



LORRAINY CRISTINA ANDRADE DE SOUZA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM
CÂNCER DE PELE**

Rondonópolis
2022

LORRAINY CRISTINA ANDRADE DE SOUZA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM
CÂNCER DE PELE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Anhanguera de
Rondonópolis.

Orientadora: Cinara Coppo

LORRAINY CRISTINA ANDRADE DE SOUZA

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM CÂNCER DE
PELE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem da Anhanguera de
Rondonópolis.

BANCA EXAMINADORA

Prof^(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof^(a). Titulação Nome do Professor(a)

Prof^(a). Titulação Nome do Professor(a)

Rondonópolis, 14 de Novembro de 2022.

Dedico aos meus pais por ser os
exemplos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sempre me mostrar o caminho certo. Sou grata aos meus pais pelo incentivo aos estudos e pelo apoio incondicional. Gratidão pela participação dos professores do curso de Enfermagem da Faculdade Anhanguera, cuja dedicação e atenção foram essenciais para que essa jornada fosse concluída satisfatoriamente. Grato pela confiança da orientadora Cinara Coppo que se dedicou a me colocar na direção correta.

“Equilíbrio, objetivo, organização e determinação são a chave do sucesso para tudo..”

Nilson Huran

SOUZA, Lorrainy Cristina Andrade de. **Cuidados de enfermagem a pacientes com câncer de pele**. 2022. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Anhanguera, Rondonópolis, 2022.

RESUMO

O câncer de pele tem aumentado no mundo todo, fazendo com que se tenha uma elevação nos custos com tratamento para o indivíduo, o sistema de saúde e a sociedade como um todo. Perante isso, se levantou o seguinte questionamento de pesquisa, quais os cuidados da enfermagem para ajudar no tratamento do câncer de pele. O objetivo do trabalho foi compreender a atuação da enfermagem nos cuidados dos pacientes com câncer de pele. O trabalho consistiu em uma revisão de literatura e foi dividido em três partes: o primeiro descreveu o histórico, conceito e cenário do câncer no Brasil; em seguida se abordou os tipos, causas, implicações e diagnóstico do câncer de pele; no último capítulo se explicou as medidas da enfermagem nos cuidados em indivíduos com câncer de pele. De tal modo, o profissional de enfermagem é uma figura essencial na detecção precoce do câncer de pele, tendo em conta que esse se encontra inserido de forma direta na área do cuidado, onde atua na prevenção.

Palavras-chaves: Câncer de pele; Prevenção; Enfermagem.

SOUZA, Lorrainy Cristina Andrade de. **Nursing care for skin cancer patients**. 2022. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Anhanguera, Rondonópolis, 2022.

ABSTRACT

Skin cancer has increased worldwide, causing an increase in treatment costs for the individual, the health system and society as a whole. In view of this, the following research question was raised, which nursing care to help in the treatment of skin cancer. The objective of this study was to understand the role of nursing in the care of patients with skin cancer. The work consisted of a literature review and was divided into three parts: the first described the history, concept and scenario of cancer in Brazil; then the types, causes, implications and diagnosis of skin cancer were discussed; in the last chapter, the nursing measures in the care of individuals with skin cancer were explained. In this way, the nursing professional is an essential figure in the early detection of skin cancer, taking into account that it is directly inserted in the area of care, where it acts in prevention.

Keywords: Skin cancer; Prevention; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Tipos de crescimento celular.....	16
Figura 2 – Estágios do melanoma cutâneo	19

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Índice Ultravioleta	22
Quadro 2 - Recomendações e orientações detecção precoce do câncer de pele....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CBC	Carcinoma Basocelular
CEC	Carcinoma Espinocelular
FPS	Fator de Proteção Solar
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IUV	Índice Ultravioleta
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. HISTÓRICO, CONCEITO E CENÁRIO DO CÂNCER NO BRASIL	13
3. TIPOS, CAUSAS, IMPLICAÇÕES E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PELE ...	19
4. MEDIDAS DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS EM INDIVÍDUOS COM CÂNCER DE PELE.....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	33

1. INTRODUÇÃO

O câncer de pele, é amplamente conhecido por sua associação com exposição à radiação solar, apresenta uma distribuição universal como: carcinoma basocelular, espinocelular, são caracterizados por câncer não-melanoma, sendo os mais frequentes e manifestam-se em pessoas de peles claras que são sensíveis a ação dos raios solares, devido à exposição solar excessiva. Os mais relevantes aspectos de risco para o desenvolvimento do câncer de pele são: envelhecimento, exposição em demasia ao sol, ter pele e olhos claros e muitos nevus (pintas) pelo corpo. Em função da sua elevada ocorrência, o câncer de pele é estimado como um relevante problema de saúde pública.

O que delineia a necessidade de ações de controle eficazes para essa patologia, visando reduzir o impacto que causa na qualidade de vida das pessoas que a tem. As primordiais medidas para o controle do câncer de pele se enfocam na prevenção e na detecção precoce. A prevenção carece de ser realizada, sobretudo, através da foto proteção, sendo indicado o uso de chapéu e de protetor solar de forma diária. Sendo que o enfermeiro é um potencial ator para a detecção precoce desse tipo de câncer, tendo em vista que está inserido de modo direto nos espaços de cuidado.

O tema se justificou devido o câncer de pele consiste numa doença que obteve aumento no índice nas últimas décadas, pelo fator de hábitos de vida com exposição solar. Avaliar o conhecimento que a população tem em relação ao câncer de pele, identificar hábitos de prevenção, compreender os meios de informação que a população obtém para uma medida de proteção adequada e analisar se a população consegue identificar sinais de uma lesão comum, para um câncer de pele. Portanto, o interesse em pesquisar surgiu diretamente pela falta de hábito de proteção com a pele, por não possuírem informações necessárias, para que ocorra a prevenção de forma adequada, e assim diminuindo os riscos dessa doença que pode ser letal.

Devido a elevada incidência do câncer de pele, é essencial se conhecer os hábitos de prevenção e o conhecimento da população, e assim posteriormente, levar a educação em saúde com assistência na prevenção. Perante isso, se levantou o

seguinte questionamento de pesquisa: quais os cuidados da enfermagem para ajudar no tratamento do câncer de pele?

O objetivo geral do trabalho foi compreender a atuação da enfermagem nos cuidados dos pacientes com câncer de pele. Os objetivos específicos foram: descrever o histórico, conceito e cenário do câncer no Brasil; abordar os tipos, causas, implicações e diagnóstico do câncer de pele; e explicar as medidas da enfermagem nos cuidados em indivíduos com câncer de pele.

Tratou-se de um estudo qualitativo e descritivo. Foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos científicos publicados que versam sobre o tema “câncer de pele”. A busca foi feita por artigos na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) do Brasil, principal base de periódicos científicos brasileiros, cujos artigos aceitos para publicação são avaliados por pares com critérios previamente estabelecidos e reconhecidos como válidos pela comunidade científica, utilizados descritores como: câncer de pele, prevenção e enfermagem. A análise temática dos artigos foi realizada através de leitura e releitura para familiarização dos dados e noção do todo. O período de pesquisa foi dos últimos 10 anos.

2. HISTÓRICO, CONCEITO E CENÁRIO DO CÂNCER NO BRASIL

No decorrer de toda a história das doenças, o câncer foi considerado de fato de diversos modos distintos, sendo esses: como um tipo de doença incurável; como sendo uma doença contagiosa; foi estimado também como um tipo de problema social; como um problema que era decorrente da saúde pública; entre outros. Em relação aos meios médicos, se tinha bem pouco conhecimento em como evitar o sofrimento e as taxas de mortalidade dessa doença (COUTINHO; SOARES, 2016).

Segundo Carvalho (2012), no caso do Brasil, o câncer era estimado como sendo uma doença de baixa incidência e incurável. Sendo assim, para a maior parte da população, que desconhecia suas características epidemiológicas, esse atacava especialmente os membros da elite. Nesse âmbito, a maior suscetibilidade das camadas mais desassistidas a doenças da pobreza, como no caso da tuberculose, dava uma noção errônea de que câncer escolhia suas vítimas entre aqueles que fossem mais ricos. Assim, para os médicos das primeiras décadas do século XX, o câncer consistia em uma doença transmissível, do mesmo modo que a lepra e a tuberculose. Devido a esse motivo, era necessário que as pessoas doentes fossem isoladas e que suas residências fossem desinfetadas.

Teixeira (2012) explica que na metade do século XX, os médicos já haviam desconsiderado essa ideia, enfatizando sobre a necessidade de que medidas mais amplas com relação a esse assunto fossem tomadas. Desse modo, no caso dos responsáveis pelas políticas de saúde daquela época, o câncer consistia em problema médico em expansão, contudo, o seu controle era restrito a medicina curativa de base hospitalar e às ações pontuais de propaganda sanitária, que revelavam maior importância de sua detecção precoce e que seu tratamento ocorresse de forma especializada.

Ainda para Teixeira (2012), no último quartel do século XX, levando em conta as mudanças profundas que ocorreram no sistema de saúde do Brasil, o câncer passou a ser enfrentado como um tema de saúde pública, onde esse não poderia estar restrito aos esforços terapêuticos. Com o decorrer do tempo, essa doença veio a ser pauta no centro dos debates dessa área, onde a promoção de hábitos saudáveis, bem como as ações de prevenção passaram a ser essenciais para que houvesse o seu controle.

Escorel (2013) explica que mudanças significativas ocorrem nos anos de 1950, momento no qual o tema passou a ter uma visão hegemônica, onde o seu controle deveria se restringir à medicina curativa de base hospitalar, bem como as ações de educação sanitária, dando maior ênfase para o diagnóstico precoce e também para o tratamento especializado. Foi com o decorrer dos anos que o câncer passou a ser enfrentado como um sério problema de saúde pública, onde o mesmo não poderia estar restrito aos esforços terapêuticos. A partir de então foi dada uma maior importância à promoção da saúde e as medidas preventivas. Além disso, o Inca assumiu o protagonismo nas políticas voltadas para o controle do câncer no país.

A Constituição Federal de 1988 contribuiu por mudar de forma significativa a estrutura sanitária brasileira, tendo como destaque a caracterização dos serviços e das ações de saúde como sendo de relevância pública e seu referencial político básico. Tal diretriz seria regulamentada por meio da Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080), no ano de 1990. No que se alude ao câncer, no conjunto das demandas do SUS, coube ao Instituto Nacional de Câncer – INCA atuar de forma diferenciada sendo esse o agente diretivo na política nacional no controle de câncer no Brasil (CARVALHO, 2012).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), órgão do Ministério da Saúde, passou a dar maior ênfase sobre a sua responsabilidade de disseminar informações, com maior qualidade e atualidade, com relação aos casos de ocorrência e também sobre a distribuição do câncer no Brasil, de modo que possa apoiar gestores, profissionais de saúde, pesquisadores e toda a sociedade, de modo que se tenha a devida apropriação do conhecimento sobre a realidade do câncer no Brasil (INCA, 2020).

Ainda para INCA (2020), desde os anos de 1995, com o intuito de prover com informações mais atualizadas e abrangentes os profissionais comprometidos com a saúde da sociedade, o INCA passou a exibir as estimativas de casos novos de câncer em todos os anos. Sendo assim, do ano de 1995 até 2005, a periodicidade foi anual, já no ano de 2006, tendo em conta o fato de que o câncer consiste em uma doença crônica, onde o mesmo não apresenta alterações em seu perfil quando se trata de pequenos períodos de tempo, essas estimativas passaram para uma regularidade bienal.

O câncer incide em mais de 100 afecções diferentes, onde esse pode ser caracterizado devido a multiplicação desordenada de células anormais e seu processo de disseminação que é capaz de invadir tecidos e órgãos, podendo se espalhar por todo o corpo. Essa é estimada como sendo uma doença crônica que causa grandes transtornos, dor e sofrimento tanto ao paciente quanto aos seus familiares. Com o decorrer do tempo o câncer passou a acometer um número cada vez maior de pessoas em todas as faixas etárias, e devido ao fato de ser ativa, progressiva e ameaçadora, essa pode levar a morte, causar sentimentos de medo, de insegurança e também de não aceitação (MOHALLEM; RODRIGUES, 2014).

Smeltzer (2014) explica que o câncer pode ser estimado como uma patologia que acontece como consequência da modificação do material genético de uma célula que, ao gerar clones, se transforma em um conjunto de células atípicas que não possuem funcionalidade para o organismo. Por outro lado, essas causam sérias deformações nos mecanismos normais de crescimento e proliferação, o que causa mudanças morfológicas distintas da célula em anomalia nos padrões histológicos.

Ainda segundo Smeltzer (2014), no que refere-se ao crescimento das células cancerosas, esse ocorre de forma diferente das células normais. Nesse caso, as células cancerosas, ao invés de morrerem, essas continuam crescendo de forma incontrolável, dando origem a outras células anormais. Vários organismos vivos podem exibir em algum momento da vida, anormalidade em seu crescimento celular, desse modo, as células se dividem de modo rápido, de forma agressiva e incontrolável, onde se espalham para outras regiões do corpo, o que resulta em transtornos funcionais. O câncer consiste em um desses transtornos, onde o mesmo se caracteriza pela perda do controle da divisão celular, bem como também da capacidade de invadir outras estruturas orgânicas.

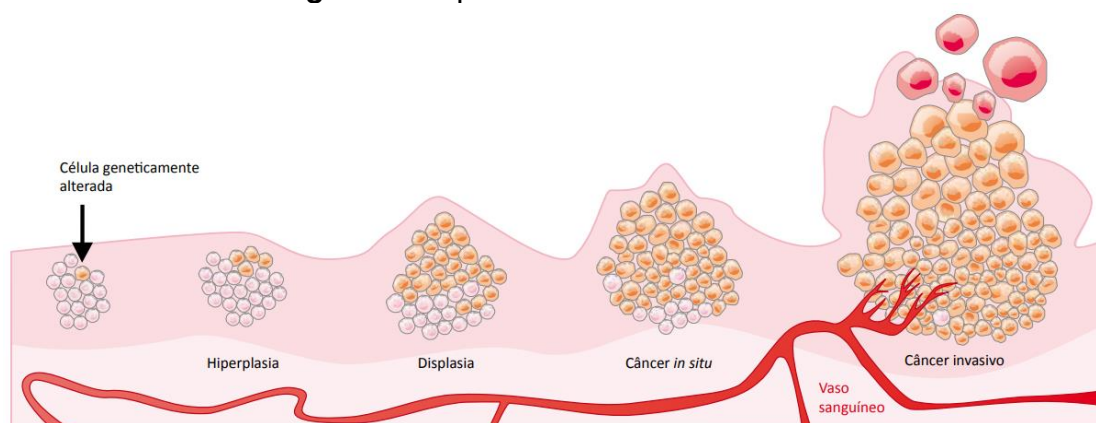
O câncer incide em um processo mórbido, sendo que nesse caso, uma célula anormal é transformada devido a uma mutação genética do DNA celular. Assim, essa célula anormal dá origem a um clone e passa a se proliferar de modo anormal. A partir disso, essas passam a ter características invasivas, e as modificações têm lugar nos tecidos circunvizinhos. Sendo assim, as células se infiltram nos tecidos e passam a ter acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, onde são transportadas para outros locais do corpo (MARTINEZ; FRANCISCO, 2012).

Martinez e Francisco (2012) explicam ainda que esse fenômeno é conhecido como metástase. O câncer concede características especiais às células, bem como a capacidade de se proliferar de modo ilimitado, perda de fatores que inibem o crescimento, ocorre a morte celular programada (apoptose), possui a capacidade de invadir outros tecidos (metástases), além de que tem a produção de novos vasos sanguíneos (angiogênese).

Em conformidade com Smeltzer e Bare (2012), as células cancerosas consistem em neoplasias malignas, onde se tem um crescimento celular que ocorre de forma desordenada, além de que o mesmo não segue a demanda fisiológica. Assim, os crescimentos tanto benignos quanto malignos podem ser classificados e nomeados conforme o tecido de origem. Desse modo, as células benignas e malignas se diferem em diversas características de desenvolvimento celular, até mesmo no método e na velocidade de crescimento, bem como na capacidade de metastatizar ou disseminar, os efeitos gerais, a provocar a destruição tissular e de levar o indivíduo a morte.

Para o Inca (2013), é possível que a proliferação celular seja controlada ou não controlada. No caso do crescimento controlado, ocorre o aumento localizado e autolimitado da quantidade de células de tecidos normais que formam o organismo, que são provocados estímulos fisiológicos ou patológicos. Nesse caso, as células são normais ou exibem pequenas alterações tanto em sua forma quanto na sua função. O efeito é reversível após o término dos estímulos que o provocaram. A exemplo desse tipo de crescimento se tem a hiperplasia, a metaplasia e a displasia. A Figura 4 apresenta os tipos de crescimento celular.

Figura 1 - Tipos de crescimento celular



Fonte: INCA (2013)

Inca (2013) cita ainda que no caso do crescimento não controlado, se tem uma massa anormal de tecido, onde o crescimento é quase autônomo, persistindo de forma excessiva depois do término dos estímulos que o provocaram. As neoplasias correspondem a essa forma não controlada, sendo essa denominada de tumores.

No caso do Brasil, a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 indica que irão ocorrer cerca de 625 mil casos novos de câncer (450 mil, com exclusão dos casos de câncer de pele não melanoma). Nesse âmbito, o câncer de pele não melanoma será o que ocorrerá com maior incidência, sendo em média de 177 mil casos, seguidos pelos cânceres de mama e próstata com 66 mil cada, cólon e reto com 41 mil, pulmão com 30 mil e estômago com 21 mil casos (INCA, 2022).

Ainda segundo INCA (2022), no que refere-se aos tipos de câncer mais frequentes no sexo masculino, com exceção do câncer de pele não melanoma, esses serão: próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). No caso do público feminino, com exceção do câncer de pele não melanoma, os cânceres de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireoide (5,4%) são estimados como sendo os principais. Desse modo, se tratando do câncer de pele não melanoma, esse irá representar em torno de 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres.

Conforme Cezar-Vaz et al. (2015), o câncer de pele tende a ser mais comum em indivíduos de pele clara, por conta da exposição solar excessiva de raios ultravioletas. É estimado que o tipo de câncer de pele não melanoma, tenha mais de 80 mil casos por ano no mundo todo. No caso do Brasil, a incidência desse tipo de câncer apresentada nos homens índices de 159,51 para 100 mil casos, e nas mulheres esse risco é de 86,03 para cada 100 mil casos.

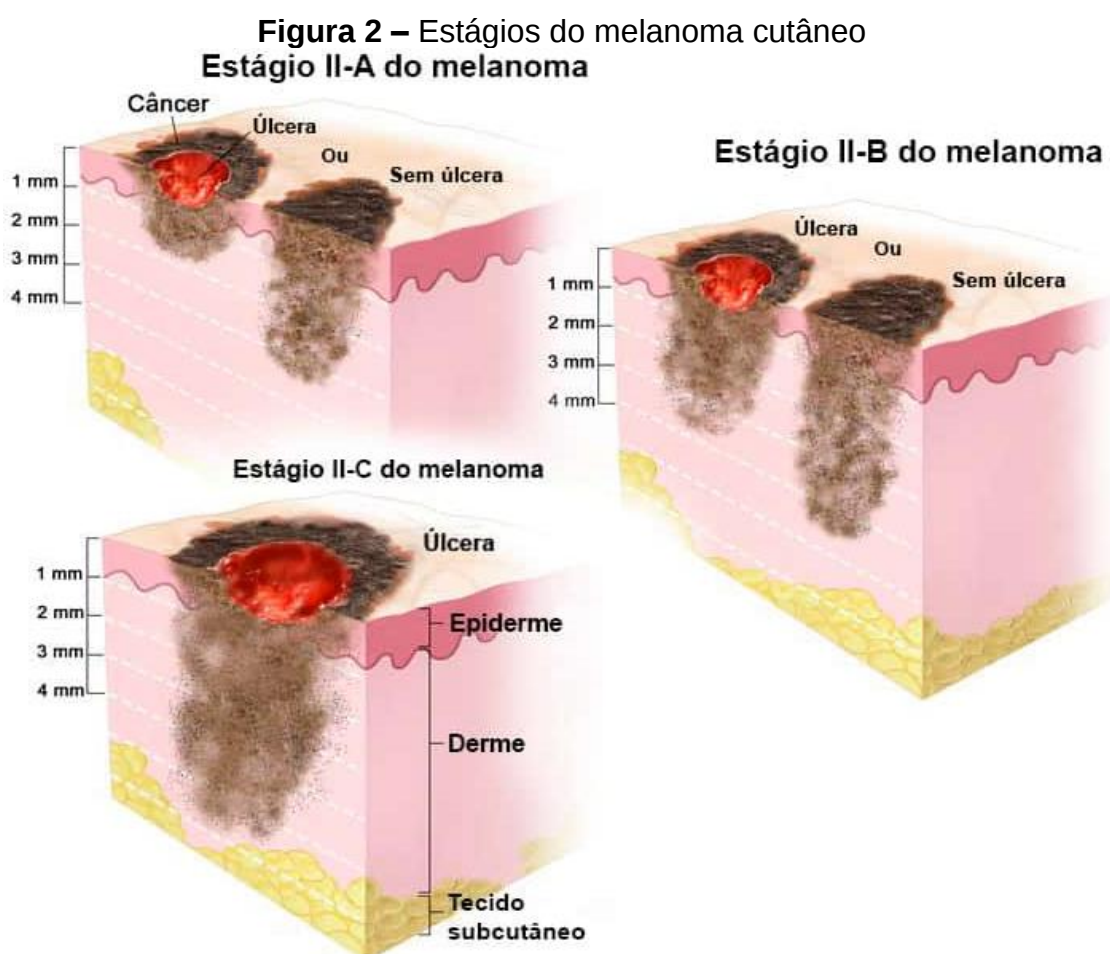
INCA (2020) cita que no Brasil, a quantidade de casos novos de câncer de pele não melanoma esperados, para cada ano do triênio 2020-2022, é em torno de 83.770 para os homens e de 93.160 em mulheres, tendo um risco médio de 80,12 casos novos a cada 100 mil homens e 86,65 casos novos a cada 100 mil mulheres. O câncer de pele não melanoma no caso dos homens se mostra mais incidente nas Regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste, onde o risco estimado é de 123,67/100 mil, 89,68/100 mil e 85,55/100 mil, 50 respectivamente.

No Nordeste e Norte, o risco estimado é de 65,59/100 mil e 21,28/100 mil, respectivamente. Referente as mulheres, o câncer de pele não melanoma exibe um risco estimado de 125,13/100 mil (Centro-Oeste), 100,85/100 mil (Sudeste), 98,49/100 mil (Sul), 63,02/100 mil (Nordeste) e 39,24/100 mil (Norte). No que se trata do número de casos novos esse é em torno de 4.200 em homens e de 4.250 em mulheres, correspondendo a um risco estimado de 4,03 casos novos a cada 100 mil homens e 3,94 para cada 100 mil mulheres (INCA, 2020).

Segundo Teixeira (2012), a mortalidade por câncer não se deve apenas aos fatores biológicos, mas também às condições de vida, bem como a eficiência do sistema de saúde e aos hábitos e padrões culturais de cada sociedade. Por outro lado, os tratamentos dos diversos tipos de câncer exigem que se tenha cada vez mais o uso de tecnologias de ponta, o que resulta em maiores gastos e também em dificuldades para o desenvolvimento de políticas de saúde, sobretudo no que se trata dos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil. Desse modo, uma ação adequada da saúde pública apenas pode ser possível por meio da ampliação do conhecimento público acerca da doença e das políticas voltadas para o seu controle.

3. TIPOS, CAUSAS, IMPLICAÇÕES E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE PELE

O melanoma cutâneo consiste em um tipo de câncer de pele que possui origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, sendo essa a substância que determina a cor da pele), tendo uma maior predominância em adultos brancos. Desse modo, o melanoma representa somente 4% das neoplasias malignas da pele, sendo o tipo mais grave por conta da sua alta possibilidade de metástase (INCA, 2014). O melanoma pode ser considerado como sendo o mais agressivo, além de ser classificado em grupos clínico-histológicos, que são: melanoma em lentigo maligno, melanoma disseminativo superficial, melanoma nodular, e melanoma acral lentiginoso (MORTAGNER; COSTA, 2014). A Figura 2 apresenta os estágios do melanoma cutâneo.



Fonte: Mortagner e Costa (2014)

Conforme INCA (2014), o câncer de pele não melanoma consiste no tipo de câncer mais frequente no Brasil, sendo que esse corresponde em média de 25% de

todos os tumores malignos que são registrados no país. Exibe altos percentuais de cura, caso seja detectado de forma precoce. No que se trata dos tumores de pele, o tipo não melanoma consiste no de maior incidência e menor mortalidade. Desse modo, o câncer de pele tende a ser mais comum em pessoas acima dos 40 anos, sendo muito raro em crianças e negros, com exceção daqueles que são portadores de doenças cutâneas prévias.

Ainda para INCA (2014), indivíduos de pele clara, sensíveis à ação dos raios solares, tendem a ser os principais acometidas. Tendo em conta que a pele, por ser o maior órgão do corpo humano, é heterogênea, o câncer de pele não melanoma pode exibir tumores de diferentes linhagens. Nesse caso, os mais frequentes são o carcinoma basocelular, sendo esse responsável por cerca de 70% dos diagnósticos, e carcinoma de células escamosas ou carcinoma epidermoide, que representa 25% dos casos. O carcinoma basocelular, mesmo que seja o mais incidente, é também o menos agressivo.

Schmitt, Chimen e Marques (2014) explicam que o Carcinoma Basocelular (CBC) pode ser considerado como sendo o tipo mais comum de carcinoma da pele. Esse ocorre de forma predominante em áreas expostas ao sol, sobretudo, nas regiões da cabeça e do pescoço (80% dos casos), seguido do tronco (15%), das mãos e pernas. Esse se mostra mais frequente em homens brancos acima dos 40 anos. Os CBCs podem ser classificados conforme as características clínicas e anatomopatológicas em: nodular, ulcerado, superficial, esclerodermiforme e metatípico.

Esse tipo de câncer mais frequentemente, acomete o sexo masculino, logo depois dos 40 anos, bem como pacientes com fototipos I e II de Fitzpatrick. Além da radiação ultravioleta, podem ser observados alguns outros fatores de risco para o CBC, que são: a exposição crônica a agentes mutagênicos químicos e físicos, a história patológica pregressa ou familiar de CBC, fatores genéticos, bem como também as síndromes hereditárias (SAMPAIO; RIVITTI, 2011).

Mantese, Berbert e Gomides (2014) explicam que com o passar dos anos, se teve um aumento da incidência, graças à maior conscientização por parte da população na busca por um especialista, ao menor sinal de lesões cutâneas, desse modo, como a adesão de clínicos mais atentos ao diagnóstico da moléstia, nota-se

mudanças na apresentação do CBC, como no caso do comprometimento de áreas fotoprotégidas, além de uma maior tendência no sexo feminino.

Para Kopke e Schmidt (2012), com relação ao prognóstico do CBC, esse vai depender tanto do tipo de tumor como da terapêutica instituída. Dessa forma, os fatores de risco ligados com recorrência e metástases compreendem um diâmetro de tumor maior que 2 cm, posição na parte central do rosto ou orelhas, lesão com maior tempo de duração, excisão incompleta, tipo histológico agressivo, além do envolvimento perineural ou perivascular. Sendo assim, o surgimento de metástases consiste em um fenômeno mais raro nos CBCs: onde é estimado que a sua incidência fique em torno de 0,0028% e 0,5%. No que se trata das lesões com metástases, essas são em geral, largas, ulceradas, muito infiltrativas e recorrentes.

O Carcinoma Espinocelular (CEC) consiste no resultado da radiação solar cumulativa no decorrer de toda a vida, onde esse representa cerca de 20% das neoplasias malignas cutâneas, onde podem surgir partir de lesões não invasivas como no caso de Ceratoses Actínicas, Queilites Actínicas, Leucoplasias Orais e Radiodermites Crônicas (DORNELAS; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

Segundo Mortagner e Costa (2014), o câncer de pele é a neoplasia consiste no de maior incidência no Brasil. Nesse âmbito, inúmeros fatores são atribuídos ao risco para o desenvolvimento dessas neoplasias, como: cor da pele, horário e tempo em que o indivíduo fica exposto ao sol, residência em país tropical e se faz uso de imunossupressão crônica. Sendo assim, a exposição solar, por conta da radiação ultravioleta, ativa o fotoenvelhecimento e eleva a chance de câncer de pele.

Lo Turco (2014) comenta que a radiação ultravioleta também é benéfica ao ser humano como: a síntese de vitamina D, promove a sensação de bem-estar físico e mental, gera melanina para proteção de pele, contudo, caso não sejam tomados os devidos cuidados é possível que se tenha efeitos prejudiciais como: queimaduras, mudança de pigmentação e neoplasias.

Teixeira (2012) enfatiza que cerca de 5% de toda a radiação solar provém dos raios ultravioleta, o que incide na principal causa de câncer de pele, seja do tipo melanoma ou não melanoma. Sendo assim, a intensidade da radiação solar pode variar em função de múltiplos fatores, como a localização geográfica (latitude), hora do dia, estação do ano e condição climática. Dessa forma, o Índice Ultravioleta (IUV) consiste em uma medida dessa intensidade, onde o mesmo é apresentado para

uma condição de céu claro onde se tenha a ausência de nuvens, o que representa uma máxima intensidade de radiação. De tal modo, segundo sua intensidade, se classifica esse índice em cinco categorias conforme é mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Índice Ultravioleta

Baixo	menos do que 2
Moderado	entre 3 e 5
Alto	entre 6 e 7
Muito alto	entre 8 e 10
Extremo	acima de 11

Fonte: Teixeira (2012)

Segundo Teixeira (2012), no que se trata dos fatores de risco, esses também envolvem as características individuais e os fatores ambientais. Uma excessiva exposição à radiação ultravioleta logo nos primeiros anos de vida pode aumentar esse risco, onde a infância é uma fase particularmente vulnerável a seus efeitos. Mesmo que as pessoas de pele mais clara sejam as mais propensas aos danos decorrentes dessa radiação, também é possível que as pessoas de pele escura sejam afetadas pois, a radiação ultravioleta aumenta o risco de câncer de pele, ainda que não cause queimaduras.

Harris (2011) cita que estudos epidemiológicos revelam uma forte associação entre o desenvolvimento de melanoma e a frequência de casos de queimadura grave causadas pela radiação ultravioleta. Nesse caso, a atividade que mais provoca essas queimaduras graves é o banho de sol, sendo esse um recurso usado para bronzear a pele. Desse modo, as áreas anatômicas que recebem maior dose de radiação ultravioleta se mostram como as mais frequentes de queimaduras, onde a tendência temporal da incidência de melanoma cresce cada vez mais rápido.

A prática do bronzamento artificial consiste em um método que se difundiu de forma rápida, além de estar ao alcance de considerável de uma boa parcela da

população. Muitos acreditam que o bronzearmento artificial seria uma opção segura, tendo em conta que as lâmpadas usadas iriam emitir apenas a radiação ultravioleta de comprimento de onda mais longo (UVA). Contudo, estudos realizados revelam que o UVA como importante para a gênese do melanoma, onde esse atua sinergicamente com o UVB (ultravioleta B) (MACKIE; HOLE, 2011).

Autier, Doré e Cattaruzza (2011) citam que uma prática que levou ao aumento da exposição à radiação ultravioleta solar consiste no uso de filtro solar. Nesse caso, estudos recentes evidenciam o que foi denominado de "paradoxo do filtro solar", ou seja, aqueles que mais utilizam são os que mais se queimam. Nesse caso, alguns autores encontraram uma associação positiva entre o uso frequente do filtro solar e o desenvolvimento de melanoma.

Souza, Fischer e Souza (2014) explicam que as mudanças comportamentais podem fazer com que se tenha o aumento da exposição à radiação ultravioleta, seja de forma natural ou artificial, onde essas em sua maior parte são impulsionadas devido à valorização estética do bronzeador. Sendo assim, essa valorização fez com que houvesse a disseminação de atividades ao ar livre, bem como no uso de indumentária, onde o corpo fica mais descoberto. Uma consequência imediata decorrente da adoção dessas práticas, é que as pessoas se expõem com uma frequência maior a radiação ultravioleta, sendo esse um dos principais agentes etiológicos do melanoma.

Conforme Nascimento (2018), estudos realizados com trabalhadores rurais com relação ao câncer de pele, revelam que essa classe trabalhadora exibe um maior risco de desenvolver esse tipo de câncer, tendo em conta que os mesmos passam um maior período de tempos expostos às radiações solares, que chega a ser o principal fator de risco para uma média de 90% dos cânceres de pele do por não melanoma. Desse modo, muitos desses trabalhadores não fazem uso das roupas adequadas visando a proteção, pois alegam sentir muito calor.

Segundo a OMS (2012), o diagnóstico precoce é feito com o objetivo de descobrir o mais cedo possível a doença através dos sintomas e/ou sinais clínicos que o paciente apresenta. Desse modo, a exposição aos fatores de risco consiste em umas das condições na qual a pessoa deve se atentar ao suspeitar de um câncer, sobretudo quando o paciente convive com tais fatores. É importante que todos os países se conscientizem para os sinais de alerta que certos tipos de

cânceres podem apresentar. Assim, os dois principais componentes de programas nacionais para o controle do câncer são a informação para a população e também para os profissionais.

INCA (2013) explica que um passo essencial para o tratamento do câncer é o diagnóstico, incluindo a avaliação da extensão do comprometimento do organismo, essa que é a base principal para o planejamento terapêutico. Para isso, é preciso que a rede de serviços de saúde conte com especialistas nas áreas clínica, cirúrgica, laboratorial. Desse modo, o diagnóstico de câncer é feito por meio da história clínica e realização de exame físico detalhados, e, sempre que possível, de visualização direta da área acometida. O Quadro 2 exhibe as recomendações e orientações para detecção precoce do câncer de pele.

Quadro 2 - Recomendações e orientações para detecção precoce do câncer de pele

Localização do câncer	Algumas queixas/ alterações que podem ser notadas pelos pacientes ou identificadas pelo profissional de saúde	Recomendações/ Orientações gerais
PELE (MELANOMA E NÃO MELANOMA)	Feridas na pele que demoram mais de quatro semanas para cicatrizar Sinais na pele que mudam de cor e tamanho Manchas que coçam, ardem, descamam ou sangram	Realizar exame clínico da pele para avaliar aparecimento ou mudança no aspecto de manchas, sinais ou lesões na pele, especialmente nas áreas expostas ao sol e em pessoas de alto risco (de pele clara) Evitar exposição prolongada ao sol entre 10h e 16h Usar sempre proteção adequada, como bonés ou chapéus de abas largas, óculos escuros, barraca e filtro solar com fator mínimo de proteção 15 Estar sempre atento aos fatores de risco: Pele clara, exposição excessiva ao sol, história prévia de câncer de pele, história familiar de melanoma, nevo congênito (pinta escura), maturidade (após os 15 anos de idade, a propensão para esse tipo de câncer aumenta), xeroderma pigmentoso (doença congênita que se caracteriza pela intolerância total da pele ao sol, com queimaduras externas, lesões crônicas e tumores múltiplos) e nevo displásico (lesões escuras da pele com alterações celulares pré-cancerosas)

Fonte: INCA (2013)

O tecido das áreas onde for notada alteração deve ser biopsiado e depois disso deve ser encaminhado para confirmação do diagnóstico através do exame histopatológico, sendo esse realizado pelo médico anatomopatologista. Desse modo, a confirmação pelo exame histopatológico, bem como a determinação da extensão da doença, além da identificação dos órgãos que estão acometidos por ela

consistem em informações essenciais para saber sobre o comportamento biológico do tumor; seleção da terapêutica; previsão das complicações (INCA, 2013).

INCA (2013) cita ainda que esses dados servem ainda para estimar o prognóstico do caso; avaliar os resultados do tratamento; investigação em oncologia: pesquisa básica, clínica, epidemiológica, translacional, entre outras; publicação dos resultados e troca de informações. Além de estudar a doença, é preciso analisar ainda a condição funcional do paciente. Assim, é preciso determinar se esta, quando comprometida, é decorrente da repercussão do câncer no organismo, se é anterior à neoplasia, se ocorre devido ao tratamento ou por conta de uma outra doença concomitante. Assim, no próximo capítulo será abordado as medidas da enfermagem nos cuidados em indivíduos com câncer de pele.

4. MEDIDAS DA ENFERMAGEM NOS CUIDADOS EM INDIVÍDUOS COM CÂNCER DE PELE

O câncer de pele tem aumentado no mundo todo, fazendo com que se tenha uma elevação nos custos com tratamento para o indivíduo, o sistema de saúde e a sociedade como um todo. Tendo em conta o grande impacto que essa neoplasia tem provocado no âmbito econômico, é importante que sejam aperfeiçoadas as técnicas de prevenção, evitando que se tenha o surgimento de mais indivíduos acometidos, de modo que seja economicamente viável (PURIM, 2014)

Margotto (2016) cita que houve uma grande necessidade em investigar sobre o entendimento da sociedade no que refere-se ao câncer de pele, sobretudo com as pessoas que se expõe de forma mais intensa ao sol, de modo que pudesse obter informações sobre a forma que a população se preveni contra os riscos da doença. Desse modo, é necessário que se tenha a integração do conhecimento acerca dos cuidados com a saúde, de modo que possa refletir em relação aos riscos da exposição solar, e por fim ter hábito da cultura educativa aos cuidados que se deve ter com a pele.

Segundo o Inca (2013), de maneira geral, sabe-se que, quanto antes o câncer for descoberto e tratado, mais efetivo tende a ser o tratamento, o que eleva a chance de cura, proporcionando uma melhor qualidade vida do paciente. No que se trata dessa etapa do cuidado, o objetivo principal é detectar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas quando essas ainda estão localizadas no órgão de origem, antes que essas invadam os tecidos circundantes ou outros órgãos.

Tucunduva (2014) cita que a identificação dos estágios iniciais das doenças consiste em uma das principais armas contra as patologias crônicas, sendo que, nesse âmbito se tem três linhas de prevenção, que são: a primária, que busca a prevenção da ocorrência de tal patologia; a secundária que visa o diagnóstico precoce; e a terciária previne que a doença volte, que possa causar deformidades ou que leve a morte. Sendo assim, a prevenção primária busca impedir que a pessoa se exponha aos fatores de risco, como no caso da radiação excessiva, a falta de proteção, o utilização incorreta do protetor entre algumas outras medidas.

Ainda para Tucunduva (2014), referente a prevenção secundária, essa por sua vez envolve toda a população na descoberta precoce do câncer ou de lesões

que sejam suspeitas, desse modo as prevenções primárias e secundárias que estão associadas fazem com que se tenha uma redução significativa dos casos de câncer. Desse modo, é importante que se tenha uma constante atualização dos profissionais de saúde com relação as medidas preventivas, sobretudo no que se trata da prevenção primária e secundária, para o sucesso dos programas contra o câncer.

É de grande importância que todas as pessoas se protejam dos danos que são causados pelos raios solares, principalmente as crianças e as pessoas mais sensíveis. Nesse caso, as precauções incluem, além da idade e uso do protetor, a utilização de óculos de sol que tenha proteção UV, uso de roupas de proteção e de chapéu, sombrinha, entre outros (SGARBI, 2012).

Conforme a Sociedade Brasileira de Dermatologia (2016), é importante que algumas recomendações sejam feitas a comunidade, para que se tenha a prevenção de lesões, queimaduras e até mesmo do surgimento do câncer de pele, dentre essas se tem: fazer uso de chapéus, camisetas e protetores solares; evitar a exposição solar, de modo que o indivíduo deva permanecer na sombra entre 10 e 16h (horário de verão); na praia ou na piscina, é necessário fazer o uso de barracas feitas de algodão ou lona, onde essas absorvem cerca de 50% da radiação ultravioleta. No caso das barracas de nylon, essas formam uma barreira pouco confiável, sendo que nesse caso, em média de 95% dos raios UV ultrapassam o material. Além disso, é importante fazer o uso de filtros solares diariamente, e não apenas em horários de lazer ou diversão.

Sociedade Brasileira de Dermatologia (2016) cita ainda que é importante usar um produto que possa proteger contra radiação UVA e UVB e tenha um fator de proteção solar (FPS) 30, no mínimo. O produto deve ser reaplicado a cada 2 horas ou menos, nas atividades de lazer ao ar livre. Ao fazer uso do produto no dia a dia, é importante aplicar uma boa quantidade pela manhã e reaplicar novamente antes de sair para o almoço. A pele deve ser observada de forma regular, buscando por pintas ou manchas que sejam suspeitas. É importante consultar um dermatologista uma vez ao ano, no mínimo, para um exame completo. No caso dos bebês e de crianças, esses devem ser protegidos do sol, onde os filtros solares podem ser usados após os seis meses de vida.

Para Santos (2017), no que se trata das medidas preventivas em saúde, essas são as principais ações para que se tenha a prevenção e detecção do câncer

de pele, tendo em conta que a população no geral e sobretudo os trabalhadores externos não possuem o devido conhecimento sobre os hábitos de vida e condutas que devem ser mudadas visando a prevenção do surgimento de diversas doenças da pele.

Santos (2017) salienta ainda que a principal ação em saúde é o rastreamento, onde o mesmo busca detectar doenças em pessoas assintomáticas e saudáveis de modo que se tenha um diagnóstico precoce, aliado ao tratamento em um tempo que seja adequado para aquelas pessoas que apresentam manifestações clínicas iniciais da doença. Desse modo, é de grande importância que as entidades de saúde disponham de programas voltados para a capacitação e treinamento continuado sobre o autoexame da pele aos profissionais, onde esses são quem orientam e informam à população sobre os sinais da doença.

O rastreamento (*screening*) consiste no exame de pessoas saudáveis, ou seja, que não existem sintomas de doenças, tendo o intuito de selecionar aquelas que apresentam maiores chances de ter uma enfermidade devido ao fato de apresentarem exames alterados ou que sejam suspeitos, assim, essas devem ser encaminhadas para a investigação diagnóstica. Conforme a OMS (2013), no caso do rastreamento, esse pode ser ofertado de três formas distintas: Rastreamento organizado, sendo esse dispensado através de um planejamento ativo, a pessoas convidadas, onde possui frequência e faixa etária pré-definidas.

Rastreamento seletivo, esse é feito de forma seletiva, sendo voltado para um subgrupo já identificado como sendo aquele com maior risco de ter uma doença. Rastreamento oportunístico, esse é ofertado de modo oportuno, ao indivíduo que, por outras razões, busca pelos serviços de saúde. É importante ter em mente que a finalidade de qualquer tipo de rastreamento busca a redução da morbimortalidade pela doença (OMS, 2013).

Segundo Bomfim, Giotto e Silva (2018), no que se trata do reconhecimento de comportamentos, fenótipos e os grupos de riscos, esses consistem em referências que possibilitam estabelecer medidas preventivas primárias na população, de modo que possa reforçar e ampliar a realização de campanhas de detecção, bem como o estímulo a promoção de programas educacionais e ações voltadas para o combate a redução da morbidade bem como dos gastos do sistema de saúde pública, de modo que se tenha um tratamento mais eficaz.

Nesse âmbito, o enfermeiro deve conduzir e orientar sobre as medidas para que se tenha métodos de prevenção mais eficaz baseados nos riscos eminentes, na detecção e diagnóstico perante o quadro de risco físico, químico dos raios ultravioleta, pesticida, além de outras complicações. Carvalho (2021) enfatiza que a comunicação do enfermeiro em relação aos riscos de prognóstico negativo para um grupo de risco é essencial tendo em conta que dispara a conduta no uso de protetores visando reduzir os riscos, onde essa consiste em uma das maiores ferramentas de prevenção.

Segundo Purim (2020), o profissional de enfermagem é uma figura essencial na detecção precoce do câncer de pele, tendo em conta que esse se encontra inserido de forma direta na área do cuidado, onde atua na prevenção, bem como na assistência dos usuários nos vários pontos da atenção primária. Desse modo, o enfermeiro na Atenção Primária em Saúde (APS), tem conquistado cada vez mais um espaço social e de reconhecimento junto aos integrantes da equipe de saúde, bem como dos usuários que vivenciam com ele o atendimento clínico, identificando no mesmo a referência para o seu cuidado.

Em conformidade com Santos (2017), as ações de diagnóstico precoce cabem a APS, sendo essa a porta de entrada da população no SUS. Nesse caso a população é acompanhada por uma equipe multidisciplinar, tendo uma maior chance de conduzir de forma precoce pessoas com lesões suspeitas de câncer de pele. Para Cauduro (2018), o enfermeiro consiste em um dos primeiros profissionais a ter contato direto com os pacientes que buscam pela assistência de uma equipe de cuidados específicos. Desse modo, esse profissional ocupa uma posição privilegiada para que realize uma avaliação visual da pele, de modo que possa obter a história clínica dos pacientes nas unidades de pronto atendimento.

Para Cruz (2020) esse profissional possui um campo mais amplo de atuação para que possa desenvolver ações de educação voltadas para a prevenção e detecção precoce do câncer de pele, de modo que possa realizar ações que, junto à equipe de atenção primária na RAS, visem controlar a incidência e a mortalidade do câncer no país. Sendo assim, o autoconhecimento do profissional de saúde é de grande importância para que possa se estabelecer um relacionamento interpessoal mais adequado com relação ao processo de cuidar, desenvolvendo consciência de suas limitações, fragilidades e potencialidades.

Macena (2020) cita que na oncologia, os cuidados técnicos são essenciais para o prognóstico do paciente, contudo, somente essa modalidade de cuidado não é capaz de suprir as necessidades psicológicas, emocionais, sociais, culturais, bem como as crenças inerentes a cada ser, desse modo, o conhecimento técnico do enfermeiro e a humanização devem caminhar lado a lado para prover uma melhor qualidade de vida ao usuário.

Noury (2012) comenta que uma vez diagnosticado, o CPNM possui uma variedade de tratamentos disponíveis. No que se trata dessa escolha, diferentes fatores tumorais precisam ser levados em conta, como: tamanho; localização; tipo histopatológico e morfológico; natureza (lesão primária ou recorrente); e invasão de estruturas. Além disso, é preciso considerar ainda os fatores referentes ao paciente, como a sua idade, comorbidades e sua expectativa no que refere-se a cicatriz e seu aspecto estético.

O tratamento do CPNM deve ter como prioridade a cura completa do tumor. Após isso, as demais prioridades são: preservar a pele sã adjacente; preservar a função da área tratada; obtenção do melhor resultado cosmético possível. Sendo assim, a escolha do tratamento do CPNM também está ligada com o comportamento biológico do tumor e com a presença de pelo menos um dos riscos de recorrência que são: diâmetro maior que 20 mm no tronco ou em extremidades; diâmetro maior que 10 mm em cabeça ou pescoço; diâmetro maior que 6 mm em genitália, mãos ou pés; bordas mal definidas; recidiva; imunossupressão; área que seja previamente tratada com radioterapia; tipo histológico; e acometimento perineural. A escolha do tratamento deve ser feita a partir da avaliação da melhor relação entre custo e benefício para o paciente (ZINK, 2014).

Lages, Barbosa e Almeida (2012) comentam que além da atuação ativa por parte da enfermagem no que se trata dos processos de educação em saúde, prevenção e detecção precoce do câncer de pele, o enfermeiro também tem o papel de influenciar a formulação bem como a implementação de políticas públicas de saúde voltadas para o controle desse câncer. Como exemplo se tem o estudo que foi realizado a partir de uma revisão bibliográfica, buscando identificar a interferência do enfermeiro em políticas públicas voltadas para prevenção do câncer de pele nos EUA.

Ainda para Lages, Barbosa e Almeida (2012), por meio desse estudo foi possível verificar interferência ativa por parte desse profissional, sugerindo, em seguida que o enfermeiro deve estar envolvido de modo direto na formulação dessas políticas junto ao poder legislativo bem como aos movimentos organizados da sociedade civil. Sendo assim, as políticas públicas precisam ser bem gerenciadas, tendo em conta que essas são necessárias para que se tenha uma melhor organização dos serviços de saúde, de tal forma que possa proporcionar a satisfação da classe acadêmica, de usuários e de profissionais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função do exposto, se observa que os objetivos propostos para esse estudo foram atingidos. Em resposta às questões-chave, que delinearam essa pesquisa, se evidenciou a relevância de medidas para a detecção precoce do câncer de pele, no qual se pode prevenir a ocorrência dos tipos de câncer de pele, sendo essencial orientar e conscientizar a população em geral e os trabalhadores externos que o trabalho sob o sol é o maior aspecto de risco .

De tal modo, o profissional de saúde, como o enfermeiro, consiste num elemento primordial para conduzir as informações a população acerca dos riscos de câncer, evidenciando ao usuário que ele também tem autonomia sobre sua saúde, alterando seus hábitos e costumes, colaborando para a redução do índice de pessoas que predisõem a esse risco.

Se destaca que o conhecimento básico em relação ao câncer de pele auxilia em suas eventuais prevenções. Com isso, é fundamental o apoio do enfermeiro para que possam disponibilizar orientações de saúde associadas às carências de cada pessoas conforme com seus conhecimentos básicos. No panorama da prevenção do câncer de pele, a atuação do enfermeiro na atenção primária se revela de vasta importância, como as ações educativas junto à equipe de saúde e comunidade, como também medidas preventivas ao câncer de pele.

A educação em saúde está ligada de forma direta a aprendizagem, sendo um instrumento de grande importância para a prevenção, sendo empregue conforme a realidade local, para que a população possa obter independência para identificar e fazer uso dos meios que colaboram na prática para que se tenha uma melhor qualidade de vida e alcance de saúde.

Desse modo, por meio da educação em saúde é necessário que sejam realizadas mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de possuir dos meios indispensáveis para que essas mudanças de fato ocorram. E para um melhor entendimento, como sugestão para futuras pesquisas, se denota um estudo associado a importância da Assistência de Enfermagem para a prevenção, conscientização e cuidados em relação ao câncer de mama.

REFERÊNCIAS

AUTIER, P; DORÉ, J; CATTARUZZA, M. Uso de protetor solar, uso de roupas e número de nevus em crianças europeias de 6 a 7 anos. **J Natl Cancer Institute**;90:1873-80, 2011.

BOMFIM, S; GIOTTO, A; SILVA, A. Câncer de Pele: Conhecendo e prevenindo a população. **Revisa. Sena Aires**, n. 7(3), p. 255-259, 2018.

CARVALHO, A. **O Instituto Nacional de Câncer e sua memória**: uma contribuição ao estudo da invenção da cancerologia no Brasil. Dissertação (Mestrado em História Política e Bens Culturais) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2012.

CARVALHO, O. Câncer de pele em trabalhadores rurais. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.9, 2021.

CAUDURO, F. Atuação dos enfermeiros no cuidado das lesões de pele. **Rev. enferm. UFPE**; 12(10): 2628-2634, 2018.

CEZAR-VAZ, M; BONOW, C; PIEKAK, D; KOWALCZYK, S.; BORGES, A. Câncer de pele em trabalhadores rurais: conhecimento e intervenção de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, n.49, v.4, 2015.

COUTINHO, M; SOARES, G. Homens: a maioria desorganizada. **Dados**, v.43, n.2 Rio de Janeiro, 2016.

CRUZ, G. Fatores associados ao uso do protetor solar como medida de prevenção aos danos causados pela exposição solar. **Braz. J. of Develop.** 6, 99546-99563, 2020,

DORNELAS, M; RODRIGUES, M; MACHADO, D. Expressão de marcadores de proliferação celular e apoptose no carcinoma espinocelular de pele e ceratose actínica. **An. Bras. Dermatol**; 84(5): 469-75, 2012.

ESCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963**: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2013.

HARRIS, C. Gene supressor de tumor P53: na encruzilhada da carcinogênese molecular, epidemiologia molecular e avaliação do risco de câncer. **Perspectiva de Saúde Ambiental**;104(Suppl 3):435-9, 2011.

INCA. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: Inca, 2013.

INCA. **Estimativa 2022**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

INCA. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

INCA. **Classificação de tumores malignos**. 6. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

KOPKE, L; SCHMIDT, S. Carcinoma basocelular. **An Bras Dermatol**;77:249-82, 2012.

LAGES, R; BARBOSA, P; ALMEIDA, I. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**.;25(2):221-7, 2012.

LO TURCO, I. Avaliação do conhecimento quanto ao câncer de pele e sua relação com exposição solar em alunos do senac de Aparecida de Goiânia. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, São Paulo, n.6, v.11, 2014.

MACENA, A. **Aspectos emocionais da equipe de enfermagem frente aos cuidados em oncologia**. Anais do congresso de geriatria e gerontologia do UNIFACIG. 2020.

MACKIE, R; HOLE, D. Incidência e espessura de tumores primários e sobrevida de pacientes com melanoma maligno cutâneo em relação ao nível socioeconômico. **BMJ**;312:1125-8, 2011.

MANTESE, S; BERBERT, A; GOMIDES, M. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. **An Bras Dermatol**;81:136-42, 2014.

MARGOTTO, F. Fotoexposição e fatores de risco para câncer de pele: avaliação de hábitos e conhecimentos da população participante da campanha de prevenção ao câncer de pele em Morro Redondo/RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, n. 60, v.1, 2016.

MARTINEZ, M; FRANCISCO, G. Genética molecular aplicada ao câncer não melanoma. **An Bras Dermatol**;81(5):405-19, 2012.

MOHALLEM, A; RODRIGUES, A. **Enfermagem oncológica**. São Paulo: Manole, 2014.

MONTAGNER, S; COSTA, A. Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. **An. Bras. Dermatol**. 84 (3):91-8, 2014.

NASCIMENTO, N. A experiência da elaboração de um material didático sobre câncer de pele para trabalhadores rurais. **Saúde em redes**, n.4, v.3, 2018.

NOURI, K. **Câncer de pele**. 2ª edição. Monte Mc Graw (Austrália), 2012.

OMS. **Controle do câncer**: conhecimento em ação: guia da OMS para programas eficazes: detecção precoce. Genebra: OMS, 2012.

OMS. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais: relatório mundial. Brasília: OMS, 2013.

PURIM, K. Características do melanoma em idosos. **Rev Col Bras Cir** 47:e20202441, 2020.

PURIM, K; WROBLEVSKI, F. Exposição e proteção solar dos estudantes de medicina de Curitiba (PR). **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, p. 477-485, 2014.

SAMPAIO, S; RIVITTI, EA. **Dermatologia**. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas. p.839-42, 2011.

SANTOS, M. Atuação do enfermeiro na detecção precoce do câncer de pele. **Revista BSP**. Rio de Janeiro, v.41, n.1, p. 1-7, 2017.

SCHIMITT, J; CHIMEN, V; MARQUES, M. Aumento da incidência de carcinoma basocelular em hospital universitário. **An Bras Dermatol**. 2011; 86(2):375-7, 2014.

SGARBI, F. Radiação ultravioleta e carcinogênese. **Rev. Ciênc. Méd**, Campinas, v. 16, p. 245-250, 2012.

SMELTZER, C; BARE, B. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koongan, 2012.

SMELTZER, S. **Brunner e Suddarth**: Tratado de enfermagem Médico-cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 320, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Câncer de pele**. Rio de Janeiro: SBD, 2016.

SOUZA, S; FISCHER, F; SOUZA, J. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. **Revisão Rev. Saúde Pública**; 38 (4), ago 2014.

TEIXEIRA. L. **O câncer no Brasil**: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TUCUNDUVA, L. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 257-262, 2014.

ZINK, B. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro;13(Supl. 1):76-83, 2014.