

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

LIS PEREIRA RAMOS  
SERLIENE DE PAULA SOUZA

**CÂNCER DE PELE SOB ÓPTICA DOS GRADUANDOS DE  
ENFERMAGEM**

VITÓRIA  
2010

LIS PEREIRA RAMOS  
SERLIENE DE PAULA SOUZA

**CÂNCER DE PELE SOB ÓPTICA DOS GRADUANDOS DE  
ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de enfermeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Cláudia Regina Stelzer Moraes.

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Tatiane Miranda da Silva.

VITÓRIA  
2010

LIS PEREIRA RAMOS  
SERLIENE DE PAULA SOUZA

## CÂNCER DE PELE SOB ÓPTICA DOS GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de enfermeiro.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### COMISSÃO EXAMINADORA

Professora Cláudia Regina Stelzer Moraes  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Orientadora

*Cláudia Regina Stelzer Moraes*

*Agrizzi*  
Professora Jackeline Frade Agrizzi  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

*Tatiane Miranda da Silva*  
Professora Tatiane Miranda da Silva

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

## RESUMO

O enfermeiro tem papel fundamental na prevenção e detecção do câncer de pele, ao orientar e realizar práticas educativas à população de forma geral. Esta pesquisa tem como objetivos: identificar e verificar o nível de conhecimento em graduandos de enfermagem de uma instituição de ensino superior sobre o câncer de pele; identificar os fatores de risco predisponentes ao câncer de pele nesses graduandos; identificar as ações preventivas do câncer de pele realizadas por esses alunos e relacionar o nível socioeconômico com os fatores de proteção. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizado por meio de um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas. Os sujeitos foram estudantes do curso de Enfermagem de ambos os sexos, devidamente matriculados no sexto, sétimo e oitavo períodos, com uma amostra de 105 alunos, de uma faculdade privada no município de Vitória. Referente aos dados identificou-se que 86,67% (n=91) dos entrevistados eram do sexo feminino e 13,33% (n=14) eram do sexo masculino. Analisando a idade dos entrevistados, observa-se que há predominância de alunos com idade de 21 anos (n=30), seguido de alunos com 22 anos (n=15) e 20 anos (n=14) e observa-se que 93,33% dos entrevistados (n=98) acreditam que a exposição solar faz mal. Analisando a renda familiar dos entrevistados, observa-se que há predominância de renda familiar de 1 a 5 salários mínimos (n=35), seguida de renda familiar de 5 a 10 salários mínimos (n=34). Observa-se que os entrevistados (n=83) responderam utilizar como principal meio de prevenção contra o sol o uso de protetor solar. A cor da pele, a maioria declarou-se de cor parda (n=49), seguida de cor branca (n=45) e negra (n=10). Observa-se que 78,10% (n=82) dos entrevistados não possuem histórico familiar de câncer de pele e 20% (n=21) possuem histórico familiar de câncer de pele. Observa-se que 38,10% dos entrevistados (n=40) responderam fazer uso de protetor solar durante exposição ao sol; 61,9% (n=65) fazem a reaplicação do protetor solar durante a exposição ao sol e 44 entrevistados afirmaram fazer reaplicação do protetor solar a cada duas horas. Numa visão geral, os graduandos de enfermagem têm conhecimento dos efeitos maléficos da exposição solar excessiva, embora se exponham em diferentes frequências e no horário de maior risco; ocorre uma grande exposição desta população, principalmente devido à maioria desta ser jovem, o que sinaliza que

terão maior probabilidade de estarem expostos aos raios solares durante o decorrer de sua vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer de pele, enfermagem, prevenção do câncer de pele.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
2.1 GERAL .....	10
2.2 ESPECÍFICOS .....	10
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	11
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO .....	11
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO .....	12
<b>3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b> .....	<b>12</b>
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	13
3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA .....	13
3.6 RESULTADOS ESPERADOS .....	14
3.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	14
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	15
<b>4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>16</b>
4.1 ANATOMIA E FISILOGIA DA PELE .....	16
4.2 CONCEITOS .....	16
<b>4.2.1 NEOPLASIA</b> .....	<b>16</b>
<b>4.2.2 CÂNCER</b> .....	<b>17</b>
<b>4.2.3 TUMOR MALIGNO</b> .....	<b>17</b>
4.3 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER .....	17
4.4 CARCINOMA BASOCELULAR (CBC) .....	18
<b>4.4.1 FATORES DE RISCO</b> .....	<b>18</b>
<b>4.4.2 ETIOLOGIA</b> .....	<b>19</b>
<b>4.4.3 MANIFESTAÇÕES</b> .....	<b>19</b>
<b>4.4.4 CLASSIFICAÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>4.4.5 DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>20</b>
4.5 CARCINOMA ESPINOCELULAR .....	20
<b>4.5.1 FATORES DE RISCO</b> .....	<b>20</b>
<b>4.5.2 TRATAMENTO</b> .....	<b>21</b>
4.6 MELANOMA .....	21
<b>4.6.1 CLASSIFICAÇÃO DOS MELANOMAS</b> .....	<b>22</b>

4.6.1.1 MELANOMA DISSEMINATIVO SUPERFICIAL .....	22
4.6.1.2 MELANOMA NODULAR .....	23
4.6.1.3 MELANOMA LENTIGO MALIGNO .....	23
4.6.1.4 MELANOMA DESMOPLÁSICO .....	23
4.6.1.5 MELANOMAS NÃO-CUTÂNEOS .....	23
<b>4.6.2 DIAGNÓSTICO .....</b>	<b>24</b>
<b>4.6.3 TRATAMENTO .....</b>	<b>25</b>
<b>4.6.4 ESTADIAMENTO MELANOMA CUTÂNEO .....</b>	<b>26</b>
4.7 EXAME CLÍNICO DA PELE .....	27
4.8 ABCD DO EXAME DA PELE .....	28
4.9 AUTO EXAME DA PELE .....	28
4.10 PRINCIPAIS MEDIDAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE PELE .....	29
4.10.1 MEDIDAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA .....	29
4.10.2 MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA .....	30
4.11 ESTIMATIVA DE CÂNCER DE PELE NO BRASIL E ESPÍRITO SANTO .....	30
4.12 DADOS COLETADOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER .....	31
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>32</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer de pele é a forma mais comum e mais prevenível de câncer. Representa cerca de um terço de todos os tipos de câncer diagnosticados (INCA, 2008); mesmo assim as taxas de mortalidade são baixas, mas podem causar consideráveis deformidades físicas se não tratados (SOUZA et al., 2009).

Os três principais tipos de câncer de pele são os carcinomas de células basais (CCB), o carcinoma de células escamosas (CCE), considerados câncer de pele não melanoma (CPNM), e o melanoma cutâneo (MC) (SOUZA et al., 2009; NORA et al., 2004).

No Brasil, segundo dados das estimativas de câncer do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008), os cânceres (CA) de pele do tipo melanoma atingirão 5.930 pessoas e o CA não melanoma que é o mais comum na população brasileira, se prevê 113.850 novos casos, para o ano de 2010 (NORA et al., 2004).

O Sul e Sudeste são as regiões de maior ocorrência dos casos de CA de pele, onde há mais pessoas susceptíveis à exposição de raios UVA e UVB (INCA 2008; SOUZA et al., 2009).

Dentre os fatores de risco estão a exposição cumulativa aos raios ultravioleta, com episódios de exposição solar, fatores fenotípicos (pele, cor dos olhos e cabelos) e história familiar de CA de pele (NORA et al., 2004).

Na atualidade, predomina-se que o padrão estético e socioeconômico é ter a pele bronzeada. Esse tipo de cultura, que já está inserida em um país tropical, induz e favorece a prática de atividades sob o sol, acarretando numa excessiva exposição à radiação ultravioleta, principalmente entre os jovens (SOUZA et al., 2009).

Diversas pesquisas vêm mostrando que na maioria das vezes a exposição solar é intencional com o objetivo de adquirir um corpo bronzeado como sinônimo de saúde e beleza, mas também pela despreocupação com a proteção da pele durante

atividades cotidianas, mesmo a população em geral e principalmente os jovens tendo conhecimento sobre os riscos da exposição excessiva à radiação ultravioleta (CORRÊA, 2003; SOUZA, 2004).

A melhor conduta para o controle do câncer de pele é a prevenção. O enfermeiro deve informar aos seus pacientes sobre os riscos da exposição excessiva ao sol; realizar o exame clínico da pele, observando lesões suspeitas; ensinar e orientar sobre a realização regular do auto-exame da pele; encaminhar os pacientes com lesões suspeitas para consulta médica e promover educação da população quanto às medidas de prevenção (INCA, 2008).

Esta pesquisa visa identificar e verificar o nível de conhecimento em graduandos de enfermagem de uma instituição de ensino superior sobre o câncer de pele; identificar os fatores de risco predisponentes ao câncer de pele nesses graduandos; identificar as ações preventivas do câncer de pele realizadas por esses alunos e relacionar o nível sócio-econômico com os fatores de proteção.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

- Analisar o nível de conhecimento de graduandos em enfermagem sobre o câncer de pele.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores de risco predisponentes ao câncer de pele em graduandos de uma instituição de ensino superior.
- Identificar as ações preventivas do câncer de pele realizadas pelos graduandos de enfermagem.
- Relacionar o nível sócio-econômico com os fatores de proteção realizados por eles.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa.

Para Oliveira (2001, p. 114) e Gil (2006, p. 42), é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam em determinado fenômeno; dão margem também à explicação das relações de causa e efeito dos fenômenos, ou seja, analisar o papel das variáveis que, de certa maneira, influenciam ou causam o aparecimento dos fenômenos. É certamente o tipo de estudo mais adequado quando o pesquisador necessita obter melhor entendimento a respeito do comportamento de vários fatores e elementos que influem sobre determinados fenômenos.

Enquanto que a pesquisa quantitativa, de acordo com Oliveira (2001, p. 115) significa quantificar opiniões, dados, na forma de coleta de informações, assim como também com o emprego de recursos e técnicas estatísticas e é muito utilizada no desenvolvimento de pesquisas descritivas, onde se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis, da mesma forma que na investigação da relação de causa e efeito.

#### 3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

O cenário de estudo escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi uma faculdade privada localizada na Avenida Nossa Senhora da Penha, número 2190, bairro Santa Luiza em Vitória, ES, que oferece cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Serviço Social e cursos de pós-

graduação para profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e multiprofissionais.

### 3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram estudantes do curso de Enfermagem de ambos os sexos, devidamente matriculados no sexto, sétimo e oitavo períodos de uma faculdade privada no município de Vitória. Atualmente esta faculdade possui 122 alunos freqüentando estes períodos

#### 3.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Estarão inclusos todos os alunos e alunas devidamente matriculados no sexto, sétimo e oitavo períodos do curso de Graduação em Enfermagem que aceitaram participar desta pesquisa, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado. Os alunos devem estar lúcidos, conscientes e capazes de se comunicar verbalmente.

Estarão excluídos os alunos e alunas que não aceitarem participar da pesquisa.

A faixa etária do aluno participante da pesquisa não foi fator de inclusão e exclusão, tendo em vista que os alunos do sexto, sétimo e oitavo períodos possuem idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos.

### 3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas, que foi aplicado aos alunos e alunas durante o intervalo de aulas realizadas na faculdade.

Antes do momento da coleta de dados os entrevistados foram informados sobre os objetivos da pesquisa e a garantia do seu anonimato. Foi entregue o roteiro juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao qual foi preenchido por aqueles que quiseram participar da pesquisa.

Somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP – EMESCAM) sob processo de número 108/2010, que foi aplicado o roteiro de entrevista. A pesquisa respeitou a Resolução nº. 196/96 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

### 3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Os riscos em relação à pesquisa foram mínimos, podendo ocorrer atrasos no tempo previsto de respostas da entrevista pelo participante, mudando a rotina do cotidiano durante o momento em que responder a pesquisa, e até mesmo cansaço, e os benefícios relacionados à sua participação serão utilizados para fins científicos, em apresentação de eventos, publicação em revistas, e a contribuição para o crescimento científico para profissionais da área de saúde.

### 3.6 RESULTADOS ESPERADOS

Esta pesquisa tem a pretensão de contribuir com o conhecimento científico e também orientar a sociedade em geral sobre a importância dos malefícios do câncer de pele.

### 3.7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para análise e interpretação dos dados quantitativos foi utilizado o programa Microsoft Excel®, no qual, os dados foram tabulados através de gráficos, demonstrando sobre a forma de percentagem os resultados.

### 3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), encontrando-se em consonância com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

O estudo foi iniciado após aprovação pelo CEP – EMESCAM, sob número 108/20100 e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), pelos participantes. O trabalho de pesquisa foi autorizado pelo diretor geral da instituição escolar onde foi desenvolvida a pesquisa (APÊNDICE A).

O aluno que concordou em participar da pesquisa recebeu uma declaração de consentimento e autorização, que após ser lida, explicada e aceita foi assinada por ele e pela pesquisadora. Uma cópia ficou com a pesquisadora e outra com o aluno para possíveis dúvidas.

## **4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **4.1 ANATOMIA E FISILOGIA DA PELE**

A pele é uma membrana resistente, com capacidade de auto-reparação, servindo de barreira protetora para o meio líquido interno, desempenhando assim a homeostase (SMITH JUNIOR e THIER, 1990).

Possui três camadas principais: a epiderme, uma mistura de células de origem embrionária e funções diferentes; a derme, composta de estroma de tecido conjuntivo fibroso e denso, vasos sanguíneos, linfáticos, nervos e anexos, além de células imunológicas; e a hipoderme, uma camada especializada de tecido conjuntivo com predominância de células adiposas (SMITH JUNIOR e THIER 1990; CORMACH, 2003; DANGELO e FATTINI, 1998; TORTORA, 2007).

### **4.2 CONCEITOS**

#### **4.2.1 NEOPLASIA**

Significa literalmente "crescimento novo," e esse novo crescimento é um neoplasma. O termo tumor foi originalmente aplicado ao intumescimento pela inflamação (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

Segundo o oncologista inglês Willis, citado por COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000, "uma neoplasia é uma massa anormal de tecido, cujo crescimento excede aquele dos tecidos normais e não está coordenado com ele, persistindo da mesma maneira excessiva após o término do estímulo que induziu a alteração".

A oncologia do grego *oncos* refere-se ao estudo dos tumores ou neoplasias (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

#### **4.2.2 CÂNCER**

A palavra câncer é o termo comum utilizado para referir-se a todos os tumores malignos. Embora as origens antigas desse termo seja um tanto incertas, ele, provavelmente deriva do latim caranguejo, *cancer*, presumivelmente pelo fato de um câncer aderir a qualquer parte e agarrar-se de modo obstinado como um caranguejo (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

#### **4.2.3 TUMOR MALIGNO**

De acordo com Pollock et al (2006, p. 11), é quando uma célula tumoral tem a capacidade de invadir e metastatizar. Essas células alteradas precisam inicialmente se desprender do tumor primário, invadir um vaso sanguíneo ou linfático e ir para outra parte do organismo e iniciar um novo tumor.

#### **4.3 FISIOPATOLOGIA DO CÂNCER**

A origem do câncer (carcinogênese) pode ser espontânea ou desencadeada por ação de agentes carcinogênicos (físicos, químicos ou biológicos). Nos dois casos, observa-se alterações mutagênicas ou epigenéticas nas células (INCA, 2008).

Mesmo sem exposição a agentes carcinogênicos, as células do organismo humano sofrem processos de auto-mutações, que não interferem no desenvolvimento normal das células de forma geral (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

Os tipos de câncer estão relacionados com a incidência, distribuição geográfica e comportamento como, sexo, idade, raça, predisposição genética e exposição à carcinógenos ambientais (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000; INCA, 2008).

Não se sabe determinar o tempo para que a carcinogênese seja completada, onde pode ser necessário vários anos para ocorrer o aparecimento do tumor (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000; INCA 2008).

#### 4.4 CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

É uma neoplasia maligna do epitélio das células basais da epiderme, sendo a mais comum. Pode ser localmente agressivo, por vezes levando a destruição de estruturas adjacentes (CORREA et al., 2009; TIOSSI et al., 2003).

Tem mais incidência nos idosos, porém tem aumentado em indivíduos com idade inferior aos 50 anos, geralmente em áreas da pele expostas ao sol, sendo 30% no nariz. Nos homens a incidência é de 75/100.000 e em mulheres é de 66/100.000 (INCA, 2009).

##### 4.4.1 FATORES DE RISCO (CORREA et al., 2009; TIOSSI et al., 2003; INCA, 2008)

- Exposição à luz ultravioleta;
- Pessoas brancas com cabelos e olhos claros;
- Ascendência européia;
- Dificuldade de se bronzear.

#### **4.4.2 ETIOLOGIA (CORREA et al., 2009; TIOSSI et al., 2003; INCA, 2008)**

- Exposição à radiação ultravioleta, especialmente UVB;
- Mutação nos genes regulatórios;
- Exposição à radiação ionizante;
- Alterações na vigilância imunológica;
- Hereditariedade.

#### **4.4.3 MANIFESTAÇÕES (CORREA et al., 2009; TIOSSI et al., 2003; INCA, 2008)**

- Lesão com pequeno sangramento que cicatriza e recidiva;
- Pode haver ulceração e teleangiectasias.

#### **4.4.4 CLASSIFICAÇÃO (CORREA et al., 2009; TIOSSI et al., 2003; INCA, 2008; LOPES et al., 2005)**

- Nodular – mais comum. Aparece com mais freqüência em áreas expostas ao sol, como cabeça e pescoço.
- Pigmentado – ocorre aumento da melanização.
- Superficial - mais comum no tronco como uma mancha eritematosa que lembra lesão eczematosa.
- Esclerodermiforme – possui comportamento mais agressivo, lesões podem apresentar-se com aspecto de mármore branco semelhantes à cicatriz.

#### 4.4.5 DIAGNÓSTICO

Baseia-se em exame clínico da pele por um profissional de saúde que encaminhará o paciente a uma consulta médica de acordo com a avaliação do ABCD (LOPES et al., 2005; INCA, 2003),

#### 4.5 CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)

Segundo câncer de pele mais comum. Incidência de 100 a 150/100.000 habitantes por ano (INCA, 2009).

##### 4.5.1 FATORES DE RISCO (LOPES et al., 2005; GUIMARÃES, 2006)

- Exposição à UVA e UVB;
- Exposição à radiação ionizante;
- Xeroderma pigmentoso;
- Infecção pelo HPV subtipos 6,11 e 18;
- Exposição à carcinógenos químicos;
- Imunossupressão e medicamentos imunossupressores;
- Transplantes de órgãos;
- Ulceração crônica;
- Osteomielite;
- Dermatite actínica;
- Lesões precursoras;
- Doença de Bowen;
- Eritroplasia de Queynat.

#### 4.5.2 TRATAMENTO

Para o tratamento do CEC, assim como do CBC, deve se considerar a idade, a quantidade e tamanho das lesões, delimitação das bordas, profundidade, grau de diferenciação celular e a história de tratamento prévio (GUIMARÃES, 2006).

De acordo com Guimarães (2006, p. 961), a radioterapia no CEC é considerada uma alternativa para tumores avançados, pois preserva as estruturas ósseas e a cartilagem peritumoral. Já em CBC, a radioterapia é pouco utilizada, a não ser em casos de pacientes idosos, em má condição clínica ou em CBC inoperável.

A excisão cirúrgica fornece uma grande taxa de cura para CBC e CEC, garantindo uma análise no sentido de avaliar a excisão e o subtipo histológico. Em CBC primários, oferece uma recorrência de 4,8% em cinco anos e 2,9% se a lesão for menor que 5mm. A curetagem e a eletrocauterização podem ser utilizadas de modo eficaz para tratar as lesões, se forem pequenas ou periféricas, com taxa de recorrência de 9,5% em cinco anos (POLLOCK et al., 2006).

#### 4.6 MELANOMA

O melanoma cutâneo origina-se dos melanócitos localizados predominantemente na pele, mas também podem ser encontradas nos olhos, orelhas, trato gastrointestinal, leptomeninges e membranas das mucosas oral e genital (GUIMARÃES, 2006).

Os melanócitos são células da pele produtoras de um pigmento denominado melanina que é responsável por proporcionar proteção contra os danos causados pela radiação ultravioleta. O desenvolvimento do melanoma é consequência da perda dos mecanismos genéticos de controle celular causados principalmente pelas radiações UVA e UVB (FERNANDES et al., 2005; FORONES et al., 2005).

Pode ocorrer em qualquer parte do corpo, sendo mais freqüente no tronco e nos membros inferiores, sendo raro nas regiões palmar e plantar, exceto em índios, negros e orientais. Apresenta maior frequência no sexo feminino, com pico de incidência entre 30 e 60 anos (FERNANDES et al., 2005; GUIMARÃES, 2006).

Os melanomas são tumores de grande potencial de metastatização, que podem ser locais, regionais e sistêmicas. Os principais locais de metástase hematogênica são: a própria pele, tecido subcutâneo, pulmão, cérebro, ossos, coração, glândulas supra-renais e aparelho digestivo (FERNANDES et al., 2005).

A maioria dos melanomas se desenvolve em duas fases biológicas distintas de crescimento: radial, em que as células multiplicam-se sem invadir a pele, o tumor geralmente não apresenta capacidade de disseminação; vertical em que as células malignas adquirem capacidade de invadir a derme e a partir daí, desenvolver metástases (GUIMARÃES, 2006).

#### **4.6.1 CLASSIFICAÇÃO DOS MELANOMAS**

##### **4.6.1.1 MELANOMA DISSEMINATIVO SUPERFICIAL**

É o mais comum, corresponde a 70% dos casos. Tem origem geralmente de lesão em pele já preexistente, mais comum em nevo atípico. Tem maior incidência após o 50 anos de idade, com lesões na cabeça, pescoço e tronco (homens e mulheres) e em membros inferiores (mulheres); de várias cores: marrom, vermelho, preto e branco; bordas irregulares e diâmetro maior que 6 mm (GUIMARÃES, 2006; FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

#### 4.6.1.2 MELANOMA NODULAR

Compreende 10 a 15% dos melanomas; é mais agressivo que o disseminativo superficial, podendo ser encontrado em qualquer parte do corpo, sendo mais comum em tronco e pernas, não possui fase de crescimento radial, assim associa-se a lesões mais profundas e de maior risco (GUIMARÃES, 2006; FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

#### 4.6.1.3 MELANOMA LENTIGO MALIGNO

Mais freqüente em áreas expostas ao sol e em idosos. Possui lesões planas, localizadas na face, de grande diâmetro (3 a 4 cm) e bordas irregulares. Comumente a lesão precursora esteve presente por muitos anos ou décadas (GUIMARÃES, 2006; FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

#### 4.6.1.4 MELANOMA DESMOPLÁSICO

Não possui pigmentação em 75% dos casos. É mais comum no seguimento cefálico e possui alto risco de recorrência local. Com certa frequência se origina de melanoma lentigo maligno (GUIMARÃES, 2006; FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

#### 4.6.1.5 MELANOMAS NÃO-CUTÂNEOS

São basicamente dois: o ocular e o de mucosa. O ocular desenvolve-se na úvea e se dissemina com frequência para o fígado. O de mucosa está mais localizado na cabeça e pescoço (mucosa nasal e seios da face), seguido de ânus/reto e trato

gastrointestinal. Geralmente apresenta mau prognóstico (GUIMARÃES, 2006; FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

Existem tipos mais raros de melanomas: nevos azul maligno, melanoma originado dos nevos congênito gigante, melanoma de partes moles e melanoma amelanótico (GUIMARÃES, 2006; FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

#### 4.6.2 DIAGNÓSTICO

No melanoma, o diagnóstico clínico deve se especificar o tipo da lesão. Este pode ser feito através do exame clínico completo da pele e através de dermatoscopia. Através do dermatoscópio pode-se identificar e avaliar lesões pigmentadas malignas, definindo critérios para biopsiar ou não essas lesões. Isso é possível através de uma lente que aumenta a lesão em até 10 vezes (FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

No exame físico em um paciente com suspeita de melanoma, deve-se examinar toda superfície corpórea, aspecto geral, tipo de pigmentação, avaliar possibilidade de melanomas múltiplos, nevos displásicos ou congênitos e até metástases à distância (FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

A biópsia é considerada um importante item no diagnóstico, tratamento, estadiamento e planejamento terapêutico para melanoma cutâneo. A maioria das lesões suspeitas de melanoma devem ser biopsiadas, só não ocorrendo quando o diagnóstico é óbvio e a lesão possui grandes lesões e componente medular. Dentro das biópsias poderão ser realizadas biópsia excisional, incisional e condenada (FORONES et al., 2005).

### 4.6.3 TRATAMENTO

De acordo com Forones et al. (2005, p. 198), as lesões iniciais do melanoma cutâneo com espessura e margem menor que 1 cm podem ser operadas em regime ambulatorial com anestesia local, que consiste na exérese da lesão.

A linfadenectomia deve ser efetuada sempre que houver linfonodo clinicamente suspeito ou histologicamente comprovado. Para adequada realização de linfonodo sentinela são recomendadas cintilografia prévia e linfadenectomia seletiva (GUIMARÃES, 2006).

O tratamento de metástases em trânsito das extremidades é efetuado por meio da perfusão isolada de membro, associada a quimioterapia regional e hipertermia. Na impossibilidade de perfusão, pode-se usar tratamento sistêmico, exérese das metástases, aplicação de laser, infiltração dos nódulos com dinitroclorobenzeno (DNCB), e radioterapia com uso de feixes de elétrons (GUIMARÃES, 2006).

A cirurgia de metástases distantes deve seguir critérios rigorosos com estadiamento, que comprove a não existência de doença disseminada, a avaliação das condições gerais do paciente, intervalo livre existente entre a doença primária e surgimento da metástase e a possibilidade de ressecção completa da lesão (FERNANDES et al., 2005).

O tratamento sistêmico tem por objetivo erradicar micrometástases após tratamento cirúrgico, já que é alta a taxa de recidiva em pacientes com metástases linfonodais (FORONES et al., 2005).

Para tratamento da doença metastática utiliza-se terapia sistêmica com monoquimioterapia ou poliquimioterapia, terapia com agentes moduladores da resposta imunológica ou combinação de agentes biológicos e quimioterápicos (bioquimioterapia) (GUIMARÃES, 2006).

A radioterapia é utilizada de forma paliativa para os sintomas de pacientes com *melanomas metastáticos* e terapia adjuvante para pacientes com comprometimento linfonodal (GUIMARÃES, 2006; FORONES et al., 2005; FERNANDES et al., 2005).

#### 4.6.4 ESTADIAMENTO MELANOMA CUTÂNEO

Estádio	Classificação TNM	Achados histológicos e clínicos	Taxa de sobrevida em 5 anos (%)
0	Tis N0 M0	Melanoma intra-epitelial <i>in situ</i>	100
IA	T1a N0 M0	≤1 mm sem ulceração e nível II/III	≥95
IB	T1b N0 M0 T2a N0 M0	≤1 mm com ulceração ou nível IV/V	
IIA	T2b N0 M0 T3a N0 M0	1,01 a 2 mm com ulceração 2,01 a 4 mm sem ulceração	77-79
IIB	T3b N0 M0 T4a N0 M0	2,01 a 4 mm com ulceração Menor que 4 mm sem ulceração	63-67
IIC IIIA	T4b N0 M0 T1-4a N1a M0	Menor que 4 mm com ulceração Micrometástase nodal regional única, primário não ulcerado	45
	T1-4a N2a M0	Dois a três linfonodos regionais microscopicamente positivos, primário não ulcerado	63-69
IIIB	T1-4bN1a M0 T1-4bN2a M0 T1-4a N1b M0	Micrometástase nodal regional única, primário ulcerado Dois a três linfonodos regionais microscopicamente positivos, primários não ulcerados Micrometástase linfonodal regional única, primário não ulcerado	46-53

	T1-4a N2b M0  T1-4a/b N2c M0	Dois a três linfonodos regionais microscópico, primários sem ulceração  Metástase em trânsito ou lesão satélite sem comprometimento linfonodal	30-50
IIIC	T1-4b N2a M0  T1-4b N2b M0  qqT N3 M0	Linfonodo regional macroscópico único  Dois a três linfonodos macroscopicamente positivos, primários ulcerados  Quatro ou mais linfonodos metastáticos, com extravasamento extracapsular, ou metástases em trânsito/satélite e linfonodos metastáticos	24-29
IV	qqTqq N M1a  qqTqq N M1b  qqT qqN M1c	Metástase a distância em pele, subcutâneo ou linfonodo com DHL normal  Metástase pulmonar com DHL normal  Todas as outras metástases viscerais com normal DHL ou qualquer metástase a distância	7-19

\*DHL: desidrogenase láctica

FONTE: Guimarães (2006, p. 952).

#### 4.7 EXAME CLÍNICO DA PELE (INCA, 2008)

Deve-se examinar o paciente em ambiente iluminado da seguinte maneira:

- Inspeccionar completamente todas as partes do corpo, desde a cabeça até os pés, principalmente as áreas mais expostas ao sol como: rosto, mãos, antebraço e pés.
- Observar toda a área dorsal das costas, região glútea, coxas e pernas.
- Examinar as áreas laterais do corpo, desde o pescoço até o final das pernas.
- Examinar as partes internas das coxas, genitálias, planta dos pés e, por último o couro cabeludo.
- Agendar os pacientes de risco para consultas periódicas.

#### 4.8 ABCD DO EXAME DA PELE (INCA, 2008; LOPES et al., 2005)

- Assimetria, dividindo uma pinta ao meio. uma metade não se parece com a outra.
- Bordas Irregulares - bordas recortadas ou com fraca definição. As margens parecem com um mapa do litoral.
- Cor variada de uma área para outra. A pinta tem mais de uma cor, como: marrom, preto, e às vezes, brancas, vermelhas ou azuladas.
- Diâmetro maior do que 6 mm ( diâmetro de um lápis).

#### 4.9 AUTO-EXAME DA PELE (INCA, 2008; LOPES et al., 2005)

O melhor momento de realizar o auto-exame da pele é após o banho. Ele deve ser feito em ambiente bem iluminado e com auxílio de dois espelhos:

- Inspeccionar minuciosamente todas as partes do corpo, desde a cabeça até os pés, sem deixar de observar todas as áreas, principalmente as áreas mais expostas ao sol como: rosto, mãos, antebraço e pés.
- Com o auxílio de dois espelhos, observe toda a área dorsal das costas, região glútea, coxas e pernas.

- Explorar áreas laterais do corpo, desde o pescoço até o final das pernas.
- Explorar as partes internas das coxas, genitálias, planta dos pés e couro cabeludo.

As chances de identificar um câncer de pele podem ser aumentadas por meio de um simples auto-exame da pele, todo mês.

#### 4.10 PRINCIPAIS MEDIDAS PARA O CONTROLE DO CÂNCER DE PELE

A melhor conduta para o controle do câncer de pele é a prevenção. O enfermeiro deve informar aos seus pacientes sobre os riscos da exposição excessiva ao sol que, além de queimaduras, insolação e desidratação, pode causar câncer de pele, e também sobre medidas de prevenção para este tipo de neoplasia (INCA, 2008; LOPES et al., 2005; SOUZA, 2004).

Em situações normais de exposição uma boa proteção é o uso de bloqueador solar. Deve-se orientar que o bloqueador solar deve ser aplicado 15 minutos antes da exposição ao sol e reaplicado de duas em duas horas; deve-se evitar exposição ao sol em horários em que os raios ultravioletas são mais intensos, ou seja, das 10 às 16 horas (INCA, 2008).

##### 4.10.1 MEDIDAS DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA (INCA, 2008; LOPES et al., 2005; SOUZA, 2004; CORREA, 2003)

- Evitar exposição solar entre 10h e 16h;
- Vestir roupas claras para cobrir áreas expostas ao sol;
- Proteger-se de superfícies refletoras como areia, concreto e água.
- Fazer uso regular de protetor solar com fator de prevenção de no mínimo 30;
- Reaplicar a proteção solar a cada duas horas;

- Usar proteção solar até mesmo quando estiver na sombra;
- Realizar cuidado especial com as crianças, pois sua pele é mais sensível.
- Usar bloqueador solar, ensinando-as a se protegerem do sol;
- Evitar o uso de substâncias que possam aumentar a sensibilidade ao sol, como as existentes no limão, laranja e outros;
- Usar hidratantes benéficos após exposição solar;
- Abordagem dos profissionais de saúde durante as consultas.

#### 4.10.2 MEDIDAS DE PREVENÇÃO SECUNDÁRIA (INCA, 2008; LOPES, 2005)

- O profissional de saúde deve realizar o exame clínico da pele, como forma de observar lesões suspeitas para o diagnóstico precoce do câncer de pele;
- O enfermeiro deve ensinar e orientar sobre a realização regular do auto-exame da pele;
- Agendamento de pessoas de alto risco para consultas periódicas;
- Encaminhar os pacientes com lesões suspeitas para consulta médica;
- Educação da população.

#### 4.11 ESTIMATIVA DE CÂNCER DE PELE NO BRASIL E ESPÍRITO SANTO EM 2010 (INCA, 2009)

Tabela 1 – Estimativas para o ano de 2010 de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres no Brasil, segundo localização primária\*.

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Pele Melanoma	2.960	2.970	5.930
Pele não Melanoma	53.410	60.440	113.850

\*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10  
 Fonte: Instituto Nacional de Câncer (2009, p. 36).

Tabela 2 – Estimativas para o ano de 2010 de número de casos novos por câncer, em homens e mulheres no Espírito Santo, segundo localização primária\*.

<b>ESPIRITO SANTO</b>	
<b>Pele Melanoma</b>	90
<b>Pele não Melanoma</b>	2.020
<b>Total</b>	2.110

\*Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10  
 Fonte: Instituto Nacional de Câncer (2009, p. 43).

#### 4.12 DADOS COLETADOS NO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA, 2009):

[...] o número de casos novos de câncer de pele não melanoma estimado para o Brasil no ano de 2010 será de 53.410 entre homens e de 60.440 nas mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 56 casos novos a cada 100 mil homens e 61 para cada 100 mil mulheres. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente em homens na maioria das regiões do Brasil, com um risco estimado de 85/100.000 na Região Sul, 55/100.000 na Região Nordeste, 53/100.000 na Região Sudeste e 25/100.000 na Região Norte; enquanto que na Região Centro-Oeste (44/100.000) é o segundo mais frequente. Nas mulheres é o mais frequente nas regiões Sul (87/100.000), Centro-Oeste (66/100.000), Nordeste (61/100.000) e Norte (28/100.000); enquanto que na Região Sudeste (56/100.000) o mesmo é o segundo. Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada; porém sua incidência é baixa (2.960 casos novos em homens e 2.970 casos novos em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na Região Sul. (INCA, 2009, p. 36)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo teve por finalidade analisar o nível de conhecimento de graduandos em enfermagem sobre o câncer de pele, identificar os fatores de risco predisponentes, as ações preventivas do câncer de pele realizadas e relacionar o nível socioeconômico com os fatores de proteção realizados por eles. E assim, foi necessário identificar o perfil desses alunos.

Tal pesquisa foi realizada no período entre julho e outubro de 2010, onde dos 122 alunos matriculados no sexto, sétimo e oitavo períodos do curso de Graduação em Enfermagem, 105 alunos aceitaram participar, o que foi uma amostra suficiente para realizar esta pesquisa.

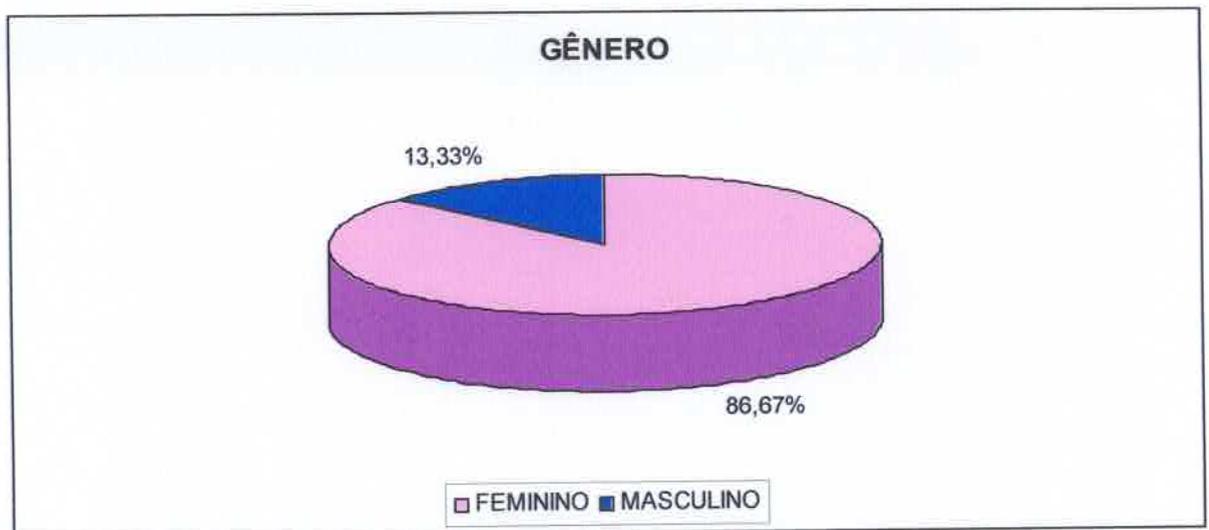


Figura 01 – Percentual de mulheres e homens submetidos à entrevista.

Observa-se na figura 01 que 86,67% (n=91) dos entrevistados eram do sexo feminino e 13,33% (n=14) eram do sexo masculino. Para Lopes e Leal (2005, p. 105) “pode-se afirmar que persiste a feminização na enfermagem brasileira, o que pode ser observada tanto na qualificação universitária como nos níveis médio e técnico”.

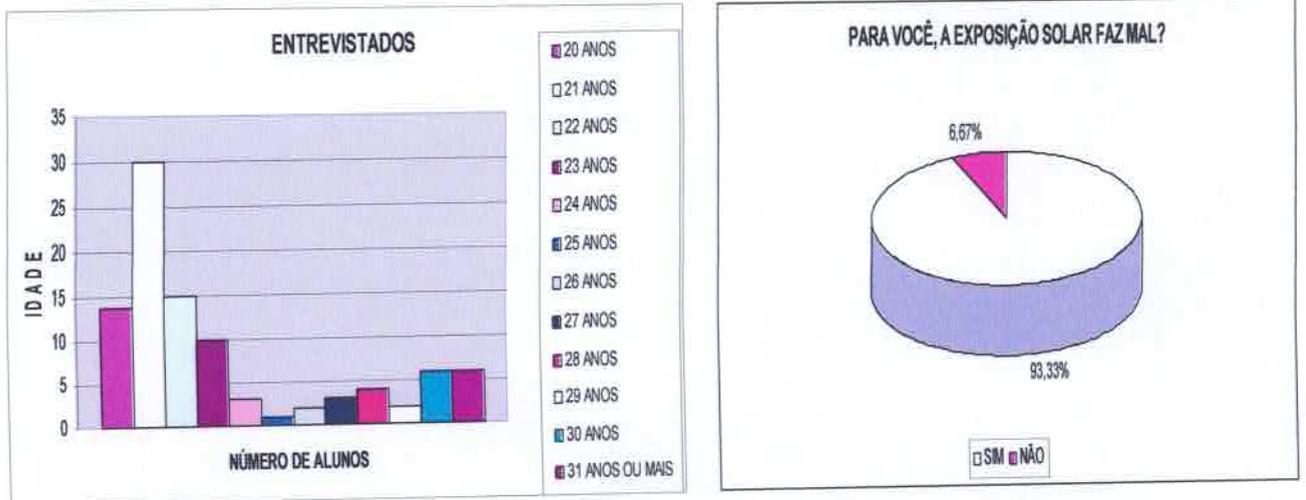


Figura 02 – Relação da idade dos entrevistados com percentual da opinião dos entrevistados sobre o malefício da exposição ao sol.

Analisando a idade dos entrevistados (Figura 02), observa-se que há predominância de alunos com idade de 21 anos ( $n=30$ ), seguido de alunos com 22 anos ( $n=15$ ) e 20 anos ( $n=14$ ) e observa-se que 93,33% dos entrevistados ( $n=98$ ) acreditam que a exposição solar faz mal.

De acordo com Hora et al. (2003, p. 699), mesmo que o aparecimento clínico das lesões neoplásicas da pele ocorra de forma predominante em idades avançadas, a fotoexposição é o maior fator de risco ambiental para o desenvolvimento do câncer de pele. Souza et al. (2009, p. 238) afirma que a causa ambiental mais significativa é a exposição excessiva ao sol, particularmente nos primeiros 20 anos de vida.

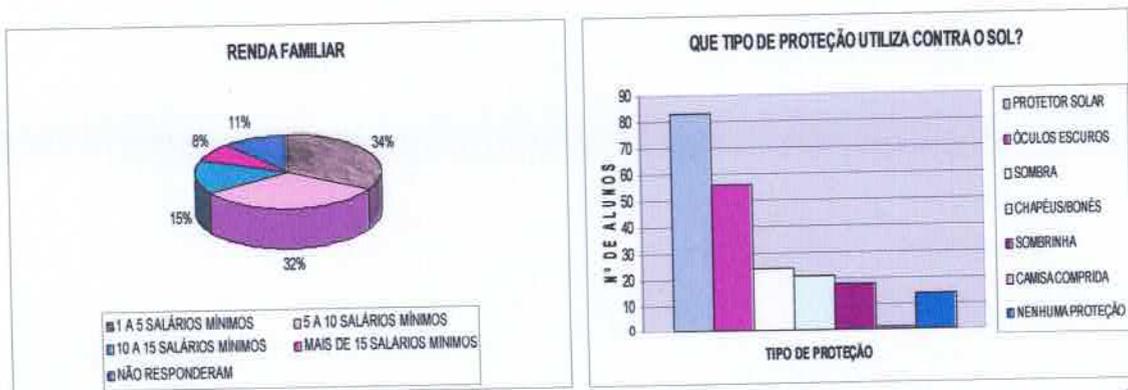


Figura 03 – Renda familiar dos alunos entrevistados e tipo de proteção utilizada contra o sol.

Analisando a renda familiar dos entrevistados (Figura 03), observa-se que há predominância de renda familiar de 1 a 5 salários mínimos (n=35), seguida de renda familiar de 5 a 10 salários mínimos (n=34). Observa-se que os entrevistados (n=83) responderam utilizar como principal meio de prevenção contra o sol o uso de protetor solar.

Segundo Souza et al. (2009, p. 238), o padrão predominante estético e socioeconômico é possuir a pele bronzeada, o que está ao encontro com nosso estudo, pois independente do nível sócio econômico, a predominância de proteção é o uso do filtro solar. Para o INCA (2003, p. 203) “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 e acessórios protetores (camiseta, chapéu, guarda-sol e óculos escuros)”.

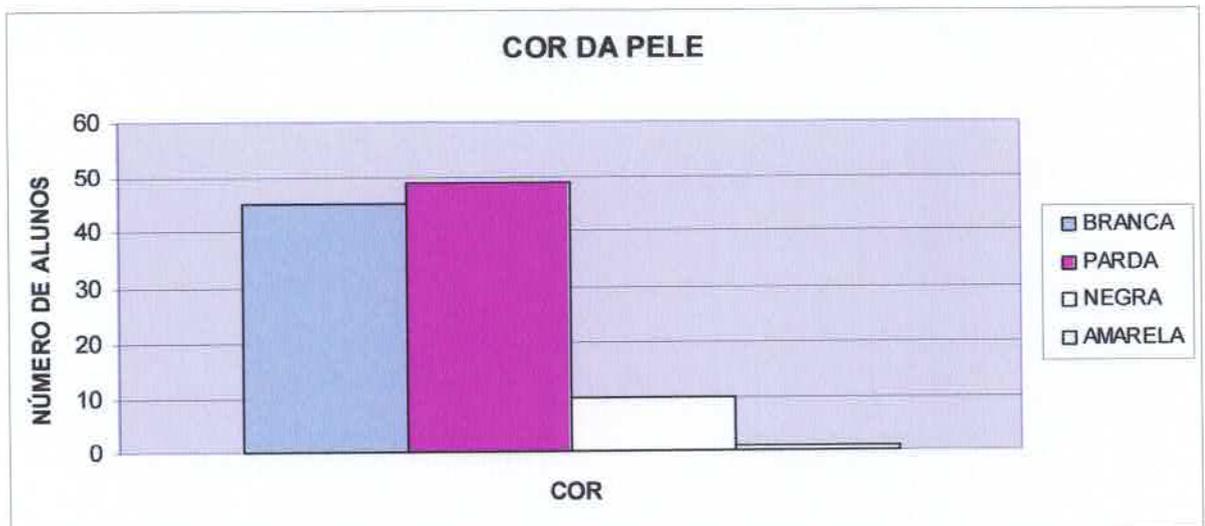


Figura 04 – Cor da pele dos alunos entrevistados.

Analisando a cor da pele que os entrevistados declararam no questionário (Figura 04), observa-se que a maioria declarou-se de cor parda (n=49), seguida de cor branca (n=45) e negra (n=10). Segundo Popim et al., (2008, p. 1332), as pessoas de pele clara, que vivem em locais com grande incidência de luz solar, são as que possuem maior risco, e considerando que mais da metade da população brasileira tem pele clara, se expõe muito ao sol e de forma descuidada, seja por trabalho ou por lazer.

Segundos dados do ano 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na população do estado do Espírito Santo prevalece indivíduos de cor branca (1 512 200), embora nosso estudo predominou cor parda.

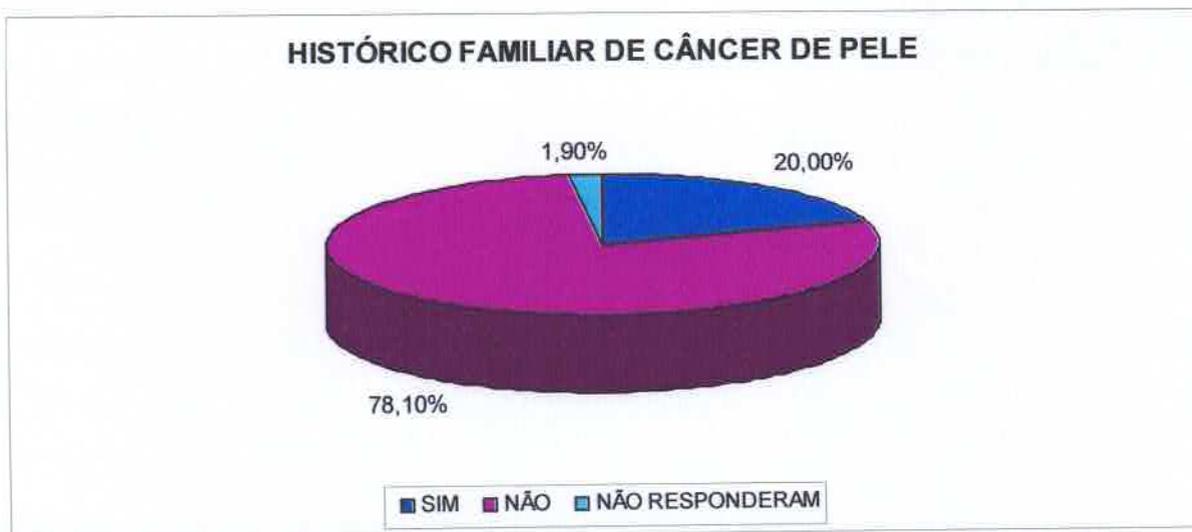


Figura 05 – Histórico familiar de câncer de pele dos entrevistados.

Na figura 05 observa-se que 78,10% (n=82) dos entrevistados não possuem histórico familiar de câncer de pele e 20% (n=21) possuem histórico familiar de câncer de pele. Segundo Nora et al. (2004, p. 46), também são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer da pele fatores fenotípicos (tipo de pele, cor de olhos e cabelo, tendência a bronzeamento e queimaduras, sardas) e história pessoal e/ou familiar de câncer da pele.

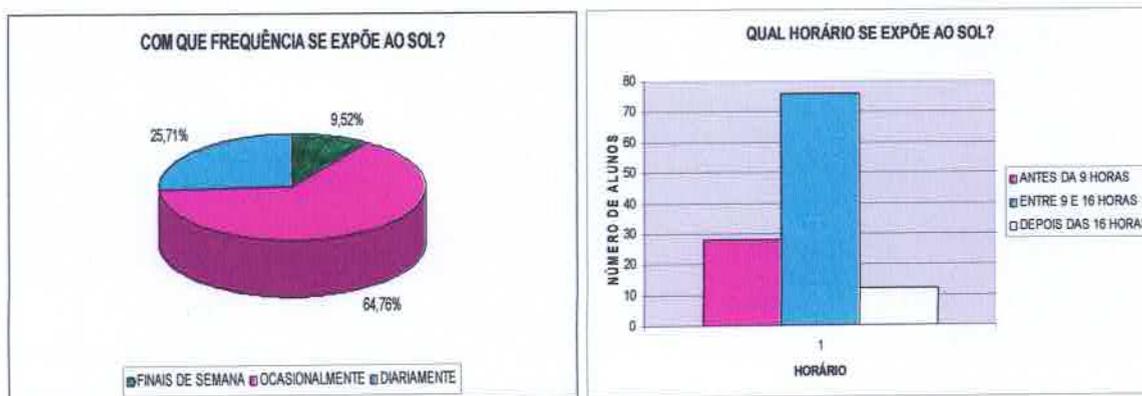


Figura 06 – Percentual da frequência de exposição solar dos entrevistados e horário de exposição ao sol.

Na figura 06 observa-se que 64,77% (n=68) dos entrevistados se expõem ao sol de forma ocasional; 25,71% (n=27), se expõem diariamente ao sol e 9,52% (n=10) se expõe ao sol somente nos finais de semana; porém essa exposição ocorre predominantemente no horário entre 9 e 16 horas (n=76).

Segundo Souza et al. (2009, p. 238), passou a ser desejável possuir a pele bronzeada, como símbolo de maior condição econômica; inserindo essa cultura em um país de clima tropical, o que favorece atividades e esportes sob o sol, acaba induzindo à exposição excessiva a radiação ultravioleta, especialmente entre os jovens. Pesquisas indicam que mesmo conhecendo os riscos da exposição em excesso à radiação ultravioleta e sobre as práticas que visam a proteção da pele, é prevalência entre os jovens o hábito de se expor de forma intencional ao sol.

Para o INCA (2010) “A prevenção não só do câncer de pele como também das outras lesões provocadas pelos raios UV é necessário evitar a exposição ao sol sem proteção [...] e evitar a exposição em horários em que os raios ultravioletas são mais intensos, ou seja, das 10 às 16 horas”.

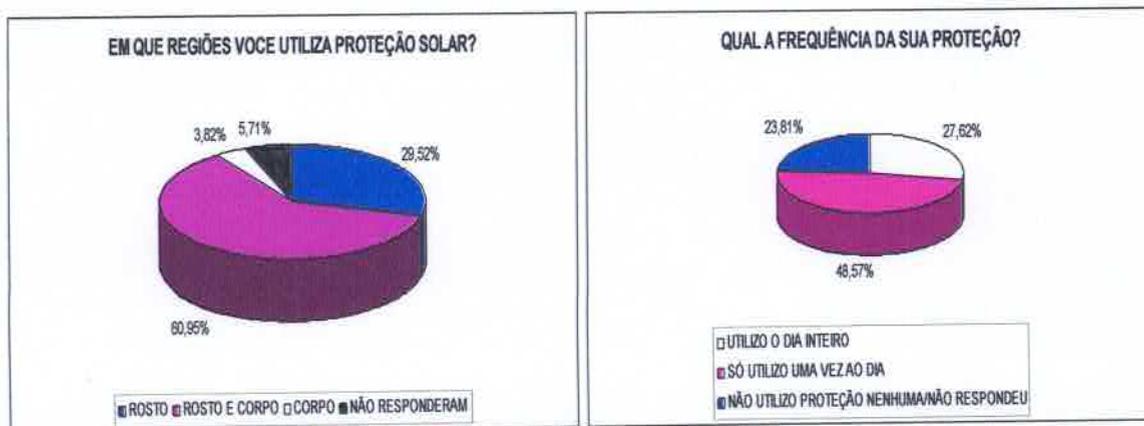


Figura 7 – Regiões do corpo onde os entrevistados utilizam proteção solar e a frequência desta proteção.

De acordo com a figura 7 60,95% (n=64) responderam que fazem uso de protetor solar no rosto e no corpo e 48,57% (n=51) responderam fazer uso de proteção solar uma vez ao dia.

Segundo Carvalho et al. (2007, p. 362) “A maior frequência dos tumores de pele ocorrem na cabeça e no pescoço, ocorrendo em regiões de grande exposição como as regiões nasal, oral, orbital, zigomática, cervical e têmporo-frontal”.

Segundo o INCA (2008, p. 210) em situações normais de exposição o protetor solar é uma boa forma de proteção, não dispensando sua reaplicação a cada duas horas. Deve-se usar proteção solar até mesmo quando estiver na sombra.

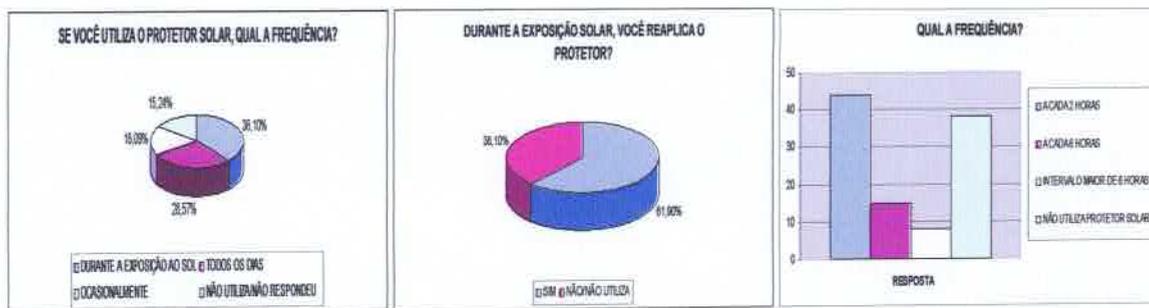


Figura 8 – Relação da frequência do uso de protetor solar com a reaplicação do mesmo e a sua frequência.

Na figura 8 pode-se observar que 38,10% dos entrevistados (n=40) responderam fazer uso de protetor solar durante exposição ao sol; 61,9% (n=65), fazem a reaplicação do protetor solar durante a exposição ao sol e 44 entrevistados afirmaram fazer reaplicação do protetor solar a cada duas horas.

Segundo o INCA (2008, p. 210), deve-se orientar que o protetor solar deve ser aplicado 15 minutos antes da exposição ao sol e reaplicado de duas em duas horas ou conforme a especificação do fabricante, devendo-se, sobretudo, evitar a exposição ao sol em horários em que os raios ultravioletas são mais intensos.

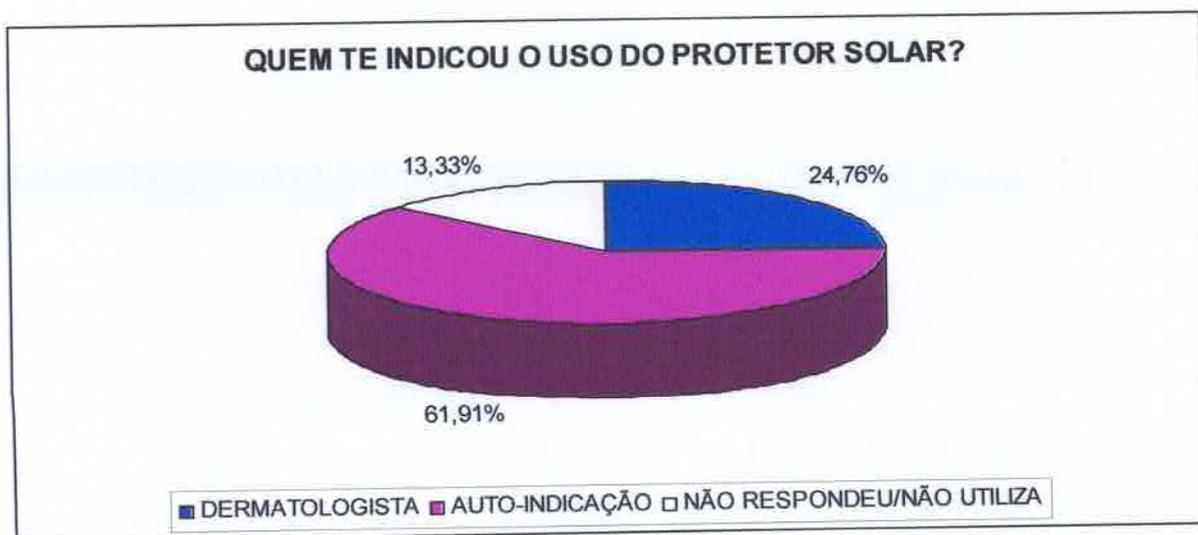


Figura 9 – Percentual de indicação do uso do protetor solar.

De acordo com a figura 9, os entrevistados 61,9% (n=65) fazem uso do protetor solar por meio de auto-indicação.

Em pesquisa realizada por Hora et al. (2003, p. 700) foi verificado uma tendência a se reconhecer a importância da indicação dermatológica na escolha do protetor solar, porém muitas pessoas escolhem sozinhas o protetor solar que utilizam.



Figura 10 – Consequências da exposição solar citadas pelos entrevistados.

Observa-se que na figura 10 a maioria dos entrevistados respondeu como consequência da exposição solar o câncer de pele (n=95), seguido de queimaduras e manchas (n=37). Hora et al. (2003, p. 694) relatou que “as manifestações cutâneas apresentam um espectro evolutivo de aparecimento, nesta ordem: queimadura, espessamento da pele, manchas hipercrômicas, rugas finas, rugas profundas, ceratose actínica e câncer da pele”.

## 6 CONCLUSÃO

No Brasil, o câncer de pele continua sendo o tipo mais incidente para ambos os sexos, apesar de ser um dos mais preveníveis de todos; associado ao país tropical e vulnerabilidade aos fatores de riscos, observamos ainda altas taxas de incidência do câncer de pele como um agravo para a saúde pública brasileira.

Numa visão geral, os graduandos de enfermagem têm conhecimento dos efeitos maléficos da exposição solar excessiva, embora se exponham em diferentes frequências e no horário de maior risco; ocorre uma grande exposição desta população, principalmente devido a maioria desta ser jovem, o que sinaliza que terão maior probabilidade de estarem expostos aos raios solares durante o decorrer de sua vida.

Conclui-se que a partir do conhecimento e a potencialização de riscos para câncer de pele, torna-se fundamental a tomada de decisões com medidas preventivas eficazes para controle da incidência do câncer no Brasil.

## REFERÊNCIAS

- Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer. **Instituto Nacional de Câncer**, Rio de Janeiro, 2008.
- CARVALHO, M. P. et al. Auto-estima em pacientes com carcinomas de pele. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 362-366. 2007.
- COMARCH, D. H. **Fundamentos de Histologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- CORREA, M. P. et al. An overview of the ultraviolet index and the skin cancer cases in Brazil. **Photochemistry and Photobiology**, v. 78, n. 1, p. 49-54. 2003.
- CORREA, M. P. D. et al. Expressão de marcadores de proliferação celular e apoptose em carcinoma basocelular. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 6, p. 606-614. 2009.
- COTRAN, R. S.; KUMAR, V.; COLLINS, T. **Robbins – Patologia estrutural e funcional**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- DANGELO, J. G; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Básica**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- EMESCAM Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Disponível em: <<http://www.emescam.br/site/institucional.aspx?codigo=01>>. Acesso em 17 mai. 2010.
- Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. **Instituto Nacional de Câncer**, Rio de Janeiro, 2009.
- FERNANDES, N. C. et al. Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos. **Anais brasileiros de dermatologia**. Rio de Janeiro, v. 80, n. 1, p. 25-34. 2005.
- FORONES, N. M. et al. **Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – UNIFESP – Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Manole, 2005.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GUIMARÃES, J. R. Q. M. **Manual de oncologia**. 2 ed. São Paulo: BBS Editora, 2006.

HORA, C. et al. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer de pele e sua relação com exposição solar em freqüentadores de academia de ginástica, em Recife. **Anais brasileiros de dermatologia**. Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, p. 693-701. 2003.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. c2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia\\_demografica/analise\\_populacao/1940\\_2000/tabela07.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/tabela07.pdf). Acesso em: 18 nov. 2010.

LOPES, A. et. al. **Oncologia para a graduação**. São Paulo: Tecmedd, 2005.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**. Campinas, n. 24, p. 105-125, 2005.

NORA, A. B. et al. Freqüência de aconselhamento para prevenção de câncer de pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 45-51. 2004.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

POLLOCK, R. E. et al. **Manual de Oncologia Clínica da UICC**. 8 ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

POPIM, R. C. et al. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1331-1336. 2008.

RADIAÇÃO. c1996-2010. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=21](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=21) > . Acesso em: 15 nov. 2010.

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Prevenção do câncer de pele**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2003.

SMITH JUNIOR, L. H.; THIER, S. O. **Fisiopatologia – os aspectos biológicos da doença**. 2 ed. São Paulo: Panamericana, 1990.

SOUZA, R. J. S. P. et al. Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo – Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 3, p. 237-243. 2009.

SOUZA, S. R. P.; FISCHER, F. M.; SOUZA, J. M. P. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 588-598. 2004.

TIOSSI, M. M. C. et al. Carcinoma basocelular hereditário: Revisão de literatura. **Revista da sociedade brasileira de cancerologia**, São Paulo, v. 21, a. 6. jan-mar. 2003.

TORTORA, G. J. **Princípios de Anatomia Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo. Sr. Cláudio Medina da Fonseca, Diretor da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

### ASSUNTO: REQUERIMENTO

Lis Pereira Ramos, estudante do sexto período do curso superior de Enfermagem da EMESCAM, brasileira, CPF nº 059.285.967-31, residente e domiciliada nesta cidade à Rua Sete de Setembro, nº 494, apartamento 102, Centro, CEP: 29015-000 e Serliene de Paula Souza, estudante do sexto período do curso superior de Enfermagem da EMESCAM, brasileira, CPF nº 057.828.097-36, residente e domiciliada na cidade de Serra à Rua Caratinga, nº 225, Nova Carapina I, CEP: 29170-210. Em virtude da realização do Trabalho de Conclusão de Curso cujo tema é **“Câncer de pele sob óptica dos graduandos de enfermagem”** desenvolvida sob a orientação da Professora Cláudia Regina Stelzer Moraes, co-orientação da Professora Tatiane Miranda da Silva, e por nós alunas, vem respeitosamente através do presente, **REQUERER** de V.S<sup>a</sup>., autorização para coletar os dados necessários para o desenvolvimento deste trabalho, nesta instituição. Os dados serão todos confidenciais, não havendo nenhum comprometimento para os graduandos e nem para a instituição.

Certas do elevado espírito de compreensão e dedicação desta instituição a tudo que se relaciona a educação e à saúde de nós estudantes, aproveitamos a oportunidade surgida para reiterar protestos de estimas e admirações.

Vitória, de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Lis Pereira Ramos  
lis.enfermagem@gmail.com  
3223-3094 // 9294-5199

\_\_\_\_\_  
Serliene de Paula Souza  
serliene@hotmail.com  
3341-6766 // 9846-8691

Concordo com a realização do projeto de pesquisa acima discriminado.

\_\_\_\_\_  
Dr. Cláudio Medina da Fonseca  
Diretor da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –  
EMESCAM

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA**

1. Idade:
2. Sexo:  M  F
3. Renda familiar:  
 De 1 a 5 salários mínimos  
 De 5 a 10 salários mínimos  
 De 10 a 15 salários mínimos  
 Mais de 15 salários mínimos
4. Cor da pele:  
 Branca  Parda  Negra  Amarela  Outros
5. Histórico familiar de câncer de pele?  
 Sim  Não
6. Pra você, a exposição solar faz mal?  
 Sim  Não
7. Com que frequência se expõe ao Sol?  
 Finais de semana  
 Ocasionalmente  
 Diariamente
8. Qual horário você se expõe ao Sol?  
 Antes das 9 horas.  
 Entre 9 horas e 16 horas.  
 Depois das 16 horas.
9. Que tipo de proteção utiliza contra o Sol?  
 Protetor solar  
 Óculos escuros  
 Sombra  
 Chapéus / Bonés  
 Sombrinha  
 Camisa comprida  
 Nenhuma proteção

**10.** Em que região (ões) você utiliza proteção solar?

- Rosto
- Rosto e corpo
- Corpo

**11.** Qual a frequência da sua proteção?

- Utilizo o dia inteiro.
- Só utilizo uma vez ao dia.
- Não utilizo proteção nenhuma.

**12.** Se você utiliza o protetor solar, qual a frequência?

- Durante a exposição ao Sol.
- Todos os dias
- Ocasionalmente
- Não utilizo protetor solar

**13.** Durante a sua exposição solar, você reaplica o protetor ?

- Sim
- Não

**14.** Qual a frequência?

- A cada duas horas
- A cada seis horas
- Com intervalo maior de seis horas

**15.** Quem te indicou o uso do protetor solar?

- Dermatologista.
- Auto-indicação

**16.** Você sabe quais são as consequências da exposição solar? Quais você conhece?

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, morador (a) da rua \_\_\_\_\_, portador do RG nº. \_\_\_\_\_, autorizo a utilização das informações fornecidas por mim para a realização da pesquisa: "Câncer de pele sob óptica dos graduandos de enfermagem". A sua escolha, enquanto sujeito deste estudo foi usado fatores de inclusão não sendo obrigatória a sua participação. Sei que o trabalho realizado não haverá identificação pessoal, as informações fornecidas serão mantidas em sigilo e total anonimato e estarão sob a responsabilidade da pesquisadora. Além disso, o aluno poderá retirar-se da entrevista em qualquer momento sem ocorrer dano algum ao seu tratamento, ou mesmo a sua relação com a pesquisadora, não haverá despesas pessoais para o aluno em qualquer fase do estudo, também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Este roteiro de entrevista será preenchido pelo próprio entrevistado, num tempo aproximado de uma hora, sendo necessário que o aluno preencha o mesmo. Os alunos devem estar lúcidos, conscientes e capazes de se comunicar verbalmente. Os riscos em relação à pesquisa serão mínimos podendo ocorrer atrasos no tempo previsto de respostas da entrevista pelo participante, mudando a rotina do cotidiano durante o momento em que responder a pesquisa, e até mesmo cansaço, e os benefícios relacionados à sua participação serão utilizadas para fins científicos, em apresentação de eventos, publicação em revistas, e a contribuição para o crescimento científico para profissionais da área de saúde. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo, concordando voluntariamente em participar desta pesquisa. Receberei uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar minhas dúvidas sobre o projeto e a minha participação agora ou em qualquer momento.

Vitória \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

Vitória \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Contato da Pesquisadora: Cláudia Regina Stelzer Moraes - 9971-9808 E-mail: claudiastelzer@twoengenharia.com.br Rua Chopin, 100 Ed. Charles Garnier apto 401 Barro Vermelho Vitória ES, CEP 29057-580.

Co-pesquisadora: Tatiane Miranda da Silva – 9949-3090 E-mail: tatty.ms@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP – EMESCAM) – 3334-3586. Endereço: Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402.

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

LIS PEREIRA RAMOS  
SERLIENE DE PAULA SOUZA

**CÂNCER DE PELE SOB ÓPTICA DOS GRADUANDOS DE  
ENFERMAGEM**

VITÓRIA  
2010