

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

GABRIELLE MODENESI VENÂNCIO
LAIS FERREIRA FURTADO
LIVIA SANTOS ALVES

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE PELE.**

VITÓRIA
2011

GABRIELLE MODENESI VENÂNCIO
LAIS FERREIRA FURTADO
LIVIA SANTOS ALVES

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE PELE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.
Orientadora: Vanézia Gonçalves da Silva.

VITÓRIA
2011

GABRIELLE MODENESI VENÂNCIO
LAIS FERREIRA FURTADO
LIVIA SANTOS ALVES

**CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À PREVENÇÃO DO CÂNCER
DE PELE.**

Aprovada em 01 de dezembro de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Laís G. da Silva

Professora: Vanézia Gonçalves da Silva - Mestre
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora

Francine

Professora: Francine Alves Gravitel Raposo - Especialista
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

Professora: Rosa Maria Natalli Montenegro - Mestre
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM

V448c

Venâncio, Gabrielle Modenesi.

Conhecimento, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde frente à prevenção do câncer de pele./ Gabrielle Modenesi Venâncio, Lais Ferreira Furtado, Livia Santos Alves. – Vitória, 2011.

58 f.: il.

Orientadora: Vanézia Gonçalves da Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

1. Agente Comunitário de Saúde – Câncer de pele – Prevenção. 2. Agente Comunitário de Saúde – Vitória – Espírito Santo. 3. Câncer – Prevenção. I. Furtado, Lais Ferreira. II. Alves, Livia Santos. III. Silva, Vanézia Gonçalves (orientadora). IV. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. V. Conhecimento, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde frente à prevenção do câncer de pele.

CDU: 616-006

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por sempre nos iluminar e nos conceder a serenidade e a sabedoria para realização deste estudo.

Às nossas famílias pelo amor e carinho, e aos amigos que sempre estiveram torcendo por nós compreendendo os momentos de ausência.

À mestra Vanézia Gonçalves da Silva e aos demais mestres que nos auxiliaram durante a vida acadêmica.

Aos Agentes Comunitários de Saúde que gentilmente participaram deste estudo.

*“Não basta saber, é preciso também aplicar,
não basta querer, é preciso também fazer.”*

Goethe

RESUMO

Introdução: A incidência do câncer de pele é crescente no Brasil, devido principalmente a exposição excessiva à radiação solar, falta de conhecimento dos meios de fotoproteção e pelo não uso de foto protetor. É de suma importância que estes profissionais tenham os conhecimentos, atitudes e as práticas corretas em relação a prevenção do câncer de pele, para reduzir a morbimortalidade e custos desta patologia, melhorando a qualidade de vida do trabalhador.

Objetivo: Avaliar os Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados à prevenção do câncer de pele.

Métodos: Estudo de caráter descritivo e exploratório, associado ao Inquérito CAP – Conhecimento, Atitude e Prática. Envolveu 62 Agentes Comunitários de Saúde de Unidades Básicas de Saúde, vinculadas ao Programa Saúde da Família do município de Vitória, com 43 respondentes durante o mês de outubro de 2011. As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa Microsoft Excel 2007.

Resultados: Os Agentes Comunitários de Saúde apresentaram idade média de 42.5 anos. Houve o predomínio do sexo feminino (88.37%), constituindo, segundo a pesquisa, o gênero predominante no exercício da profissão. Em relação ao Conhecimento, todos (100%) dos entrevistados afirmaram ter conhecimento mínimo sobre o câncer de pele, tendo como principal fonte destas informações o trabalho (81.39%). Sobre a Atitude dos entrevistados com a prevenção do câncer de pele, novamente, 100% considerou importante. Quanto à Prática 100% responderam usar o protetor solar, no entanto 81.39% relataram utilizar os outros métodos disponibilizados em serviço. O principal motivo alegado para o não uso do método de prevenção foi a má qualidade do produto ofertado.

Conclusão: Observou-se a necessidade de uma reavaliação dos métodos de prevenção disponibilizados e a rede de distribuição, visando aquisição de produtos com qualidade, e conferir maiores benefícios aos trabalhadores. Também são válidas as ações de promoção de conhecimento no local de trabalho, pois as informações são assimiladas às atitudes e práticas diárias, proporcionando qualidade de vida no exercício da profissão.

Palavras – Chaves: Agente Comunitário de Saúde – Câncer de Pele –Prevenção.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 GERAL	12
2.2 ESPECÍFICOS.....	12
3 METODOLOGIA.....	13
3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA.....	13
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	13
3.3 POPULAÇÃO ALVO.....	14
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	14
3.5 COLETA DE DADOS.....	15
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4.1 FUNÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA PELE	16
4.2 HISTOLOGIA DA PELE.....	16
4.3 O CÂNCER DE PELE.....	18
4.4 EXPOSIÇÃO SOLAR	21
4.5 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE.....	23
4.5.1 Fotoprotetores	24
4.6 POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	26
4.7 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	28
4.8 LEGISLAÇÃO TRABALHISTA.....	29
4.9 NORMAS REGULAMENTADORAS	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS).....	31
5.1.1 Perfil.....	34
5.2 CONHECIMENTOS, FONTE DE CONHECIMENTO E ADEQUAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE	35

5.3 ATITUDES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE	37
5.4 PRÁTICAS E ADEQUAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS PREVENTIVOS FORNECIDOS PELOS GESTORES DE SAÚDE PÚBLICA	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
7 REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	50
APÊNDICE A.....	52
APÊNDICE B.....	53
APÊNDICE C.....	54
APÊNDICE D.....	55
APÊNDICE E.....	56
APÊNDICE F.....	57
APÊNDICE G.....	58

1 INTRODUÇÃO

A radiação ultravioleta (RUV) tem sido considerada, nos últimos anos, como o principal fator de risco ambiental para o desenvolvimento do melanoma e de neoplasias cutâneas não melanocíticas. Além disso, é responsável por outros danos imediatos e a longo prazo. Exposições agudas e exageradas ao sol geram imunossupressão e queimaduras, por vezes dolorosas, no tegumento. O acúmulo de exposições à radiação UV leva, também, ao foto envelhecimento precoce.

O Grupo Brasileiro de Melanoma (GBM) relata que o câncer de pele é o mais comum de todos os cânceres, e noventa por cento destes tumores são curáveis, desde que detectados precocemente. Para isto não são necessários exames sofisticados, sendo suficientes o autoexame periódico e a visita ao médico. É uma condição maligna que começa com o crescimento excessivo e descontrolado de células anormais da pele. Os três principais tipos de câncer de pele são: Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular e o Melanoma Maligno.

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) (2007), as profissões exercidas ao ar livre, onde os trabalhadores ficam expostos ao sol diariamente e por períodos prolongados, são as que apresentam maior risco para o desenvolvimento do câncer de pele. Como não é possível evitar a luz solar no horário mais intenso, das 10h às 16h, é importante o uso de boné que proteja as orelhas e o pescoço, uniforme adequado e protetor solar.

O Brasil é um país que dispõe de leis específicas para o trabalhador que exerce sua função exposto ao sol. A Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 7º, inciso XXII, assegura aos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu artigo 155º, estabelece como responsabilidade do órgão competente, no caso o Ministério do Trabalho e Emprego, o estabelecimento de normas sobre a segurança e medicina do trabalho, chamadas de Normas Regulamentadoras (NR).

O Ministério do Trabalho atribui às NR's os deveres e obrigações do empregado e do empregador, no que diz respeito à segurança do trabalho. Ou seja, cabe ao empregador promover medidas e instrumentos de proteção individual e coletivo para os profissionais que trabalham a céu aberto. E ao empregado obedecer as NR's para uma qualidade de vida mais saudável.

Por meios de ações individuais ou coletivas, o agente comunitário de saúde realiza atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde sob supervisão do gestor local do SUS (a Secretaria Municipal de Saúde). (BRASIL, 2002)

A incidência do câncer de pele é crescente no Brasil, devido principalmente a exposição excessiva à radiação solar, falta de conhecimento dos meios de fotoproteção e pelo não uso de foto protetor. É de suma importância que estes profissionais tenham os conhecimentos, as atitudes e as práticas corretas em relação a prevenção do câncer de pele, para reduzir a morbimortalidade e custos desta patologia, melhorando a qualidade de vida do trabalhador.

A escolha do tema relaciona-se à vivência em campo de estágio com os trabalhadores estudados. Sabendo previamente que a exposição solar é um fator de risco para o câncer de pele e que esses trabalhadores estão inclusos nesse grupo por exercerem sua atividade profissional expostos ao sol em horários de radiação intensa, gerou-se uma inquietude quanto prática diária de proteção solar por esse grupo, buscando compreender quais as possíveis facilidades e dificuldades para uma prática adequada de prevenção do câncer de pele.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar os Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados à prevenção do câncer de pele.

2.2 ESPECÍFICOS

- Dissertar sobre os fatores de risco a que estão expostos os Agentes Comunitários de Saúde que exercem funções ao ar livre;
- Avaliar o nível de conhecimento referente à Foto Proteção, como também o conhecimento sobre o câncer de pele propriamente dito;
- Compreender as atitudes, predisposições e crenças quanto à prevenção de câncer de pele;
- Identificar a relação entre o conhecimento, as atitudes e a prática dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a prevenção do câncer de pele.

3 METODOLOGIA

3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA

O estudo teve caráter descritivo e exploratório, tipo Inquérito CAP - Conhecimento, Atitude e Prática – para prevenção do câncer de pele, em Agentes Comunitários de Saúde, que trabalham no Programa Saúde da Família em Unidades Saúde da Família.

Os estudos descritivos informam a distribuição da doença na população de acordo com suas características, como sexo, idade, raça, estado civil, classe social, características clínicas, laboratoriais, entre outras. Os estudos descritivos podem ser populacionais ou individuais, como relato de casos e série de casos. Os dados obtidos através de estudos descritivos servem como base para formulação de hipóteses para estudos futuros (REIS, 2002, p. 53)

Segundo Severino (2007, p. 123) a pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto.

Marinho et al. (2003, p. 577 e 578) define o Inquérito CAP - Conhecimento, Atitude e Prática como tipo de estudo. Os conceitos de conhecimento, atitude e prática foram estabelecidos a partir de estudos similares, conforme segue:

- *Conhecimento* – Significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento.
- *Atitude* – É, essencialmente, ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Relaciona-se ao domínio afetivo – dimensão emocional.
- *Prática* – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Como cenários de estudo tivemos as Unidades de Saúde da Família (USF) com implantação do Programa Saúde da Família efetivada, localizadas em bairros do

município de Vitória, no Estado do Espírito Santo. Dentre os critérios de inclusão três USF foram incluídas na amostra, pois fizeram parte dos campos de estágio do Internato I, disciplina do sétimo período do curso de Enfermagem da Escola de Ciências e Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).

A presença dos alunos e professores da EMESCAM nos locais escolhidos foi um facilitador para a realização das entrevistas. As outras Unidades não inclusas no programa de estágio complementaram a amostra. As USF's escolhidas foram: Unidade de Saúde Gilson Santos, localizada em Bairro da Penha, contando com dezesseis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a UBS Luiz Castellar da Silva, no bairro Jesus de Nazareth, com sete ACS's, UBS Dr. José Moysés localizada em Santa Luzia, contando com vinte e três ACS's, Unidade de Saúde de Santo André, com dezesseis ACS's.

A amostra total é de sessenta e dois Agentes Comunitários de Saúde; para validação dos dados, buscamos superar as exigências de 20% da amostra total. Atingimos a quantidade de quarenta e três Agentes Comunitários de Saúde participantes, superando a amostra mínima de vinte entrevistas e com média de dez agentes entrevistados por Unidade. Os presentes cenários de estudo foram locais de vínculo acadêmico durante a graduação, motivando o desenvolvimento do trabalho com os profissionais mencionados.

3.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo do estudo são os Agentes Comunitários de Saúde. A escolha foi baseada na experiência acadêmica que tivemos com os referidos profissionais ao longo dos períodos anteriores, principalmente pelo fato de que os ACS's estão expostos à radiação solar em significativa parte do dia.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) para o desenvolvimento da pesquisa.

3.5 COLETA DE DADOS

Material: foi aplicado um questionário, com total de trinta perguntas fechadas e uma aberta, de acordo com o inquérito CAP (Apêndice G), seguindo o tema principal: a prevenção do câncer de pele.

Método: inicialmente os entrevistados foram esclarecidos quanto ao tipo de pesquisa, o propósito e garantia de que os dados pessoais não serão vinculados aos nomes e documentos de identificação em nenhum momento do trabalho, mantendo o sigilo nas respostas apresentadas pelos profissionais. A coleta de dados ocorreu durante o mês de outubro de 2011 nas Unidades de Saúde da Família mencionadas. No segundo momento computamos os dados coletados; a proposta inicial de utilizar o programa EPIInfo 5.3.1 para realizar a análise foi confrontada com uma segunda opção: o programa *Microsoft Excel 2007*. Após considerar as vantagens, definiu-se o último como melhor método de análise de dados, pois foi a ferramenta que melhor se adequou à metodologia do estudo, proporcionando melhor avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a prevenção de câncer de pele.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 FUNÇÕES E CARACTERÍSTICAS DA PELE

Segundo Kumar (2005), há mais de cem anos já se compreendia a pele como uma barreira passiva contra a perda de fluidos e de proteção contra lesões mecânicas para os órgãos viscerais internos, que são considerados funcionalmente mais sofisticados.

No decorrer do século XX aceitou-se esse conceito, mas nas últimas três décadas o avanço do estudo científico mostrou a pele como um órgão complexo e repleto de interações celulares e moleculares que regulam respostas importantes para o nosso corpo e ambiente.

De acordo com Junqueira e Carneiro (2008) a pele é composta por estruturas e células interdependentes que trabalham com o objetivo protetor comum, sendo o maior órgão do corpo humano, com cerca de 16% do peso corporal. Ela desempenha múltiplas funções, como: regulação térmica, defesa imunológica, proteção contra agentes externos, sensorial, metabólica e controle do fluxo de água e íons para o meio externo.

4.2 HISTOLOGIA DA PELE

Continuando o raciocínio de Junqueira e Carneiro (2008) a pele estrutura-se em três camadas; a mais externa: epiderme, a intermediária: derme e a mais interna, a hipoderme.

A epiderme é constituída de epitélio estratificado pavimentoso queratinizado, possuindo como células principais e mais abundantes os queratinócitos, melanócitos, as células de Langerhans e de Merkel.

Os melanócitos produzem a melanina, pigmento que confere cor à pele juntamente com a enzima tirosinase, que transforma dopa em dopa-quinona e, após diversas

conversões, torna-se melanina; esta será mantida nos melanossomos até eles estarem repletos e perderem sua atividade tirosinásica recebendo, então, o nome de grânulo de melanina; estes grânulos migram para o citoplasma dos queratinócitos, que funcionam como os depósitos de melanina.

Os grânulos de melanina fundem-se com os lisossomos dos queratinócitos, motivo pelo qual as células mais superficiais da pele não possuem melanina, localizando-se em regiões supranucleares, oferecendo proteção máxima ao DNA contra os efeitos prejudiciais da radiação solar.

O bronzeamento da pele por exposição à luz solar ocorre inicialmente devido ao escurecimento da melanina preexistente e à aceleração da transferência de melanina para os queratinócitos. Numa segunda etapa, a síntese da melanina é aumentada. (JUNQUEIRA e CARNEIRO, 2008, p.363)

Continuando com Junqueira e Carneiro (2008) as células de Langerhans são sintetizadas na medula óssea e transportadas através do sangue. São capazes de captar antígenos, processá-los e apresentá-los aos linfócitos T, desempenhando papel importante nas reações imunes cutâneas. As células de Merkel são estruturas em formato de disco, onde se inserem fibras nervosas aferentes, e são mecanorreceptores. Geralmente essas células encontram-se em maior número na palma das mãos, planta dos pés, e especialmente na ponta dos dedos.

A derme é constituída de tecido conjuntivo, apresenta espessura variada de acordo com a região observada, atingindo o máximo de 3 mm na planta do pé. Podem-se observar as papilas dérmicas acompanhando as reentrâncias correspondentes da epiderme. Estas aumentam a área de contato da derme com a epiderme, reforçando a junção epiderme-derme, sendo mais frequentes em áreas sujeitas a pressões e atritos. Nessa porção estão localizadas as redes vasculares e os anexos cutâneos, como pêlos, unhas, glândulas sebáceas e sudoríparas.

A hipoderme é formada por tecido conjuntivo frouxo, e une a derme aos órgãos subjacentes. É responsável pelo "deslizamento" da pele sobre as estruturas mais internas do corpo. Assim como a derme, também possui espessura variada, devido ao grau de nutrição do organismo que determina a quantidade de tecido adiposo

presente, também denominado pânículo adiposo, responsável pela modelagem corpórea, reserva de energia e termorregulação.

4.3 O CÂNCER DE PELE

Segundo Gomes (1997) os cânceres de pele são classificados em: carcinoma basocelular, epitelioma basocelular, basolioma, carcinoma de células basocelulares, carcinoma espinocelular, também denominado de células escamosas, espinalioma, carcinoma de células espinhosas, carcinoma epidermóide e melanoma cutâneo.

De acordo com Kumar (2005), os tumores mais comuns são os Carcinomas basocelulares, que têm crescimento lento e raramente metastatizam, é um dos cânceres de melhor prognóstico, mas com maior incidência, ocorrendo em 70% dos casos. Ocorrem geralmente em pessoas de pele clara e em locais do corpo com exposição crônica ao sol. O aumento da incidência do carcinoma basocelular está relacionado com a imunossupressão e em pacientes com defeitos hereditários no DNA, como ocorre no carcinoma de células escamosas.

Segundo Ottoni, citado por Gomes (1997), sua malignidade se deve ao caráter invasivo aos tecidos adjacentes. À medida que o tempo passa, lesões sem tratamento precoce podem ulcerar e invadir locais de extensão óssea, atingindo até mesmo os seios da face.

Ainda de acordo com Ottoni citado por Gomes (1997), há a proposta para a histogênese, em que as células basalióides se originam das células epidérmicas imaturas pluripotenciais, o que explicaria o variado aspecto histopatológico. Ao sofrerem a ação dos agentes desencadeantes, ocorreria a perda de segmentos de cromossomos destas células, com o desaparecimento do gene supressor de tumores, assim desencadeando todo processo de formação de células cancerígenas.

A morfologia do carcinoma basocelular pode apresentar-se de várias formas:

- *A Forma Nodular:* é a mais frequente, apresentando-se como um nódulo perláceo que, com sua evolução, ulcera-se no centro, sangrando com facilidade ao ser traumatizado;
- *A Forma Planocicatricial:* lembra uma cicatriz, como se o tumor fosse cicatrizando em sua parte central e progredindo de maneira centrífuga, apresentando pequenas lesões peroladas e, às vezes, escoriações superficiais;
- *A Forma Esclerodermiforme:* é pouco frequente. Apresenta-se como uma placa endurecida atrófica, com limites imprecisos – devido à intensa fibrose do tecido conjuntivo adjacente-, não se ulcerando;
- *A Forma Pigmentada:* é a forma nodular com presença de melanócitos na massa tumoral. É mais frequente em pessoas de cor parda, podendo ser confundida com o melanoma maligno.
- *O Ulcus Rodens:* é uma variante da forma nodular, que se ulcera mais rapidamente; o seu crescimento é mais rápido do que das formas anteriores;
- *A Forma Superficial ou Pagetóide:* apresenta uma lesão plana com aspecto perláceo nas bordas, coloração pardacenta, lembrando as doenças de Paget e Bowen;
- *A Síndrome do Carcinoma Basocelular Nevóide:* é de origem genética autossômica dominante, de expressividade variável. Encontra-se associada a outras malformações, como cistos odontogênicos, anomalias nas costelas, coluna vertebral e crânio. O portador desta síndrome apresenta habitualmente uma fácies caracterizada por bossas frontais, mandíbula hipoplásica, base nasal larga e hipertelorismo ocular;
- *O Fibroepitelioma de Pinkus:* apresenta-se na forma de pequenos tumores pedúnculos, lisos e ligeiramente rosados. São raros, ocorrendo geralmente em pessoas idosas. Localizam-se no abdômen inferior e na região sacra (OTTONI, 1997, p. 115)

De acordo com Kumar (2005), a maior incidência do carcinoma de células escamosas ocorre nos homens, nos membros inferiores. Ele é o segundo tumor mais comum em idosos. A exposição solar é o maior predisponente, seguido pela exposição a outros fatores como: alcatrões e óleos, cicatrizes de queimaduras antigas, radiação ionizante, úlceras crônicas, osteomielite com drenagens, ingestão de substâncias químicas como o arsênico e a mastigação do tabaco e noz de bétel.

Geralmente são descobertos precocemente, sendo pequenos e com aspecto ressecado. Segundo Kumar, Abbas e Fausto (2005), menos de 5% mostram metástase para linfonodos regionais, e quando ocorrem, essas lesões geralmente são profundamente invasivas.

Segundo Ottoni citado por Gomes (1997), o carcinoma, na raça negra, ocorre somente nas mucosas labiais, orais, oculares, penianas, retais e em úlceras crônicas, causado por alterações ocorridas nas células da camada espinhosa da

epiderme e mucosas. Estas células, sob a ação de agentes cancerígenos como a radiação solar, os hidrocarbonetos, as irritações crônicas e o vírus do papiloma humano, apresentariam perda dos genes supressores de tumores.

O carcinoma espinocelular pode se apresentar como uma lesão certósica de base endurecida, às vezes com lesão córnea, lembrando um pequeno chifre, principalmente quando se instala sobre ceratose solar. De acordo com o grau de atipia de suas células, pode ter aspecto vegetante, como couve-flor. Pode ser também ulcerado, com granulações grosseiras no fundo e hemorrágico. As lesões que se situam sobre ceratoses solares geralmente metastatizam pouco; as que assestam nas mucosas e nas úlceras de pernas dão metástases com maior frequência, sendo principalmente linfáticas (OTTONI, 1997, p. 119)

O tipo mais grave é o melanoma; ele mata aproximadamente 100% das pessoas que não descobrem seu diagnóstico precoce, devido ao seu alto poder de metástase.

Segundo Kumar (2005), embora geralmente assintomático, o melanoma maligno pode gerar prurido como manifestação precoce. Alteração na cor, tamanho e formato numa lesão pigmentada são os sinais clínicos de maior importância. A variação de pigmentação é alta, aparecendo em tons de negro, cinza, vermelho, marrom, azul-escuro e cor da pele.

A hipopigmentação também pode ocorrer em algumas zonas da lesão. Apresenta bordas irregulares e não suaves. Deve-se atentar para os sinais de alerta dos melanomas: o prurido e o aumento em um sinal preexistente, desenvolvimento de uma lesão pigmentada na idade adulta, irregularidade nas bordas e cor variada dentro da lesão pigmentada.

Otoni, citado por Gomes (1997) divide quatro variedades clínicas: melanoma de crescimento superficial, nodular, tipo lentigo maligno e acral.

O melanoma de crescimento superficial ocorre em 70% dos casos, principalmente no sexo feminino, oriundo geralmente da malignização de um nevo juncional. Ocorre hiperpigmentação deste nevo, com crescimento inicial superficial e lento. Apresenta bordas irregulares, reentrâncias superficiais e coloração variando do

marrom ao negro, podendo ter regiões arroxeadas e esbranquiçadas, involuções neoplásicas. Passa ao crescimento vertical, gerando áreas nodulares.

O melanoma nodular ocorre em 15% dos casos, principalmente em homens. É mais agressivo e seu crescimento é praticamente vertical, mastastatizando-se mais rápido. Apresenta aspecto nodular, com superfície elevada, bordas bem demarcadas e coloração preto-azulada homogênea.

O lentigo maligno ocorre em 10% dos casos e é considerado agressivo por apresentar fase de crescimento horizontal que dura de 5 a 15 anos. Ocorre principalmente em idosos do sexo feminino e acomete áreas do corpo que estão expostas aos raios solares. Possui bordas irregulares e coloração variando do marrom ao preto.

O tipo acral ocorre na palma das mãos, planta dos pés e no leito ungueal, especialmente em pessoas de pele escura. Confere cor marrom-escura e bordas irregulares e acomete mais pessoas idosas.

O melanoma de mucosas pode ocorrer: nariz, cavidade oral, vagina, reto, esôfago e conjuntiva, podendo ser amelanócito ou de coloração entre marrom ao negro.

4.4 EXPOSIÇÃO SOLAR

De acordo com o Atlas de Energia Elétrica do Brasil (2002) publicado pela Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) o Brasil é um dos países com maior índice de irradiação solar devido a sua localização próxima a Linha do Equador. É uma característica da população brasileira frequentar praias, praticar de esportes ao ar livre e realizar outros tipos de atividades em que estejam expostos ao sol.

A prática de se expor ao sol pode proporcionar momentos prazerosos, mas deve-se aproveitá-la de maneira benéfica, pois essa exposição gera consequências a curto e longo prazo. Há pessoas que se expõe ao sol somente em momentos de lazer, já outras, convivem com ele diariamente, em suas jornadas de trabalho. Trabalhadores que exercem suas funções ao ar livre são expostos frequentemente a uma grande

quantidade de raios ultravioletas (UV) e é um grupo que tem grande risco de desenvolver o Câncer de Pele.

Doria et al.(2009) refere que a radiação UV é dividida em três tipos, UV-A, UV-B e UV-C. Essa classificação acontece de acordo com os diferentes níveis de comprimento de onda que o sol emite.

Dos três tipos de radiação, a UV-C é a única que é absorvida pela camada de ozônio na atmosfera terrestre, mas com a degradação desta última nos últimos anos parte dela também pode nos atingir. Apenas uma parcela mínima da UVB ultrapassa a camada.

A UV-A irradiada ultrapassa quase totalmente a camada de ozônio, cerca de 99% de sua ondas atingem a superfície terrestre. A presença das fendas na camada de ozônio influencia diretamente na população, pois permite que maior quantidade de radiação atravesse-a, mesmo as que não ultrapassariam normalmente. Os níveis de radiação variam de acordo com o horário do dia, estações do ano, localização e etc.

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) mostra que a exposição cumulativa aos raios solares nos primeiros 20 anos de vida aumenta consideravelmente o risco de desenvolvimento do câncer de pele. As pessoas com maior risco de desenvolver câncer de pele são os foto tipos I e II. Fazem parte desse grupo pessoas brancas, com sardas, cabelos claros e olhos claros. Grande parte da população brasileira tem pele clara e o Brasil está geograficamente em uma área com alta incidência de radiação solar, sendo um dos países com maior incidência de câncer de pele no mundo.

Qualquer fator de radiação em excesso e sem prevenção adequada é prejudicial à pele, sendo que entre os tipos existentes o mais prejudicial é o UV-B, por ser uma onda maior e mais forte.

Seu dano à pele é significativamente elevado, quando comparado ao UV-A.

A exposição excessiva e crônica ao UV-A causa o envelhecimento precoce e o aparecimento de rugas na pele. A radiação UV-B atinge principalmente as camadas mais superficiais da derme. A exposição excessiva aos dois tipos de radiação favorece o aparecimento do câncer de pele, pois causam danos ao DNA, apesar dos sistemas de reparo deste, a contínua exposição faz com que este mecanismo não seja suficiente.

É importante ressaltar que o mormaço também queima a pele, pois cerca de 80% dos raios solares conseguem atravessar as nuvens. Portanto, o tempo nublado não dispensa o uso de fotoproteção.

4.5 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE

A prevenção do câncer de pele é simples, mas requer muita atenção durante a auto-avaliação e avaliação médica. Pode-se dividir em prevenção primária e prevenção secundária.

A prevenção primária com relação ao melanoma deveria ser um dos itens de rotina de todo médico em seu consultório. Toda vez que o paciente de pele clara estiver receptivo e algumas explicações sobre como evitar o câncer de pele, o médico, de modo geral, e principalmente o dermatologista, deve usar alguns minutos da consulta para motivar o paciente a evitar os raios ultravioletas nocivos à pele (SANTOS, 2000 – citado por SANTOS, 2005, p.192)

Segundo Santos (2000) o objetivo da prevenção secundária é diagnosticar as lesões o mais precocemente possível, incluindo as lesões pré-neoplásicas.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2009) o câncer de pele tem grande incidência em várias partes do mundo, ocorrendo com mais frequência no Brasil.

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 (INCA, 2010).

Mesmo sendo facilmente controlados pela prevenção primária, os índices de morbimortalidade podem ter uma tendência ascendente todos os anos. De acordo com a SBD (2005), há múltiplos fatores associados a essa alta incidência, como o aumento da incidência dos raios ultravioleta, principalmente UV-B e UV-A; o aumento da exposição solar, mudanças nos hábitos de proteção mecânica, valorização estética do bronzeamento da pele que estimula a exposição sem proteção adequada e o hábito do bronzeamento artificial.

Complementando a prevenção primária, é fundamental que o paciente realize o autoexame da pele, uma forma estratégica de diagnóstico precoce. O autoexame consiste na avaliação regular da pele, atentando para nevos com alterações de cor, tamanho, textura e bordas irregulares. Poziomczyk (2004) alerta para a atenção a lesões papulosas, translúcidas, avermelhadas com telangiectasias, e para lesões que apresentem prurido, crosta, úlcera, sangramento, e dificuldade de cicatrização. Essa medida reduz as chances de evolução de lesões malignas.

Baseando-se nos conceitos da Sociedade Brasileira de Dermatologia, no Brasil a prevenção está ligada ao fator cultural racial. É nítido e cientificamente provado que pessoas de pele mais clara possuem maiores riscos de desenvolver câncer de pele, mas as pessoas de pele mais escura também estão sujeitas a esta patologia.

4.5.1 Fotoprotetores

De acordo com Brasil Escola (2010), havia relatos no Egito, em 7800 a.C. de diversas barreiras que tinham como finalidade a proteção solar, dentre eles mamona, extrato de magnólia, jasmim e óleo de amêndoas. Posteriormente pode-se observar a mesma tentativa na Grécia 400 a. C., durante os jogos olímpicos, algumas modalidades eram disputadas com o corpo nú, o que nos trouxe a tentativa do óleo de oliva e areia. Apenas em 1944, o americano Benjamin Greene,

obeservando a pele dos soldados que retornavam da Segunda Guerra Mundial, decidiu criar um produto que seria útil na proteção da pele aos raios solares.

Segundo Doria et al. (2009), os protetores solares são preparações para uso tópico que reduzem os efeitos deletérios da radiação ultravioleta. Para garantir uma fotoproteção efetiva, o produto deve proteger contra os raios UV-A e UV-B e ser estável química e fotoquimicamente. Para essa efetivação, outros fatores devem ser avaliados, conforme enfatiza Milesi:

A proteção atingida por um fotoprotetor depende da quantidade de produto aplicada sobre a pele, do período de aplicação e reaplicação, da intensidade das atividades que a pessoa pratica, que pode conduzir à produção excessiva de suor ou exposição à água, que culminarão na remoção do filtro aplicado. (MILESI, 2002, p. 1)

Ainda de acordo com preceitos de Doria et al. (2009), para conhecer o fator de proteção solar (FPS) adequado a cada pele é necessário saber quanto tempo conseguimos permanecer ao sol sem nenhum protetor solar; o teste é realizado com a pessoa se expondo ao sol até surgir na pele um leve eritema, deve-se multiplicar o valor encontrado pelo FPS do produto utilizado, o resultado da multiplicação é o limite máximo de tempo para nova reaplicação. A reaplicação do produto não amplia o tempo de permanência ao sol. Para um tempo maior de exposição deve-se utilizar um produto com FPS superior.

Segundo a legislação brasileira, através do Sistema de Vigilância Sanitária, Lei nº 6360/1976, Decreto nº 79.094/1977 e nº 83.239/1979, complementados pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC), os filtros solares são considerados cosméticos, de Grau 2, ou seja, produtos que possuem comprovação de segurança e eficácia, bem como informações, cuidados, modo e restrições de uso, e não um medicamento de venda livre, como ocorre nos Estados Unidos da América (EUA).

Exercendo sua função ao ar livre o trabalhador passará grande parte do dia exposto ao sol, nesses casos podem ser aplicadas doses abundantes na pele, tendo cuidado de evitar as regiões da boca e dos olhos para não causar nenhum tipo de irritação. Também é essencial o uso de chapéus, bonés, viseiras, camisas, e de guarda-sóis, preferencialmente nas cores claras, pois a cor escura absorve os raios UV.

4.6 POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Perante a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde (ALMA-ATA, 1978), ficou declarado mundialmente que o Estado deve garantir saúde a todos, independente de qualquer motivo religioso, cultural, econômico, racial, social; enfim, promover políticas de saúde que visem o bem-estar físico, psíquico e social da população, enfocando os cuidados primários.

Nesse período o Brasil enfrentava um momento crítico de sua história, a movimentação social era grande, o povo clamava por eleições diretas, vida digna, saúde, segurança, educação, emprego e menos opressão.

Em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com significativa participação popular; contando com mais de 4000 pessoas, dentre os quais 1000 eram delegados com direito a voz e a voto. Esta pode ser considerada o gatilho inicial para a Reforma Sanitária Brasileira, que trouxe consigo a necessidade de ampliação do sistema de saúde do país.

Fazia-se imprescindível a separação da Previdência Social da Seguridade da Saúde, a definição de cada poder na administração da saúde e a garantia de acesso e qualidade de todos os serviços de saúde prestados.

Esse movimento culminou na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha como objetivo principal a transformação para o Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Constituição Federal, um sistema adequado de saúde é:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

A Constituição Federal (1988), Capítulo II, artigo 198, define que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e

constituem um sistema único” esse sistema é organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Em 1990 foram constituídas as leis nº 8.080 e nº 8.142, para o Sistema Único de Saúde, resultado de um controle social universalizado. A lei nº 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. A lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Com a necessidade de substituir o modelo histórico de centralização na doença e no cuidado médico individualizado, surgiu no cenário brasileiro uma reorientação do modelo assistencial com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que é um modelo sintonizado com os princípios básicos do SUS: integralidade, universalidade, equidade e hierarquização.

Essa reorientação da assistência foi operacionalizada pela implantação das equipes multiprofissionais nas unidades básicas de saúde. As equipes são responsáveis por acompanhar determinado número de famílias localizadas em delimitada área geográfica. A atuação da equipe envolve ações de promoção, prevenção e manutenção à saúde, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existe desde 1991, porém foi institucionalizado em 1997; ele surgiu com a necessidade de um maior suporte e a garantia de atendimento adequado, da promoção, tratamento e recuperação em saúde para a população. Esse acúmulo de funções gerava sobrecarga para os ACS's, fazendo-se necessário a criação de uma rede multidisciplinar para o suporte às diversas atividades. Atendendo essa demanda, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Em março de 2006, o governo federal emitiu a portaria nº648, que define o PSF como estratégia principal do Ministério da Saúde para organização da Atenção Básica no país.

Nesse contexto, os agentes comunitários de saúde (ACS) têm sido considerados personagens chave na implantação das políticas voltadas para a reorientação do modelo de atenção em saúde e, portanto, não constituem mero suporte para a execução de determinadas ações em saúde (NUNES E COL., 2002; SILVA E DALMASO, 2002 - citado por GOMES et al. 2009, p. 745)

Vale lembrar que o PACS não deixou de existir após a implementação do PSF, ambos os programas coexistem e funcionam ativamente. Possuem como meta primordial estarem presentes no maior número de famílias no território brasileiro.

4.7 OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são moradores da própria comunidade, escolhidos para trabalharem com os demais profissionais da equipe multidisciplinar em prol da população. Cada ACS deve atender o número de 400 a 750 pessoas, dependendo das necessidades de cada região e devem estar vinculados à Unidade Básica de Saúde.

As atividades realizadas por esses profissionais são gerenciadas pelo Enfermeiro constituindo a equipe da saúde da família, sendo este o responsável pelas ações dos ACS e por capacitá-los periodicamente. Dentre as atividades dos ACS, as principais são: mapeamento, identificação das microáreas de risco, realização de ações coletivas e ações intersetoriais e as visitas domiciliares. Dentre as atividades relacionadas, a principal é a visita domiciliar que, por ser realizada diariamente, expõe os ACS's ao principal fator de risco externo, que é a exposição solar intensa, principalmente nos horários de pico de radiação.

Os ACS's possuem um papel muito além de personagens da Atenção Básica, são "peças-chaves" do processo de inclusão social, não apenas na rede de saúde, mas de toda a população à sociedade política.

Como todo profissional, os ACS's possuem seus deveres e direitos trabalhistas. Cabe ao empregador assegurar a qualidade de vida, por meio de condições dignas de trabalho, promovendo ações em saúde capazes de prevenir danos aos empregados.

4.8 LEGISLAÇÃO TRABALHISTA

A Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 7º, inciso XXII, assegura aos trabalhadores a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. Junto com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu artigo 155º, dispõe que incube ao órgão competente, Ministério do Trabalho e Emprego, cabe estabelecer normas sobre a Segurança e a Medicina do Trabalho, que são chamadas de Normas Regulamentadoras (NR).

4.9 NORMAS REGULAMENTADORAS

As NR's dispõem sobre deveres e obrigações do empregado e do empregador, no que diz respeito à segurança do trabalho. Cabe ao empregador promover medidas de segurança e ofertar instrumentos de proteção individual e coletivo para os profissionais que trabalham a céu aberto, e ao empregado obedecer as NR's para garantir uma qualidade de vida. Segundo a NR06, é uma das obrigações do Empregador promover medidas para eliminar ou neutralizar a insalubridade e as condições inseguras do trabalho, através da distribuição gratuita de equipamentos de Proteção Individual e Coletiva, os EPI e EPC.

A NR que dispõe sobre os trabalhadores que desempenham suas atividades a céu aberto, é a de número 21; que deixa clara a exigência de medidas especiais que protejam os trabalhadores contra a insolação excessiva, o calor, frio, umidade e os ventos inconvenientes.

De acordo com o Anexo 7 da NR 15, os agentes insalubres poderiam ser identificados como as radiações não ionizantes, entre elas, as ultravioletas, oriundas do sol. Apesar de um número considerável de pessoas todos os anos sofrerem de Câncer de Pele, e outras conseqüências, devido à exposição contínua aos raios UV do sol, infelizmente, o adicional de insalubridade para raios solares é considerado indevido.

Outro infortúnio é a não legalização do Protetor Solar como EPI, por seus fabricantes não possuírem os Certificados de Aprovação de Equipamento de

Proteção Individual (CAEPI) do Ministério do Trabalho. Cabe ao Empregador decidir ou não pela oferta de EPI de foto proteção ao trabalhador. A Prefeitura Municipal de Vitória disponibiliza para os ACS's foto protetor, boné, camisas e calças adequados para o uso em relação a proteção dos raios UV solar.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve como amostra inicial para a realização da pesquisa o quantitativo de 62 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Unidades Básicas de Saúde, vinculadas ao Programa Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Vitória, Espírito Santo. Durante o mês de Outubro de 2011 foi aplicada a pesquisa aos participantes inclusos na amostra, sendo que destes apenas 43 ACS's optaram por responder o questionário composto por 30 perguntas fechadas e 01 aberta, totalizando 69.35% da amostra total.

Para compor a análise de dados estudou-se a adequação do conhecimento, atitudes e práticas frente à prevenção do câncer de pele, baseando-se em critérios previamente especificados.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS's).

A faixa etária dos ACS's participantes variou entre 25 a 60 anos, tendo a média de 42.5 anos. O maior contingente dos entrevistados possui entre 25 a 35 anos. Em relação ao gênero, 88.37% (38) pertencem ao sexo feminino, constituindo de acordo com o estudo o gênero predominante no exercício da profissão. Segundo a literatura, na definição de um perfil sociodemográfico, ficou evidenciada a predominância de profissionais do sexo feminino na área da saúde. Como exemplo, no estudo de Tomasi et al. (2008), em que observou-se que 81% dos trabalhadores da área da saúde eram do sexo feminino e 19% do masculino. Dessa forma, esse estudo se enquadra no perfil da maioria dos estados brasileiros, que contam principalmente com a atuação feminina na profissão de ACS's e profissionais que atuam na saúde.

Pôde-se observar que a escolaridade dos ACS's analisados está entre 7 a 15 anos de estudo, contando com a média de 11 anos, correspondendo à conclusão do ensino médio. Prevaleceram os que tem entre 11 a 14 anos de estudo, referente a 74.41% (32). Somados aos que completaram mais de 15 anos de estudo, obtêm-se

o valor de 92.47% de entrevistados que tiveram no mínimo 11 anos de estudo. A Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006, Artigo 6º, inciso III, define como um dos requisitos básicos para o cargo de ACS a conclusão do ensino médio. Esse estudo constatou um grau adequado de ensino, observando a prevalência do grau mínimo de instrução para exercício da função, tendo somente 4.65% de entrevistados com grau abaixo do exigido. Fato decorrente do exercício da profissão antes do vigor da Lei em questão, que já prevê essa possibilidade.

Em relação ao estado civil 30.23% (13) dos entrevistados eram solteiros, 51.16% (22) casados, 11.62% (5) divorciados, e 6.97% (3) viúvos. De acordo com a análise da renda familiar, 53.48% (23) dos participantes possuem renda mensal entre 2 a 4 salários mínimos. O número de dependentes dessa renda variou entre 0 a 8 pessoas, sendo que a maioria, 44.18% (19) possui de 4 a 6 dependentes. Dos participantes da pesquisa, 20.93% não relataram o valor mensal da renda mensal.

Quanto ao tempo de serviço como ACS's duas faixas etárias pré definidas, que compreendem "2 a 5 anos" e "6 a 10 anos", obtiveram 32.55% (14) de respostas cada uma, correspondendo à maioria dos trabalhadores em exercício.

Gomes et al. (2009) constataram que todos os ACS's de Cajuri, Minas Gerais, eram do sexo feminino, tinham entre 30 e 40 anos (63.6%), todos haviam concluído no mínimo o ensino fundamental e que os estados civis predominantes observados foram o de solteiro e união estável com 45.4%. Quando questionados quanto ao tempo que trabalhavam no PSF, 72.7% possuíam mais de cinco anos de atividade. Os dados apresentados evidenciam que o perfil dos ACS's não demonstrou variações significativas quando analisados em municípios tão distintos.

De acordo com as respostas assinaladas pelos entrevistados 58.13% (25) consideraram-se pardos, seguidos por 27.90% (12) cor branca, negros 13.95% (6) e nenhum indígena.

A média de exposição solar dos entrevistados é de 6.5 horas, e 100% (43) dos ACS's relataram que ficam expostos aos raios solares por 5 a 8 horas diárias.

Tabela 1 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde de acordo com as características sociodemográficas (N=43)

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Idade (anos)*		
25 - 35	17	39.53
36 - 46	10	23.25
47 - 57	11	25.58
> 58	1	2.32
Sexo		
Feminino	38	88.37
Masculino	5	11.6
Escolaridade (anos)**		
< 10 anos	2	4.65
11 - 14	32	74.41
> 15	8	18.60
Estado Civil		
Solteiro	13	30.23
Casado	22	51.16
Divorciado	5	11.62
Viúvo	3	6.97
Renda Familiar (n° de salários mínimos)***		
< 2	3	6.97
2 - 4	23	53.48
> 5	8	18.60
Pessoas dependentes da renda familiar mencionada (número)****		
Nenhuma	3	6.97
1 - 3	19	44.18
4 - 6	16	37.20
> 7	0	0
Tempo que trabalha como Agente Comunitário de Saúde (anos)		
< 1	2	4.65
2 -5	14	32.55
6 - 10	14	32.55
> 10	13	30.23
Cor da Pele		
Branco	12	27.90
Pardo	25	58.13
Negro	6	13.95
Indígena	0	0
Quanto tempo fica exposto ao sol diariamente (horas)		
< 4	0	0
5 - 8	43	100
> 9	0	0

* Faltaram informações de 4 ACS.

** Faltaram informações de 1 ACS.

*** Faltaram informações de 9 ACS.

**** Faltaram informações de 5 ACS.

5.1.1 Perfil

Evidenciado nos resultados das características sociodemográficas dos Agentes Comunitários de Saúde, constatou-se um perfil do sexo feminino, cor parda, com média de 42 anos de idade, grau de instrução em nível médio, casada com filhos e/ou mais de um membro familiar além do cônjuge, renda familiar de 2 a 4 salários mínimos, que exerce essa função há no mínimo 5 anos e está exposta ao sol diariamente por cerca de 6.5 horas.

O sexo feminino desde o início do contexto histórico natural da humanidade esteve relacionado como o sexo frágil, delicado, tendo como principal função a gerência do lar. Com o avançar do tempo as mulheres conquistaram seu espaço no mercado de trabalho e mudaram alguns conceitos pré definidos, evidenciando que podem atuar de forma diferencial e efetiva em diversas áreas. Apesar da mudança nos padrões anteriores e com a atual atribulada, as mulheres ainda mantém sua feminilidade e cuidado estéticos com o corpo, que é uma forte característica do cuidado da mulher com ela mesma.

Relacionando o fator evidenciado neste estudo, a média de idade das ACS superior a quarenta anos, pode-se inferir que as mesmas estão em fase de preocupação com a saúde, principalmente com sua pele, que sofre a ação do tempo e da exposição prolongada ao sol. O avanço tecnológico e cosmetológico, com foco principal no rejuvenescimento, favorece esse cuidado ao corpo; existem no mercado vários produtos com foto-proteção em sua composição, especialmente as maquiagens. Esse fato aliado à vaidade feminina contribui significativamente para a adoção de atitudes e práticas preventivas de câncer de pele, em consequência principalmente das crenças culturais e influências da sociedade moderna.

O perfil definido determinará as justificativas para os resultados encontrados quando relacionados às variáveis Conhecimento, Atitudes e Práticas dos ACS's frente a prevenção do câncer de pele.

5.2 CONHECIMENTO, FONTES DE CONHECIMENTO E ADEQUAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE.

Tabela 2 – Conhecimento

Variáveis	Nº	%
Você tem conhecimento sobre Câncer de Pele?		
Sim	43	100
Não	0	0
Fontes de Conhecimento*		
Centro de Saúde	26	60.46
Rádio/TV	30	69.76
Escolas	9	20.93
No trabalho	35	81.39
Vizinhos/Amigos	4	9.30
Outros	10	23.25
Quais fatores você considera como principais causadores do Câncer de Pele?*		
Estilo de Vida	14	32.55
Exposição Solar	43	100
Contato físico com pessoas doentes	0	0
Transfusão Sanguínea	0	0
Alterações Genéticas	11	25.58
Você conhece o Auto Exame da Pele?		
Sim	27	62.79
Não	16	37.20
Você conhece o Protetor Solar?		
Sim	43	100
Não	0	0
Dos itens abaixo quais você considera métodos de prevenção do Câncer de Pele*		
Protetor Solar	43	100
Boné/Chapéu	41	95.34
Calça comprida	21	48.83
Guarda-chuva	13	30.23
Blusa de manga 2/4	18	41.86
Óculos escuros	20	46.51

* Mais de opção poderia ser marcada.

Em relação ao conhecimento, 100% dos entrevistados afirmaram ter algum tipo de conhecimento sobre o câncer de pele, ou seja, já receberam informações relacionadas ao tema do estudo. O alto percentual de conhecimento já era esperado, considerando o grau de escolaridade elevado entre os ACS's do Município de Vitória, observado também no estudo. Conforme evidencia Castro, Dáttilo e Lopes (2010, p. 161-172) “[...] o nível de escolaridade parece ser um dos

fatores mais básicos para todo o processo educativo do indivíduo, proporcionando um maior grau de discernimento e busca por informações”.

Como principal fonte de conhecimento, predominou a variável trabalho, com 81.39% (35), seguido de rádio/TV 69.76% (30) e Centro de Saúde 60.46% (26). Dos entrevistados 23.25% (10) relataram ter tido outras fontes de conhecimento, 20.93% (9) obtiveram o conhecimento nas escolas e 9.30% (4) com vizinho/amigos.

Durante a construção do questionário visamos avaliar o ACS como um trabalhador que exerce suas atividades ao ar livre. No entanto, no desenvolvimento da questão “*Fontes de Conhecimento*”, deixamos de analisá-lo sob esta ótica e passamos a visualizá-lo como usuário da Unidade de Saúde a qual pertence. Esse fato gerou ambiguidade nos quesitos “*Centro de Saúde*” correspondente à Unidade de Saúde em que trabalha e no quesito “*No Trabalho*”, gerando confusão não somente a análise para as pesquisadoras, como também para os ACS's durante a coleta de dados.

Contudo, durante a análise de dados, observou-se que eles conseguiram distinguir profissional e paciente na referida questão, justificado quando foi comparada a diferença de percentual entre cada opção. Vale frisar que nesta questão do estudo poderia ser marcada mais de uma opção de resposta.

Quando indagados sobre quais fatores consideram como principais causadores do câncer de pele, 100% dos participantes responderam que a exposição solar é um dos fatores, seguido com 32.55% (14) referente ao estilo de vida, e alterações genéticas com 25.58% (11). Essa variável também poderia ter mais de uma opção assinalada.

Com o intuito de avaliar este conhecimento, foram inseridas na variável duas opções com conteúdo falso como fatores causadores do câncer de pele, são elas: “*Contato Físico com as pessoas doentes*” e “*Transfusão sanguínea*”, que não foram assinaladas por nenhum dos entrevistados.

Com relação ao conhecimento do auto-exame da pele a maioria 62.79% (27) conhece o procedimento. E quanto ao protetor solar 100% dos entrevistados têm conhecimento do produto.

Considerou-se conhecimento adequado sobre a prevenção do câncer de pele conhecer no mínimo três métodos de prevenção da patologia em questão. De acordo com os resultados obtidos o conhecimento foi considerado adequado sendo que o maior percentual de entrevistados assinalou mais de uma alternativa.

O protetor solar foi considerado o principal método de prevenção, pois 100% do contingente assinalaram essa opção, seguido de "Boné/chapéu" com 95.34% (41), calça comprida com 48.83% (21), "Blusa de manga 2/4" com 41.86% (18), "Óculos escuros" com 46.51% (20).

Tabela 3 - Conhecimento, fonte de conhecimento e adequação do conhecimento sobre a prevenção do Câncer de Pele

Variáveis	N°	%
Você tem conhecimento sobre Câncer de Pele		
Sim	43	100
Não	0	0
Fontes de Conhecimento*		
Centro de Saúde	26	60.46
Rádio/TV	30	69.76
Escolas	9	20.93
No trabalho	35	81.39
Vizinhos/Amigos	4	9.30
Outros	10	23.25
Adequação do Conhecimento		
Adequado	42	97.67
Inadequado	1	2.32

* Mais de uma opção poderia ser marcada.

5.3 ATITUDES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE FRENTE À PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE.

Tabela 4 – Atitudes

Variáveis	N°	%

Continua

Continuação

Você considera importante para sua saúde prevenir-se contra o câncer de pele?

Sim	43	100
Não	0	0

Em qual nível de gravidade você enquadra o câncer de pele?*

Não é grave	2	4.65
Grave	23	53.48
Gravíssimo	17	39.53

Você procura informações sobre o assunto?

Sim	37	86.04
Não	6	13.95

Você julga que seja imprescindível o uso do protetor solar diariamente?

Sim	39	90.69
Não	4	9.30

Você considera o material recebido para o exercício da sua função de ACS necessário para sua prevenção?

Sim	28	65.11
Não	15	34.88

* Faltaram informações de 1 ACS.

Sobre a atitude dos entrevistados em relação à prevenção do câncer de pele, 100% a consideraram importante. Sendo o câncer de pele classificado por 62.79% (23) dos ACS como uma patologia "Grave", 41.86% (17) como "Gravíssimo" e somente 4.65% (2) assinalaram "Não é Grave". Entre os entrevistados 86.04% (37) procuram informações a respeito do assunto, 90.69% (39) julgam imprescindível o uso do protetor solar e 65.11% (28) consideram o material recebido para o exercício da função de ACS necessário para sua prevenção.

O estudo constatou que a busca de informações sobre o tema pelos ACS's foi alta, com 86.04% de concordância. Esse fato pode ser relacionado ao ambiente em que estão inseridos os respondentes, considerando o acesso facilitado às informações sobre saúde e ao grau de escolaridade que, como descrito anteriormente, é consideravelmente elevado entre os ACS's do município de Vitória.

Quanto ao uso do protetor solar o alto percentual mostrou um resultado adequado sobre esse método de proteção. De acordo com Gonzáles, citado por Balogh et al. (2011), a primeira linha de barreira contra os efeitos nocivos da radiação solar é a utilização dos protetores solares. Associada à questão sobre conhecimento, em que 100% dos ACS's defendem que o protetor solar é um dos principais métodos de

prevenção, pode-se concluir que a diminuição à exposição solar por meio do protetor é um método solidificado na opinião da população estudada.

De acordo com 65.11% dos participantes da pesquisa, o material recebido é necessário para a prevenção do câncer de pele. Esse é um percentual baixo, mas mostra-se adequado em relação à questão anterior em que todos os entrevistados relataram ser imprescindível a proteção solar. Balogh et al. (2011) recomenda a utilização dos métodos de barreira mecânica, pois restringem a luz solar e evitam a exposição excessiva ao sol.

Para compor a análise de dados, a atitude dos entrevistados frente à prevenção do câncer de pele foi considerada adequada quando responderam "Sim" ao julgamento de que seja imprescindível a prevenção do câncer de pele no exercício da função de ACS e os que consideraram a patologia no mínimo "Grave" quanto à gravidade da doença.

Tabela 5 - Atitude dos ACS frente à Prevenção do Câncer de Pele

Variáveis	N°	%
Adequação da Atitude		
Adequado	43	100
Inadequado	0	0
Razões da importância da prevenção do Câncer de Pele		
Gravidade da Doença*	40	93.01
Como medida preventiva: Você considera o material recebido para o exercício da sua função de ACS, necessário para sua prevenção?	28	65.11
Sim	28	65.11
Não	15	34.88

* É a soma das opções consideradas pelos ACS Grave e Gravíssima

O presente estudo evidenciou o quantitativo de 100% de entrevistados que consideram imprescindível a prevenção do câncer de pele durante o exercício da profissão. Esse resultado é positivo e é compatível com o tema do estudo, tendo em vista que o foco principal é a prevenção dessa patologia pelos Agentes Comunitários de Saúde. Possivelmente esse resultado está relacionado ao grau de instrução dos participantes, uma vez que a maioria cursou o ensino médio completo. Também de acordo com a variável "Fontes de Conhecimento" a maioria relatou receber

informações sobre o câncer de pele no local de trabalho e como usuários da Unidade de Saúde da Família o que favoreceu o enfoque dessa opinião.

5.4 PRÁTICAS E ADEQUAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS PREVENTIVOS FORNECIDOS PELOS GESTORES DE SAÚDE PÚBLICA

Tabela 6 – Práticas

Variáveis	Nº	%
Você procura ter informações/conhecimento sobre câncer de pele?	33	76.74
Sim	10	23.25
Não		
Você faz o auto exame de pele?	18	41.86
Sim	25	58.13
Não		
Dos métodos de prevenção do câncer de pele, quais você faz uso?	43	100
Protetor solar	24	55.81
Boné/ Chapéu	20	46.51
Calça comprida	1	2.32
Guarda chuva	20	46.51
Blusa de manga 2/4	11	25.58
Óculos escuros		
Qual a frequência que você faz uso destes métodos de prevenção do câncer de pele?*	36	83.72
Diariamente	5	11.62
Às vezes	0	0
Quase nunca	1	2.32
Nunca		
Você recebe métodos de prevenção do câncer de pele do seu gestor?	37	86.04
Sim	6	13.95
Não		
Você utiliza os métodos disponibilizados?	35	81.39
Sim	9	20.93
Não		
A quantidade do Protetor Solar é suficiente para você?	18	41.86
Sim	25	58.13
Não		
Outras pessoas da sua convivência utilizam os métodos junto a você?	16	37.20
Sim	27	62.79
Não		
Quanto ao uso de Protetor Solar, quantas vezes você reaplica durante o dia?***	10	23.25
1 vez ao dia	23	53.48
2 vezes ao dia	5	11.62
3 vezes ao dia	3	6.97
4 vezes ao dia		
Em que região do corpo você mais passa o Protetor?	41	95.34
Rosto	37	86.04
Braços		

Ombros	8	18.60
Em todo corpo	1	2.32

* Faltaram informações de 1 ACS

** Faltaram informações de 2 ACS

De acordo com a análise da prática o estudo buscou identificar se os métodos de proteção solar são utilizados, caso contrário, quais as principais dificuldade para a não utilização dos mesmos pelos Agentes Comunitários de Saúde. Os obstáculos mais frequentes foram citados na questão aberta do questionário.

Apenas 41.86% (18) realizam autoexame da pele. Como refere Doria (2009) o diagnóstico precoce é essencial, pois possibilita o reconhecimento de alterações sugestivas da doença como: sinais ou pintas que alteram de tamanho, cor ou forma, manchas pruriginosas, descamativas ou sangrantes e/ou feridas de pequena proporção que não cicatrizam em pelo menos quatro semanas.

Quanto aos métodos de prevenção e ao uso, 100% dos entrevistados responderam usar o protetor solar. No entanto, 81.39% (35) relataram utilizar os métodos disponibilizados em serviço. O percentual dos participantes que não os utilizam é alto, contando com 20.93% (09). As justificativas foram variadas, predominando a insatisfação com o protetor solar que pode ser evidenciada nas seguintes afirmativas:

“O protetor solar é muito ruim, bem gorduroso e fora que vem quase vencendo a validade, e não se dar com a minha pele, irrita.” ACS 1.

“Protetor de péssima qualidade. Segundo a dermatologista não protege nada. Sempre eu tinha que comprar para uso próprio, quando vem a data de validade está perto de vencer.” ACS 2.

“O protetor é gorduroso não é absorvido pela pele e faz com que apareçam mancha na pele (rosto), o boné tem aba muito estreita. Nós compramos nosso protetor.” ACS 3.

A partir das respostas obtidas e da percepção sobre a importância da qualidade do fotoprotetor, constatou-se que os ACS's do município de Vitória estão sujeitos a um maior risco devido a não utilização dos produtos fornecidos pela prefeitura de Vitória, considerando sua baixa qualidade. Conforme preconiza Milesi:

A eficácia de um fotoprotetor está intimamente ligada a sua formulação. Quase todos os componentes da fórmula podem interferir no produto final, aumentando ou diminuindo o fator de proteção solar (FPS). [...] Especial atenção deve ser dada aos emolientes, emulsionantes e solventes utilizados, que, de acordo com sua natureza química, podem imprimir características diferenciadas aos produtos. [...] Para garantir um melhor aproveitamento do filtro solar e obter a proteção desejada contra queimaduras e outras conseqüências mais graves como melanoma, devem ser tomados cuidados quando da aplicação do produto. (MILESI, 2002, p. 1)

A prevalência da insatisfação com o produto fornecido gera o questionamento sobre a preocupação dos gestores com a saúde dos seus funcionários.

Os trabalhadores que exercem sua função a céu aberto estão inclusos em um grupo de risco devido à exposição solar prolongada crônica; segundo a NR 21, Artigo 200 inciso IV da CLT, esses trabalhadores devem receber material para proteção individual para atenuar o risco, mas esse não é um direito garantido em lei, havendo a possibilidade do não fornecimento de nenhum tipo de material preventivo.

Aliada à problemática já existente, outra questão deve ser enfatizada; o protetor solar não é legalizado como EPI, impossibilitando a adequação do mesmo dentro das normas mínimas de qualidade para o exercício da função ao ar livre.

No Brasil os protetores solares são considerados cosméticos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002), diferentemente dos Estados Unidos da América, onde o FDA (Food and Drug Administration) considera esses produtos como "OTC" (over the counter, uma denominação utilizada para medicamentos de venda livre) desde 25 de agosto de 1978, quando publicou no Federal Register um aviso antecipado de proposta de regulamentação (ANPR) quando utilizados em seres humanos (RUVOLO JÚNIOR, 1997), já que são considerados como produtos para prevenção de efeitos agudos (como o eritema solar) e crônicos (como o câncer de pele) causados pela radiação solar. (FDA, 1999, citado por RIBEIRO, 2004, p. 32)

Quanto aos outros métodos, 55.81% (24) relatou utilizar boné/chapéu, 46.51% (20) usam calça comprida e este mesmo resultado foi encontrado no uso de camisa de manga 2/4, 25.58% (11) usam óculos escuros e 2.32% (11) o guarda chuva. Dos que relataram utilizar os métodos, 83.72% (36) fazem uso diariamente, 11.62% (5) usam às vezes e 2.32% (01) nunca fazem o uso de fatores de proteção contra o câncer de pele.

Dos entrevistados 86.04% (37) recebem do seu gestor métodos de prevenção, evidenciando um resultado negativo, tendo em vista que é uma prática do município de Vitória fornecer os materiais preventivos para os trabalhadores periodicamente. O que entra em contraposição com algumas Unidades de Saúde da Família que não recebem satisfatoriamente seus materiais de trabalho.

De acordo com Popim et al. (2008), a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos conta com a distribuição de filtro solar a critério médico, bem como os demais equipamentos de proteção que também entram na composição do uniforme básico. Essa prática é válida e pode servir de exemplo para outros órgãos públicos, pois como não é considerado como EPI, o produto pode não ser submetido a avaliações que garantam um critério de qualidade aos produtos, a avaliação médica pode determinar se o produto fornecido aos trabalhadores será eficaz em sua ação.

Quando questionados se a quantidade do protetor solar disponibilizada é suficiente 58.13% (28) responderam que sim; 37.20% (16) dos entrevistados relataram que outras pessoas do convívio também utilizam os produtos fornecidos. Esses dados evidenciam um fator socioeconômico relacionado ao contexto, pois apesar de a renda mensal prevalecer entre 2 a 4 salários mínimos, o quantitativo de dependentes da mesma foi maior entre 4 a 6 pessoas, gerando questionamento sobre o produto utilizada pelo trabalhador; se o mesmo for utilizado por outras pessoas, a quantidade não será suficiente para a função que foi destinado.

Quanto a frequência de aplicações do protetor solar 53.48% (23) responderam que reaplicam duas vezes ao dia, seguidos por 23.25% (10) uma vez ao dia, 11.62% (5) três vezes ao dia e por fim 6.97% (03) quatro vezes ao dia. Segundo Doria et al.

(2009) a reaplicação deve ser realizada sempre que houver remoção do produto e deve respeitar o tempo máximo de permanência ao sol que o produto permite.

Detectou-se que o rosto foi a parte do corpo com maior incidência de aplicações: 95.34% (41), seguido dos braços com 86.04% (37), ombros 18.60% (08) e em todo o corpo 2.32% (01); vale ressaltar que desta última variável mais de uma opção poderia ser marcada. Em sua jornada de trabalho, a porção do corpo dos ACS's mais exposta ao sol são rosto e braços. De acordo com o resultado obtido dos locais de maior aplicação do fotoprotetor, os profissionais estão corretos em sua conduta, protegendo os locais de maior exposição.

Outra evidência foi a insatisfação com o boné que, segundo os entrevistados, tem a aba estreita, não restringindo a luz solar adequadamente.

"[...] o meu boné eu comprei com abas mais largas." ACS 1.

"[...] o boné tem aba muito estreita. [...]." ACS 2.

"Não uso o boné, pois não cabe na cabeça." ACS 3.

Vários participantes afirmaram comprar o material que se adequa à necessidade de utilização no serviço, pois as abas muito estreitas não restringem a luz solar adequadamente.

Tabela 7 - Prática e adequação da utilização dos métodos preventivos fornecidos pelos Gestores de Saúde Pública.

Variáveis	Nº	%
Adequação da Prática	35	81.39
Adequado	9	20.93
Inadequado		
Dificuldades Pessoais		
A quantidade do protetor solar é suficiente para você?	18	41.86
Sim	25	58.13
Não		
Outras pessoas da sua convivência utilizam os métodos juntos a você?	16	37.20
Sim	27	62.79
Não		

A adequação da prática foi relacionada à utilização dos métodos disponibilizados para a prevenção da exposição à radiação solar. A relação da prática foi considerada adequada para 81.39% (35) dos participantes, em contrapartida, 20.93% (09) não utilizam os métodos, atuando de forma desconexa com a prática recomendada.

A partir da análise de dados pôde-se delimitar um perfil dos profissionais estudados, associado ao conhecimento, atitudes, e práticas frente à prevenção do câncer de pele. Esse perfil pode ser um poderoso instrumento de elaboração de políticas públicas pelo gestor municipal, propiciando qualidade de vida no exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo realizado com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de distintas Unidades Básicas de Saúde – Programa Saúde da Família, do município de Vitória, avaliou o conhecimento, as atitudes e as práticas relacionados à prevenção do câncer de pele.

Pôde-se observar que todos os participantes apresentaram conhecimento e comportamento adequados, o que reflete em uma política de saúde satisfatória aos funcionários públicos dessa região; não se obteve a excelência nos resultados, pois 20.93% dos entrevistados não utilizam os métodos disponibilizados pelos gestores de saúde, referindo baixa qualidade, e por alguns deles não receberem esses materiais, segundo assinalado nos questionários.

Os conhecimentos, conceitos, atitudes, opiniões, definiram as práticas dos ACS's sobre a prevenção do câncer de pele. A avaliação destes eixos através do Inquérito CAP e sua correlação traçaram um perfil dos profissionais, possibilitando aos gestores definir ações que possam contribuir para redução dos índices de risco dessa patologia.

Desse modo, evidencia-se a necessidade de uma reavaliação dos métodos de prevenção disponibilizados, visando aquisição de produtos com maior qualidade, abrangendo a totalidade no uso dos fotoprotetores. Também é válido averiguar o sistema de distribuição dos materiais de prevenção nas Unidades Básicas de Saúde, a fim de construir uma rede de entrega unificada e eficaz.

Vale salientar que as ações de promoção de conhecimento com relação ao assunto devem ser mantidas e ou cada vez mais intensificadas nos locais de trabalho dos profissionais pois, como comprovado no estudo por meio das respostas dos ACS's, evidenciou-se que as informações são bem assimiladas às atitudes e práticas diárias, propiciando uma mudança no estilo de vida e conferindo qualidade no exercício da profissão.

7 REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA. **Atlas de energia elétrica do Brasil: energia solar**. Brasília 2002. Disponível em: <[http://www.aneel.gov.br/aplicacoes/atlas/pdf/03-Energia_Solar\(3\).pdf](http://www.aneel.gov.br/aplicacoes/atlas/pdf/03-Energia_Solar(3).pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2011.
- ALVES, Aline Salheb; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n.1, p. 11-7, jan./fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/02.pdf>>. Acesso em 22 mar. 2011.
- BAKOS, Renato Marchiori *et al.* Queimaduras e hábitos solares em um grupo de atletas brasileiros. **Rev Bras Med Esporte**, v.12, n.5, p.275-78, out. 2006.
- BALOGH, Tatiana Santana *et al.* Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. **An. Bras. Dermatol.**, v. 86, n.4, Rio de Janeiro, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962011000400016&script=sci_arttext>. Acesso em 02 nov. 2011.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso: em 20 abr. 2011.
- BRASIL ESCOLA. Apresenta informações direcionadas ao público em geral sobre a origem do protetor solar. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/curiosidades/origem-protetor-solar.htm>>. Acesso em 06 dez 2011.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em: 20 abr. 2011.
- _____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Brasília, dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 abr. 2011.

_____. **Lei nº 11.350**, de 5 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal. Conversão da MPv nº 297, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, v.2, n. 8, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Equipamentos de Proteção Individual – EPI. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/seg_sau/epi_default.asp>. Acesso em: 20 abr. 2011.

_____. _____. **NR 01**: disposições gerais. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_01_at.pdf>. Acesso em 20 abr. 2011.

_____. _____. **NR 06**: Equipamento de Proteção Individual - EPI. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_06.pdf>. Acesso em 20 abr. 2011.

_____. _____. **NR 15**: atividades e operações insalubres. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_15_anexo7.pdf>. Acesso em 20 abr. 2011.

BRENNA, Sylvia Michelina Fernandes et al. Conhecimento, atitude e prática do exame de papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 909-14, jul./ago. 2001.

CÂNCER de pele é o de maior incidência no país. *Bibliomed*, fev. 2002. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/showdoc.cfm?LibCatID=-1&Search=cancer&LibDocID=4095>>. Acesso em: 17 nov. 2008.

CASTRO, Natália Mori Gonçalves de; Dáttilo, Murilo; Lopes, Laura Cuvello. Avaliação do conhecimento nutricional de mulheres fisicamente ativas e sua associação com o estado nutricional. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v.32, n.1, p. 161-172, Porto Alegre, set. 2010.

COSTA, Francine Batista; Weber, Magda Blessman; Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. **Anbras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 149-55, 2004.

DORIA, Sônia Ribeiro et al. Proteção solar, uma questão de saúde pública: avaliação das informações contidas nos rótulos dos protetores solares mais comercializados no Brasil. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, v. 68, n.3, São Paulo, 2009.

FORONES, Nora Manoukian et al. **Oncologia**: guia de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2005.

GOMES, Karine de Oliveira et al. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 744-55, 2009.

GOMES, Roberto. **Oncologia básica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA. São Paulo. Apresenta informações direcionadas ao público em geral sobre a prevenção do melanoma. Disponível em: <<http://www.gbm.org.br/gbm/publico/artigos/02.html>>. Acesso em: 20 maio 2008.

_____. **Melanoma Cutâneo**: você pode reconhecer os sinais. Disponível em: <<http://www.gbm.org.br/gbm/publico.aspx>>. Acesso em: 20 maio 2008.

HORA, Clarissa da et al. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em frequentadores de academia de ginástica, em Recife. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 6, p. 693-701, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Radiação Solar**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=21>. Acesso em: 25 mar. 2011.

_____. Incidência de Câncer no Brasil: câncer de pele. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2009/lancamento_estimativa_2010> 2009. Acesso em 25 de março de 2011.

JUNQUEIRA, Luiz C.; Carneiro, José. **Histologia básica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KUMAR, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson. **Patologia**: bases patológicas das doenças. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. (Robbins & Cotran).

LISTA das unidades de saúde. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=listaunidadesdesaude>>. Acesso em 22 mar. 2011.

MARINHO, Luiz Alberto Barcelos et al. Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, Campinas, v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003.

MARQUES, Sílvio Alencar Marques; Santana, Marcela Ferreira; Stolf, Hamilton Ometto; Abbade, Luciana Patrícia Fernandes; Campos, Eloísa Bueno Pires de; Marques, Mariangela Esther Alencar. Melanoma cutâneo com longo tempo de história clínica. Impacto na conduta e no prognóstico. Relato de caso. **Diagn Tratamento**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 22-8. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n1/a0006.pdf> 2009>. Acesso em: 06 dez. 2011.

MILESI, S.S.; Guterres, S.S. Fatores determinantes na eficácia de fotoprotetores. **Caderno de Farmácia**, v. 18, n. 2, p. 81 - 87, 2002. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/farmacia/cadfar/v18n2/pdf/CdF_v18_n2_p81_88_2002.pdf>. Acesso em: 02 nov. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1331-6, 2008.

POZIOMCZYK, C.S.; Benvenuto-Andrade, C.; Cestari, T.F. Proteção Solar e autoexame da pele. In: SEMANA CIENTÍFICA DO HCPA, 24., 2004, Porto Alegre, **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2004.

REIS, Fernando Bady dos; Ciconelli, Rozana Mesquita; Faloppa, Flávio. **Pesquisa científica: a importância da metodologia**. Disponível em: <<http://www.rbo.org.br/materia.asp?mt=742&idIdioma=1>>. Acesso em: 22 mar. 2011.

RIBEIRO, Renata Pietsch. **Desenvolvimento e validação da metodologia de análise do teor de filtros solares e determinação do FPS *in vitro* em formulações fotoprotetoras comerciais**. 2004. 104 f. Dissertação (Mestrado em Farmácia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. **An Bras Dermatol**. v. 81, n. 6, p. 533-9, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Profissões que aumentam risco de câncer de pele**. Disponível em:

<http://www.sbdjrj.org.br/dicas/dicas_profissoes_que_aumentam_o_risco_de_cancer_de_pele.asp>. Acesso em: 25 mar. 2011.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; Costa, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-17, 2010.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20080013000231>. Acesso em: 01 nov. 2011.

APÊNDICE A

Termo de Autorização Institucional

Nós, Gabrielle Modenesi Venâncio, Laís Ferreira Furtado e Livia Santos Alves, Acadêmicas do curso de Enfermagem e sob orientação da Professora Mestre em enfermagem **Vanezia Gonçalves da Silva**, pretendemos desenvolver o trabalho de conclusão de curso intitulado: **Conhecimento, Atitudes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde frente à Prevenção do Câncer de Pele**. Com o objetivo de: **Avaliar os Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde relacionados à prevenção de Câncer de Pele**. Neste sentido, solicitamos autorização para realização da pesquisa nos seguintes cenários de estudo: Unidade de Saúde Gilson Santos, localizada em Bairro da Penha, a UBS Luiz Castellar da Silva, no bairro Jesus de Nazareth, UBS Dr. José Moysés localizada em Santa Luzia, Unidade de Saúde de Santo André. A coleta de dados será executada após a aprovação da Instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, sob a forma de um questionário mantendo o sigilo absoluto dos dados e das identidades dos entrevistados. A divulgação dos dados se dará através da nossa participação em eventos científicos, onde estaremos apresentando os resultados. Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Contatos:**Vanezia Gonçalves da Silva**

Professora Mestre em Enfermagem

vanezia.silva@emescam.br

Gabrielle Modenesi Venâncio

gmodenesi@hotmail.com

Lais Ferreira Furtado

laisffurtado@hotmail.com

Livia Santos Alves

livia.alves@hotmail.com.br

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicitado, consinto em disponibilizar o material necessário para o desenvolvimento da pesquisas.

Vitória, ____/____/____

Coordenadora do Núcleo de Educação e Pesquisa da SEMUS Vitória

APÊNDICE B

COMITE DE ÉTICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: Conhecimento, Atitudes e Práticas Frente à Prevenção de Câncer de Pele dos Agentes Comunitários de Saúde.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Gabrielle Modenesi Venâncio, Laís Ferreira Furtado, Livia Santos Alves e Vanézia Gonçalves da Silva.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: A incidência de câncer de pele está aumentando progressivamente, sendo muito importante para os profissionais da área da saúde o conhecimento dos hábitos de proteção solar em profissionais que trabalham diretamente expostos ao sol, como os Agentes Comunitários de Saúde. Será aplicado um questionário com 26 questões objetivas onde poderão ser avaliadas as características socioeconômicas, conhecimentos, atitudes e práticas sobre a importância e uso da proteção solar com objetivo de prevenir a ocorrência de câncer de pele na categoria.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: A possibilidade de se obter através dos dados coletados um programa de orientações e prevenção da doença.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e recebi cópia desse documento por mim assinado.

 Assinatura do Participante Voluntário

DATA

 Assinatura do Responsável pelo Estudo

DATA

Contato do Pesquisador Responsável:

Vanézia Gonçalves da Silva
Telefone: (27) 9927-9399

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa – EMESCAM:
Telefone: (27) 3334-3586

APÊNDICE C



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que as Unidades da Saúde da SEMUS/Vitória possuem infra-estrutura adequada para a coleta de dados e realização do projeto de pesquisa intitulado “Conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde, frente à prevenção do câncer de pele”.

Vitória, 19 de Julho de 2011.

PI *[Handwritten Signature]*
Josenan de Alcântara Costa
 Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde
 SEMUS/FESES - VITÓRIA

[Handwritten Signature]
Dr. Fábio Almeida
 Ginecologista - Obstetra - Sanitarista
 CRM - ES 1157

Josenan de Alcântara Almeida Costa
 Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

APÊNDICE D



Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)

Fone: 3334-3586 www.emescam.br, e-mail: comite.etica@emescam.br

PROTOCOLO N°:	119/2011
Pesquisador Responsável:	Vanezia Gonçalves da Silva
Projeto de Pesquisa:	Conhecimento, Atitudes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde à Prevenção do Câncer de Pele
Data de Entrada:	26/08/2011

Por determinação da CONEP-MS, a retirada do parecer e declaração emitidos pelo CEP só poderão ser entregues ao próprio Pesquisador Responsável. Quando o pesquisador for da EMESCAM ou do Colegiado do CEP, o mesmo poderá indicar, via carta assinada, um colaborador do projeto para retirar os referidos documentos. Quando o Pesquisador Responsável for de outra instituição, a autorização só poderá ser via procuração emitida por cartório.


 Cristiane Tatyú Coqui
 Secretária
 CEP-EMESCAM
 Assinatura / Carimbo

APÊNDICE E

**EMESCAM**

Tradição e Conhecimentos em Saúde

DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa "**Conhecimento, Atitudes e Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde à Prevenção do Câncer de Pele**", cadastrado com o No **119/2011**, do pesquisador responsável "**Vanezia Gonçalves da Silva**", foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 27/09/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **27/09/2012**; sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 04 de outubro de 2011


Paulo Augusto Sessa
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

Av. N. S. da Penha, 2190
Santa Luiza - Vitória
ES - Brasil - CEP 29045-002

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

Tel: +55 27 3334 3500
info@emescam.br
www.emescam.br

APÊNDICE F

PREFEITURA DE VITÓRIA		CARTA DE APRESENTAÇÃO	
Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/ US SANTA LUIZA, BAIRRO DA PENHA, JESUS DE NAZARETH E SANTO ANDRÉ	13/10/2013	JÚLIA
Resumo do Assunto			
ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR			
<p>Senhor(a) Diretor(a),</p> <p>O projeto de pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM “Conhecimento, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde frente à prevenção do câncer de pele” de autoria de Gabrielle Medenesi Venâncio, Laís Ferreira Furtado e Livia Santos Alves com orientação da Professora Vanêzia Gonçalves da Silva foi aprovado para sua realização.</p> <p>Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de:</p> <p>Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos agentes comunitários de saúde relacionados à prevenção de câncer de pele.</p> <p>A metodologia a ser utilizada será a aplicação do questionário com vinte e oito perguntas fechadas de acordo com o inquérito CAP com o tema principal prevenção de câncer de pele, onde estes deverão ser respondidas pelos agentes comunitários de saúde.</p> <p>Ressaltamos que as pesquisadoras foram orientadas que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de outras solicitações protocolizadas pelo seu orientador.</p> <p>Solicitamos que as pesquisadoras sejam recepcionadas e que a pesquisa seja viabilizada por esta Unidade.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p> Josenan de Alcântara Almeida Costa Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde</p>			

APÊNDICE G

QUESTIONÁRIO

CARACTERÍSTICAS DO ENTREVISTADO:

1. IDADE (anos):

2. SEXO:

 Feminino Masculino

3. ESCOLARIDADE (anos):

4. ESTADO CIVIL:

5. RENDA FAMILIAR (salário mínimo):

6. PESSOAS DEPENDENTES DA RENDA FAMILIAR MENCIONADA:

7. TEMPO QUE TRABALHA COMO AGENTE DE SAÚDE (anos):

8. COR DA PELE:

 Branco Negro Pardo Indígena

9. QUANTO TEMPO FICA EXPOSTO AO SOL DIARIAMENTE? (horas)

CONHECIMENTO:

10. VOCE TEM CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER DE PELE?

 Sim Não

11. FONTES DE CONHECIMENTO:

 Centro de Saúde No trabalho Rádio/TV Vizinhos/ Amigos Escolas Outros, QUAIS? _____

12. QUAIS FATORES VOCE CONSIDERA COMO PRINCIPAIS CAUSADORES DO CÂNCER DE PELE?

 Estilo de vida Transfusão sanguínea Exposição solar Alterações genéticas Contato físico com pessoa doente

13. VOCE CONHECE O AUTOEXAME DA PELE?

- Sim Não

14. VOCE CONHECE O PROTETOR SOLAR?

- Sim Não

15. DOS ITENS ABAIXO QUAIS VOCÊ CONSIDERA MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DE PELE?

- Protetor Solar Guarda chuva
 Boné/Chapéu Blusa de manga 2/4
 Calça comprida Óculos escuros

ATITUDES:

16. VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE PARA SUA SAÚDE PREVENIR-SE CONTRA O CÂNCER DE PELE?

- Sim Não

17. EM QUAL NÍVEL DE GRAVIDADE VOCÊ ENQUADRA O CÂNCER DE PELE?

- Não é grave Grave Gravíssimo

18. VOCÊ PROCURA INFORMAÇÕES SOBRE O ASSUNTO?

- Sim Não

19. VOCÊ JULGA QUE SEJA IMPRESCINDÍVEL O USO DO PROTETOR SOLAR DIARIAMENTE?

- Sim Não

20. VOCÊ CONSIDERA O MATERIAL RECEBIDO PARA O EXERCÍCIO DA SUA FUNÇÃO DE ACS, NECESSÁRIO PARA SUA PREVENÇÃO?

- Sim Não

PRÁTICAS:

21. VOCÊ PROCURA TER INFORMAÇÕES/CONHECIMENTO SOBRE CÂNCER DE PELE?

- Sim Não

22. VOCÊ FAZ O AUTOEXAME DE PELE?

- Sim Não

23. DOS MÉTODOS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE, QUAIS VOCÊ FAZ USO?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Protetor Solar | <input type="checkbox"/> Guarda-chuva |
| <input type="checkbox"/> Boné/Chapéu | <input type="checkbox"/> Blusa de manga 2/4 |
| <input type="checkbox"/> Calça comprida | <input type="checkbox"/> Óculos escuros |

24. QUAL A FREQUÊNCIA QUE VOCÊ FAZ USO DESTES MÉTODOS DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DE PELE?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> quase nunca |
| <input type="checkbox"/> às vezes | <input type="checkbox"/> nunca |

25. VOCÊ RECEBE MÉTODOS DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE DO SEU GESTOR?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

26. VOCÊ UTILIZA OS MÉTODOS DISPONIBILIZADOS?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

27. CASO NÃO, QUAIS SERIAM OS MOTIVOS?

28. A QUANTIDADE DO PROTETOR SOLAR É SUFICIENTE PARA VOCÊ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

29. OUTRAS PESSOAS DA SUA CONVIVÊNCIA UTILIZAM OS MÉTODOS JUNTO A VOCÊ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

30. QUANTO AO USO DE PROTETOR SOLAR, QUANTAS VEZES VOCÊ REAPLICA DURANTE O DIA?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 vez ao dia | <input type="checkbox"/> 3 vezes ao dia |
| <input type="checkbox"/> 2 vezes ao dia | <input type="checkbox"/> 4 vezes ao dia |

31. EM QUE REGIÃO DO CORPO VOCÊ MAIS PASSA O PROTETOR?

- | | |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rosto | <input type="checkbox"/> Ombros |
| <input type="checkbox"/> Braços | <input type="checkbox"/> Em todo corpo |

