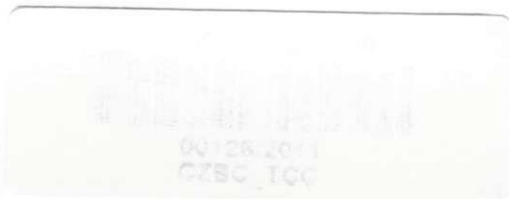




**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALINE CASTRO CAVALCANTE

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE
PELE POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAJAZEIRAS - PB**



**CAJAZEIRAS – PB
2011**

ALINE CASTRO CAVALCANTE

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE
PELE POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAJAZEIRAS - PB**

Trabalho Acadêmico Orientado apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande campus de Cajazeiras, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Msc. Roberta de Miranda Henriques Freire.

Coorientadora: Profa. Aissa Romina Silva do Nascimento.

**CAJAZEIRAS – PB
2011**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras – Paraíba

C376e Cavalcante, Aline Castro
Estratégia de educação em saúde na prevenção do
câncer de pele por enfermeiros da atenção básica em
Cajazeiras-PB./ Aline Castro Cavalcante. Cajazeiras,
2011.

66f. : il.

Orientadora: Roberta de Miranda Henriques Freire.
Coorientadora: Aissa Romina Silva do Nascimento
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Câncer de pele - prevenção. 2. Educação em saúde
III. Título. 3. Enfermeiros - capacitação
em oncologia
4. Câncer de pele - atendimento de
enfermeiros

UFPG/CFP/BS

CDU- 616.5-006.6

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE
PELE POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAJAZEIRAS – PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Bacharelado em Enfermagem da
Universidade Federal de Campina Grande
campus de Cajazeiras, em cumprimento às
exigências para obtenção do grau de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ___/___/2011.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Msc. Roberta de Miranda Henriques Freire
UACV/CFP/UFCG
Orientadora

Profa. Esp. Alba Rejane G. de Moura Rodrigues
UACV/CFP/UFCG

Enfermeira Esp. Eliane Leite Sousa
Escola Técnica de Saúde CFP/UFCG

***Aos meus pais Cacilda F. Castro Cavalcante
e Abílio da Cunha Cavalcante e a todos que
direta ou indiretamente contribuíram para a
realização desse trabalho, ofereço.***

***Com carinho, ao meu namorado Thiago de
Almeida Pequeno, dedico.***

AGRADECIMENTOS

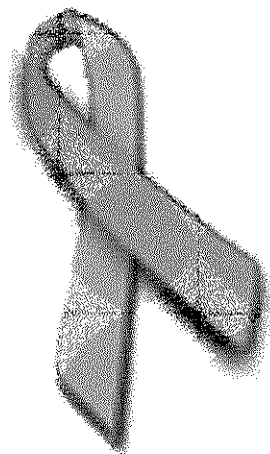
A **DEUS**, primeiramente, por ter me iluminado nessa longa caminhada ao término do curso dando-me discernimento e sabedoria, sempre.

As minhas **PROFESSORAS**, Roberta (orientadora) e Aissa (coorientadora), por terem dedicado seu tempo na contribuição desse trabalho, por todos os ensinamentos e conhecimentos adquiridos.

Aos meus **PAIS**, Cacilda e Abílio, por estarem sempre contribuindo e proporcionando na minha educação alicerces para que eu me torne uma profissional competente.

Ao meu **NAMORADO**, Thiago, por me ajudar constante e incansavelmente. O conselho, o incentivo e o apoio, sempre foram muito importantes e reconfortantes nos momentos difíceis e solitários, assim como as contribuições nos trabalhos acadêmicos com os seus conhecimentos médicos.

Aos **ENFERMEIROS** da atenção básica de Cajazeiras - futuros colegas de profissão - por oferecerem oportunidade na realização do estudo contribuindo para a conclusão desse trabalho.



**“A Educação qualquer que seja ela é sempre
uma teoria do conhecimento posta em prática”.**

Paulo Freire

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BARRACÃO SETORIAL
CAMPUS I - 57071-900

CAVALCANTE, Aline Castro. **Estratégia de Educação em Saúde na Prevenção do Câncer de Pele por Enfermeiros da Atenção Básica em Cajazeiras – PB, 2011.** Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

RESUMO

O calor e o sol forte observados em todas as regiões da Paraíba são fatores de risco para o aumento dos casos de cânceres cutâneos. As estimativas do câncer para o ano de 2011 classificam o de pele como o terceiro de maior incidência no estado, ficando atrás do câncer de mama e de próstata. São classificados em carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e melanoma. O tratamento do câncer, internação, quimioterapia e radioterapia custam ao Brasil um bilhão de reais por ano. A prevenção do câncer de pele é a estratégia mais barata para promover a saúde da população, devendo ser inserida nas estratégias de saúde da família em todo o país. Os enfermeiros são elementos fundamentais no processo de prevenção, detecção e rastreamento do câncer. O presente estudo tem como objetivo geral verificar a existência de estratégia de educação em saúde na prevenção do câncer de pele realizada por enfermeiros da atenção básica de Cajazeiras-PB, de forma coerente com o que preconiza o Ministério da Saúde. E como objetivos específicos: descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre o câncer de pele; analisar se os enfermeiros são capacitados em oncologia; e observar se o acompanhamento domiciliar, aos pacientes com a doença, é realizado. Quanto ao percurso metodológico trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantiquantitativa. A amostra constou de seis enfermeiros que atuam nas unidades básicas de saúde da cidade de Cajazeiras-PB. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário semiestruturado. Os dados quantitativos foram analisados por meio de uma análise estatística simples e o dado qualitativo através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefrève & Lefrève), respeitando os pressupostos da resolução 196/96. Os resultados indicam que, no contexto da prevenção do câncer de pele, estratégias de educação em saúde junto aos usuários das Estratégias de Saúde da Família (ESF) não estão sendo realizadas. Fica evidente a necessidade de um programa direcionado as ações de prevenção, rastreamento e detecção do câncer de pele, bem como a capacitação oncológica dos enfermeiros e equipes da ESF com o intuito de proporcionar ao paciente um cuidado integral e humanizado.

Palavras-Chave: Educação, Saúde, Prevenção do Câncer de Pele.

CAVALCANTE, Aline Castro. **Health Education Strategy in the Prevention of Skin Cancer for Primary Care Nurses in Cajazeiras - PB, 2011.** Monograph (Undergraduate Nursing) – Teacher Training Center, Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2011.

ABSTRACT

The heat and the strong sun observed in all of the areas of Paraíba are risk factors for the increase of the cases of cutaneous cancers. The estimates of the cancer for the year 2011 classify of the skin as the third party of larger incidence in the state, being behind the breast and prostate cancer. They are classified in basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma. The treatment of the cancer, internment, chemotherapy and radiotherapy cost to Brazil a billion of reais a year. The prevention of the skin cancer is the cheapest strategy to promote the health of the population, should be inserted in the strategies of health of the family in the whole country. The nurses are fundamental elements in the prevention process, detection and trace of the cancer. The present study has as general objective verifies the existence of education strategy in health in the prevention of the skin cancer accomplished by nurses of the basic attention of Cajazeiras-PB, in a coherent way with what extols Ministry of Health. And the following objectives: to describe the knowledge of nurses about skin cancer, to examine whether nurses are trained in oncology, and see if the home care to patients with the disease, is carried out. As for the methodological course it is an exploratory study, with approach quantitative qualitative. The sample consisted of six nurses that act in the basic units of health of the city of Cajazeiras-PB. For the collection of data a questionnaire semi-structured was used. The quantitative data were analyzed through a simple statistical analysis and the qualitative die through the technique of the Collective Subject's Speech (Lefrève & Lefrève), respecting the presuppositions of the resolution 196/96. The results indicate that, in the context of the prevention of the skin cancer, education strategies in health close to the users of the Strategies of Health of the Family (ESF) they are not being accomplished. It is evident the need of an addressed program the prevention actions, trace and detection of the skin cancer, as well as the nurses' training and teams of ESF with the intention of providing to the patient an integral care and humanized.

Keywords: education, health prevention, skin cancer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Anatomia da pele.....	21
Figura 2 – Câncer de Pele – Não Melanoma	22
Figura 3 – Carcinoma Espinocelular.....	23
Figura 4 – Melanoma.....	23
Figura 5 – Nevos Melanocíticos	30
Figura 6 – Nevos Displásicos	30
Figura 7 – Xeroderma Pigmentoso	30
Figura 8 – Ceratose Actínica	30
Figura 9 – Radiodermite Crônica	31
Figura 10 – Disceratose Congênita.....	31
Figura 11 – Úlceras de Marjolin.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Quanto ao sexo dos sujeitos da pesquisa.....	36
Gráfico 2 – Quanto à idade dos sujeitos da pesquisa.....	36
Gráfico 3 – Quanto à especialização dos sujeitos da pesquisa.....	37
Gráfico 4 – Tempo de experiência em Estratégia de Saúde da Família.....	37
Gráfico 5 – Quanto à capacitação em oncologia.....	38
Gráfico 6 – Casos de câncer de pele nas micro-áreas da Estratégia de Saúde da Família de atuação do sujeito da pesquisa.....	39
Gráfico 7 – Quanto à realização de visitas domiciliares aos pacientes com câncer de pele.....	40
Gráfico 8 – Quanto à realização de estratégias de educação em saúde junto à população, com intuito de conscientização e prevenção do câncer de pele.....	41
Gráfico 9 – Quanto à realização de palestras escolares de conscientização e prevenção do câncer de pele nas micro-áreas da Estratégia de Saúde da Família onde o sujeito da pesquisa atua.....	42
Gráfico 10 – Quanto aos tipos de câncer de pele citados pelos sujeitos da pesquisa.....	43
Gráfico 11 – Quanto aos fatores etiológicos do câncer de pele citados pelos sujeitos da pesquisa.....	44
Gráfico 12 – Quanto à caracterização de nevos sugestivos para o câncer de pele, citada pelo sujeito da pesquisa, em relação à cor.....	45
Gráfico 13 - Quanto à caracterização de nevos sugestivos para o câncer de pele, citada pelo sujeito da pesquisa, em relação ao formato.....	46
Gráfico 14 - Quanto à caracterização de nevos sugestivos para o câncer de pele, citada pelo sujeito da pesquisa, em relação à localização.....	
Gráfico 15 – Quanto às medidas de prevenção do câncer de pele citadas pelos sujeitos da pesquisa.....	48
Gráfico 16 – Quanto às medidas de rastreamento e detecção do câncer de pele citadas pelos	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceito do câncer de pele.....	50
---	-----------

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CNS – Conselho Nacional de Saúde
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GBM – Grupo Brasileiro de Melanoma
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PB – Paraíba
TCC – Trabalho de Conclusão de Curso
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande
UVR – Radiação Ultravioleta
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	18
2.1 O UNIVERSO DO CÂNCER	18
2.1.1 Conceito	18
2.1.2 Epidemiologia.....	18
2.1.3 Etiologia	19
2.1.4 Tratamentos	20
2.2 O CÂNCER DE PELE	21
2.2.1 Fisiologia da Pele.....	21
2.2.1 Conceito e Classificação do Câncer de Pele	22
2.2.2 Epidemiologia.....	24
2.2.3 Etiologia	24
2.2.4 Tratamentos	25
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE	27
3 PERCURSO METODOLÓGICO	32
3.1 TIPO DE ESTUDO	32
3.2 LOCAL DO ESTUDO	32
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	32
3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	32
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	33
3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	34
4 RESSULTADOS E DISCUSSÕES	35
4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DO ESTUDO	35
4.1.1 Caracterização Sócio-demográfica dos Enfermeiros (Sujeitos da Pesquisa)	36
4.1.2 Questionamentos Objetivos Norteadores da Pesquisa	37
4.1.2 Questionamentos Subjetivos Norteadores da Pesquisa.....	43
4.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO ESTUDO	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	58
APÊNDICE – A Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
APÊNDICE – B Instrumento de Coleta de Dados (Questionário)	61
ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

O calor e o sol forte observados em todas as regiões da Paraíba, principalmente nas cidades do alto sertão como Cajazeiras, associados à baixa umidade relativa do ar, são fatores de risco para o aumento dos casos de cânceres cutâneos.

De acordo com Rang et al (2001), o câncer é uma doença caracterizada pela multiplicação e propagação descontroladas das células corporais. Essa multiplicação e propagação, conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011) tendem a ser muito agressivas, levando a formação de tumores - conjunto de células cancerosas - também denominados de neoplasias malignas. Também existem os tumores benignos, formados por um conjunto de células que se multiplicam lentamente. São semelhantes ao tecido original e em raros casos apresentam riscos de vida.

Dependendo do tipo de tecido acometido, o câncer pode ter diferentes denominações. É denominado de **carcinoma [grifo nosso]** quando atinge pele ou mucosas (INCA, 2011). Winogron et al (1998) discorrem os três tipos de carcinomas: o basocelular, tumor que se origina das células basais; o espinocelular, tumor que se origina dos queratinócitos da epiderme; e o melanoma, multiplicações malignas dos melanócitos).

São fatores carcinogênicos, ou seja, causadores do câncer de pele: os raios ultravioletas (UVR), os raios ionizantes, o calor, alguns traumatismos, o alcatrão, o arsênio, alguns tipos de vírus e alguns tipos de hormônios (AZULAY; AZULAY, 2004).

A luz é essencial para o nosso organismo porque além de estimular a produção da melanina através dos melanoblastos, conferindo uma proteção à pele contra os UVR, sintetiza a vitamina D responsável pelo fortalecimento dos ossos e dentes. No entanto, a exposição excessiva aos UVR sem uma adequada proteção pode prejudicar a pele de indivíduos que possuem defesas fotoprotetoras deficientes como, por exemplo, as pessoas de pele clara que apresentam ausência completa ou parcial de melanina (NICOL; FENSKE, 1993).

De acordo com Winogron et al (1998), torna-se necessário, antes da exposição solar, uma proteção adequada, principalmente durante os horários em que os raios UVA e UVB são inseridos intensamente sobre a Terra.

“Os íons formados nas células teciduais sob a influência dessa radiação são extremamente reativos e podem romper os filamentos de DNA, causando assim muitas mutações” (GUYTON; HALL, 2002, p. 34). Diffey (1991) enfatiza as áreas do organismo mais atingidas pelo UVR que são o sistema imunológico, os olhos e a pele.

Para Spence e Johnston (2003), a elevada incidência do câncer de pele está relacionada a trabalhadores que se expõem de forma intensa ao sol cotidianamente, como fazendeiros, pescadores, agricultores, salva-vidas, guardas de trânsito, garis e carteiros.

No Brasil, entre internação hospitalar, quimioterapia e radioterapia gasta-se cerca de um bilhão de reais por ano com o tratamento do câncer (INCA, 2007). A prevenção do câncer de pele é, sem dúvida, a estratégia mais barata para promover a saúde da população, devendo ser implantada nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) em todos os estados do país. Torna-se também importante a capacitação dos profissionais de saúde para uma qualificada assistência, rastreamento e detecção de novos casos.

Segundo Ash et al (1999, apud CARVALHO et al, 2008, p.30) “No (...) desenvolvimento de estratégias para promoção da saúde, destacam-se os enfermeiros como elementos fundamentais no processo de prevenção e detecção precoce do câncer”. O INCA relata que os enfermeiros devem promover, aos seus pacientes, ações que informem as medidas de prevenção contra o câncer de pele e os riscos da exposição aos UVR.

Dessa forma, o objetivo geral desse estudo foi verificar a existência de Estratégia de educação em saúde na prevenção do câncer de pele realizada por enfermeiros da atenção básica de Cajazeiras, de forma coerente com o que preconiza o Ministério da Saúde. Teve como objetivos específicos: descrever o conhecimento dos enfermeiros sobre o câncer de pele; analisar se os enfermeiros são capacitados em oncologia; e observar se o acompanhamento domiciliar, aos pacientes com a doença, é realizado.

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) encontra-se dividido em quatro etapas. Inicialmente, a primeira etapa traz uma ampla revisão sobre a temática em questão, através da qual foram instituídos três capítulos a partir das vertentes intrínsecas nos objetivos do estudo.

O primeiro capítulo, intitulado, o universo do câncer, resgata vários aspectos sobre esta enfermidade, desde o conceito até os principais tipos de tratamento. O segundo capítulo, destinado ao câncer de pele, traz uma breve revisão sobre a anatomofisiologia da pele e relata os principais assuntos relacionados à doença, como: o conceito, a epidemiologia, os fatores etiológicos e os tratamentos mais realizados. O terceiro e último capítulo, aborda a importância da educação em saúde e do enfermeiro, na prevenção do câncer de pele, no contexto da atenção primária a saúde.

A segunda etapa do trabalho faz referência ao percurso metodológico do estudo, no qual informa a natureza do trabalho; o local da pesquisa; a população e a amostra utilizada;

o tipo de instrumento utilizado para coleta de dados; como estes dados foram analisados; e a relevância primada neste estudo.

A terceira etapa do trabalho refere-se aos resultados e discussões alcançados pela pesquisa através da análise quantiqualitativa. Na quantitativa, os resultados foram expressos em gráficos e analisados na luz da literatura científica. Na qualitativa foi utilizada o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para analisar o conhecimento dos sujeitos do estudo sobre o assunto.

A quarta etapa do trabalho foi destinada às considerações finais, ou seja, as conclusões as quais se pôde chegar através da ampla discussão sobre o tema proposto. Com o intuito de enriquecer o conteúdo desta produção, foram expostas algumas sugestões que possivelmente venham favorecer uma melhor atuação dos enfermeiros da atenção básica que lidam com pacientes oncológicos e principalmente os que têm ou são propícios a desenvolver o câncer de pele.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O UNIVERSO DO CÂNCER

2.1.1 Conceito

O câncer trata-se de um processo lógico coordenado, em que uma célula normal sofre modificações e adquire capacidades especiais (OTTO, 2002). De acordo com a autora, existem duas classificações para o crescimento anormal das células: o crescimento não-neoplásico e o crescimento neoplásico. As características do crescimento não-neoplásico são: aumento celular (hipertrofia); aumento do número de células (hiperplasia); mudança de um tipo de célula adulta por outra (metaplasia); modificação nas células normais adultas (displasia).

No crescimento neoplásico podemos observar as seguintes características: regressão da estrutura celular aos níveis primitivos (anaplasia) e expansão de uma massa tecidual anormal denominadas de neoplasias (crescimento novo). Estas são caracterizadas por um funcionamento descontrolado, divisão e crescimento não regulados e mobilidade anormal, podendo ser denominadas de neoplasias benignas ou neoplasias malignas (OTTO, 2002).

Segundo Rang et al (2001), “câncer”, “neoplasia maligna” e “tumor maligno” são sinônimos e distinguem-se dos tumores benignos pelas suas propriedades de desdiferenciação, poder de invasão e capacidade de metastatizar-se (disseminar-se para outras partes do corpo).

2.1.2 Epidemiologia

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2008 foram registrados 12,7 milhões de novos casos de câncer e 7,6 milhões de mortes pela doença. Atualmente 63% das mortes por câncer ocorrem nos países com renda baixa.

A cada ano são registrados no Brasil 500 mil novos casos de câncer (INCA, 2011). De acordo com a pesquisa Saúde Brasil 2009 divulgada pelo Ministério da Saúde (MS), a taxa de mortalidade é de 75,5 para cada 100 mil habitantes, sendo o homem a principal vítima da doença. Os tipos de câncer mais frequentes na população brasileira são: o de pele não melanoma, próstata, mama, colo do útero, ovário, corpo do útero, pulmão, cólon e reto, estômago, esôfago, bexiga, laringe, fígado, sistema nervoso central e tireóide (INCA, 2011).

A estimativa para o ano de 2011 na Paraíba são de 6.530 novos casos. O câncer de mama está no de maior incidência na estimativa, em segundo está o câncer de próstata e em terceiro o de pele não-melanoma (INCA, 2010).

2.1.3 Etiologia

O câncer é causado na maioria das vezes por mutação ou outra forma de ativação anormal de genes celulares - denominados oncogenes - que controlam o crescimento e a divisão celular (GUYTON; HALL, 2002). Essa mutação pode ser aumentada por fatores ambientais. O INCA (2011) estima que 80% a 90% dos casos de câncer estão relacionados ao ambiente, hábitos e estilo de vida do indivíduo. Raros casos de câncer são relacionados à hereditariedade.

Otto (2002, p. 33), descreve os principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer: “tabaco, dieta, estilo de vida e exposições ocupacionais e ambientais”. Segundo o INCA (2011), o tabagismo é responsável por 90% das causas de câncer de pulmão. Este foi responsável no Brasil por 14.715 óbitos no ano 2000, considerado o tipo de câncer que mais fez vítimas. O tabagismo também está associado ao “câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas, colo uterino, rim e bexiga” (OTTO, 2002, p. 45).

Os cânceres de cólon, próstata, esôfago, estômago e mama também podem estar relacionados ao consumo de gorduras (saturadas ou insaturadas), tornando importante uma dieta rica em fibras (INCA, 2011). “O consumo excessivo de álcool etílico pode originar câncer de cabeça e pescoço, laringe e, possivelmente, fígado e pâncreas” (OTTO, 2002, p. 45). A autora também cita que os fatores socioeconômicos quando relacionados às dificuldades de acesso à prevenção do câncer e a assistência, são responsáveis pela incidência, diagnóstico tardio e mortalidade de indivíduos.

Cânceres do colo do útero, da vulva e da vagina estão relacionados ao estilo de vida sexual. A multiplicidade de parceiros, os vírus herpes simples e o papilomavírus humano são fatores de risco dessas neoplasias (INCA, 2011; OTTO, 2002).

“O sol é a fonte primária de exposição natural à luz ultravioleta, que sabidamente pode causar três tipos de câncer cutâneo: basocelular, espinocelular e melanoma” (OTTO, 2002, p. 46).

2.1.4 Tratamento

Rang et al (2001) comenta que existem três abordagens principais para o tratamento do câncer: excisão cirúrgica, irradiação e quimioterapia. A conveniência de cada uma irá depender do tipo de tumor e do estágio de seu desenvolvimento. A quimioterapia constitui o principal método de tratamento para apenas alguns cânceres, porém é cada vez mais utilizada como adjuvante da cirurgia ou da radioterapia para muitos tipos de tumores.

Atualmente têm-se pesquisado outras abordagens para o tratamento do câncer: a imunoterapia, o uso de inibidores da angiogênese, terapia com genes e modificadores da resposta biológica (RANG et al, 2001).

De acordo com Gomes (1997), a cirurgia é a forma de tratamento mais antiga para o câncer, tendo sido a única utilizada até poucas décadas. Atualmente, com o surgimento de outras formas de tratamento do câncer – como a radioterapia, quimioterapia, endocrinoterapia e a bioterapêutica – e com o desenvolvimento dos métodos propedêuticos que têm aumentado o diagnóstico precoce, a cirurgia oncológica passou a ser, na grande maioria das vezes, menos radical. No entanto, continua sendo uma das principais armas na abordagem terapêutica dos tumores malignos.

A radioterapia, segundo Freitas (1997), é o método de tratamento das neoplasias malignas que utiliza como forma de controle da evolução dos tumores os efeitos das irradiações eletromagnéticas. Tal procedimento vem evoluindo desde a descoberta dos raios X, da radioatividade e do primeiro elemento radioativo. As principais fontes de radiação são os aparelhos de raios X para terapia superficial e semiprofunda e os isótopos radioativos, emissores de radiação gama. A evolução progressiva da física e da eletrônica permitiu o desenvolvimento de equipamentos para obtenção de irradiações de alto poder de penetração nos tecidos.

Cada pessoa reage de forma diferente à radioterapia, sendo a intensidade desses efeitos de acordo com a dose do tratamento, a parte do corpo tratada, a extensão da área irradiada, o tipo de irradiação e o aparelho utilizado. Os efeitos indesejáveis mais frequentes são o cansaço, a perda de apetite e as reações da pele (INCA, 2011).

Para Yamaguchi (1997) a quimioterapia é considerada a grande arma terapêutica desenvolvida nos últimos tempos. Ela consiste, basicamente, de substâncias químicas capazes de danificar células em mitose que estejam se dividindo rapidamente, como é o caso das células neoplásicas, quando comparadas ao ritmo de crescimento de outras células do corpo.

Entretanto, as células tumorais podem estar em fase de repouso e, pelo fato de não se proliferarem, são menos sensíveis à quimioterapia.

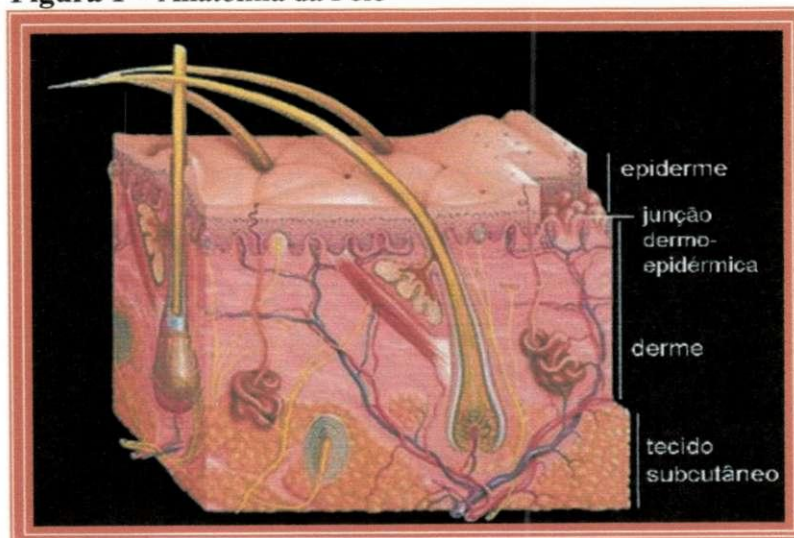
A hormonoterapia, segundo o autor supracitado, é realizada em casos de câncer com hormonodependência. No câncer de mama, por exemplo, o estrógeno e a prolactina são os mitógenos dominantes dos tecidos de mama normais. O uso da hormonoterapia pode se estender ao tratamento adjuvante quando não existe evidência de doença após uma ressecção considerada completa, mas com fatores prognósticos adversos, como gânglios positivos axilares, em câncer de mama hormonodependente.

2.2 O CÂNCER DE PELE

2.2.1 Fisiologia da Pele

A pele, de acordo com Arnold et al (1994), é o maior órgão do corpo humano e recobre toda a sua superfície. Está dividida em duas camadas: a epiderme e a derme. A epiderme é a camada mais externa, formada por três tipos de células: os queratinócitos (proporcionam proteção contra a entrada de microorganismos e água), os melanócitos (protegem os demais tecidos contra os efeitos nocivos dos raios ultravioleta) e as células de langerhans. A derme é a camada mais interna, formada por tecido conjuntivo e diferentes tipos de células, como: fibroblastos e fibrócitos, macrófagos, mastócitos e leucócitos sanguíneos, particularmente neutrófilos, eosinófilos, linfócitos e monócitos.

Figura 1 – Anatomia da Pele



Fonte: Leblanc e Baranoski (2001, apud BLANES, 2004, p.3).

2.2.2 Conceito e Classificação do Câncer de Pele

O INCA (2011) conceitua o câncer de pele como um crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele como, por exemplo, as células basais, os queratinócitos, os melanócitos. Azulay e Azulay (2004) acrescentam que nesse tipo de câncer as células sofrem inúmeras mutiplicações invadindo rapidamente o organismo.

De acordo com os autores supracitados, existem três tipos de câncer de pele classificados de acordo com a gravidade: o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular, denominados de câncer de pele não-melanoma e o melanoma maligno.

O **carcinoma basocelular [grifo nosso]** é um tumor de crescimento lento; de capacidade invasiva localizada, mas destrutiva; em raros casos pode levar a metástases e é considerado o que tem melhor prognóstico; o **carcinoma espinocelular [grifo nosso]** é maligno, com capacidade de invasão local e metástase (AZULAY; AZULAY, 2004). Os carcinomas basocelular e espinocelular são os tipos de cânceres cutâneos mais freqüentes, 70% dos casos são basocelular e 25% são espinocelular. São os que apresentam altos índices de cura por serem facilmente diagnosticados precocemente (INCA, 2011).

Figura 2 – Câncer de Pele – Não melanoma: Carcinoma Basocelular



Fonte: INCA (2011, p. 1).

Figura 3 – Carcinoma Espinocelular



Fonte: Azulay e Azulay (2004, p. 401).

O **melanoma [grifo nosso]** é um tumor maligno originado dos melanócitos (células produtoras de melanina, substância responsável pela cor da pele); grande potencial metastático e letalidade (AZULAY; AZULAY, 2004). Segundo o INCA (2011), é o de menor incidência, representa 4% dos casos e pode ser curável no estágio inicial.

Figura 4 – Melanoma *in situ*



Fonte: Azulay e Azulay (2004, p. 411).

2.2.3 Epidemiologia

Segundo a OMS (2011, p.1), “estima-se que ocorrem a cada ano no mundo 132.000 casos de melanoma maligno (câncer de pele mais prejudicial do que qualquer outro) e cerca de 66.000 pessoas morrem por causa deste e outros tipos de câncer de pele”.

Conforme o INCA (2011), as estimativas de câncer de pele por exposição ao sol no Brasil para o ano de 2011 foram de 119.780 novos casos, sendo 113.850 casos de não melanoma e 5.930 casos de melanoma. No estado da Paraíba, a estimativa será de 40 casos de melanoma e 2.690 de não melanoma. Na cidade de João Pessoa, capital da Paraíba, não foi estimado nenhum caso de melanoma e de 330 casos de não melanoma.

A campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Pele realizada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia no ano de 2010 atendeu a 718 pessoas das cidades de Campina Grande e João Pessoa, das 329 pessoas atendidas na cidade de João Pessoa, 48 foram diagnosticadas com câncer de pele (14,59%), sendo 40 com o tipo basocelular, 8 com espinocelular e nenhum com melanoma maligno. Em Campina Grande, das 389 pessoas assistidas 49 foram diagnosticadas com câncer de pele (12,34%), sendo 39 com o tipo basocelular, 8 com espinocelular e 2 com melanoma maligno.

2.2.4 Etiologia

Basicamente toda etiologia e fatores de riscos dos carcinomas basocelular e espinocelular são os mesmos, como:

[...] exposição crônica ao sol, (...) o fator de risco ambiental mais importante. (...) exposição a alcatrão, piche, creosoto e arsênio e ingestão crônica de arsênicos inorgânicos. Fatores genéticos, (...), pele clara e cabelo louro, [...]. Pessoas com histórias de queimaduras profundas (OTTO, 2002, p. 258).

Já a etiologia e os fatores de riscos do Melanoma, são:

Fatores de riscos genéticos, como pele clara e cabelos louros ou ruivos, (...). A capacidade de bronzeamento da pessoa pode ser um fator; pessoas que se queimam facilmente e têm dificuldades de ficar bronzeadas têm maior risco. Pessoas submetidas à exposição intermitente intensa ao sol também têm risco maior. Além disso, história pessoal ou familiar de melanoma, [...]. Parentes de primeiro grau de clientes com melanoma têm chances duas ou oito vezes maiores do que o público em geral de receberem um diagnóstico de melanoma (OTTO, 2002, p. 264)

A radiação solar é a forma mais comum de exposição aos UVR (WINOGRON et al, 1998). De acordo com Souza et al (2008), o espectro do comprimento de onda da RUV é subdividido em três bandas: UVA, UVB e UVC. Os raios UVA têm seu o comprimento de onda mais longo (315-400 nm), induz processos oxidativos e é responsável pela pigmentação da pele ou bronzeamento; os raios UVB (280-315nm) são responsável por danos diretos ao DNA, foto-imunossupressão, eritema, melanogênese; os raios UVC (100-280nm) são carcinogênicos.

Winogron et al (1998), discorrem sobre os efeitos que os UVR podem ocasionar no processo imune da pele. As células de langerhans juntas com os antígenos presentes na pele estimulam os linfócitos T, porém a UVR altera a capacidade de reconhecimento do antígeno com as células de langerhans, ocasionando uma diminuição funcional nos tecidos linfócitos responsável pela resposta imune da pele. A UVR também induz os queratinócitos a aumentar a produção de citocinas (IL-1, IL-6, TNF) e à liberação de fatores imunossupressores que desencadeiam processos neoplásicos na pele.

As populações de alto risco como pessoas de olhos e pele claras, crianças, albinos, pessoas expostas a UVR por motivos profissionais, como os trabalhadores ao ar livre, devem ser conscientizados sobre a importância da proteção individual (OTTO, 2002).

2.2.5 Tratamentos

O tratamento do Carcinoma Basocelular, de acordo com Azulay e Azulay (2004), dependerá do tamanho, da forma e localização da lesão. A idade do paciente e a experiência do dermatologista também contarão na escolha do tratamento adequado para o paciente. Os métodos a serem escolhidos dependendo de cada caso são: a **curetagem simples** (remoção da lesão através da raspagem com instrumento cirúrgico denominado de cureta); a **eletrodessecação** (desseca a lesão utilizando corrente elétrica) e **curetagem [grifos nossos]** ou o inverso. A eletrodessecação é considerada menos invasiva do que a remoção cirúrgica com o bisturi.

Outros tratamentos discutidos pelos autores são: a **exérese cirúrgica simples** ou por rotação de retalho (em que a pele e a gordura são levadas por meio de um túnel até a região a ser reparada) ou até mesmo enxerto; A **crioterapia** (através do congelamento da lesão); a **cirurgia micrográfica de Mohs [grifos nossos]**. Esta, segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica (2011), trata-se de uma técnica especial que garante a retirada total do tumor com pouca perda tecidual. Isso é possível através do estudo completo

das margens do tumor antes da cirurgia e do seu congelamento, após a cirurgia, no criostato. Em seguida é realizada uma análise microscópica que revela se o tumor foi totalmente extirpado ou não.

Otto (2002) complementa que a **radioterapia** e a **quimioterapia [grifos nossos]** também poderão ser utilizadas no tratamento do carcinoma basocelular. O benefício da radioterapia é a preservação do tecido. Não é recomendada em tumores localizados no tronco, extremidades, couro cabeludo, glândulas sudoríparas ou sebáceas, carcinomas tipo morféia, carcinomas de células escamosas verrucosos, tumores com mais de 8 centímetros e/ou tumores localizados no lábio superior e que se alastrem até a narina. “A quimioterapia está indicada nas recidivas após outros tratamentos” (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 400).

O tratamento do Carcinoma Espinocelular é idêntico ao Basocelular, porém, a curetagem simples não é indicada; só é utilizada a eletrodessecação com curetagem em lesões menores que 10 milímetros; a criocirurgia é recomendada; o melhor tratamento é o cirúrgico e em alguns casos se utiliza a radioterapia (AZULAY e AZULAY, 2004).

O tratamento do Melanoma, discorrido por Otto (2002) e Azulay e Azulay (2004), sugere a **excisão cirúrgica**, a **dissecção eletiva de gânglios regionais**, a **radioterapia**, a **quimioterapia**, a **perfusão regional com hipertermia**, a **terapia biológica** e a **terapia hormonal [grifos nossos]**.

“A excisão da lesão primária é a melhor conduta” (AZULAY; AZULAY, 2004, p. 416). Os autores ainda descrevem que dependendo do tamanho da lesão, a espessura da margem que delimita o local da excisão cirúrgica também pode variar. Melanoma de 1 milímetro de espessura é delimitado com uma margem de 1 centímetro. Caso os gânglios regionais estejam comprometidos, e isto se observa clinicamente, será necessária a sua dissecção eletiva com o objetivo de prevenir metástase.

Otto (2002) relata que o melanoma resiste a radioterapia convencional, tornando-se necessário a inclusão de substância radiosensibilizantes como a Misonidiazole e nêutros rápidos. O quimioterápico mais utilizado e o mais efetivo é o dacarbazina. Outros agentes citotóxicos citados pela autora são: carmustina, lomustina, vindesina, cisplatina, tamoxifeno, bleomicina, eldesina e vincristina.

A perfusão regional com hipertermia também denominada de perfusão isolada das extremidades é usada quando a lesão está mais avançada ou quando o paciente não autoriza a amputação do membro. Trata-se de uma técnica que utiliza quimioterápicos em altas doses para atingir apenas o membro afetado. A perfusão da extremidade com uma concentração de melfalan e hipertermia (temperatura entre 39 a 41°C que potencializa o efeito

do fármaco nas células) dura aproximadamente uma hora e deve ser executada utilizando uma bomba de perfusão ou circulação extracorpórea (OTTO, 2002).

De acordo com o boletim informativo do Grupo Brasileiro de Melanona (GBM, 2002), as terapias biológicas objetiva a indução da resposta antitumoral natural do indivíduo através de citocinas (interferons e interleucinas), anticorpos contra antígenos tumorais, vacinas antitumorais das células de melanoma, terapia celular que utiliza macrófagos, células T e células de apresentação de antígenos. Segundo Otto (2002), altas doses de interleucina-2 recombinante vem sendo usada com sucesso no tratamento de metástases a distância. A autora também relata da importância da vacina BCG na regressão de alguns casos de melanoma. Tamoxifeno e o Dietilestilbestrol são hormônios utilizados contra o tumor na terapia hormonal.

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE

Costa e López (1996 apud ALVES, 2005, p.43) conceituam a educação em saúde como “[...] um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde”. Tanto o profissional da saúde como o paciente, devem se sentir sujeitos do processo educativo. Para a enfermagem, o cuidar educativo é uma arte para promover, proteger e recuperar a saúde ou reabilitar o indivíduo para a vida em sociedade (TREZZA et al, 2007).

Gazzinelli et al (2005) complementam que o profissional da saúde ao lidar com a educação em saúde não pode impor comportamentos coletivos e acreditar que esses indivíduos se adaptem a essas condutas como uma regra. Este tipo de modelo, denominado de tradicional, está associado ainda às práticas sanitaristas do século XIX que tinham como objetivo a cura da doença não se importando com a subjetividade do sujeito e seu contexto sócio-cultural.

O modelo de prática de educação dialógico surgiu em oposição ao modelo tradicional citado anteriormente. Chiesa e Veríssimo (2003), explicam que esse novo modelo tenta desenvolver a autonomia e a responsabilidade do indivíduo na promoção, manutenção e recuperação da sua própria saúde.

No contexto da Estratégia de saúde da Família (ESF), a educação em saúde deve ser uma prática atribuída a todos os profissionais da saúde inseridos na equipe do programa. Esses profissionais devem ser capacitados para atender as necessidades da comunidade de

forma integral, desenvolvendo estratégias educativas de incentivo a promoção da saúde (BRASIL, 1997).

A ESF tem como objetivos: “Prestar (...) assistência integral (...) às necessidades de saúde da população (...); humanizar as práticas de saúde (...); Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença [...]” (BRASIL, 1997, p. 11).

O enfermeiro da atenção básica é fundamental na estratégia de promoção da saúde por ser ele o elemento da equipe que está em maior contato com o indivíduo doente ou sadio, motivando hábitos e estilos de vida mais saudáveis (BRANCO, 2005).

Embora a oncologia tenha tido grandes evoluções e melhorado a qualidade de vida dos pacientes com avançadas técnicas diagnósticas e terapêuticas, como apontam Silveira e Zago (2006), “[...] a palavra câncer ainda está associada a sofrimento e morte, onde pouco ou nada se pode fazer, mesmo em termos de prevenção” (BRANCO, 2005, p. 248).

De acordo com Carvalho et al (2008), a literatura científica e o Ministério da Saúde enfatizam a importância do diagnóstico precoce, no entanto, são poucas as medidas preventivas e de rastreamento, devido principalmente a pouca informação, a carência de propagandas, conscientização sobre os fatores de risco, formas preventivas, sinais e sintomas sugestivos do câncer de pele.

O INCA (2002) discorre que o enfermeiro, no âmbito do câncer, atua na prevenção, controle, assistência, diagnóstico sugestivo, tratamento, reabilitação, apoio, educação, incentivo de medidas legislativas e identificação dos fatores de riscos.

No entanto, ainda é pequeno o número de profissionais especializados em oncologia que prestem assistência aos pacientes. Segundo Amador et al (2011), isso inicia-se no próprio curso de graduação, visto que, priorizam a formação de enfermeiros generalistas e não ofertam na grade curricular do curso o aprofundamento na área oncológica. As autoras ainda abordam sobre a responsabilidade que as instituições deveriam ter em capacitar esses profissionais para que seja prestado aos pacientes um cuidado integral e humanizado.

Estratégias de rastreamento e conhecimento da prevenção do câncer são pouco disponíveis para os enfermeiros, embora o conhecimento dos fatores de risco seja fator determinante na prevenção e no controle do câncer (CARVALHO et al, 2005).

Santos et al (2004) relatam que as medidas de prevenção, rastreamento e detecção do câncer podem reduzir as taxas de morbidade e mortalidade, citando os três níveis de programas de prevenção, que são: **primária, secundária e terciária [grifos nosso]**.

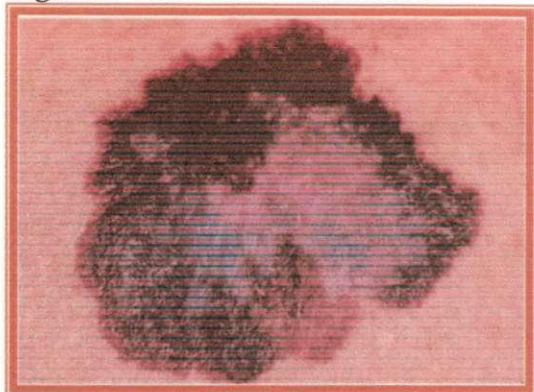
“A primária previne a ocorrência da enfermidade, a secundária consiste no diagnóstico precoce por meio de rastreamento e a terciária previne deformidades, recidivas e morte” (SANTOS et al, 2004, p.257).

De acordo com Bolen et al. (1997 apud SANTOS et al, 2004) é importante que os profissionais de saúde mantenham-se atualizados em relação aos programas de prevenção do câncer, visto que, segundo Santos et al (2004), essas medidas primárias e secundárias reduzem os fatores de risco do câncer na população.

De acordo com Otto (2002) e o INCA (2008), são exemplos de prevenção **primária [grifo nosso]** do câncer de pele: a orientação ao paciente quanto à exposição ao sol em horários inapropriados, ou seja, entre 10:00 e 16:00 horas; a importância do uso do filtro solar e de sua aplicação adequada -15 minutos antes da exposição solar- ; a utilização de roupas apropriadas, chapéus e óculos de sol; informar sobre os riscos dos equipamentos de bronzamento artificial e a importância da proteção das crianças do sol.

Os autores supracitados também exemplificam a prevenção **secundária [grifo nosso]**, de rastreamento e detecção do câncer realizados por enfermeiros que incluem: o exame clínico da pele do paciente, principalmente abdome, região perineal, couro cabeludo e costas; registro das alterações e/ou lesões de pele (assimetria, irregularidade das bordas, variação de cor e diâmetro superior a 5 mm) consideradas suspeitas e encaminhamento do paciente ao médico; agendamento de exames semestrais com dermatologista quando houver casos de melanoma na família; ensino e orientação ao paciente sobre o auto-exame da pele para garantir o seu autocuidado.

O profissional da saúde deve estar atento para detecção precoce das lesões que são consideradas suspeitas ou pré-malignas: os **nevus melanocíticos** (pigmentadas, planas, acastanhadas, variáveis tamanhos, podem ser congênitos ou surgir após a infância/juventude); **nevus displásicos** (são melanocíticos, localizam-se principalmente nas costas, irregulares, pigmentação variável, múltiplos, surgem na adolescência até cerca dos 30 anos de idade); **xeroderma pigmentoso** (congénita, degeneração crônica da pele, epiteliomatose maligna e hiper ou hipopigmentação); **ceratose [grifos nossos]** (hiperqueratose maligna, geralmente surgem nas palmas das mãos) (INCA, 2008).

Figura 5 – Nevos Melanocíticos

Fonte: Liga de Patologia UFC (2010, p. 1).

Figura 6 – Nevos Displásicos

Fonte: Skin Cancer Foundation (2011, p. 1).

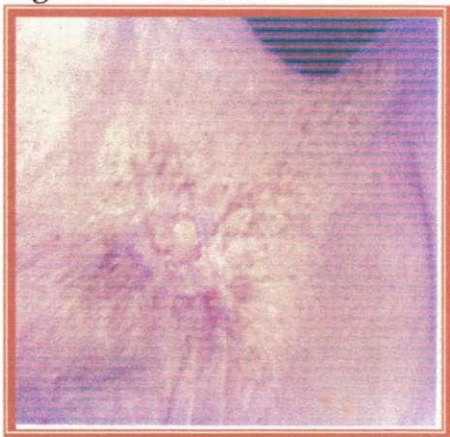
Figura 7 – Xeroderma Pigmentososo

Fonte: Dermatologia.net (2011, p. 1).

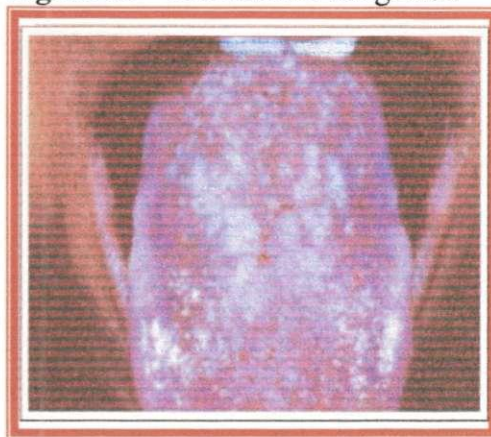
Figura 8 – Ceratose Actínica

Fonte: Azulay e Azulay (2004, p. 387).

Epidermodisplasia verruciforme (congenita, com lesões verrucosas nas mãos, nos pés, face e pescoço); **leucoceratose** (espessamento e embranquecimento anormais do epitélio de uma membrana mucosa); **radiodermite crônica** (dermatose de natureza inflamatória ou degenerativa provocada por radiação ionizante); **cicatrizes viciosas e ulcerações crônicas [grifos nossos]** (lúpus eritematoso, úlcera de Marjolin) (INCA, 2008).

Figura 9 – Radiodermite crônica

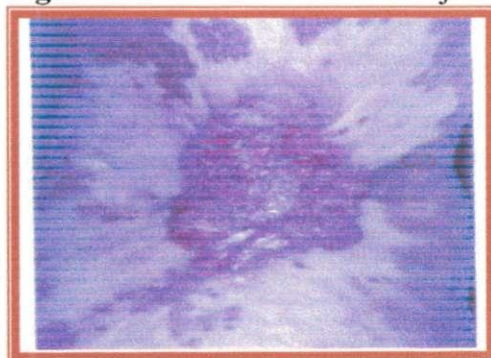
Fonte: Azulay e Azulay (2004, p. 387).

Figura 10 – Disqueratose congênita.

Fonte: Anais Brasileiro de Dermatologia (2003, p. 1).

Figura 11 – Lupus Eritematoso

Fonte: Fisioterapia Reumatológica (2011, p. 1).

Figura 12 – Úlceras de Marjolin

Fonte: Azulay e Azulay (2004, p. 388).

O exame clínico, geralmente, é para suspeita diagnóstica das lesões, mas é necessária a biópsia com o exame histopatológico para confirmação. É preciso dá importância a estas lesões pré-cancerígenas, como queratoses actínicas, radiodermite crônica, cicatrizes e úlceras crônicas, com o objetivo de evitar o carcinoma espinocelular que pode se desenvolver a partir delas (AZULAY; AZULAY, 2004).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO:

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, com abordagem quantiquantitativa com a contribuição do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que segundo Lefèvre e Lefèvre (2003), consiste em uma técnica de análise do material verbal da pesquisa. De acordo com Minayo (2003), uma abordagem qualitativa, permite detalhar acontecimentos, situações e depoimentos, enriquecendo a análise das informações e propiciando ao pesquisador maior conhecimento sobre um determinado problema, enquanto que a quantitativa lida com variáveis, dados matemáticos, equações e estatísticas.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em seis Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Cajazeiras-PB, que de acordo com o IBGE (2007), possui em média 56.051 habitantes, estando localizado ao extremo oeste da Paraíba, estado do nordeste brasileiro.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por quatorze enfermeiros atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo dois da zona rural. A amostra foi constituída por nove enfermeiros que tiveram os seguintes critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa, ser concursado ou contratado e de ambos os sexos. Quanto aos critérios de exclusão: não aceitar participar da pesquisa ou ser voluntário. Desses nove, três eram de uma mesma UBS e apenas um aceitou participar e em outra UBS o enfermeiro também recusou a participação. Contudo a amostra final, ou seja, dos que aceitaram participar da pesquisa, foi um total de seis enfermeiros.

3.4 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba de Campina Grande-PB e encaminhamento de ofício à Secretaria de Saúde da cidade Cajazeiras-PB onde foi autorizada a pesquisa nas

Unidades Básicas de Saúde. Após trâmites, a coleta de dados foi realizada no mês de Março de 2011 utilizando como instrumento um questionário aplicado a seis enfermeiros atuantes na atenção básica nos dias úteis de funcionamento dos postos de saúde. Nesse questionário existiam questões objetivas e subjetivas que nortearam os objetivos do estudo, contendo os seguintes itens: Identificação; idade; sexo; especialidade; tempo de experiência em ESF; se já fez ou não uma capacitação em oncologia; quantidade de casos de neoplasias cutâneas nas micro-áreas da UBS que atua; rotina das visitas domiciliares aos pacientes com cânceres cutâneos e as atribuições de enfermagem; conhecimentos específicos sobre carcinomas; se existem ou não estratégias de educação em saúde para prevenir o câncer de pele nas ESFs; se existem ou não palestras escolares de conscientização e prevenção do câncer de pele.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados através de uma análise estatística simples no programa *Microsoft Excel* e apresentados em forma de gráficos. Os dados qualitativos foram agrupados de acordo com o Discurso do Sujeito Coletivo de Lefrève e Lefrève (2003) e analisados de acordo com a literatura pertinente.

Essa técnica de pesquisa qualitativa permite a organização e análise das questões subjetivas utilizando até quatro figuras metodológicas citadas por Lefrève e Lefrève (2003): as **expressões chave** que são trechos do discurso que revelam a sua essência e devem ser destacadas pelo pesquisador; as **idéias centrais** que são palavras ou expressões que descrevem os sentidos presentes em cada depoimento ou resposta analisadas e que levará a formação do DSC; a **ancoragem** que são afirmações em que o depoente utiliza teorias ou ideologias para compor o seu discurso; e o **DSC** que vai reunir as expressões chave que tenham as mesmas idéias centrais e a mesma ancoragem.

A construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desse estudo compreendeu as seguintes etapas: 1) A identificação das expressões-chave das respostas de cada sujeito participante do estudo; 2) Identificação das idéias centrais a partir das expressões-chave; 3) Reunião das expressões-chave, formando o DSC.

3.6 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõe a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996). Para isso, o mesmo foi submetido à avaliação da Comissão do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual (UEPB) de Campina Grande-PB. Para o desenvolvimento da coleta de dados, foram considerados aspectos éticos, como: sigilo, anonimato, beneficência, a não maleficência, pertinentes às pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a resolução de nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Recebendo a aprovação em Março do corrente ano, tendo protocolo de nº 02120133000-11. Não oferecendo qualquer tipo de risco físico, social ou psicológico aos sujeitos participantes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

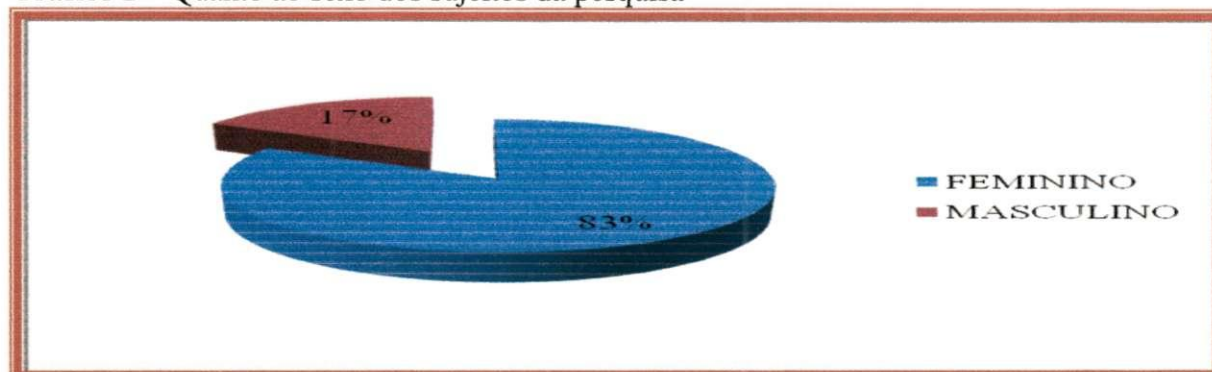
Este capítulo aborda os resultados e discussões da coleta de dados, assim como a sua análise quantiquantitativa. No primeiro momento, as questões objetivas que correspondem às características sócio-demográficas dos participantes e aos objetivos da pesquisa, são analisadas pelo método quantitativo através de uma estatística simples e representadas por gráficos. No segundo momento, as questões discursivas são analisadas através do discurso do sujeito coletivo (DSC).

4.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DO ESTUDO

Durante a realização da pesquisa, seis enfermeiros da atenção básica se dispuseram a participar e preencher o questionário. Essa parte inicial do estudo apresenta os dados sócio-demográficos dos participantes e suas respostas as questões objetivas e subjetivas, contendo as seguintes variáveis: sexo; idade; se possui especialização e em qual área; tempo de experiência em ESF; se possui capacitação em oncologia; se existem casos de câncer de pele nas micro-áreas da ESF que atuam; se efetuam visitas domiciliares a esses pacientes e quais atribuições de enfermagem realizam; se existem estratégias de educação em saúde com o intuito de prevenir esse tipo de câncer e qual a metodologia utilizada; se existem palestras de conscientização e prevenção de cânceres cutâneos nas escolas que pertencem as micro-áreas da ESF; os tipos de cânceres cutâneos; seus fatores etiológicos; as características de nevos sugestivos de melanoma quanto à cor, formato e localização; medidas preventivas do câncer de pele; medidas de rastreamento e detecção.

4.1.1 Caracterização Sócio-demográfica dos Enfermeiros (Sujeitos da Pesquisa)

Gráfico 1 – Quanto ao sexo dos sujeitos da pesquisa



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

O gráfico 1 nos revela que 83% dos enfermeiros que participaram da pesquisa são do sexo feminino. Isto também pode ser observado no contexto nacional, de acordo com o Ministério da Saúde (2000) e outras pesquisas, tanto nas estratégias de saúde da família como na graduação em enfermagem, as mulheres representam 90,91% dos percentuais em relação aos homens.

Gráfico 2 – Quanto à idade dos sujeitos da pesquisa

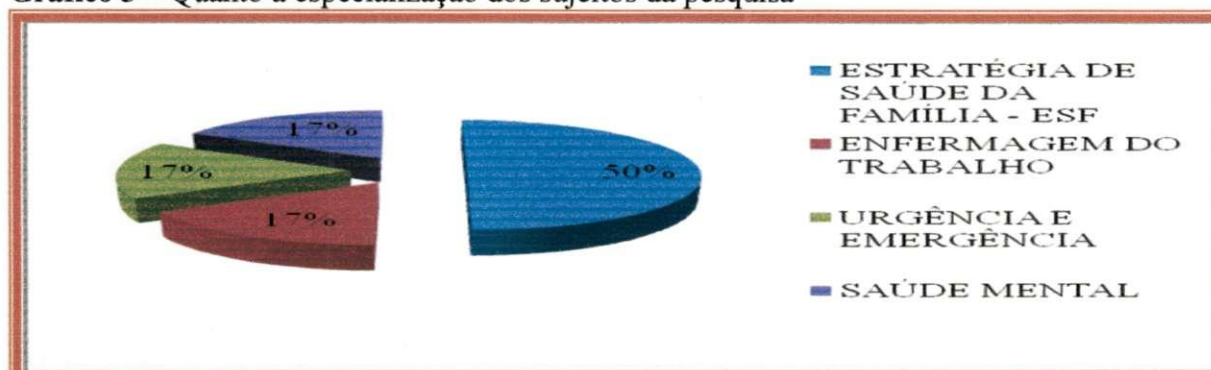


Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

O gráfico 2 nos mostra que 50% dos enfermeiros que responderam ao questionário possuem idades entre 25 e 29 anos. No Brasil, na estratégia de saúde da família, além da predominância do sexo feminino atuante nessa área, há uma média na variável idade que é de 34 anos (BRASIL, 2000).

4.1.2 Questionamentos Objetivos Norteadores do Estudo

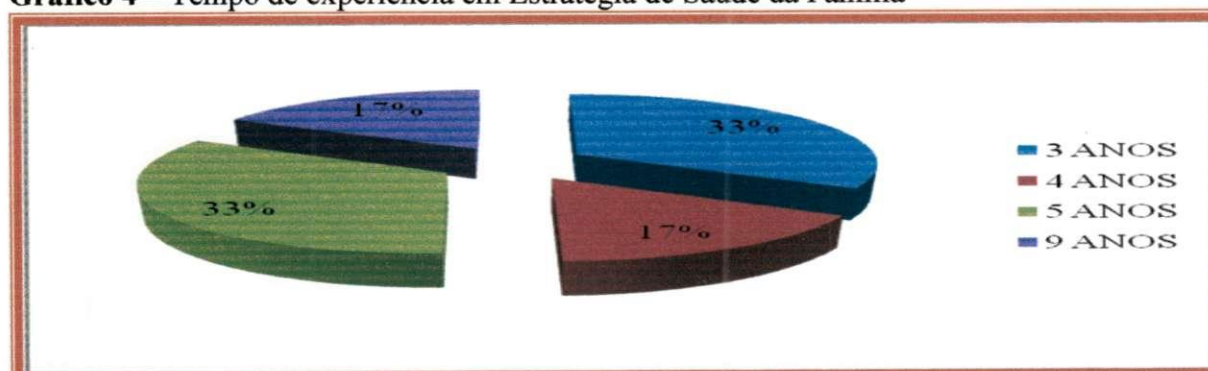
Gráfico 3 – Quanto à especialização dos sujeitos da pesquisa



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

No gráfico 3, observamos que apenas 50% dos enfermeiros possuem especialização em estratégia de saúde da família. A importância de ser especialista na área de atuação está relacionada a uma melhor qualificação da assistência aos usuários desse programa que tem como meta principal a prevenção de doenças e promoção da saúde. A vantagem da especialização profissional, para Silva (1987) é melhorar o preparo, a competência e a eficiência do indivíduo no seu setor de trabalho. A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 100 (1988) aborda sobre a qualificação do enfermeiro especialista e enfatiza a sua importância para um trabalho eficiente e com resultados satisfatórios.

Gráfico 4 – Tempo de experiência em Estratégia de Saúde da Família

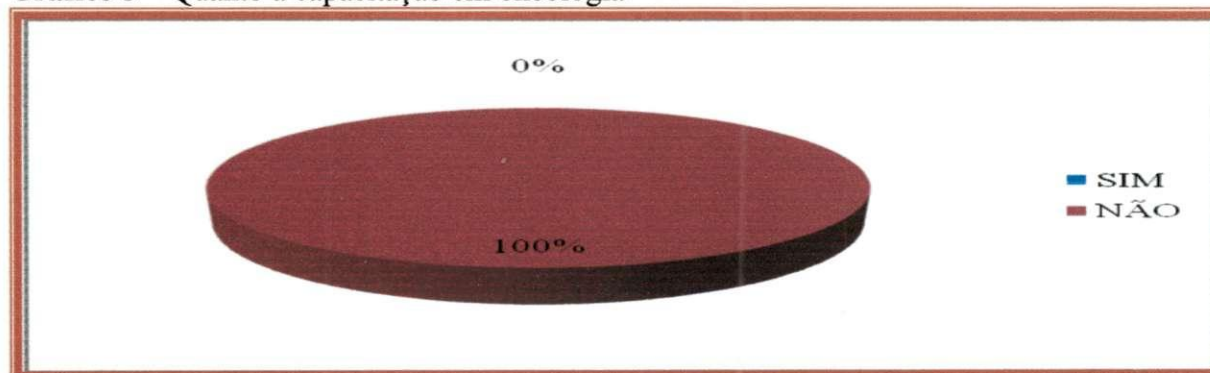


Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

O tempo de experiência em ESF também é fator importante na qualidade da assistência ao paciente. Nesse estudo, observamos no gráfico 4 que 33% dos enfermeiros relataram ter apenas 3 anos de experiência, 17% relataram ter 4 anos, 33% relataram ter 5

anos e os outros 17% disseram ter 9 anos de experiência em atenção básica. Andrade e Amorim (2009) relatam que a importância do tempo de atuação em ESF favorece a experiência na profissão porque o enfermeiro terá o convívio com diversas situações. Dilélio et al (2009) complementam afirmando que esse convívio constrói o vínculo entre enfermeiro e o usuário.

Gráfico 5 – Quanto à capacitação em oncologia



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

No gráfico 5, todos os enfermeiros responderam nunca ter tido capacitação em oncologia. Visto que, atualmente o câncer é considerado um problema mundial de saúde pública, pois é responsável por 13% de todas as causas de óbitos, e que na Estratégia de Saúde da Família, o enfermeiro é responsável pela prevenção, controle, assistência, diagnóstico sugestivo, tratamento, reabilitação, apoio, educação, incentivo de medidas legislativas e identificação dos seus fatores de riscos (INCA, 2011). É fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento em oncologia para prevenir e detectar precocemente os casos de câncer na atenção básica.

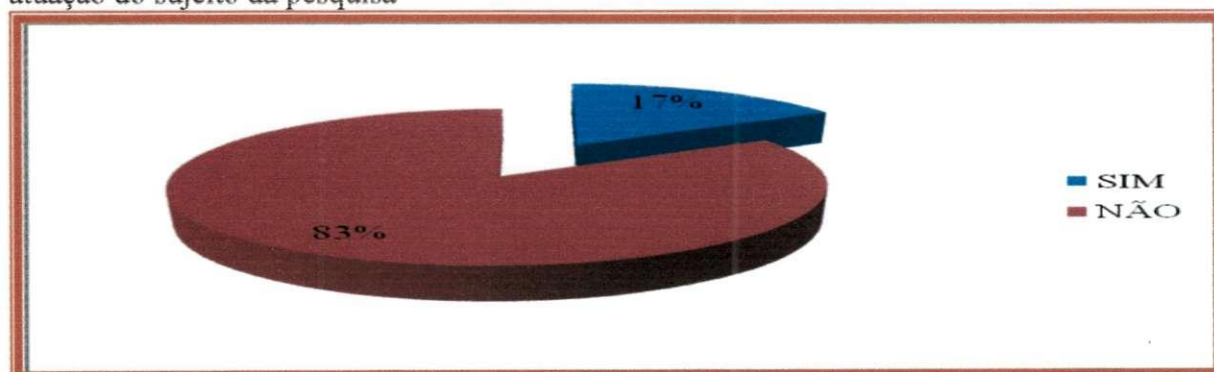
Amador et al (2011) retrata que essa deficiência da enfermagem em oncologia é um problema que se inicia desde a universidade, na matriz curricular do curso, que não oferecem disciplinas relacionadas ao estudo do câncer. As autoras ainda relatam da falta de ofertas de capacitação oncológica, aos profissionais da saúde, pelas instituições em que trabalham.

Na Estratégia de Saúde da Família essas capacitações deveriam ser de responsabilidade do governo e oferecidas aos enfermeiros gratuita e regularmente, a fim que se mantenham constantemente atualizados. Para Amador et al (2011), o enfermeiro capacitado oferece, ao paciente com câncer, um cuidado integral e humanizado.

Prestar um cuidado humanizado ao paciente com câncer de pele é fazê-lo enfrentar as dificuldades da doença esperançosamente. O apoio ao paciente e a família é importante, bem como o esclarecimento de dúvidas sobre a doença e principalmente sobre o tratamento. O medo é o sentimento que muitos pacientes com câncer costumam apresentar. Isto acontece pelo fato de que doença ainda está atrelada a ideia de morte. Esse medo também pode estar associado à mutilação do corpo pela cirurgia, e se tratando de câncer de pele, essas partes afetadas podem ser no rosto, comprometendo a autoestima do paciente.

O enfermeiro não é o único responsável pelo cuidado humanizado aos pacientes com câncer de pele. Toda a equipe da ESF deve estar capacitada para trabalhar com pacientes oncológicos: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas. Com isso, torna-se importante o vínculo da ESF com os núcleos de apoio à saúde da família (NASF).

Gráfico 6 – Casos de câncer de pele nas micro-áreas da Estratégia de Saúde da Família de atuação do sujeito da pesquisa



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

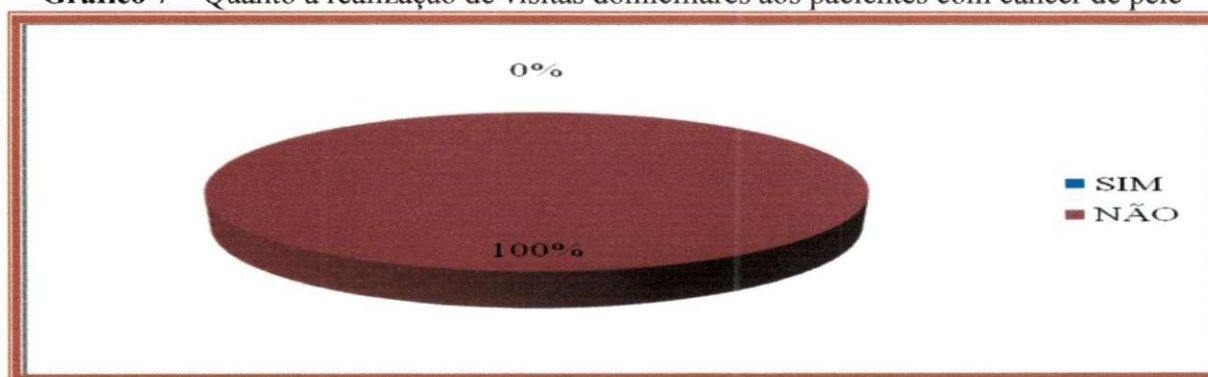
Como demonstrado no gráfico 6 acima, 83% dos enfermeiros que participaram do estudo relataram a não existência de casos de câncer de pele nas micro-áreas das unidades básicas que atuam. Apenas um enfermeiro (17%) relatou a existência de um único caso, no entanto, justificou que o paciente encontrava-se em tratamento na cidade de João Pessoa-PB.

No estado da Paraíba, a estimativa para o ano de 2011 será de 40 casos de melanoma e 2.690 de não melanoma. Na cidade de João Pessoa, capital da Paraíba, não foi estimado nenhum caso de melanoma e 330 casos de não melanoma (INCA, 2009). Com isto, percebe-se que casos de melanoma (40) e não melanoma (2.360) estão estimados para o restante do estado.

Segundo Scaff et al (2007), são poucos os estudos estatísticos no país sobre esses tipos de câncer de pele, por serem de abordagem clínica em consultórios. Não sendo obrigatória sua notificação compulsória à vigilância epidemiológica.

Provavelmente existem sim, mais casos que não estão sendo registrados e a assistência a esses pacientes, preconizada pelo Ministério da saúde, não está sendo realizada. No entanto, não é objetivo do estudo avaliar a incidência desse tipo de câncer na cidade, devendo ser objeto de estudo de outras pesquisas.

Gráfico 7 – Quanto à realização de visitas domiciliares aos pacientes com câncer de pele



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

No gráfico 7, os enfermeiros não realizam a visita domiciliar aos pacientes com câncer de pele porque relatam a não existência de casos em suas micro-áreas. Apenas 17% dos enfermeiros, como ilustrado no gráfico 6, citou a existência de um caso na ESF onde atua, no entanto, também relatou que não realiza a visita domiciliar ao paciente. Com isto, os questionamentos sobre a frequência das visitas e as atribuições de enfermagem presentes no questionário não foram respondidas pelos sujeitos participantes do estudo.

Para Moura et al (2003), compete a cada equipe da ESF efetuar visitas domiciliares regularmente e promover atenção a saúde.

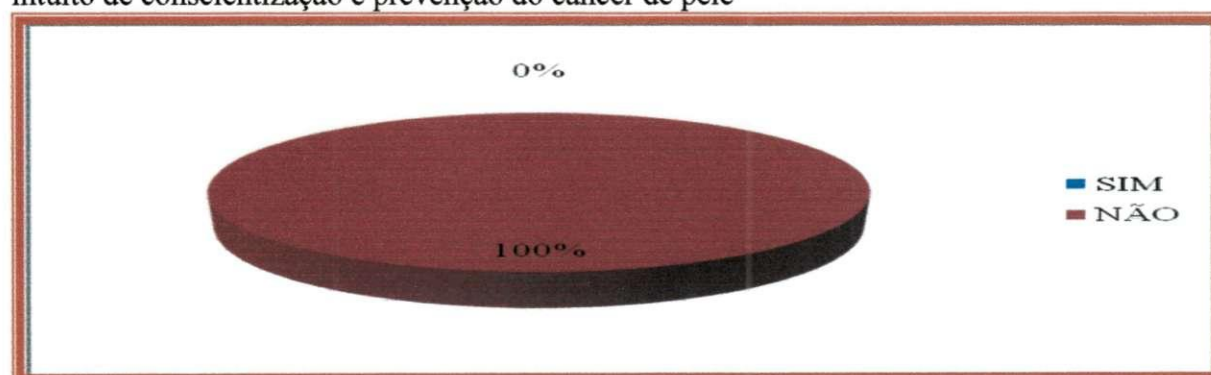
As visitas domiciliares são instrumentos de trabalho preciosos no cuidado de enfermagem, sendo utilizadas nas mais diferentes formas de acompanhamento dos pacientes, quer sejam eles: hemodinamicamente instáveis, neurológicos, oncológicos, geriátricos, psiquiátricos ou como uma forma de atenção primária à saúde (REINALDO; ROCHA, 2002, p. 38).

Segundo o autor supracitado, um dos objetivos das visitas é educar não apenas o paciente, mas também a família que cuida dele. De acordo com a Sociedade Brasileira do

Câncer (1999), durante e após o tratamento, o recebimento de informações adequadas e compreensíveis, pelo paciente e família, ajuda no enfrentamento da doença e dos sintomas.

O enfermeiro, durante as visitas é quem direciona sua visão para os problemas que precisam ser solucionados. No âmbito do câncer de pele, principalmente em indivíduos que já tiveram melanoma, o acompanhamento com o intuito de prevenir novos casos na família e até mesmo no próprio paciente é importante e deve ser realizado através das consultas de enfermagem e incentivo ao autocuidado. Otto (2002) discorre que história pessoal de melanoma ou casos na família aumenta os riscos de desenvolvimento da doença. Parentes de primeiro grau de indivíduos que já tiveram melanoma têm maiores chances de desenvolver a doença do que indivíduos que não tiveram casos na família.

Gráfico 8 – Quanto à realização de estratégias de educação em saúde junto à população, com intuito de conscientização e prevenção do câncer de pele



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

Na Paraíba, as estimativas do câncer para o ano de 2011, classificam o câncer de pele como o terceiro de maior incidência no estado, ficando atrás do câncer de mama e de próstata. Dentre os tipos de câncer, o de pele é considerado o mais prevenível (INCA, 2009).

100% dos enfermeiros que responderam a pesquisa marcaram a opção que não realizam estratégias de educação em saúde para prevenir o câncer de pele na população cajazeirense, como mostra o gráfico 8, acima. Talvez não realizem o acompanhamento do paciente pelo fato desse tipo de câncer não pertencer aos programas da ESF.

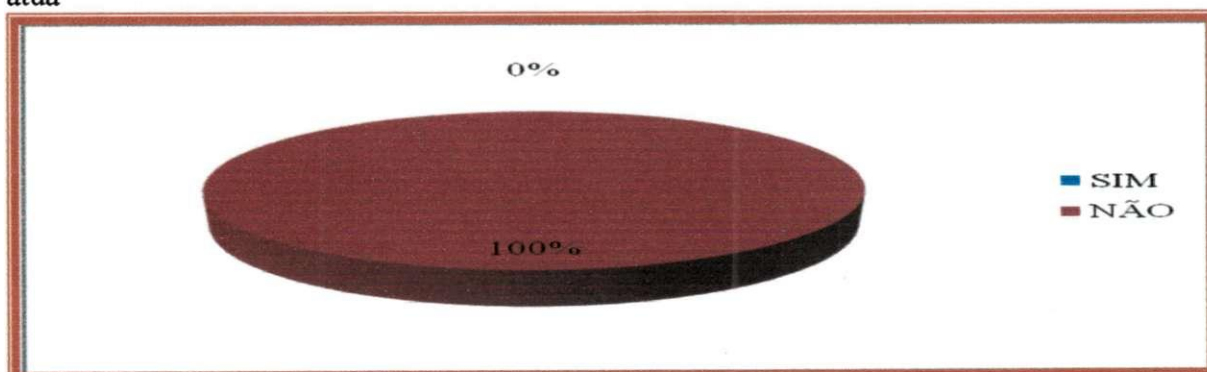
A não existência de casos de câncer de pele nas micro-áreas das UBS, como relatado pelos enfermeiros, não justifica a falta de estratégias de educação em saúde. Esta tem como objetivo principal prevenir a doença, e a cidade de Cajazeiras tem fatores etiológicos propícios para desenvolvê-la.

De acordo com Besen et al (2007), a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo principal a prática educativa que promova saúde. Para isso é necessário um conjunto de atividades direcionadas para melhorar o bem estar social. No desenvolvimento de estratégias para promoção da saúde, Ash et al (1999) e Carvalho et al (2008) destacam os enfermeiros como peças fundamentais na prevenção e detecção do câncer. Na atenção primária, são responsáveis por informar, educar, avaliar e identificar os grupos de risco para agravos a saúde e incentivar o autocuidado do paciente para prevenir a doença.

Informar apenas não adiantará muito. Para se trabalhar educação em saúde é necessário conhecer as particularidades de cada sujeito e saber que ele é um ser social. Portanto, devemos levar em consideração a sua cultura, os seus valores, respeitar os seus limites. Um modelo de educação poderá servir para um paciente, mas não necessariamente servirá para todos.

Educar não é a mera transferência de conhecimentos, mas sim a conscientização e o testemunho de vida, do contrário não terá eficácia. A autonomia, a dignidade e a identidade do educando, no caso, a comunidade e seus sujeitos, têm de ser respeitadas, caso contrário, o ensino se tornará “inautêntico, palavreado vazio e inoperante” (FREIRE, 1997 apud BESEN et al, 2007, p. 61).

Gráfico 9 – Quanto à realização de palestras escolares de conscientização e prevenção do câncer de pele nas micro-áreas da Estratégia de Saúde da Família onde o sujeito da pesquisa atua



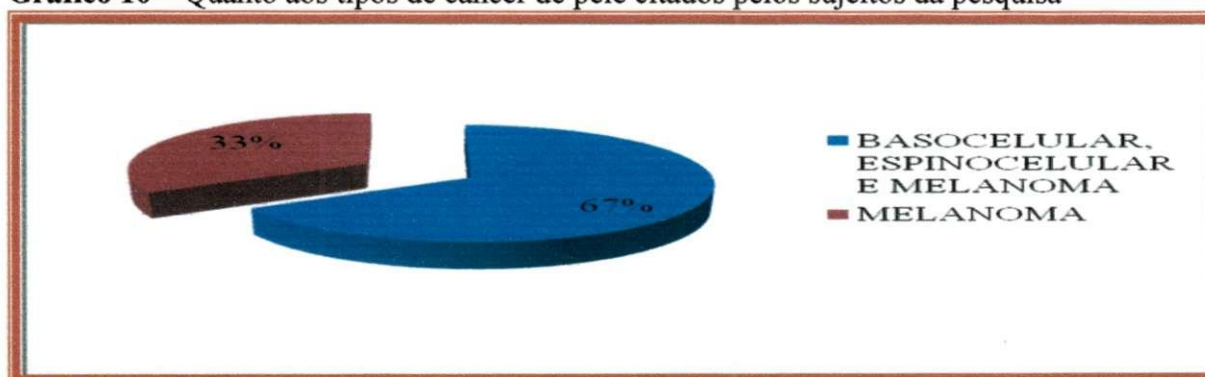
Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

Todos os enfermeiros (100%) que participaram do estudo responderam que não realizam nas escolas palestras de conscientização e prevenção do câncer de pele, como ilustrado no gráfico acima. No entanto, é preconizada pelo Ministério da Saúde que as atividades de educação em saúde sejam realizadas tanto nas escolas como nas consultas de enfermagem, salas de espera das unidades básicas, nas reuniões com a comunidade, nos grupos de gestante, de adolescentes, de diabéticos e hipertensos.

Segundo Angeli et al (1997), estima-se que durante a vida, a maior parte do tempo que o indivíduo está exposto ao sol é antes dos 21 anos de idade. Para Otto (2002), o acúmulo de exposição solar durante a infância, principalmente crianças de pele branca que sofreram queimaduras solares graves, estão no grupo de risco em desenvolver melanoma na idade adulta. Com isto, tornam-se importantes palestras de conscientização nas escolas e trabalhos educativos que estimulem a prevenção do câncer de pele.

4.1.2 Questionamentos Subjetivos Norteadores da Pesquisa

Gráfico 10 – Quanto aos tipos de câncer de pele citados pelos sujeitos da pesquisa



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

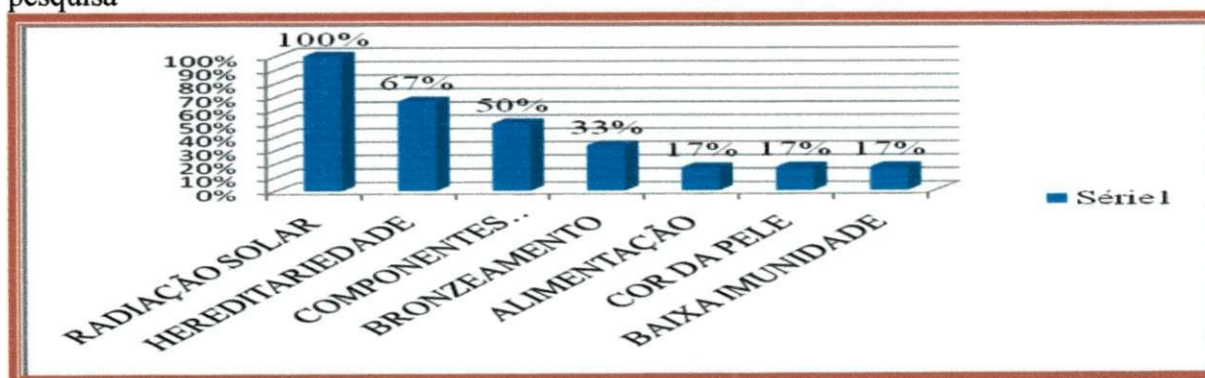
Os principais tipos de câncer de pele citados por Winogron et al (1998) são o carcinoma basocelular, o carcinoma espinocelular e o melanoma maligno. O basocelular, ainda segundo o autor, é um tumor maligno que tem origem nas células basais. De acordo com Azulay e Azulay (2004), raramente esse tipo de câncer desenvolve metástase. O espinocelular é um tumor que tem origem nos queratinócitos da epiderme (GRANSTEIN, 1990) e segundo Azulay e Azulay (2004), lesões pré-cancerosas como a ceratose actínica pode levar a formação desse tipo de câncer de pele. O melanoma maligno, ainda segundo o autor, se origina das alterações malignas dos melanócitos.

Observando o gráfico 10 acima, percebemos que a maior parte dos enfermeiros (67%) participantes da pesquisa, citou “basocelular, espinocelular e melanoma” como tipos principais de câncer de pele e 33% citaram apenas o melanoma. Um dos enfermeiros citou ainda a doença de Bowen e o Sarcoma de Kaposi que não foram incluídos no gráfico. A doença de Bowen trata-se de um tipo de carcinoma espinocelular *in situ*. O Sarcoma de Kaposi, embora cause lesões na pele, não é considerado um câncer de pele, pois se trata de um tumor maligno do endotélio linfático (AZULAY; AZULAY, 2004).

Embora os enfermeiros tenham demonstrado conhecimento ao responder esse questionamento não significa dizer que eles saibam detectar, durante a inspeção, os tipos de câncer de pele apenas visualizando a lesão. Para isto, seria necessário um estudo mais aprofundado através de especializações, capacitações, treinamentos e a experiência adquirida com a prática. Porém é interessante para o enfermeiro saber diferenciar um sinal ou lesão sugestiva para o câncer cutâneo de uma não sugestiva.

A lesão mais característica do carcinoma basocelular é perolada (papulosa, translúcida e brilhante) e de coloração amarelo-palha. Sua forma mais comum é a nodular, são lesões que sangram facilmente, de crescimento rápido que costumam surgir em regiões cefálicas, troncos e membros. No carcinoma espinocelular, as lesões podem dar início em pele sadia ou a partir de lesões pré-cancerígenas. Surgem como uma pápula ceratósica (hiperqueratinizada), de crescimento rápido, sangramento discreto, localizadas preferencialmente nas áreas expostas ao sol (AZULAY; AZULAY, 2004). As características de nevus (sinais) sugestivos para o melanoma foram questionadas aos sujeitos da pesquisa e encontram-se ilustradas no gráfico 12, abaixo.

Gráfico 11 – Quanto aos fatores etiológicos do câncer de pele citados pelos sujeitos da pesquisa



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

Os fatores etiológicos mais citados pelos sujeitos da pesquisa foram: a radiação solar, citada por todos (100%); a hereditariedade (67%); os componentes químicos (50%) e o bronzeamento (33%).

De acordo com Fischer (2004) e outros autores, a radiação solar ultravioleta é considerada o principal fator etiológico carcinogênico. Segundo Otto (2002) e outros autores, além da radiação ultravioleta, as radiações ionizantes, encontradas nos componentes químicos como o arsênio, por exemplo, estão relacionados com casos de cânceres cutâneos. De acordo

com Guyton e Hall (2002), a maioria dos cânceres são causados por mutação de genes celulares. Conforme o INCA (2011), essas mutações estão mais associadas aos fatores ambientais (80 a 90% dos casos) do que a hereditariedade. Para Otto (2002), indivíduos que possuem parentes próximos que têm ou já tiveram melanoma são consideradas grupos de risco em desenvolver a doença.

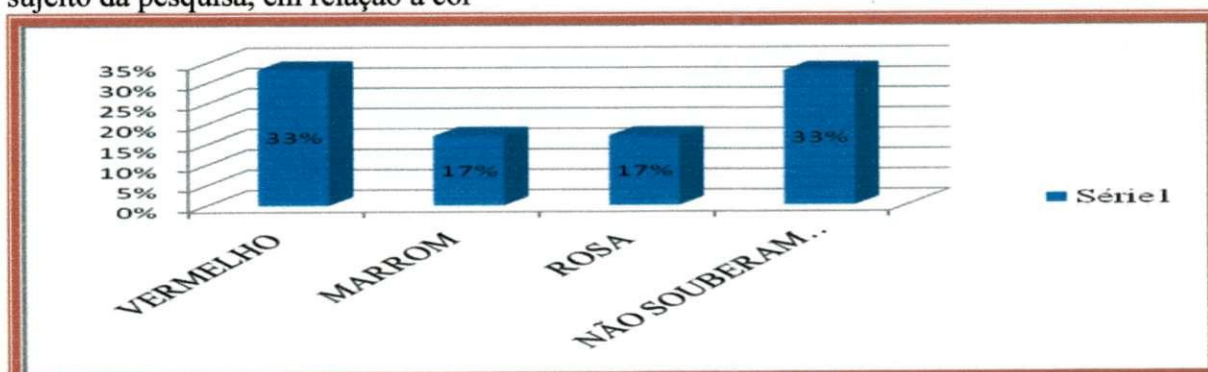
A estimativa da Sociedade Americana de Câncer (2007), afirma que mais de um milhão de casos de câncer do tipo não-melanoma e cerca de 60 mil casos de melanoma estariam associados à radiação ultravioleta. No entanto, para o melanoma, um maior risco inclui história pessoal ou familiar de melanoma.

Outros fatores etiológicos de cânceres cutâneos incluem: sensibilidade da pele ao sol; cor da pele, principalmente pessoas de pele clara e albinos; história de exposição solar excessiva; doenças imunossupressoras; pacientes imunocomprometidos e exposição ocupacional (INCA, 2009).

De acordo com o INCA (2011), a alimentação pode estar associada mais aos cânceres de cólon, próstata, esôfago, estômago e mama, relacionados ao consumo de gorduras (saturadas ou insaturadas).

A literatura científica não cita casos de câncer de pele relacionados à alimentação. No entanto, estudos revelam que alguns tipos de componentes antioxidantes, ou seja, que combatem os radicais livres (gerados por processos metabólicos ou fatores ambientais como a radiação solar) estão presentes em alguns alimentos. Antunes e Biachin (1999) relatam que a vitamina A tem demonstrado, em estudos com animais, ações preventivas contra tumores de pele.

Gráfico 12 – Quanto à caracterização de nevos sugestivos para o câncer de pele, citada pelo sujeito da pesquisa, em relação à cor



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

Nevus ou nevo, de acordo com Azulay e Azulay (2004, p. 445), “é uma malformação congênita, (...) presentes ou não ao nascimento, à custa de células pertencentes a qualquer estrutura tecidual da pele”.

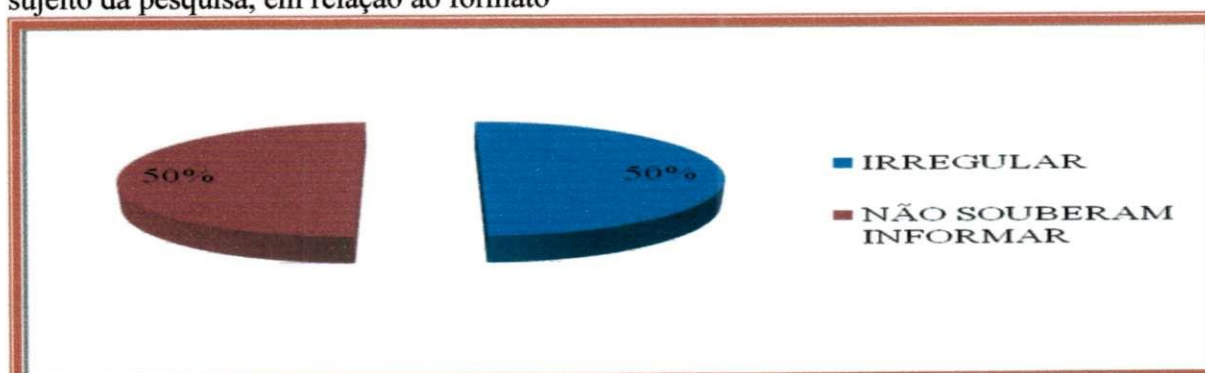
Segundo o autor supracitado, o melanoma maligno pode surgir a partir de nevos preexistentes característicos (lentigo maligno, nevo melanocítico congênito, nevos displásicos) ou da pele normal. As modificações em nevos, como: prurido; alterações da pigmentação; alterações do tamanho da lesão; inflamações; ulcerações e sangramentos são indicadores de sua malignização.

O gráfico 12 acima representa as respostas dos sujeitos ao questionamento quanto à característica dos nevos sugestivos para o melanoma. Justificou-se a utilização da expressão “câncer de pele” em substituição a “melanoma” pelo fato de que foram solicitados, aos sujeitos da pesquisa no instrumento de coleta em outro questionamento, os tipos de câncer de pele.

33% dos participantes responderam que a cor vermelha é uma das alterações da coloração de nevos sugestivos de melanoma. A mesma quantidade de participantes não soube responder qual a cor característica desse tipo de câncer de pele. Segundo Otto (2002, p. 266), as alterações da cor que ocorrem nos nevos displásicos, são: “mistura de castanho, vermelho/rosa, marrom, no interior de um único nevo; nevos com aspectos muito diferentes uns dos outros”.

O melanoma do lentigo maligno e o melanoma superficial expansivo possuem colorações quase semelhantes, do castanho ao preto e o superficial expansivo, do castanho ao preto-acinzentado e róseo. A cor do melanoma nodular, acromelanoma e melanoma de mucosa são de coloração negra (AZULAY; AZULAY, 2004). Esta, não foi mencionada pelos sujeitos do estudo.

Gráfico 13 - Quanto à caracterização de nevos sugestivos para o câncer de pele, citada pelo sujeito da pesquisa, em relação ao formato

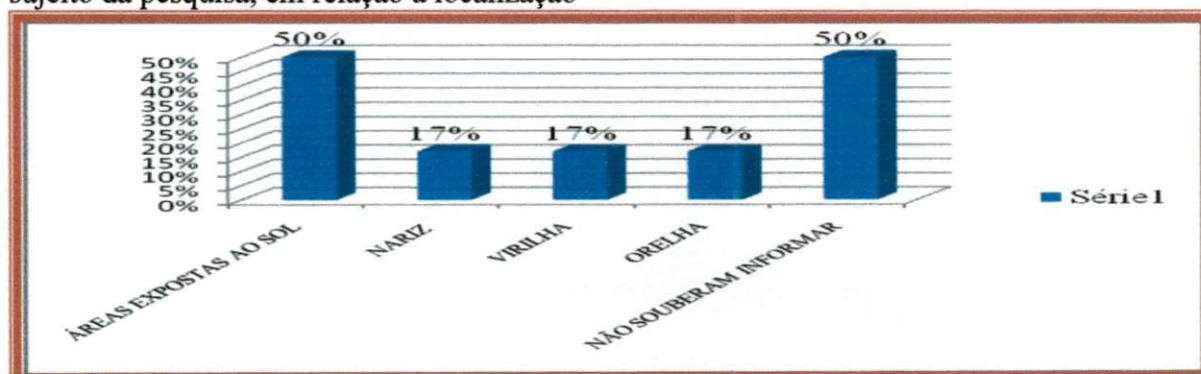


Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

No gráfico 13 acima, 50% dos sujeitos do estudo responderam que o formato dos nevos sugestivos de desenvolvimento do melanoma é irregular e os outros sujeitos (50%) não souberam responder a pergunta.

O nevo displásico, de acordo com Otto (2002), possui margem irregular que pode desaparecer e aderir à pele circundante. O melanoma do lentigo maligno é uma mancha de grande diâmetro com formato irregular; o melanoma superficial expansivo é uma mancha elevada com margem de aproximadamente 2,5 cm; o melanoma nodular tem formato nodular ou lesão ulcero-vegetante; o acromelanoma e o melanoma de mucosa inicialmente têm o formato de uma mancha negra que posteriormente se transformará em nódulo ou ulceração (AZULAY; AZULAY, 2004).

Gráfico 14 - Quanto à caracterização de nevos sugestivos para o câncer de pele, citada pelo sujeito da pesquisa, em relação à localização

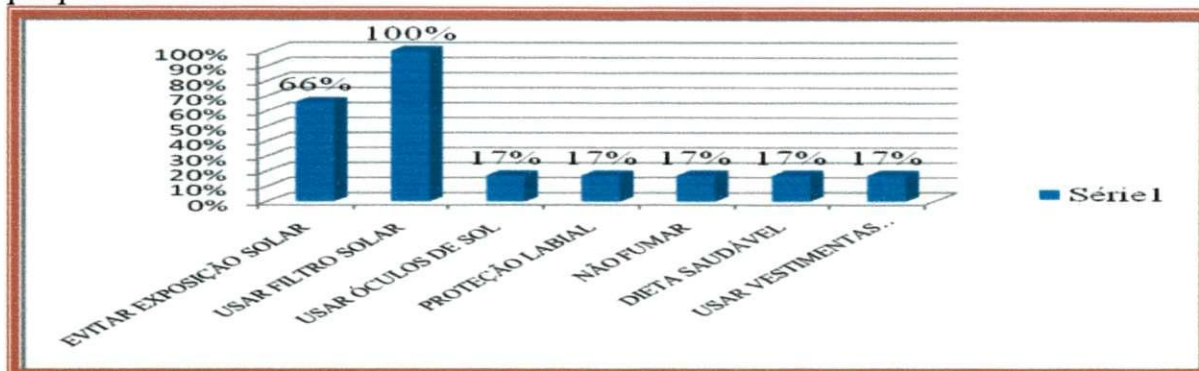


Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

Como observado no gráfico 14, 50% dos sujeitos da pesquisa consideraram que os nevos sugestivos para o melanoma são encontrados em áreas que são mais expostas ao sol, porém não especificaram claramente onde seriam essas áreas. 50% dos sujeitos não souberam informar qual a localização dos nevos sugestivos para esse câncer de pele.

As costas é a localização mais comum dos nevos displásicos, mas também podem ocorrer no couro cabeludo, mamas, nádegas e genitálias (OTTO, 2002). Cabeça, pescoço, dorso e mãos são as principais localizações do melanoma do lentigo maligno; no melanoma superficial expansivo, a localização em homens é no dorso e em mulheres nos membros inferiores; o dorso, a cabeça e o pescoço são as áreas de localização do melanoma nodular; já o acromelanoma e o melanoma de mucosa tem predileção pelas extremidades distais (AZULAY; AZULAY, 2004).

Gráfico 15 – Quanto às medidas de prevenção do câncer de pele citadas pelos sujeitos da pesquisa



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

No gráfico 15 acima podemos observar que as medidas preventivas contra o câncer de pele mais citadas pelos sujeitos do estudo foram evitar a exposição solar (66%) e usar o filtro solar (100%). Alguns enfermeiros associaram a exposição solar com o uso do filtro solar.

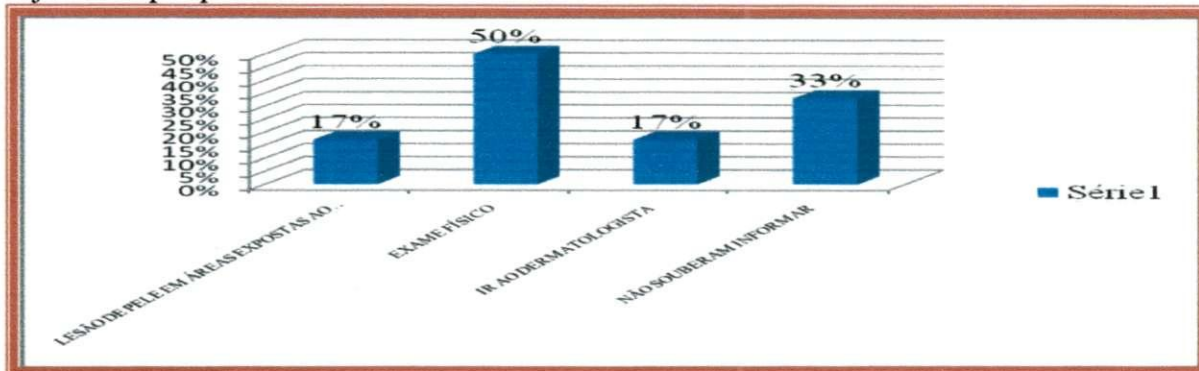
De acordo com o INCA (2009), para prevenir o câncer de pele é necessário ações de prevenção primária como: proteção contra a exposição solar; o autoexame; consultar o dermatologista; estratégia de educação em saúde para incentivar esses cuidados e melhorar o reconhecimento de alterações malignas precocemente.

O tipo de vestimenta é importante para proteção dos UVR, roupas justas e coloridas ajudam a diminuir a absorção desses raios. Chapéus, óculos de sol apropriados e o filtro solar também são medidas preventivas (WINOGRON et al, 1998).

Quando aplicados apropriadamente, os bloqueadores solares (...) modificam as propriedades ópticas da pele e previnem os efeitos deletérios das radiações UVA e UVB. Pela variação da concentração do agente bloqueador, os produtos podem ser formulados em uma base resistente à água para atingir os seguintes objetivos: bloquear parcialmente ou totalmente os UVRs (...) inibir ou minimizar as reações fotoquímicas e bioquímicas na pele, responsáveis pela indução de queimadura solar; minimizar a hiperpigmentação da pele e a reação de bronzeamento [...] (WINOGRON et al, 1998, p. 16).

A proteção labial, citada por 17% dos enfermeiros é essencial para a prevenção do carcinoma espinocelular de lábios que acomete principalmente os homens por terem o hábito de fumar. As mulheres, através do baton que muitas vezes contém filtro solar, conseguem fazer essa proteção adequada mais que os homens (NASSER, 2004).

Gráfico 16 – Quanto às medidas de rastreamento e detecção do câncer de pele citadas pelos sujeitos da pesquisa



Fonte: Cajazeiras-PB/2011.

Como podemos observar no gráfico 16 acima, a maioria dos sujeitos participantes da pesquisa consideraram o exame físico (50%) como a medida principal para rastrear e detectar o câncer de pele.

O profissional da saúde deve estar atento para alterações da pele do paciente, explicar a importância do autoexame e como realizá-lo. De acordo com o Ministério da Saúde (2010), o diagnóstico precoce do câncer de pele deve ser feito com base nos seguintes sinais e sintomas: manchas que coçam, sangram, doem ou descamam; feridas que não cicatrizam em quatro semanas; sinais que mudam de cor, tamanho, textura, espessura ou contornos; elevações ou nódulos da pele circunscritos e adquiridos que aumentam de tamanho e tenham a aparência perolada, translúcida, amarelada ou escura.

Essas observações de sinais por parte dos enfermeiros é possível de ser realizada por meio de um detalhado exame físico. Principalmente em indivíduos que já tiveram melanoma e em seus parentes próximos, como relatados por Otto (2002) anteriormente.

17% dos enfermeiros consideraram a observação de lesões que não cicatrizam como medidas importantes de rastreamento e detecção precoce do câncer de pele, 17% consideraram importante ir ao dermatologista e 33% não souberam citar nenhum tipo de medida de rastreamento e detecção.

Também é importante que os profissionais da saúde saibam os sinais sugestivos de transformação de um nevus em melanoma, através do esquema ABCD [grifo do autor] que representam: **A**ssimetria; **B**ordas irregulares; **C**ores variáveis numa mesma lesão (preta, castanha, branca, avermelhada ou azul) e **D**iâmetro (maior que seis milímetros) [grifos nossos] (AZULAY; AZULAY, 2004).

Essas estratégias de diagnóstico precoce devem fazer parte da rotina das equipes de Saúde da Família e precisam, necessariamente, ser de fácil acesso à população para que as lesões identificadas possam ter o diagnóstico realizado e tratamento adequado (BRASIL, 2010).

4.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO ESTUDO: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Neste segundo momento será feito uma abordagem sobre o resultado e discussão dos questionamentos utilizados no instrumento de coleta de dados que originaram o Discurso do Sujeito Coletivo. Este descreve as questões, as idéias centrais (retiradas dos discursos dos participantes do estudo) e a formação do discurso do sujeito que as caracterizam. Em seguida, foram confrontadas com a literatura pertinente.

O instrumento utilizado continha uma questão subjetiva direcionada a uma dos objetivos do estudo, no qual se procura analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre o conceito do câncer de pele. Abordada sequencialmente, a seguir.

Quadro 1 – Conceito do Câncer de Pele.

1.1 – Ideia Central	Discurso de Sujeito Coletivo
Alterações	<i>São alterações desordenadas em células da pele, as quais podem ser malignas ou benignas.</i>
1.2 – Ideia Central	Discurso de Sujeito Coletivo
Crescimento	<i>É um crescimento anormal e desordenado da pele que pode ter várias causas, sendo um dos principais a exposição aos raios ultravioletas.</i>
1.3 – Ideia Central	Discurso de Sujeito Coletivo
Lesão	<i>Lesão em derme e epiderme, proveniente de multiplicação e diferenciação patológica de células.</i>

Fonte: Pesquisa Direta/2011.

Como podemos observar, o quadro 1 acima traz a junção dos conceitos do câncer de pele desenvolvidos pelos sujeitos do estudo que foram divididos por categorias, ou seja, por idéias centrais adquiridas a partir das expressões-chaves mais mencionadas nos discursos dos participantes, que foram: alterações, crescimento e lesão.

O conceito do câncer de pele discorrido pelo INCA (2011) trata de um crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele. Para Azulay e Azulay (2004, p. 384) “é um crescimento anormal de tecido, cujas células multiplicam-se infinitamente e, sem obedecer às leis de coordenação do organismo, invadem-no em pouco tempo”.

O primeiro Discurso do Sujeito Coletivo, que tem como idéia central a expressão-chave, Alterações, considera que, no câncer de pele, as alterações das células da pele podem ser benignas. Para Rang et al (2001), “câncer”, “neoplasia maligna” e “tumor maligno” são sinônimos e são diferentes de tumores benignos.

Quando se trata de “câncer” todas as alterações celulares são malignas, porém dependendo do tipo de câncer, esse grau de malignidade pode variar. Mantese (2006), Juchem et al (2001) e Azulay e Azulay (2004), classificam os tumores de pele em ordem crescente de malignidade: o carcinoma basocelular, o carcinoma espinocelular e o melanoma. O basocelular é o menos maligno e menos invasivo e o melanoma é o mais maligno e mais invasivo.

O segundo e o terceiro DSC foram os conceitos de câncer de pele que mais se aproximaram do conceito dado pelo INCA (2011), Azulay e Azulay (2004) e outros autores. No entanto, no segundo discurso poderia ter sido acrescentado a palavra *das células* no *crescimento anormal e desordenado da pele*, ficando *crescimento anormal e desordenado das células da pele*.

Diante do exposto, os conceitos do câncer de pele poderiam ter sido mais bem elaborados, visto que, os sujeitos, autores do discurso, são profissionais da saúde, enfermeiros. Isto, mais uma vez, reforça a necessidade que os enfermeiros da atenção básica têm de uma constante capacitação, ou seja, de um conhecimento mais aprofundado para cuidar de pacientes oncológicos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo observou que as estratégias de educação em saúde, preconizadas pelo Ministério da Saúde, com o intuito de prevenir casos de câncer de pele, não são realizadas pelos enfermeiros da atenção básica da cidade de Cajazeiras-PB.

Considerando que o câncer de pele é o terceiro de maior incidência na Paraíba e que o enfermeiro é de fundamental importância no seu controle, torna-se necessário o desenvolvimento de programas por parte do governo federal que priorize a prevenção, o rastreamento e a detecção de novos casos, assim como o acompanhamento do paciente, objetivando sua assistência integral e humanizada através das visitas domiciliares e das consultas de enfermagem.

Visto que não são capacitados nem especialistas em oncologia, o pouco conhecimento que esses enfermeiros demonstraram não é suficiente frente à complexidade do cuidado oncológico, tornando-se importante a educação permanente do profissional para uma melhor qualificação das práticas de saúde.

Quando se trata de educação em saúde e prevenção do câncer de pele, devemos considerar de extrema importância a conscientização de crianças e adolescentes, como discutidos no estudo. As Estratégias de Saúde da Família são responsáveis pelas escolas de suas micro-áreas e devem proporcionar palestras, dinâmicas, jogos interativos que despertem a vontade do sujeito em promover seu autocuidado.

Em virtude desses parâmetros acima abordados, espera-se que o referido estudo possa servir de subsídio para os demais estudiosos. E que despertem nos leitores, questionamentos para elaboração de outras pesquisas, como a prevalência de pessoas acometida por cânceres cutâneos na cidade de Cajazeiras, já que esses dados não são registrados na atenção básica.

REFERÊNCIAS

AMADOR, D. D.; GOMES, I. P.; COLLET, N.; COUTINHO, S. E. D.; COSTA, T. N. A. Concepções dos Enfermeiros a cerca da Capacitação no cuidado à criança com câncer. **Tex. Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 94-101, jan-mar, 2011.

ANAIS DE DERMATOLOGIA. Disceratose Congênita: Relato de Caso e Revisão da Literatura. v. 78, n. 5, 2003. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/figuras.aspx?id=10071>>. Acesso em: 08 mai. 2011.

ANDRADE, E. R.; AMORIM, M. M. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. **Perspectivas online**, v. 3, n. 9, p. 93-110, 2009.

ANGELI, C. A. B.; FLAMIA, C. L.; OLIVEIRA, E. A. de; SUKSTER, E.; MALLMANN, L. C.; BAKOS, L.; BLANCO, L. F. de O.; AMORETTI, R. K. Estudo Comparativo sobre o Conhecimento e Comportamento de Adolescentes e Adultos Frente à Exposição Solar. **Revista Brasileira de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 3, p. 241-245, mai-jun 1997.

ARNOLD, Jr H. L.; ODOM, R. B.; JAMES, W. D. A pele: estrutura básica e função. Doenças básicas da pele de Andrews: **Dermatologia clínica**, p.1-14, 1994.

ASH, C. R.; MCCORKLE, R.; STROMBORG, M. F. Cancer prevention education in developing countries: toward a model for nurse educators. **Cancer Nursing**, 1999. In: CARVALHO, K. D. de; REIS, P. E. D. dos; ALVES, R. R. S.; FUNGHETTO, S. S. Estratégia de Educação em Saúde na Prevenção do Câncer de Pele por Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 28-41, set./dez., 2008.

ANTUNES, L. M. G.; BIANCHI, M. de, L. P. Radicais Livres e os Principais antioxidantes da dieta. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.12, n. 2, p. 123-130, mai-ago, 1999.

AZULAY, D. R.; AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BESEN, C. B.; SILVA, C. G. da; SILVA, F. W. da; ROS, M. A. da; PIRES, M. F.; NETTO, M. de S. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan-abr 2007.

BESEN, C. B.; SILVA, C. G. da; SILVA, F. W. da; ROS, M. A. da; PIRES, M. F.; NETTO, M. de S. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan-abr 2007. In: FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 5 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

BOLEN, J. C.; RHODES, L.; POWELL-GRINER, E. E.; BLAND, S. D.; HOLTZMAN, D. State-specific prevalence of selected health behaviors, by race and ethnicity – behavioral risk factor surveillance system, 1997. In: SANTOS, F. S. dos; GIGLIO, A. D.; SAMANO, E. S. T.; KOSHIMURA, E. T.; PRUDENTE, F. V. B.; TUCUNDUVA, L. T. C. M. de; COSTA, L.

J. M.; SÁ de, V. H. L. C. Estudo da Atitude e do Conhecimento dos Médicos Não Oncologistas em Relação às Medidas de Prevenção e Rastreamento do Câncer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 257-262, 2004.

BRANCO, I. M. B. H. P. Prevenção do Câncer e Educação em Saúde: Opiniões e Perspectivas de Enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Viana do Castelo, v. 14, n. 2, p. 246-249, 5 mai. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, RJ, 2002. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/enfermagem/docs/cap5.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 05 mar. 2011.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de Pele - Não Melanoma. Disponível em: <http://http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=334>. Acesso em: 08 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/psfperfil/prefacio.html>>. Acesso: 05 jun. 2011.

CARVALHO, K. D. de; REIS, P. E. D. dos; ALVES, R. R. S.; FUNGHETTO, S. S. Estratégia de Educação em Saúde na Prevenção do Câncer de Pele por Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 28-41, set./dez., 2008.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de Enfermagem**. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 04 mar. 2011.

CENTRO DE FOTOTERAPIA E DERMATOSCOPIA - DF. Câncer de Pele. Disponível em: <http://www.dermatoscopiadf.com.br/site/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=58>. Acesso em: 30 mai. 2011.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 100/88. Disponível em: <http://www.igf.minfinancas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_100_88.htm>. Acesso em: 08 mar. 2011.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educación para La salud**. Madrid: Pirámide, 1996. In: ALVES, V. S. Um modelo de Educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Salvador, v. 9, n. 16, p. 43, set. 2004/fev., 2005.

DERMATOLOGIA.NET. Xeroderma Pigmentoso. Disponível em: <<http://www.dermatologia.net/novo/base/doencas/xeroderma.shtml>>. Acesso em : 08 mai. 2011.

DIFFEY, B. L. Ultraviolet radiation physics and the skin. **Physics in Medicine and Biology**, v.25, n.3, p. 405-426, 1980. Disponível em: <http://www.science.mcmaster.ca/medphys/images/files/courses/772/UV/UV_radiation_physics_and_the_skin.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2010.

DILÉLIO, A. S.; RAMOS, C. S. da; FACCHINI, L. A.; HECK, R. M.; CEOLIN, T. Perfil do Enfermeiro Atuante na Estratégia Saúde da Família. **Cienc Cuid Saúde**, Pelotas – RS, n. 8, p.85-91, 2009.

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

FISIOTERAPIA DERMATOLÓGICA. Lupus Eritematoso. Disponível em: <<http://fisioterapianareumatologia.blogspot.com/2011/05/causas-e-sintomas-no-lupus-eritematoso.html>> Acesso em: 08 mai. 2011.

FREITAS, Pécio Pinheiro de. Princípios de Radioterapia. In: GOMES, Roberto. **Oncologia Básica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GAZZINELLI, A.; PENNA, C. M. M.; REIS, D. C.; GAZZINELLI, M. F. Educação em saúde: conhecimento, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 201-204, jan-fev, 2005.

GOMES, Roberto. Princípios da cirurgia oncológica. In: GOMES, Roberto. **Oncologia Básica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GRANSTEIN, R. D. Photoimmunology. **Semin. Dermatol**, v. 9, n. 1, p. 16-24, 1990

GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA. Terapia Biológica. Disponível em: <<http://www.gbm.org.br/gbm/boletim/Edicao18.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2011.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Fisiologia Médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

INSTITUTO DE PESQUISA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO. Disponível em: <<http://www.ipdsc.com.br/scp/index.php>>. Acesso em: 02 Mai. 2011.

JUCHEM, P. P. et al. Riscos à saúde da radiação ultravioleta. **Revista Boa Saúde**, [S/I], dez. 2002. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/lib/showDoc.cfm?LibDocID=3801&ReturnCatID=1773>>. Acesso em 02 abr. 2011.

LEBLANC, K.; BARANOSKI, S. Prevention and management of skin tears. **Nursing Management**, 2001 In: BLANES, L. Tratamento de feridas. Cirurgia vascular: guia ilustrado. São Paulo: Baptista-Silva JCC., p. 1-23, 2004. Disponível em: URL: <http://www.bapbaptista.com>. Acesso em: 10 mai. 2011.

LEFÈVRE, A. M. C.; LEFÈVRE, F. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul, RS: Educs, 2003.

LIGA DE PATOLOGIA UFC. Nevos Melanocíticos. Disponível em: <<http://ligadepatologiaufc.blogspot.com/2010/02/melanoma-cutaneo.html>>. Acesso em: 10 mai. 2011.

MACKIE, R. M.; HOLE, D. J. Incidence and thickness of primary tumour and survival of patients with cutaneous malignant melanoma in relation to socioeconomic status. **Brazilian Journal of Microbiology**, 1996. In: FISCHER, F. M.; SOUZA, J. M. P.; SOUZA, S. R. P. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.4, p. 588-598, 2004.

MANTESE, S. A. O. et al. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 136-142, 2006.

Ministério da Saúde (BR). **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço.** 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2008.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. S.; MAGALHÃES, R. Perfil de Enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família em uma microregião do Ceará, **Revista Rev. Enf. Esc. Anna Nery**, Brasil, v.7, n.1, p. 49-56, 2003.

NASSER, N. Epidemiologia dos cânceres espinocelulares - Blumenau (SC) - Brasil, de 1980 a 1999. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 669-677, nov/dez. 2004.

NICOL, N. H.; FENSKE, N. A. de. Photodamage: Cause, Clinical, Manifestation, and prevention. **Dermatology Nursing**, 1993. In: WINOGRON, A; HOCHBERG, J.; ARDENGHY, M.; JUCHEM, P. P.; ENGLISH, R. Riscos à Saúde da Radiação Ultravioleta. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, Virginia, v. 13, n. 2, p. 1-25, 1998.

OTTO, S. E. **Oncologia.** Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2002. 536 p. (Série Enfermagem Prática, v. 2).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/es>>. Acesso em: 04 fev. 2011.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 36 - 41, 2002.

SANTOS, F. S. dos; GIGLIO, A. D.; SAMANO, E. S. T.; KOSHIMURA, E. T.; PRUDENTE, F. V. B.; TUCUNDUVA, L. T. C. M. de; COSTA, L. J. M.; SÁ de, V. H. L. C. Estudo da Atitude e do Conhecimento dos Médicos Não Oncologistas em Relação às Medidas de Prevenção e Rastreamento do Câncer. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 257-262, 2004.

SKIN CANCER FOUNDATION. Nevos Displásicos. Disponível em: <<http://www.skincancer.org/Dysplastic-Nevi-Spanish/Lunares-Normales-Comparados-con-Nevos-Displasicos.html>>. Acesso em: 06 mai. 2011.

SILVA, B. **Dicionário de ciências sociais**. 2 ed. Rio de Janeiro: FGV, p. 410, 1987.

SILVEIRA, C. S.; ZAGO, M. M. F. Pesquisa Brasileira em Enfermagem Oncológica: Uma Revisão Integrativa. **Revista latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 614-619, 2006.

SOUZA, C. A.; MARINO, J. A. G.; CORRENTE, J. E.; POPIM, B. C. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciência e Saúde Coletiva**, Botucatu, v. 13, n. 4, p. 1331-1336, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DERMATOLÓGICA. Cirurgia Micrográfica de Mohs. Disponível em: <http://www.sbcd.org.br/pagina.php?id=79>. Acesso em: 18 mai. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Campanha Nacional de Prevenção Contra o Câncer de Pele 2010. Disponível em: <<http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios.asp>>. Acesso em: 05 mar. 2011.

SPENCE, R. A. J.; JOHNSTON, P. G. **Oncologia: Câncer de Pele**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 125-134, 2003.

TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, J. M. dos; SANTOS, R. M. dos. Trabalhando Educação Popular em Saúde com a Arte Construída no Cotidiano da Enfermagem: um relato de experiência. **Ver. Texto Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 326-334, abr-jun, 2007.

WINOGRON, A; HOCHBERG, J.; ARDENGHY, M.; JUCHEM, P. P.; ENGLISH, R. Riscos à Saúde da Radiação Ultravioleta. **Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica**, Virginia, v.13, n.2, p. 1-25, 1998.

YAMAGUCHI, Nise Hitomi. Princípios de quimioterapia, hormonoterapia e imunoterapia nas neoplasias malignas. In: GOMES, Roberto. **Oncologia Básica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa e contribuir na conclusão do curso de Graduação em Enfermagem da aluna Aline Castro Cavalcante. Se optar por participar, por favor, preencha o termo abaixo:

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa **“ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAJAZEIRAS - PB”**.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAJAZEIRAS - PB** terá como objetivo geral: Verificar a existência de Estratégia de educação em saúde na prevenção do câncer de pele realizada por enfermeiros da atenção básica de Cajazeiras, de forma coerente com o que preconiza o Ministério da Saúde.

Ao voluntário só caberá a autorização para aplicação de um questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

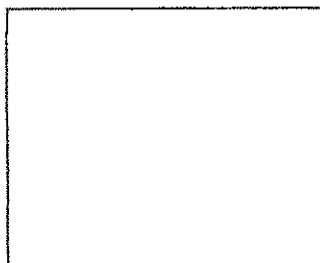
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3532-2000 - UFCG com **Roberta de Miranda Henriques Freire**.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa



APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (QUESTIONÁRIO)

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1- Nome: _____

2- Posto de saúde: _____

3- Sexo: 1-() Masculino 2-() Feminino

4- Idade: _____

QUESTIONAMENTOS NORTEADORES DO ESTUDO

5- Possui especialização? 0-() Não. 1-() Sim. Qual? _____

6- Tempo de experiência em PSF: _____

7- Possui alguma capacitação em oncologia? 0-() Não. 1-() Sim. Oferecida por qual órgão? _____

8- Nas micro-áreas do seu PSF existem casos de câncer de pele? 0-() Não. 1-() Sim. Quantos? _____

9- Visitas domiciliares são realizadas aos pacientes com câncer de pele? 0-() Não. 1-() Sim. Frequência: _____ . Atribuições de enfermagem durante a visita: _____

10- Cite os tipos de câncer de pele:

11- Cite, pelo menos, três fatores etiológicos do câncer de pele:

_____, _____ e _____

12- Cite uma característica de nevos (sinais) sugestivos para câncer cutâneo em relação a cor: _____; formato: _____ e localização: _____.

13- Cite, pelo menos, três medidas de prevenção do câncer de pele:

14- Cite, pelo menos, três medidas de rastreamento e detecção do câncer de pele:

15- Você e sua equipe realizam estratégias de educação em saúde com a população no intuito de conscientização e prevenção do câncer de pele? 0-()Não 1-()Sim.

16- Se respondeu sim a questão 15, qual a metodologia utilizada?

1- () Palestras

2- () Entrega de panfletos informativos

3- () Dia D: rastreamento e detecção de lesões cutâneas

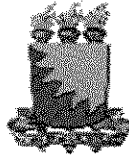
4- () Dinâmicas em grupo

5- () Outras. Qua(l)(is)? _____

17- As escolas situadas nas micro-áreas do PSF recebem palestras de conscientização e prevenção do câncer de pele? 0-()Não 1-()Sim.

18- Conceitue câncer de pele:

ANEXOS



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0212.0.133.000-11

PARECER

X APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TÍTULO: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAJAZEIRAS

PESQUISADOR: ROBERTA DE MIRANDA HENRIQUES

DESCRIÇÃO:

Considerando que o projeto de pesquisa atende as exigências listadas no check-list do CEP/UEPB, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa pelo cumprimento das considerações éticas necessárias.

Campina Grande, 27/05/2011

Relator: 07

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**


**Prof.ª Dra. Dornácia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa**



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
SECRETARIA DE SAÚDE

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização da pesquisa intitulada **ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA EM CAJAZEIRAS – PB** desenvolvida pela discente **ALINE CASTRO CAVALCANTE** do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, sob a orientação da Docente Ms. Roberta de Miranda Henriques Freire, SIAPE 2586021.

Cajazeiras, 17 de maio de 2011

Luciana Sousa de Abreu
Secretária Municipal e Saúde de Cajazeiras