃO PREVENTIVA E  
PROMOCIONAL DA ENFERMAGEM**

ARIQUEMES - RO  
2011

**Sergislaine Barbosa Cesar**

**CÂNCER DE PELE:  
UM OLHAR SOBRE A DIMENSÃO PREVENTIVA E  
PROMOCIONAL DA ENFERMAGEM**

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

Profa. Orientadora: Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza.

Ariquemes - RO

2011

**Sergislaine Barbosa Cesar**

**CÂNCER DE PELE:  
UM OLHAR SOBRE A DIMENSÃO PREVENTIVA E  
PROMOCIONAL DA ENFERMAGEM**

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

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Profa. Orientadora Dra Rosani Aparecida Alves  
Ribeiro de Souza  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Profa. Ms. Damiana Guedes da Silva  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Profa. Esp. Sonia Regina Batini  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 12 de Julho de 2011.

*Dedico esta monografia a duas pessoas Sergio e Angelina, que em nenhum momento mediram esforços para realização dos meus sonhos, que me guiaram pelos caminhos corretos, me ensinaram a fazer as melhores escolhas, me mostraram que a honestidade e o respeito são essenciais à vida, e que devemos sempre lutar pelo que queremos. A eles devo a pessoa que me tornei, sou extremamente feliz e tenho muito orgulho por chamá-los de pai e mãe.*

**AMO VOCÊS!**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço Àquele, que me permitiu tudo isso, ao longo de toda a minha vida, e, não somente nestes anos como universitária, é a Ele que dirijo minha maior gratidão. Deus, mais do que me criar, deu propósito à minha vida. Vem dEle tudo o que sou, o que tenho e o que espero. Tu és o maior mestre, que uma pessoa pode conhecer e reconhecer.

Aos meus pais Sergio e Angelina, razão do meu viver, que me deu a vida e me ensinou a vivê-la com dignidade, que se doaram inteiros e que muitas vezes renunciaram aos seus sonhos, para que, pudesse realizar os meus. Ao meu irmão Fernando, que contribuiu e trabalhou junto aos meus pais todos os dias para possibilitar a realização dessa etapa. Aos meus avós, tios (as), primos (as) e a minha cunhada Bruna que de alguma maneira contribuíram e incentivaram.

*Amo vocês!*

A querida Profa. Orientadora Dra Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza, meu agradecimento especial, por me orientar e acompanhar no processo de construção desse trabalho, por sempre estar pronta a me atender, pelo carinho, paciência, incentivo, dedicação e respeito. Mais que contribuir para meu conhecimento acadêmico, é um exemplo para minha vida, quero ser igual a você quando eu crescer!

*Muitíssimo obrigado sempre!*

Aos Professores, pela dedicação seu tempo e sua sabedoria para minha formação profissional. A Prof<sup>a</sup> Sônia Regina Batini, pelo exemplo de profissionalismo e personalidade e, claro, pela amizade e incentivo.

Aos amigos, que muitas vezes entenderam minha ausência e compartilharam minhas alegrias e lágrimas, pelo estímulo e carinho.

As minhas amigas mais que especiais conquistadas durante a graduação: Anne Carlaile, Carina Teixeira, Natalia Neves, Francieli Lando, Renata Fernandes e Silvia Maria, que fizeram parte dos meus dias dentro e fora da sala de aula, sobretudo pela amizade, que levarei em meu coração para sempre, independente dos rumos do nosso futuro. Eu amo vocês!

*Meu muito obrigado!*

*“...ensinar não é transferir conhecimento, mas criar a possibilidade para sua produção ou a sua construção”; e “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”.*

***Paulo Freire***

## RESUMO

O câncer é a segunda causa de óbito da população em todo o mundo, sendo o câncer de pele a neoplasia mais incidente, tendo-se configurado e consolidado como um crescente problema de saúde pública. Diante dessa assertiva é notória a necessidade de adoção de medidas educativo-preventivas que visem à redução de novos casos. O presente estudo teve por objetivo discorrer sobre a importância da sensibilização da sociedade para a adoção de medidas preventivas como instrumento no combate ao câncer de pele. Para tanto, como tipo de estudo realizou-se uma revisão de literatura, destacando a temática relacionada à atuação do profissional enfermeiro, diante do desafio de reduzir os crescentes índices relacionados a esse tipo de neoplasia. Dentro dessa perspectiva promocional, considera-se como sendo de fundamental importância o papel deste profissional frente à promoção e prevenção do câncer de pele, uma vez que o mesmo pode atuar em vários espaços sociais em conformidade com a necessidade dos usuários pertencentes à dada área de abrangência de determinada Unidade Saúde da Família (USF).

**Palavras-chave:** Promoção de Saúde, Prevenção Primária, Neoplasia/Câncer de pele, Atenção Básica, Enfermagem.

## ABSTRACT

Cancer is the second cause of death the population worldwide, and the skin cancer most frequent cancer and is configured and consolidated as a growing public health problem. Given this assertion is evident the need for adoption of educational and preventive measures aimed at reducing new cases. This study aimed to discuss the importance of awareness in society for the adoption of preventive measures as a tool in the fight against skin cancer. To do so, as a methodological strategy was carried out a literature review, highlighting the theme related to the performance of the professional nurse, faced with the challenge of reducing the rising rates related to this type of cancer. Within this perspective promotional, it is considered as being of fundamental importance to this professional role opposite the health and prevention of skin cancer, since it can operate in multiple social spaces in accordance with the need for users belonging to a given coverage area determined Family Health Unit (FHU).

**Keywords:** Health Promotion, Primary Prevention, Neoplasm/Skin Cancer, Primary Care, Nursing.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - MELANOMA MALIGNO .....	22
Figura 2 - CARCINOMA BASOCELULAR.....	23
Figura 3 - CARCINOMA ESPINOCELULAR .....	23
Figura 4 - LESÕES PRÉ-MALIGNAS.....	25

## LISTA DE SIGLAS

ABCD	Regra para prevenção do melanoma, refere-se a Assimetria, Bordas irregulares, Cor variada e Diâmetro.
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CBC	Carcinoma Basocelular
CEC	Carcinoma Espinocelular
DNA	Ácido Desoxirribonucléico
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
FPS	Fator de Proteção Solar
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INPE	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
IUV	Índice Ultravioleta
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPS	Política Nacional de Promoção a Saúde
PS	Promoção a Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RO	Estado de Rondônia, Brasil.
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
SBCD	Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
UV	Ultravioleta

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>13</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
4.1. PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE: ESCOPOS PARA A QUALIDADE DE VIDA .....	14
4.2. CÂNCER DE PELE: EDUCAR PARA PREVENIR .....	20
4.3. FATORES DE RISCO X FATORES DE PROTEÇÃO DO CÂNCER .....	26
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>42</b>

## INTRODUÇÃO

O câncer é a segunda causa de óbito da população em todo o mundo, sendo o câncer de pele a neoplasia mais incidente. No Brasil são estimados cerca de 120 mil novos casos de câncer de pele para o ano 2010/2011, para o estado de Rondônia (RO), são previstos cerca de 800 casos. (BRASIL, 2009).

O câncer tem se configurado e consolidado como um crescente problema de saúde pública. Como a pele é um órgão heterogêneo, esse tipo de câncer pode apresentar neoplasias de diferentes linhagens. Os mais freqüentes são: carcinoma basocelular, responsável por 70% dos diagnósticos de câncer de pele, o carcinoma epidermóide com 25% dos casos e o melanoma, detectado em 4% dos pacientes. (BRASIL, 2009).

Diante desses dados, é notória a necessidade de adoção de medidas educativo-preventivas e concretas que visem à redução de novos casos.

O enfermeiro deve estar conscientizado da magnitude desse problema, de modo a estar preparado para assistir à comunidade em nível de promoção, prevenção e reabilitação.

Nesse contexto, entre os diferentes espaços de atuação do profissional de enfermagem, destaca-se a estratégia Saúde da Família, que vem se fortalecendo como importante cenário de reorientação no modelo vigente, por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças.

Esse novo jeito de fazer saúde (lê-se Saúde da Família) traz implícita a possibilidade do enfermeiro propor e construir junto com a comunidade, o que querem aceitar como padrão de condição concreta de existência, de forma a fortalecer o sentido da saúde com um bem imensurável, devendo esta ser reverenciada por todos e consolidada por muitos, como item maior na busca da tão almejada qualidade de vida.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Realizar uma pesquisa bibliográfica sobre a importância da sensibilização da sociedade para a adoção de medidas preventivas como instrumento no combate ao câncer de pele.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discorrer sobre a promoção da saúde enaltecendo sua importância na implantação de práticas e formulação de políticas públicas direcionados ao aumento da qualidade de vida e saúde.
  
- Esclarecer sobre etiologia, fatores de risco, medidas de proteção e prevenção, todos relacionados ao câncer de pele.
  
- Identificar a estratégia Saúde da Família como âmbito importante para a atuação do enfermeiro no processo preventivo-promocional de combate ao câncer de pele.

### 3. METODOLOGIA

A estratégia metodológica primou pela revisão de literatura destacando a temática da promoção de saúde, com enfoque direcionando a importância da sensibilização da sociedade para a adoção de medidas preventivas como instrumento no combate ao câncer de pele.

Para a estruturação e análise do referencial teórico, realizado no período correspondente de abril a junho de 2011, optou-se pela literatura científica disponível na Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, a exemplo de livros e periódicos, além da busca eletrônica nas seguintes bases de dados: acervo da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, Editora do Ministério da Saúde, Portal do Scielo Brasil, além de base de dados oficiais, a exemplo do Instituto Nacional do Câncer (INCA), Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) e do site de busca Google Acadêmico, selecionado por apresentar conjuntos de páginas mais visitadas na internet.

As palavras-chave utilizadas para a realização do presente estudo foram: Promoção de Saúde, Prevenção Primária, Neoplasia/Câncer de pele, Atenção Básica e Enfermagem.

Vale considerar que a produção científica disponível eletronicamente, possibilitou acesso às discussões atualizadas sobre a temática trabalhada, por ser facilmente acessada.

Foram utilizados 40 referenciais, sendo 20 (50%) artigos nacionais, dois (5%) artigos internacionais, uma (2,5%) dissertação, sete (17,5%) livros e nove (22,5%) publicações e manuais do Ministério da Saúde e uma (2,5%) busca no site da Sociedade Brasileira Cirúrgica de Dermatologia.

## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1. PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE: ESCOPOS PARA A QUALIDADE DE VIDA

Os limites entre prevenção e promoção nem sempre são muito bem delimitados para as pessoas, até mesmo para alguns profissionais da saúde. Nesse sentido, se faz importante clarificar a diferenciação desses conceitos.

O termo prevenir tem o significado de "dispor com antecipação; que evite (dano ou mal); chegar, dizer ou fazer antes;" (FERREIRA, 2008, p. 653). A saúde pública entende a prevenção como maneira de intervir, evitando a ocorrência de um agravo específico, reduzindo sua incidência e prevalência. A fundamentação e avaliação são realizadas através do conhecimento epidemiológico, seu objetivo é controlar a transmissão de doenças infecciosas, redução do risco de doenças degenerativas e agravos específicos.

Em paralelo está o termo promover que tem o significado de "dar impulso a; fomentar; originar; gerar; diferenciar para que se realize". (Ferreira, 2008, p.659). A OMS tem definido promoção de saúde como o processo que capacita a população a exercer e aumentar o controle sobre a sua saúde e seus determinantes sociais, melhorando assim a qualidade de vida. (SOUZA e GRUNDY, 2004).

Segundo Moysés, Moysés e Krempel (2004, p.628), a PS é entendido atualmente como "um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre condições sociais que são críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas".

Sabe-se que a expressão Promoção da Saúde (PS) foi citada pela primeira vez por um médico historiador chamado Henry Sigerist em 1945, quando afirmou que a medicina devia seguir quatro princípios importantes: a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades, o restabelecimento dos doentes e a reabilitação. (GENTILE, 2001). Também defendia que para se ter saúde, eram necessárias condições apropriadas de trabalho, moradia,

educação, cultura, lazer, entre outras. Chamava a atenção para necessidade de realizar interação dos setores e realizar alianças interdisciplinares para promover saúde. (TERRIS, 1992 apud SOUZA e GRUNDY, 2004).

Porém, um marco histórico no campo da saúde pública aconteceu quase trinta anos depois, quando Marc Lalonde, ministro da saúde do Canadá, publicou em 1974 o primeiro documento oficial que continha a expressão PS, chamado Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses, onde defendia a inversão do orçamento público do país, que era centrado na assistência as doenças, relegando os fatores que as originavam. Destacava o envolvimento do meio ambiente, comportamento e estilos de vida dos indivíduos, no surgimento dos agravos a saúde. Segundo esse novo conceito para o campo da saúde, propôs ações que procuravam intervir de maneira positiva sobre comportamentos insalubres. (SOUZA e GRUNDY, 2004) Como medida de reforço à questão da importância da PS como estratégia para a consecução de melhorias nas condições concretas de existência, recorrer-se-á à singela apresentação dos documentos de orientação do processo de implementação das ações, atitudes e serviços pertinentes.

Em 1978, na ex União Soviética, aconteceu a Declaração de Alma Ata, produto da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que assumiu a saúde como direito humano fundamental, reafirmando a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Enfatizava para a necessidade dos governos e profissionais de saúde, adotarem medidas primárias no cuidado, entendidas como essenciais para a saúde e correspondendo ao primeiro nível de contato com o sistema de saúde. Enfim, a Declaração de Alma Ata teve o intuito de combater as desigualdades e alcançar a meta audaciosa de saúde para todos no ano de 2000. (MENDES, 2004).

Inspirada pelas novas perspectivas de Lalonde e pelos princípios de Alma Ata, a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu a I Conferência Internacional sobre PS, no ano de 1986, em Ottawa no Canadá. Esse evento deu início ao fortalecimento da PS e consolidou o seu conceito, descrito como



Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2001, p. 19).

A PS começa, então, na participação efetiva da comunidade na eleição das prioridades, decisões, elaboração e implementação de estratégias que alcancem um melhor nível de saúde, sendo tal situação de participação denominada empoderamento. Mas, que para isso aconteça faz-se necessário almejar o alcance da equidade, eliminando as diferenças evitáveis e injustas que limitam as oportunidades de se atingir o direito do bem-estar. Estabelece condições como à paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema sustentável, justiça social e equidade como pré-requisitos para a saúde.(BRASIL, 2001).

A OMS define que as atividades de PS devem ser planejadas e executadas de acordo com os princípios de intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas, sustentabilidade e concepção holística (físico, mental, social e espiritual). (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003). Enfatiza cinco estratégias fundamentais para se alcançar a saúde: à constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes saudáveis, fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento da autonomia das pessoas sobre sua própria saúde e a reorientação dos serviços de saúde, além de direcionar para a importância da participação social e da necessidade de elaborações alternativas para as práticas educativas. (HEIDMANN et al., 2006; CARVALHO e GASTALDO, 2011).

A II Conferência Internacional sobre PS aconteceu em 1988, na cidade de Adelaide, Austrália. Teve como tema principal as Políticas Saudáveis, mantendo os princípios da conferência de Ottawa. A Declaração de Adelaide propôs uma nova direção às políticas de saúde, que dava ênfase nas pessoas, na cooperação da sociedade e na atenção primária de saúde. O principal propósito da política pública saudável consiste em criar ambientes sociais e

físicos favoráveis à saúde e a qualidade de vida. (SOUZA e GRUNDY, 2004; BRASIL, 2002).

Em 1991, a Declaração de Sundsvall, na Suécia, foi a III Conferência. Destacou a existência de milhões de pessoas vivendo em extrema pobreza e privação, num ambiente degradado, considerando extremamente difícil atingir a meta da saúde para todos no ano 2000. A ênfase de intervenção consistia na criação de ambientes favoráveis à saúde, mantendo a busca pela equidade, educação e propôs o empenho ativo dos indivíduos e comunidade nas decisões e no processo de PS como meio de tornar os ambientes mais favoráveis à saúde. (GENTILE, 2001; BRASIL, 2002).

Em 1992 se deu a Declaração de Santafé de Bogotá, na Colômbia, desenvolvida pelos problemas e necessidades específicas da América Latina, e seu propósito fundamental se concentrava na busca de condições que garantissem o bem-estar geral, evidenciando a necessidade da solidariedade e equidade social para o desenvolvimento. (CESTARI e ZAGO, 2005; BRASIL, 2002).

Em 1997 deu-se na Indonésia a Declaração de Jacarta resultado da IV Conferência Internacional de PS, com o tema Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI. Destacando que o indivíduo deve ter maior controle sobre sua saúde, e assim, poder melhorá-la. O principal objetivo da Conferência foi aumentar as expectativas de saúde e reduzir as diferenças entre os países e os diferentes grupos sociais. Na mesma ocasião, foi enunciada que a pobreza é a maior ameaça à saúde. Diante desse desafio, foram definidas cinco prioridades: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde. (GENTILE, 2001; BRASIL, 2001).

No ano de 2000, foi realizada a V Conferência realizada na cidade do México, teve como principais objetivos reforçar os elementos-chave na PS, principalmente para indivíduos que vivem em condições adversas; ressaltou a relevância dos aspectos científicos, sociais e políticos na PS, bem como a necessidade da equidade entre os grupos sociais e países e o papel da mulher

no desenvolvimento de políticas de saúde. (MOYSÉS, MOYSÉS e KREMPEL, 2004)

Enfim, no ano de 2005, acontece a VI Conferência Internacional sobre PS, na cidade de Bankoque, na Tailândia. Teve como tema principal promoção de saúde em um mundo globalizado e as mudanças da saúde dentro do contexto global. Destacou o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, principalmente as doenças cardíacas, diabetes e o câncer. Na busca de alcançar saúde para todos, foi firmado quatro compromissos, que contribuem para que a PS seja considerada de importância primordial para a agenda de desenvolvimento mundial; uma responsabilidade central e inquestionável de todos os governos; um objetivo fundamental para a sociedade civil e comunidade em geral e um requisito de boas práticas empresariais. (HEIDMANN et al., 2006 BRASIL, 2002).

As Conferências objetivavam ajudar os países, criando metas para diminuir as desigualdades e as injustiças, e contribuir, pelos compromissos firmados, alcançar melhor qualidade de vida e conseqüentemente melhores condições sociais, além de difundir conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos.

No Brasil, o ato de promover saúde foi ao encontro às mudanças ocasionadas pelo movimento da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os questionamentos, onde e como promover saúde e suas interfaces. Em continuidade na busca de modelo de atenção que priorize as ações de melhoria na qualidade de vida, o Ministério da Saúde (MS), em 2005, definiu os compromissos pela saúde, distribuídos em três importantes Pactos, a saber: Defesa do SUS, de Gestão e Defesa da Vida. Destaque aqui para o Pacto em Defesa a Vida, que tem entre as prioridades, o aprimoramento do acesso e qualidade dos serviços prestados no SUS, especialmente para o fortalecimento e qualificação da estratégia da Saúde da Família, a Promoção, Informação e Educação em Saúde. Em 2006, aprovou a criação da Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), que veio ratificar os objetivos do Pacto em Defesa da Vida, objetivando

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (Brasil, 2006. Pg.13)

Assim, a PNPS se direciona para a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde, com ênfase na atuação básica, de maneira a incentivar o processo de autonomia e responsabilidade no processo de saúde, pela adoção de estilo de vida mais saudável, através do conhecimento da concepção ampliada de saúde, participação social, ambientes saudáveis e demais iniciativas que buscam a redução de desigualdades. (BRASIL, 2006).

Para Buss (2003) apud Santos et al. (2008, p.51) do que se constitui ação de promoção da saúde e ação de prevenção da doença:

Promoção da Saúde busca modificar condições de vida que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão, para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e a saúde, e orienta-se de conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem estar. Prevenção orienta-se mais as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de riscos ou fatores causais do grupo de enfermidades ou de uma enfermidade específica; seu foco é a doença e os mecanismos para atacá-la mediante o impacto sobre os fatores mais íntimos que a geram ou precipitam.

Essa conceituação aponta para a noção de que as ações de prevenção estão direcionadas para ausência das doenças, voltando suas estratégias para controle dos riscos específicos. Enquanto, a promoção de saúde tem uma visão mais ampla, com objetivo de incrementar ações que atuem de maneira contínua e dinâmica no processo de busca a saúde e bem estar das pessoas, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Assim, a prevenção, promoção e educação em saúde enfatizam e contribuem para alcançar melhores níveis de saúde para a população.

#### 4.2. CÂNCER DE PELE: EDUCAR PARA PREVENIR

Assim, comentar sobre prevenção e promoção da saúde implica aqui, necessariamente em citar a educação em saúde como sendo instrumento dentro do contexto das ações primárias voltadas, a prevenção do câncer de pele. Considera-se que o enfermeiro e sua equipe devem atuar como protagonistas nas ações primárias de saúde desenvolvendo ações de educação em saúde para a sensibilização das pessoas em relação a esse importante problema de saúde pública.

Como maior sistema orgânico do corpo, a pele desempenha funções altamente especializadas e essenciais ao nosso organismo. Diante desse importante órgão do corpo humano, segue um breve condensado sobre a fisiopatologia.

A pele é indispensável para a vida humana, representa cerca de 16% do peso corporal de um adulto, considerada um órgão vital, heterogenia, desempenhando diversas funções para homeostase do nosso corpo. Ela reveste nosso corpo, formando barreira entre os órgãos internos e os ambientes externos, entre suas funções estão: sentido do tato (temperatura, movimento, pressão, dor); metabólica (produz a vitamina D); equilíbrio hídrico; resposta imune (Langerhans) e principalmente de proteção a agressões externas (fungos, bactérias e outros materiais não próprios), produtos químicos, físicos e fatores ambientais, como o sol. (TOSATO, 2010). Mesmo sendo um órgão com funções específicas e especializadas, normalmente não nos lembramos de sua importância e que necessita de cuidados, estando sujeita a inúmeros problemas, incluindo o câncer.

O termo câncer é utilizado para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações e linhagens. São causadas por lesões graduais e repetidas no DNAs das células, seja por alterações genéticas, fatores ambientais ou estilo de vida, geralmente inter-relacionadas. O câncer é resultante do crescimento desordenado das células, que invadem tecidos e órgãos se dividindo rapidamente, geralmente de maneira agressiva e incontrolável, formando o tumor. Caso o tumor se espalhe

para outras regiões do corpo, dá-se o nome de metástase para tal condição. (BRASIL, 2011).

O câncer é considerado um problema de saúde pública, responsável pela segunda causa de morte da população, correspondendo a cerca de 12% de todos óbitos no mundo. Em 2002, as estimativas apontavam para 10 milhões de novos casos e 6 milhões de mortes, já para 2020 as estimativas sugerem a ocorrência de 15 milhões de novos casos e também 15 milhões de óbitos. No tocante ao Brasil, dados de 2004 apontaram o registro de 141 mil óbitos por câncer. (BRASIL, 2008).

As estimativas para o ano de 2010, também serão válidas para o ano de 2011, onde o Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontam para a ocorrência, no Brasil, de 489.270 casos novos de câncer, desses 236.240 casos novos no sexo masculino e 253.030 para sexo feminino.

Entre os principais tipos de câncer, destaca-se o câncer de pele, responsável por 25% de todos os casos. São divididos em duas variantes: melanoma e não-melanoma (carcinomas basocelulares e carcinoma espinocelular). (BRASIL, 2009).

O câncer de pele, assim, como todas as outras neoplasias, tem como característica o seu desenvolvimento silencioso e gradativo no organismo, recebendo nomenclaturas de acordo com sua característica.

O tipo referente ao melanoma, também chamado de melanoma maligno é um tipo de câncer que tem origem nos melanócitos, é considerado mais raro, com incidência baixa, representando cerca de 4% dos diagnósticos, mas com letalidade considerada elevada, devido sua alta possibilidade de metástase<sup>1</sup>. Porém, se detectado nos estágios iniciais, seu prognóstico é considerado bom, nos últimos anos houve uma significativa melhora na sobrevida dos pacientes com esse tipo de neoplasia, principalmente devido à detecção precoce. (BRASIL, 2009).

Este tipo de câncer recebe subclassificações na dependência de etnia, idade, região afetada, entre outras. São as subclassificações, a saber: lentigo maligno; melanoma de disseminação superficial; melanoma nodular e melanoma acrolentiginoso. (BRASIL, 2008; SOUZA, 2004). A seguir apresenta-

---

<sup>1</sup> Metástase é o processo de disseminação de células de um tumor primário para um local distante, sem continuidade e sem dependência do foco primário. (BRASIL, 2003).

se a figura 1, onde estão representados as quatro subclassificações do melanoma respectivamente.

**Figura 1 - MELANOMA MALIGNO**



Fonte: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/2010828/lecciones/cap4/cap4-3.htm>.

O melanoma tem como fator principal para o seu surgimento a presença de nevos<sup>2</sup> preexistentes, bem como os fatores hereditários, sendo estes intensificados pelos efeitos da luz solar. Se apresenta num diâmetro de aproximadamente 10 mm, tendo como sinais clínicos mais relevantes as alterações na coloração, tamanho ou formato de uma lesão pigmentada, além de pruridos, irregularidades na bordas da lesão e pigmentação em tons negro, marrom, vermelho, azul escuro, cinza ou ainda, zonas de hipopigmentação. (KUMAR, 2005).

Já o câncer de pele não melanoma continua sendo o tipo mais incidente na população brasileira. Sua letalidade é considerada baixa, porém, em alguns casos em que há demora no diagnóstico, podem ocorrer ulcerações e deformidades físicas graves. É subclassificado em carcinoma basocelular (CBC) ou células basais têm origem nas células basais da epiderme e corresponde a cerca de 70% dos cânceres de pele, seu desenvolvimento é lento e dificilmente se espalha para outras regiões do corpo. Quando diagnosticado e operado precocemente, atinge-se bons resultados na busca da

<sup>2</sup> Nevo é tumor cutâneo benigno e circunscrita formada por células produtoras de pigmento melânico. São conhecidos popularmente como sinais, pintas ou verrugas, dependendo do seu tipo. Podem estar presentes desde o nascimento ou surgirem com o passar dos anos. (REY, 2003).

cura e uma melhor qualidade de vida. Sua aparência é de um tumor brilhante, de coloração semelhante à pele que o circunda, podendo se caracterizar por sangramentos e formação de crosta ou placa seca áspera, descamante e com dificuldade de cicatrização. Sua localização geralmente acontece em regiões que ficam mais expostos ao sol como face e tronco.(BRASIL, 2009).

**Figura 2- CARCINOMA BASOCELULAR**



**FONTE:**[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2363/tumores\\_de\\_pele\\_em\\_cabeça\\_e\\_pescoco.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2363/tumores_de_pele_em_cabeça_e_pescoco.htm)

A outra subclassificação do tipo não melanoma é o carcinoma espinocelular (CEC) ou células escamosas, tem origem na camada mais externa da epiderme, correspondendo aproximadamente 20% dos cânceres de pele, é curável quando operado precocemente, porém sua disseminação ocorre de maneira mais rápida que o basocelular, suas localizações preferenciais são rosto, orelha, lábios, pescoço e no dorso da mão, pode acontecer processos de lesões ulcerativas e infiltrantes nas camadas mais profundas dos tecidos, de acordo com sua gravidade. (BRASIL,2009).

**Figura 3- CARCINOMA ESPINOCELULAR**






Em continuidade, ressalta-se que para o ano de 2011, o câncer do tipo não melanoma, será o mais incidente na população brasileira com 114 mil casos novos, destes 53.410 entre homens e de 60.440 nas mulheres. Para o estado de Rondônia a estimativa é que ocorram cerca de 800 casos de câncer do tipo não melanoma, enquanto para o melanoma a publicação faz referência de aproximadamente 30 casos. (BRASIL, 2009).

Em publicação do INCA algumas lesões são consideradas suspeitas ou pré-malignas. Diante de tal assertiva, acredita-se que o profissional de saúde deve estar atento para detecção precoce com vistas a aumentar as chances de melhor prognóstico. (BRASIL, 2008, p. 211-213). Assim, as principais lesões são:

- Nevos melanocíticos – lesões pigmentadas, planas, acastanhadas e de tamanho variável. Podem tanto estar presentes desde o nascimento (nevo congênito), ou surgir depois, na infância ou juventude.
- Nevos displásicos – são nevos melanócitos, com características clínicas e histológicas especiais, geralmente localizados no tronco. São maculopápulas de limites mal definidos, irregulares, com pigmentação variável, geralmente múltiplos, que surgem no período que vai da adolescência até cerca de 30 anos de idade.
- Xeroderma pigmentoso – é uma doença congênita da pele caracterizada por alterações degenerativas prematuras sob a forma de ceratoses, epiteliomatose maligna e hiper ou hipopigmentação.
- Ceratose – é uma hiperqueratose, potencialmente maligna, que se admite ser causada pela exposição crônica a luz solar (ceratose senil e actínica); presença de arsênico no organismo; ingestão ou injeção de arsênico (ceratose arsenical); geralmente acontece nas palmas das mãos.
- Epidermodisplasia verruciforme – anomalia congênita, na qual ocorrem lesões verucosas nas mãos, nos pés, na face e pescoço.
- Leucoceratose – é o espessamento e o embranquecimento anormais do epitélio de uma membrana mucosa.
- Radiodermite crônica – dermatose de natureza inflamatória ou degenerativa provocada por radiação ionizante. Manifesta-se clinicamente pelo aparecimento de eritemas e pequenas vesículas serosas, que determinam ulcerações ou cicatrizes mais ou menos profundas.
- Cicatrizes viciosas e ulcerações crônicas – lúpus eritematoso, queimaduras de Marjolin, úlceras fagedênicas tropicais, ulcerações crônicas nos terceiro e quarto espaços interdigitais dos pés com bordos calosos “calo mole”, liquinificações circunscritas crônicas e melanoses blastomatosas.

Segue abaixo, as figuras pré-malignas citadas:

**Figura 4- LESÕES PRÉ-MALIGNAS**

			
<p align="center"><b>NEVOS MELANOCÍTICOS</b></p> <p>Fonte: <a href="http://patologiadeorgaosistemas.blogspot.com/2010/10/nevos-melanociticos.html">http://patologiadeorgaosistemas.blogspot.com/2010/10/nevos-melanociticos.html</a></p>	<p align="center"><b>NEVOS DISPLÁSICOS</b></p> <p>Fonte: <a href="http://www.skincancer.org/Dysplastic-Nevi-Spanish/Lunares-Normales-Comparados-con-Nevos-Displasicos.html">http://www.skincancer.org/Dysplastic-Nevi-Spanish/Lunares-Normales-Comparados-con-Nevos-Displasicos.html</a></p>	<p align="center"><b>XERODEMA PIGMENTOSO</b></p> <p>Fonte: <a href="http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Xeroderma+Pigmentoso&amp;lang=3">http://www.lookfordiagnosis.com/mesh_info.php?term=Xeroderma+Pigmentoso&amp;lang=3</a></p>	<p align="center"><b>CERATOSE</b></p> <p>Fonte: <a href="http://www.medicinageriatrica.com.br/2008/07/29/ceratose-solar-ou-ceratose-actinica-mancha-senil/">http://www.medicinageriatrica.com.br/2008/07/29/ceratose-solar-ou-ceratose-actinica-mancha-senil/</a></p>
			
<p align="center"><b>EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME</b></p> <p>Fonte: <a href="http://ppsus.cederj.edu.br/site/ctrlink?codigo=3365&amp;tipo=0&amp;campo=0">http://ppsus.cederj.edu.br/site/ctrlink?codigo=3365&amp;tipo=0&amp;campo=0</a></p>	<p align="center"><b>LEUCOCERATOSE</b></p> <p>Fonte: <a href="http://www.uvp5.univparis5.fr/campusdermatologie/Path%20Bucal/erosionsetulcerations/Cours/3700ico.asp">http://www.uvp5.univparis5.fr/campusdermatologie/Path%20Bucal/erosionsetulcerations/Cours/3700ico.asp</a></p>	<p align="center"><b>RADIODERMITE CRÔNICA</b></p> <p>Fonte: <a href="http://www.dermatoscopiadf.com.br/site/index.php%3Foption%3Dcom_content%26task%3Dview%26id%3D">http://www.dermatoscopiadf.com.br/site/index.php%3Foption%3Dcom_content%26task%3Dview%26id%3D</a></p>	<p align="center"><b>CICATRIZES VICIOSAS E ULCERAÇÕES CRÔNICAS (LÚPUS)</b></p> <p>Fonte: <a href="http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?277">http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?277</a></p>

#### 4.3. FATORES DE RISCO X FATORES DE PROTEÇÃO DO CÂNCER

Diante desses dados, é notória a necessidade de adotar medidas concretas que visem uma redução de novos casos. O enfermeiro deve estar conscientizado da magnitude desse problema e preparado para assistir à comunidade em nível de promoção, prevenção e reabilitação.

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer são: tabagismo, etilismo, consumo de gorduras de origem animal, dieta pobre em fibras, vida sedentária, obesidade; as radiações ionizantes e as radiações ultravioletas do sol; alguns medicamentos e hormônios; agentes infecciosos e parasitários; exposição ocupacional e a poluição do ambiente geral. Embora esses fatores possam contribuir para o surgimento de qualquer tipo de tumor, os que estão mais diretamente relacionados no desenvolvimento do câncer de pele, é a sensibilidade ao sol (queimadura pelo sol e não bronzeamento); cor da pele (principalmente clara e/ou presença de sardas); cabelos loiros, ruivos ou castanhos claros; olhos claros (azuis, verdes, acinzentados); longos períodos de exposição solar diária ou curtos períodos de exposição solar intensa; uso de imunossupressão<sup>3</sup> crônica; irritações cutâneas crônicas; história prévia de câncer de pele, história familiar de melanoma; história de terapia com raio X para acne ou lesões benignas; nevo congênito (pinta escura); idade; genética; xeroderma pigmentoso (doença congênita que se caracteriza pela intolerância total da pele ao sol, com queimaduras externas, lesões crônicas e tumores múltiplos) e nevo displásico (lesões escuras da pele com alterações celulares pré-cancerosas).(CHO, 2010; BRASIL, 2008; SBD, 2011 e POPIM et al, 2008).

A maioria dos cânceres de pele ocorre devido à exposição excessiva ao sol. Segundo publicação do INCA, a Sociedade Americana de Câncer apontou o surgimento de mais de um milhão de carcinomas da pele, e aproximados 60 mil casos de melanoma, foram associados à radiação ultravioleta (UV) em 2007. (BRASIL, 2011).

---

<sup>3</sup> Redução total da capacidade de um indivíduo para produzir respostas imunológicas normais. (REY, 2003).

É importante compreender que a radiação UV faz parte da luz solar, sendo essencial para a preservação do calor e existência da vida. Esses raios são filtrados pela camada de ozônio, porém os buracos provocados por nossa civilização, está fazendo com que essa camada diminua, deixando o planeta cada vez mais desprotegido. A relação do comprimento e frequência dos raios UV, é inversamente relacionada, ou seja, quanto maior o comprimento da onda, menor é a frequência. (MATHEUS e KUREBAYASHI, 2002 apud PURIM e LEITE, 2010). A seguir apresenta-se o quadro 1 com a finalidade de destacar os três tipos de espectro das ondas, bem como suas características:

Quadro 1. Radiação Ultravioleta e suas características. Fonte: (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011; POPIM et al., 2008; PURIM e LEITE, 2010), adaptado pelo autor.

Nome (Raio)	Intervalo espectral (nm)	Características
<b>UVA</b>	320 - 400	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais longo</li> <li>- Intensidade constante durante o ano</li> <li>- Penetra profundamente a pele</li> <li>- O excesso de exposição pode causar queimaduras e, em longo prazo, causa o envelhecimento precoce, fotoalergias e câncer de pele.</li> <li>- Presente nas câmaras de bronzeamento artificial.</li> </ul>
<b>UVB</b>	280 - 320	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intensidade aumentada no verão (especialmente aumentada no verão)</li> <li>- Penetram superficialmente a pele</li> <li>- Prejudicial à saúde humana, podendo causar eritema, queimaduras solares mais potentes que UVA, danos diretos ao DNA, fotoimunossupressão, espessamento córneo e, a longo prazo, câncer de pele.</li> </ul>
<b>UVC</b>	100 - 280	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Altamente carcinogênicos</li> <li>- Completamente absorvida pela camada de ozônio e, portanto, não atinge a superfície terrestre.</li> </ul>

O Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE) determina o Índice Ultravioleta (IUV), como meio de avaliação da intensidade da radiação UV atinge a superfície terrestre, sendo assim, uma forma de se avaliar os níveis de risco da exposição da pele à radiação solar. O Índice UV-B é indicado por um número numa escala de 0 a 16 que mede o risco do efeito biológico à radiação solar, assim quanto maior o Índice UV-B, maior é o risco. Esse tipo de serviço meteorológico demonstra o risco do aumento da exposição a raios UV, ao divulgar diariamente os níveis de exposição para todo o país.

O Brasil em sua grande extensão territorial é um país heterogêneo, submetendo sua população a diferentes fatores de risco. É um país com clima predominante tropical, porém devido a diferentes tipos de relevo, altitudes e dinâmica das correntes e massas de ar, possibilita diferentes climas. (SOUZA, FISCHER e SOUZA, 2008).

A localização geográfica do Brasil tem como característica, seu espaço dividido pela Linha do Equador, ao norte, e pelo Trópico de Capricórnio, ao sul; latitudes predominantes baixas, chamadas de zona intertropical, onde prevalecem os climas quentes e úmidos na maior parte do ano e território. Essas determinações expõem o Brasil receber maior quantidade de energia solar, especialmente ao norte, como exemplo o estado de Rondônia (RO), onde os IUV para o mês de junho de 2011, segundo o INPE estão entre 7 (alto) e 10 (limite de muito alto/extremo), o que demanda cuidados indispensáveis à exposição solar. (KIGUTI, SEO e VILELA JUNIOR, 2009; BRASIL, 2011).

O fato de o Brasil ter predominância de população com pele clara ou parda, e estar situado em uma zona de alta incidência de raios UV e que se expõe de maneira descuidada, faz dos brasileiros, um grupo potencial para desenvolver agravos a pele. (HORA et al., 2003; NORA, 2004 e POPIM et al., 2008).

Apesar de grande parte da população reconhecer que a exposição ao sol de maneira descuidada, provoca agravos a pele e inclusive o câncer de pele, o uso de equipamentos de proteção são pouco utilizados com objetivo de se proteger (NORA et al., 2004; Carvalho et al., 2008). Uma pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), realizada em todo país, mostrou que cerca de 70% da população frequenta a praia sem proteção. Aliado a esse ponto de importância, deve-se destacar que o brasileiro ainda valoriza o bronzeado como sinônimo de beleza e saúde, para se adequar a isso, as pessoas se expõem ao sol, na busca pela cor do verão. No entanto, estudos comprovam que os bronzeamentos sempre acarretam algum tipo de agravos à pele. Albuquerque (2006) menciona o bronzeado como um sinal de agressão à pele, que o escurecimento da pele acontece como medida de defesa, onde o organismo ativa a produção de mais melanina para absorver os raios solares. Porém, o fato de o bronzeado ocorrer, é sinal de danos às células e que, posteriormente, acarretará em de rugas, manchas, melanoses,

queratoses e, até mesmo, o câncer de pele. (ALBUQUERQUE, 2006 apud TOFETTI e OLIVEIRA, 2006; SBD, 2011). O uso de aparelhos de bronzeamento artificial deve ser evitado, pois os raios são igualmente ou até mais perigosos que os provenientes do sol. (SOUZA, FISHER e SOUZA, 2004).

Contudo, o grupo considerado de alto risco de desenvolver câncer de pele são as pessoas com pele clara (se queima, mas não bronzeia) ou pessoas com exposição prolongada crônica; residentes em lugares de alta incidência de radiação UV; história familiar e/ou pessoal de câncer de pele; presença de ceratose actínica, portadores de xeroderma pigmentoso e deficiência genética. (NORA et al., 2006; POPIM et al., 2008 e BRASIL, 2011).

Pessoas que permanecem expostas ao sol, de maneira rotineira e durante muitos anos, como por exemplo, os marinheiros, agricultores, carteiros, trabalhadores de construção civil, agentes comunitários de saúde, entre tantos outros, estão muito propensas a desenvolver esse tipo de neoplasia, possibilidade que aumenta com o avanço da idade. (POPIM et al., 2008).

Diante desse quadro e o fato das taxas de câncer de pele estarem aumentando, empreender ações de promoção e medidas de prevenção primária destaca-se com a melhor alternativa, visto que apesar de não se poder mudar a predisposição genética, pode-se evitar os fatores que os causam. A prevenção do câncer da pele fundamenta-se no aconselhamento para a proteção contra a radiação solar por meio da utilização de filtros solares (FPS 15 ou mais), vestimentas adequadas (roupas folgadas, com mangas longas, coloração clara) e acessórios protetores (camiseta, chapéu, bonés de abas largas, guarda-sol e óculos escuros) e principalmente, evitar a exposição solar entre as 10 e 16 horas, quando a incidência dos raios UV é mais intensa (para o atento do Brasil, já para a região norte deve-se observar mudança do fuso-horário) tem sido recomendadas como forma efetiva de proteção para todos os tipos de agravos a pele.

O uso do protetor solar tem sido um dos mais importantes meios de prevenção, mas é essencial entender que o protetor solar não deve ser utilizado como medida de aumentar o tempo de exposição, mas de aumentar a proteção durante o período exposto.

O uso inadequado do protetor solar pode gerar uma falsa proteção. Assim, para cumprir sua função com eficácia e segurança, o filtro deve ser aplicado em porções generosas, distribuído sobre a pele de maneira uniforme, 30 minutos antes da exposição ao sol; replicando a cada 2 ou 3 horas ou após atividades físicas, como natação (mesmo para aqueles a prova d'água), ou qualquer outra atividade que faça transpirar intensamente, ou ainda, por ter permanecido por longos períodos ao sol. O Fator de Proteção Solar (FPS) quantifica a proteção que o filtro solar é capaz de oferecer, em termos de tempo de exposição, antes de ficar queimado. Assim, se um determinado protetor apresenta o valor de FPS 30, isso significa, na prática, que é necessária uma exposição solar 30 vezes maior para produzir eritema, se comparada à situação em que este usuário não estaria usando aquele protetor. Para uma melhor eficácia fotoprotetora, o protetor solar deve apresentar em sua composição filtros ultravioleta com espectro de absorção na faixa da radiação UVA e UVB e ser fotoestável. Além disso, para o efeito protetor ideal, o produto deve ser capaz de formar um filme homogêneo, capaz de distribuir seus ingredientes de forma regular em toda a superfície cutânea. (SCHALKA e REIS, 2011).

Salienta-se o uso do filtro solar diante de superfícies refletoras como areia, neve, concreto e água, são essenciais, pois nestes casos, o fato de estar à sombra não garante total proteção.

O cuidado com a pele das crianças é a principal preocupação da prevenção primária do câncer de pele, pois além da sua pele ser mais sensível, dentro da normalidade fica mais exposta ao sol que os adultos, sendo que é o principal fator determinante para esse tipo de neoplasia é a exposição cumulativa dos primeiros 20 anos de vida. (SBCD, 2011 E BRASIL, 2011). Assim, o uso do bloqueador solar é essencial para sua segurança, sempre as orientando a evitar os horários de maior incidência dos raios UV, ensinando a se protegerem do sol.

O uso de hidratante apropriado pode ser benéfico após exposição ao sol, mas deve-se evitar substâncias que possam aumentar a sensibilidade, como as existentes no limão, laranja e outras substâncias cítricas.

Outra medida mundialmente defendida é a realização do auto-exame regularmente (Anexo 1), pois facilita a assimilação das condições normais da

pele e por ventura, a detecção de alguma anormalidade. O auto-exame deve ser realizado num ambiente bem iluminado, com utilização de dois espelhos, avaliando se existe manchas pruriginosas (que coçam), descamativas ou que sangram; o surgimento de sinais ou pintas, que mudam de tamanho, forma ou cor, ou ainda, uma ferida que não cicatriza em 4 semanas, sem apresentar uma causa aparente.

Para a prevenção do melanoma, em especial, é muito importante ter em mente a regra do "ABCD", que indica se as pintas estão se modificando, podendo indicar a sua transformação. São elas: **A**ssimetria (dividindo a pinta ao meio, uma metade não se superpõe à outra); **B**ordas irregulares (bordas recortadas ou com fraca definição); **C**or variada (a pinta tem duas ou mais cores) e **D**iâmetro (maior que 6 mm, diâmetro semelhante do fundo de um lápis). (LEVIT, 2000; MULLER et al., 2009).

Essas ações de prevenção primária são efetivas e de baixo custo. A OMS enfatiza que é possível prevenir a maioria das doenças crônicas, como é o caso do câncer de pele, que apesar de ser o tipo mais prevalente, é também a mais prevenível. Mas, ainda existe uma dificuldade muito grande de compreensão e adesão das pessoas aos comportamentos preventivos (comportamentos que visam aumentar ou manter a própria saúde), onde a adesão a esses comportamentos depende da soma dos fatores culturais, sociais, psicológicos e influência no estilo de vida de cada indivíduo. (BRASIL, 2005; CESTARI e ZAGO, 2005).

As ações de Promoção da Saúde concretizam-se em diversos espaços, em órgãos definidores de políticas, nas universidades e, sobretudo, nos espaços sociais onde vivem as pessoas. (WESTPHAL e MENDES, 2000).

O papel estratégico das ações de prevenção primária e detecção precoce ilustram a importância da Atenção Básica à Saúde no controle do câncer no país, atuando em várias dimensões da linha de cuidados para o câncer. Conforme a portaria que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) a Atenção Básica envolve "ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer." (BRASIL, 2005, p.2).

Entre os diferentes espaços de atuação do profissional enfermeiro, destacamos a Saúde da Família, estratégia que representa a porta de entrada



do serviço de saúde, visando à ampliação do acesso e qualificação da atenção básica, servindo de referência e contra-referência para os diferentes níveis de saúde. Seu objetivo é prestar uma assistência integral, contínua e de qualidade para cada pessoa da comunidade. Segundo Costa (2008, p. 12) “acredita-se que as Unidades Básicas sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em suas comunidades, prestando atendimento de qualidade, evitando internações desnecessárias”.

Nesse contexto promocional, as ações do enfermeiro na Saúde da Família, de acordo com a real necessidade e abordagem entre os profissionais de saúde e a comunidade, vão ao encontro do princípio da integralidade preconizado pelo novo modelo de assistência em saúde.

Visando sedimentar a importância dessa estratégia para implantação de ações promocionais, cita-se

PSF vem se destacando como estratégia para reorganização do sistema de atenção básica à saúde, visando principalmente à reversão do modelo assistencial vigente, por meio da mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e organização geral. É uma proposta sintonizada com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e voltada para abordagem da promoção da saúde.(VIEIRA et al., 2008, p.22).

Para os mesmos autores recém referendados, a estratégia Saúde da Família tem atuado como elo e aproximação entre o sistema de saúde e seus usuários. Sua essência é a prática multiprofissional, com o intuito de potencializar as ações de saúde, sendo fundamental que haja interação entre todos os membros da equipe e da unidade de saúde.

Para que as estratégias produzam resultados no controle do câncer de pele, é vital que os profissionais de saúde conheçam bem o seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade, em todos os estágios das ações de saúde. A educação em saúde é considerada fator fundamental na geração de mudanças e deve ser instituída para capacitar a população em geral e também os profissionais de saúde, visto que ainda existe uma discrepância na compreensão do que efetivamente constitui uma ação de prevenção de doenças e promoção de saúde como citado anteriormente. (SANTOS, 2008). Segundo ANÁLISE (2006 p, 534)

A consciência da gravidade sanitária do câncer da pele é pequena entre os profissionais de saúde em várias partes do mundo. Para ampliá-la, são geradas iniciativas como intervenções educacionais para profissionais envolvidos com a atenção básica sobre práticas para o controle de câncer da pele.

A prática da educação em saúde em relação ao câncer de pele deve ser planejada, envolvendo a transmissão de informação sobre a situação da doença no país, informando os fatores de risco e as medidas preventivas e de proteção, visando à mudança de comportamento. Nessa perspectiva, a educação em saúde tem a intenção de promover o envolvimento e autonomia das pessoas nas decisões relacionadas à sua própria saúde e naquelas referentes aos grupos sociais aos quais eles pertencem, sensibilizando-os sobre os fatores de riscos do câncer de pele e como evitá-los, como meio de buscar um viver mais saudável. (OLIVEIRA, 2005; COSTA e CARBONE, 2008).

É pela educação, portanto, que as pessoas serão preparadas, é um processo de construção de conhecimento, de desenvolvimento da consciência crítica e capacidade de intervenção, com objetivo de transformação da realidade, devendo atingir igualmente a população em geral e suas lideranças.

Em conformidade com a Portaria da PNAO na atenção básica, o código de ética de enfermagem, rege entre os princípios fundamentais, o comprometimento com a saúde e qualidade de vida das pessoas, em nível individual, familiar e coletivo, exercendo suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade. Assim, as atribuições específicas do enfermeiro nas estratégias de Saúde da Família é planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar as ações desenvolvidas na Unidade Saúde da Família (USF), além de serem co-responsáveis pela administração da unidade. (BRASIL, 2009).

Entre os integrantes da equipe da Saúde da Família está o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que tem entre suas atribuições essenciais, realizar atividades primárias de saúde. A adoção de práticas integrativas no âmbito da atenção básica, exige do enfermeiro comprometimento para com a capacitação da equipe em serviço, no tocante a dispor informações referentes às práticas, preparando-os para a compreensão, apoio e, sobretudo, para o respeito da singularidade de cada indivíduo, de maneira a proporcionar uma

relação humanizada, baseada na visão holística de atendimento ao ser humano.

Esses profissionais estão em constante contato com a comunidade, geralmente possui grande capacidade de comunicação e realiza visitas às famílias, com intenção de reunir informações de saúde das pessoas, registrando tudo o que pode ajudar para o bem estar da comunidade. Atua como elo entre a comunidade e equipe, agindo como facilitador no acesso da atenção básica, além de exercer o papel de mediador dos saberes culturais e científicos. (BRASIL, 2002).

Dentro dessa dimensão relativa ao trabalho do ACS na prevenção do câncer de pele, vale citar uma pesquisa realizada por Carvalho et al. (2008), em Brasília, a qual objetivou avaliar o conhecimento de 39 ACSs, sobre os fatores de risco relacionados ao câncer de pele, antes e após a implementação de atividades educativas relativas à temática em questão. Como resultados, de maneira geral os ACS tinham noção dos riscos da exposição solar, porém apresentavam déficit no conhecimento dos fatores predisponentes e medidas de proteção. Embora a eficácia da atividade tenha sido satisfatória, evidenciada pelo aumento significativo do uso de medidas de prevenção, a falta de hábito e a dificuldade financeira para adquirir os insumos de proteção, foram citados como principais barreiras à proteção dos riscos causadores do câncer de pele.

Essa experiência reafirma a noção da limitação quanto ao conhecimento dos riscos e dos fatores predisponentes ao câncer de pele, com exceção do domínio dos especialistas, muitos dos quais, podem ser responsabilizados pelo envolvimento junto aos diversos tipos de mídias, em campanhas educativo-preventivas direcionadas ao público em geral.

Muito embora ocorra a divulgação da importância da prevenção do câncer de pele por diferentes profissionais ou integrantes dos vários grupos societários, pode-se inferir que ainda persiste a necessidade de fortalecer as ações de sensibilização quanto aos riscos e fatores de proteção, bem como quanto à detecção precoce dos sinais clínicos sugestivos no surgimento desse tipo de neoplasia. (Carvalho et al, 2008).

Como coordenador da equipe da saúde da família, o enfermeiro ocupa um importante posição na tomada de decisão e implementação de estratégias

eficientes, efetivas e eficazes na busca de melhores condições de vida para a população.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no conteúdo apresentado e seguindo a tendência mundial, torna-se permitido considerar a promoção de saúde como escopo de ações e atitudes voltadas à melhoria da qualidade de vida e saúde, tanto em nível individual quanto coletivo.

Dentro dessa perspectiva promocional reconhece-se que o papel do profissional de enfermagem na prevenção do câncer de pele é de suma importância, uma vez que o mesmo pode atuar em vários espaços sociais em conformidade com a necessidade dos usuários pertencentes à dada área de abrangência de determinada USF.

A prática de educação em saúde ganha status por ser tida como importante instrumento do processo de desenvolvimento de ações direcionadas à promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças.

Nesse sentido, cabe ao enfermeiro trabalhar junto a sua equipe, métodos e meios que diminuam a ocorrência do câncer de pele, de maneira a compartilhar seus saberes e fazeres com a comunidade, esclarecendo a exemplo dos horários que requerem maior cuidado com a exposição solar, sobre o uso de medidas de proteção da pele, entre outras informações. Para tanto, deve-se disseminar as orientações de maneira clara e objetiva, atentando-se para a singularidade do indivíduo, levando em consideração sua capacidade de apreensão do conteúdo informado.

Mediante esse conjunto de reflexões é possível entender que o enfermeiro deve ter sua atuação voltada para a prevenção do câncer de pele, mesmo sendo este considerado o mais prevenível entre os diversos tipos de câncer. Para tanto, deve-se valer de atitudes e ações politicamente viáveis, equitativamente corretas e socialmente dignas e justas.

## REFERÊNCIAS

ANÁLISE de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, dez. 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962006000600004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000600004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 31 maio 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Promoção da saúde**: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall e declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, rede de megapaíses e declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. SUS-ONCO. INCA e CGSIAH/DECAS - SAS/MS. Ano 8 N° 02 Junho de 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/oncojun03.htm>. Acesso em: 12 Junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis** : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=2](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=2)>. Acesso em 12 abril de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Fatores de risco**: radiação solar. Disponível em:

<[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=21](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=21)>. Acesso em: 10 de março de 2011.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. **Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais – INPE.** Disponível em: <[http://www.inpe.br/noticias/noticia.php?Cod\\_Noticia=2583](http://www.inpe.br/noticias/noticia.php?Cod_Noticia=2583)>. Acesso em: 14 maio 2011.

CARVALHO, Kélsia Dias de, et al., 2008. Estratégia de Educação em Saúde na prevenção do câncer de pele por agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO**, Brasília, v.1. n.3, pg 28-41, set/dez, 2008. Disponível em: <[http://www.unieuro.edu.br/downloads\\_2005/reeuni\\_03\\_004.pdf](http://www.unieuro.edu.br/downloads_2005/reeuni_03_004.pdf)>. Acessado em: 11 Maio 2011.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-812320080009000007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320080009000007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Maio 2011.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek e ZAGO, Márcia Maria Fontão. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev. bras. enferm. [online]**. 2005, vol.58, n.2, pp. 218-221. ISSN 0034-7167.

CHO, Hyunyi et al. Tanning, Skin Cancer Risk, and Prevention: A Content Analysis of Eight Popular Magazines that Target Female Readers, 1997–2006. **Health Commun.** Author manuscript; available in PMC 2010 March 11. Published in final edited form as: *Health Commun.* 2010 January 1; v. 25, n.1, p.1-10.).

COSTA, Elisa Amorim da Costa; CARBONE, Maria Herminda. **Saúde da Família: Uma abordagem multidisciplinar.** Rio de Janeiro: Rubio, 2009. 260 p.

FERREIRA, **Aurélio Buarque de Holanda. Língua Portuguesa** – Dicionários. I. Ferreira, Marina Baird. II. Anjos, Margarida dos. III. Título. 7. ed. Curitiba: Ed. Positivo. 2008. Pgs 653, 659.

GENTILE, Marilena. **Promoção da Saúde e Município Saudável.** 1. Ed. Vivere, 2001. 156 p.

HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.15, n.2, Junho 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Junho 2011.

HORA, Clarissa da et al. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em freqüentadores de academia de ginástica, em Recife. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, Dec. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962003000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962003000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 20 Junho 2011.

KUMAR, Vinay. ROBBINS e COTRAN. **Patologia** - bases patológicas das doenças. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1592 p.

KIGUTI, Vanessa König; SEO Emília Satoshi Miyamaru, VILELA JUNIOR, Alcir. Radiação ultravioleta: uma avaliação em São Paulo. **Rev. de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente** - v.4, n.1, Seção InterfacEHS 3, abr./ ago 2009. Disponível em: <[www.interfacehs.sp.senac.br](http://www.interfacehs.sp.senac.br)>. Acessado em: 16 junho 2011.

LEVIT, Eyal K. et al. The ABC rule for clinical detection of subungual melanoma. **Journal of the American Academy of Dermatology** - February 2000 (Vol. 42, Issue 2, Pages 269-274).

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma-ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 maio-junho; v. 12, n. 3, p. 447-8. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)>. Acesso em: 12 maio 2011.

MOYSES, Samuel Jorge; MOYSES, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Sept. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 08 Junho 2011.

MULLER, Karen Reetz et al. Avaliação do aprendizado dos pacientes sobre a regra do ABCD: um estudo randomizado no sul do Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 6, Dec. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962009000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962009000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Junho 2011.



NORA, Adelar Bocchese et al. Frequência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, Fev. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962004000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Junho 2011.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, Junho 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 20 Junho 2011.

POPIM, Regina Célia et al. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400030&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400030&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 06 Junho 2011.

PURIM, Kátia Sheylla Malta; LEITE, Neiva. Fotoproteção e exercício físico. **Rev. Bras Med Esporte**, Niterói, v. 16, n. 3, Junho 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-86922010000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Junho 2011.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. 950 p.

SANTOS, Fabiana Rodrigues et al. **Promoção em Saúde**: pressupostos, sentidos, práticas e a compreensão dos técnicos em saúde. *In*: SAITO, Raquel Xavier de Souza (Coord.). **Integralidade da Atenção: Organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva Sujeito-Sujeito**. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2008. p. 49-79.

SCHALKA, Sergio; REIS, Vitor Manoel Silva dos. Fator de proteção solar: significado e controvérsias. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, Junho 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962011000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 02 Julho 2011.

SICOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, fev. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832003000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 20 Junho 2011.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. Orientações: Radiação solar. Disponível em <http://www.sbcd.org.br/pagina.php?id=78>. Acessado em 06 maio de 2011.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000500030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500030&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 20 Junho 2011.

SOUZA, Sonia R P de; FISCHER, Frida M; SOUZA, José M P de. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, Aug. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 21 Junho 2011.

TOSATO, Maira Gaspar. Análise dos constituintes da pele humana sob efeitos de cosmeceuticos por espectroscopia Roman. Orientadores: Prof. Dr. Airton A. Martin. São José dos Campos, 2010.

TOFETTI, Maria Helena de Faria Castro; OLIVEIRA, Vanessa Roberto. A importância do uso do filtro solar na prevenção do fotoenvelhecimento e do câncer de pele. **Rev. Científica da Universidade de Franca-SP**. v. 6, n. 1. p. 59-66. 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/viewFile/183/137>>. Acessado em 27 abril 2011.

VIEIRA, Adilson Mota et al. Trabalho em equipe no programa de saúde da família: integração para integralidade da assistência. *In*: SAITO, Raquel Xavier de Souza (Coord.). **Integralidade da Atenção**: Organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva Sujeito-Sujeito. 1 ed. São Paulo: Martinari, 2008. p. 17-46.

WESTPHAL, Márcia Faria; MENDES Rosilda. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública** - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, Nov./Dez. 2000.

## ANEXOS

### Anexo 1 – Auto-exame da pele.



**Figura 5 - Auto exame da pele**

Fonte: BRASIL, 2008, p. 607, adaptado pelo autor.

## **Passo a passo do auto-exame da pele**

### **O que deve-se procurar?**

- Pintas, verrugas (de nascença ou não, especialmente as negras), nódoas e crostas
- Atenção para as lesões que sofrem modificações de aspecto, espessura, superfície, cor, tamanho, prurido ou sangramento.

As chances de encontrar um câncer de pele podem ser aumentadas por meio de um simples auto-exame da pele. O exame deve ser realizado em ambiente bem iluminado com auxílio de dois espelhos.

**A)** Examine atentamente a face e pescoço, pois essa região está em constante contato com o sol.

**B)** Com um espelho na mão, examine todo o dorso das costas, região glútea, coxas e pernas;

**C)** Examine atentamente todo o tórax e mamas;

**D)** Inspeccione completamente todas as áreas do corpo, desde a cabeça até os pés;

**E)** Dobre os cotovelos e observe cuidadosamente as mãos, antebraços.

**F)** Com os braços levantados, examine as axilas, todo o seu corpo de frente, de costas e os lados direito e esquerdo;

**G)** Sentado, examine atentamente a planta e o peito dos pés, assim como os entre os dedos;

**H)** Com o auxílio de um espelho de mão e de uma escova ou secador, examine o couro cabeludo, pescoço e orelhas;

### **Lembre-se**

O auto-exame não substitui o exame clínico. Logo independentemente de se observar qualquer alteração, procure a unidade mais próxima da sua residência para realização do exame clínico da pele.

## ANEXO 2 - IUUV do Brasil, ênfase para Estado de Rondônia.

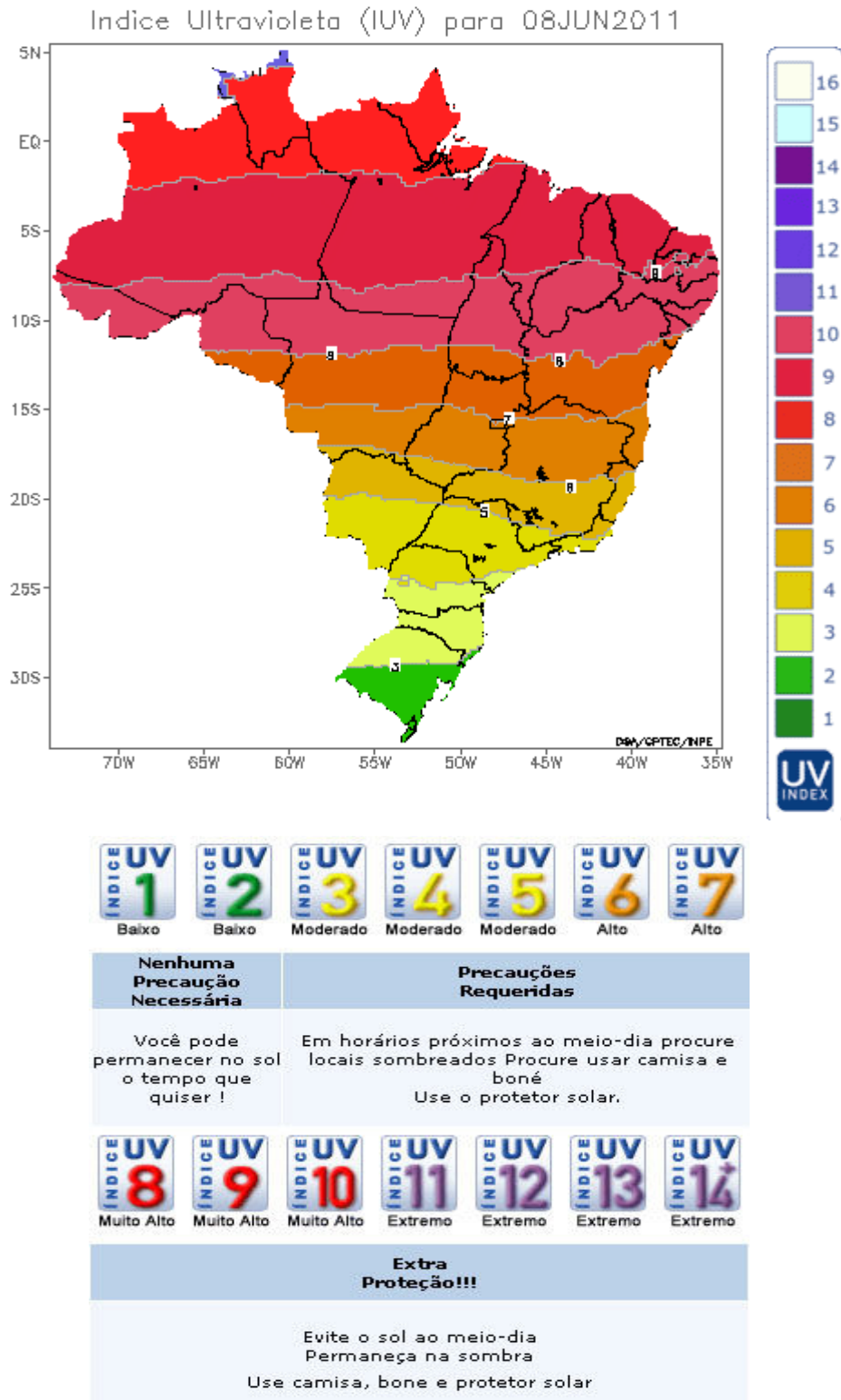


Figura 6. Fonte: BRASIL, 2011.