

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

EMANUELA DE AZEVEDO COSTA

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO MELANOMA

NATAL- RN

2010

EMANUELA DE AZEVEDO COSTA

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO MELANOMA

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como parte dos requisitos para a conclusão do curso.

Orientadora: Prof^a Fabiana Barbosa Gonçalves (Msc)

NATAL-RN

2010

EMANUELA DE AZEVEDO COSTA

Monografia apresentada a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Enfermagem.

Aprovada em 09 de Dezembro de 2010, pela banca examinadora:

Prof^a Msc. Fabiana Barbosa Gonçalves
Orientadora

Prof^a Dr^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira
(1º Avaliador)

Prof^a Msc. Maria Tereza Pires da Costa
(2º Avaliador)

Dedico esse trabalho aos meus pais, Manoel Celso da Costa Filho (*in memorian*) e Maria Lêda de Azevedo costa (*in memorian*), por terem concedido a vida e terem ensinado seus valores e princípios, mesmo que não estejam hoje junto a mim para prestigiar a conclusão desse sonho, dedico-lhes essa vitória.

Aos meus irmãos Marcileide, Marcilene e Emanuel, e minha tia Ana que são estímulos que me impulsionam a buscar vida nova a cada dia e que através de seus esforços e dedicação me ajudaram durante essa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me dar forças em todos os momentos da minha vida e ter me abençoado durante essa caminhada.

A toda minha família, em especial aos meus irmãos Marcileide, Marcilene e Emanuel e também a minha tia Ana por estarem presentes na minha vida em todos os momentos difíceis, pelo esforço desempenhado por eles para com a minha formação acadêmica e por terem aceitado se privar de minha companhia pelos estudos concedendo a mim, a oportunidade de realizar-me na profissão que escolhi.

A todos os meus amigos e colegas do curso de Enfermagem que participaram juntos comigo das alegrias e angústias vividas durante esse tempo, aos quais quero citar Ana Paula (“Proteína”), Luana Mercêis e Rosa que juntas conseguimos essa vitória tão sonhada e almejada por todas nós, em especial a Rosa que como amiga, deu-me a oportunidade de morar em sua casa para conseguir terminar minha faculdade.

Ao meu namorado Marco Polo por compartilhar das minhas alegrias e sonhos, como também das tristezas e incertezas durante esse período de minha vida.

À minha professora e orientadora, Fabiana Barbosa Gonçalves pela paciência e dedicação para com a realização desse trabalho, meus sinceros agradecimentos.

Enfim, agradeço a todos que direto ou indiretamente colaboraram para a realização desse trabalho.

"...O mundo está nas mãos daqueles que tem a coragem de sonhar e correr o risco de viver seus sonhos..."

Paulo Coelho

RESUMO

Melanoma é um câncer de pele de elevada malignidade que tem origem nos melanócitos (células pigmentadas), mas que pode surgir de outras áreas do corpo. O melanoma classifica-se de acordo com suas características clinicopatológicas em cinco subtipos principais: *melanoma extensivo superficial*, considerado de maior incidência com 70% dos casos diagnosticados, sendo encontrado na cabeça, pescoço, tronco e membros inferiores; *melanoma nodular*, o segundo tipo mais comum compreendendo 10% a 15% dos casos, localizando-se geralmente no tronco; *melanoma lentigo maligno*, com mais frequência em pessoas acima de 60 anos de idade e aparece em áreas de grande exposição solar, principalmente a face e corresponde a 10% dos casos; *melanoma acral lentiginoso*, sendo responsável por 3% a 5% dos melanomas, porém, mais freqüente em indivíduos de pele escura e localiza-se nas regiões palmoplantares (mãos e pés); e *melanoma desmoplásico*, apresentando 1% dos casos e mais comum na região cefálica. A incidência dessa neoplasia tem aumentado cerca de 4% a 6% ao ano no mundo, podendo ocorrer em todas as etnias, principalmente em brancos, sendo raro em negros. Estima-se que pelo menos 80% dos melanomas sejam causados pela exposição ao sol, de forma cumulativa e excessiva nos primeiros 10 a 20 anos de vida. De todos os tipos de câncer de pele, esse é o mais letal, pois há alta probabilidade de produzir metástase no indivíduo, podendo levar a morte se não houver diagnóstico e tratamento precoces. Dessa forma, o enfermeiro através de uma boa assistência, deve estar habilitado e disponível para orientar a população na prevenção, doença, tratamento e reabilitação, oferecendo-lhes ações de educação em saúde e busca ativa de novos casos de melanoma, principalmente em população de risco. Dados mostram que os casos de melanoma ocorrem com mais frequência em mulheres do que em homens com idade entre 30 e 60 anos, principalmente em caucasianos. Atualmente, houve uma melhora na sobrevida dos pacientes com esse tipo de câncer, principalmente devido à detecção precoce do mesmo. A média mundial de sobrevida estimada é de 69% dos casos diagnosticados. Com isso, o enfermeiro pode contribuir para a detecção precoce do melanoma através da consulta de enfermagem com ênfase no exame físico do paciente, mesmo que a queixa principal não esteja relacionada com a pele, e também promover ações preventivas na comunidade. No entanto, vem-se observando pouca atuação deste profissional nesse tipo de câncer, diferente dos cânceres de colo do útero e câncer de mama, por exemplo, onde há maiores descrições sobre a assistência de enfermagem. Com base nos dados, estudos relatam que a prevenção é a principal forma de aumentar a eficácia para o tratamento do melanoma e maior sobrevida da população de risco. No entanto, o enfermeiro deve incluir em suas ações: prevenção primária, através de educação em saúde e na prevenção secundária, com o autoexame da pele, tanto para os profissionais quanto para a população em geral. Com isso, é de fundamental importância a atuação desse profissional na prevenção do melanoma, possibilitando o reconhecimento de alterações precoces sugestivas da doença.

Palavras chave: Câncer. Melanoma. Prevenção. Enfermagem.

ABSTRACT

Melanoma is a skin cancer with high malignancy that originates in melanocytes (pigment cells), but that may arise from other body areas. Melanoma is classified according to their clinicopathologic features in five main subtypes: *superficial spreading melanoma*, considered the highest incidence with 70% of cases being found in the head, neck, trunk and lower limbs, *nodular melanoma*, the second most common comprising 10% to 15% of cases, being located usually on the trunk, *lentigo maligna melanoma*, most often in people over 60 years of age and appears in areas of high sun exposure, especially the face and corresponds to 10% of cases, *acral lentiginous melanoma*, which accounts for 3% to 5% of melanomas, but more frequent in dark-skinned individuals and is located in the palmoplantar regions (hands and feet) and *desmoplastic melanoma*, with 1% of cases and more common in the head. The incidence of this cancer has increased about 4% to 6% a year worldwide, occurring in all ethnic groups, mainly in white people and is rare in black population. It is estimated that at least 80% of melanomas are caused by sun exposure of the form cumulatively over the first 10 to 20 years of life. Of all types of skin cancer, this is the most lethal, since there is a high probability of producing metastases in the individual and can lead to death if there is early diagnosis and treatment. Thus, the nurse through good care, must be qualified and available to guide the population on prevention, disease, treatment and rehabilitation, offering them shares in health education and active search for new cases of melanoma, particularly in population risk. Data show that cases of melanoma occur more frequently in women than in men aged between 30 and 60 years, mainly in Caucasians. Currently, there was an improvement in survival of patients with this type of cancer, primarily due to early detection of it. The world average estimated survival is 69% of cases. With this, the nurse can contribute to early detection of melanoma through consultation nursing with emphasis on physical examination, even if the main complaint is not related to the skin, and also take preventive action in the community. However, it comes to observing the performance of this little business in that type of cancer, other cancers of the cervix and breast cancer, for example, where there are more descriptions of nursing care. Based on data, studies reports that prevention is the main way to increase the effectiveness for the treatment of melanoma and the survival of the population at risk. However, nurses should include in their actions: primary prevention through health education and in secondary prevention, with skin self-examination, both for professionals and for the general population. Thus, it is of fundamental importance to those professional in preventing melanoma, enabling the recognition of early changes suggestive of disease.

Keywords: Cancer. Melanoma. Prevention. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 GERAL	11
2.2 ESPECÍFICOS	11
3. METODOLOGIA	12
4. REFERENCIAL TEÓRICO	13
4.1 FORMAÇÃO DO CÂNCER (CARCINOGENESE)	13
4.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE	15
4.3 CÂNCER DE PELE	17
4.4 MELANOMA	19
4.4.1 Melanoma Disseminativo Superficial (MDS)	22
4.4.2 Melanoma Nodular (MN)	22
4.4.3 Melanoma Lentigo-Maligno (MLM)	22
4.4.4 Melanoma Acral-Lentiginoso (MAL)	23
4.4.5 Melanoma Desmoplásico	23
4.5 ESTADIAMENTO DO MELANOMA	24
4.6 FATORES DE RISCO	25
4.7 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO MELANOMA	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) (2010), câncer de pele é o crescimento anormal e descontrolado das células que constituem a pele. Estas células se apresentam formando duas camadas, uma externa, a epiderme, e outra interna, denominada de derme. Com isso, dependendo da camada afetada, definem-se os diferentes tipos de câncer de pele. Os mais comuns são do tipo *carcinoma basocelular*, que se apresenta de forma mais superficial localizado na epiderme; o *carcinoma espinocelular*, que apresenta uma forma mais invasiva e atinge a epiderme e parte da derme, podendo desenvolver metástase; e o *melanoma* que atinge a epiderme, derme e parte do tecido subcutâneo, com isso, possui maior probabilidade de produzir metástase no indivíduo.

Melanoma é uma neoplasia cancerosa que se caracteriza pelo surgimento de melanócitos (células pigmentadas da pele) atípicos na epiderme, derme e em alguns casos, nas células subcutâneas. De todos os cânceres de pele, este é considerado o mais letal, pois há alta probabilidade de produzir metástase no indivíduo (SMELTZER; BARE, 2005). Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2010), o melanoma pode surgir a partir da pele normal ou de uma lesão pigmentada. As manifestações clínicas da doença na pele normal se dão a partir do aparecimento de uma pinta (nevo) escura de bordas irregulares apresentando coceira e descamação. Em casos de uma lesão pigmentada pré-existente, pode ocorrer um aumento no tamanho da lesão, alteração na coloração e forma, e desenvolvimento de bordas irregulares.

O melanoma classifica-se de acordo com suas características clinicopatológicas em cinco subtipos principais: *melanoma extensivo superficial*, representando o de maior incidência com 70% dos casos diagnosticados, sendo encontrado na cabeça, pescoço, tronco e membros inferiores; *melanoma nodular*, o segundo tipo mais comum compreendendo 10% a 15% dos casos, localizando-se geralmente no tronco; *melanoma lentigo maligno*, com mais frequência em pessoas acima de 60 anos de idade e aparece em áreas de grande exposição solar, principalmente na face e corresponde a 10% dos casos; *melanoma acral lentiginoso*, sendo responsável por 3% a 5% dos melanomas, porém, mais freqüente em indivíduos de pele escura e localiza-se nas regiões palmoplantares (mãos e pés); e

melanoma desmoplásico, apresentando 1% dos casos, mais comum na região cefálica (FERNANDES *et al.*, 2003).

Segundo o INCA, embora represente apenas 4% dos tipos de câncer de pele, o melanoma é o mais grave devido à sua alta possibilidade de produzir metástase. É responsável por aproximadamente 2% das mortes por câncer no mundo. Sua incidência tem aumentado cerca de 4% a 6% ao ano no mundo, podendo ocorrer em todas as etnias, principalmente em brancos, sendo raro em negros. Para 2010 a taxa estimada de melanoma para cada 100.000 homens é de 1,27 de novos casos e para cada 100.000 mulheres serão 0,76 casos. É responsável por aproximadamente 2% das mortes por câncer no mundo. Estima-se que pelo menos 80% dos casos diagnosticados de melanoma sejam causados pela exposição ao sol, de forma cumulativa e excessiva, levando em consideração os demais fatores de risco para essa neoplasia, como história pessoal ou familiar de melanoma, sensibilidade da pele ao sol, doenças imunossupressoras e exposição ocupacional.

A prevenção do câncer de pele, inclusive os melanomas, inclui ações de enfermagem na prevenção primária, por meio de educação em saúde, tanto para profissionais quanto para a população em geral sobre proteção solar, que são ações efetivas e de baixo custo, e a prevenção secundária que inclui o autoexame da pele contribuindo para o diagnóstico precoce e favorecer o conhecimento de alterações sugestivas de malignidade na pele (INCA).

Dessa forma, o profissional de saúde deve estar atento para a detecção precoce de algumas lesões que são consideradas suspeitas ou pré-malignas na população, em especial a população de risco. Além disso, torna-se fundamental a participação do enfermeiro para proporcionar cuidado e educação para estes pacientes e familiares.

Estudos sobre a atuação do enfermeiro na prevenção do melanoma são necessários para auxiliar no diagnóstico precoce da doença e para melhoria do prognóstico de indivíduos que venham desenvolver o melanoma. Portanto, este estudo é um ensaio sobre a temática das ações de enfermagem na prevenção primária e secundária do melanoma, em que se busca uma análise exploratória e crítica no sentido de propor-se um novo olhar para esta realidade.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as principais ações de enfermagem desenvolvidas na prevenção do melanoma.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os principais tipos de câncer de pele;
- Apontar as manifestações clínicas do melanoma;
- Descrever as ações de enfermagem na prevenção primária e secundária do melanoma.

3 METODOLOGIA

De acordo com Marconi e Lakatos (2008), a pesquisa bibliográfica tem como finalidade, colocar o pesquisador em contato direto com o conteúdo que foi escrito, citado ou filmado sobre determinado assunto que tenha sido transcrito de alguma maneira. Além disso, este estudo mostra que a pesquisa bibliográfica propicia o estudo de um determinado tema sob novo enfoque ou abordagem, que podem propor conclusões inovadoras.

Para desenvolvimento dessa monografia foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre as ações de enfermagem na prevenção do melanoma com base nos seguintes critérios: periódicos redigidos em português e inglês publicados de 2000 a 2010 e que pudessem ser obtidos na íntegra. Além disso, obtendo como fonte primária em livros e por meio de busca digital em sites especializados, nos quais se destacam: INCA (Instituto Nacional de Câncer), SBD (Sociedade Brasileira de Dermatologia) e SCIELO (Scientific Library Online), utilizando como descritores: câncer de pele, melanoma, ações de prevenção e enfermagem.

Além da busca online, foi realizada pesquisa em bibliografias na biblioteca da Faculdade Natalense para Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) e demais livros com textos específicos da área de enfermagem e oncologia, considerando as publicações após o ano de 2000.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. FORMAÇÃO DO CÂNCER (CARCINOGENESE)

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que tem em comum o crescimento desordenado de células que podem invadir tecidos e órgãos. Segundo Smeltzer e Bare (2005), essa patologia é decorrente de um processo patológico que inicia quando uma célula anormal é transformada geneticamente através de mutação ocorrida no DNA celular. Após a mutação, a célula anormal pode formar outra idêntica e começar a se proliferar de maneira desordenada e adquirir características invasivas, passando a alterar os tecidos circunvizinhos, onde se infiltram e atingem os vasos linfáticos e sanguíneos, que podem transportá-las até outras áreas do corpo. Esse processo de infiltração é chamado de metástase, ou seja, câncer disseminado para outras partes do organismo.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005), as células malignas e benignas possuem características de crescimento celular muito diferentes. A célula benigna se apresenta bem diferenciada e se assemelha a célula normal do tecido pelo qual o tumor foi originado. Por outro lado, a célula maligna é bastante indiferenciada e, frequentemente, apresenta pouca semelhança com as células normais do tecido que se originou.

A causa do câncer é multifacetada, podendo ser de origem externa ou interna. As causas externas estão associadas ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios, enquanto que as causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais (INCA, 2010).

Jorde et al (2000) referencia que grande parte dos eventos genéticos causadores de câncer manifesta-se durante a vida de uma pessoa em seus tecidos somáticos, o que pode acarretar mutações em genes específicos que se acumulam nas células somáticas (células cujo núcleo se divide apenas por mitose). Isso ocorre com o passar dos anos, até que uma célula perca um número essencial de

mecanismos de reparo aos danos e inicie o processo que pode desencadear um tumor. A frequência desses eventos pode ser alterada pela exposição a fatores de risco presentes no ambiente, estabelecendo assim, uma interação entre os fatores genéticos com carcinógenos (agentes causadores do câncer) ambientais.

Portanto, o câncer parece intrinsecamente genético, mas passível de haver algumas mudanças, ou mutações, em genes que são responsáveis por regular o crescimento celular. A frequência e as consequências destas mutações podem ser alteradas pelo elevado número de fatores ambientais. Desse modo, observam-se duas linhas adicionais de argumento que apoiam a ideia de que a exposição a agentes ambientais pode alterar significativamente o risco de uma pessoa desenvolver o câncer. A primeira é que vários agentes ambientais com propriedades carcinogênicas já foram identificados e a segunda linha de argumentos é baseada em comparações epidemiológicas entre populações com estilo de vida diferentes (JORDE et al., 2000).

Além disso, de acordo com o INCA, são raros os casos de cânceres que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. A maioria dos casos de câncer (80%) está relacionada ao meio ambiente, no qual encontramos elevado número de fatores de risco. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), e os ambientes social e cultural (estilo e hábitos de vida).

Segundo o INCA, o processo de carcinogênese, ou seja, de formação de câncer, em geral se dá lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e origine um tumor visível. Esse processo passa por várias etapas antes de chegar ao tumor, a primeira fase é denominada de estágio de iniciação, seguida pelo estágio de promoção e, por último, há o estágio de progressão.

O primeiro estágio da carcinogênese é denominado de estágio de iniciação, no qual as células podem sofrer o efeito dos agentes cancerígenos ou carcinógenos que provocam alterações em alguns de seus genes. Nesta fase, as células se encontram geneticamente alteradas, porém ainda não é possível diagnosticar um tumor. Estas células encontram-se "preparadas", ou seja, "iniciadas" para a ação de um segundo grupo de agentes que atuará no próximo estágio (INCA, 2010).

O segundo estágio da carcinogênese é o estágio de promoção. Neste, as células geneticamente alteradas sofrem o efeito dos agentes cancerígenos classificados como oncopromotores (agentes que promovem o desenvolvimento do câncer, como os raios solares UVA e UVB). A célula iniciada é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual (INCA, 2010).

Para que aconteça essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. No entanto, se houver a suspensão do contato do indivíduo com os agentes promotores, o processo poderá ser interrompido nesse estágio (INCA, 2010).

O terceiro e último estágio da carcinogênese é o estágio de progressão, que é caracterizado pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas pelos mecanismos atuantes nas fases anteriores. Nesta fase, o câncer encontra-se desenvolvido e pode levar ao surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença e possíveis desenvolvimento de metástases (INCA, 2010).

4.2 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

A pele constitui o maior e um dos mais ativos órgãos do corpo formada por duas camadas: epiderme e derme. A epiderme é a superfície mais externa do corpo composta por várias camadas de células ricas em queratina denominadas de queratinócitos, que representam cerca de 80% das células epidérmicas. Os queratinócitos formam as quatro camadas da epiderme: camada basal, camada espinosa, camada granulosa e camada córnea, e por uma camada composta por células pigmentadas (melanócitos). A segunda camada, a derme, é mais profunda, onde são encontradas as principais estruturas da pele. Esta camada é composta por tecido conjuntivo, constituído de colágeno e fibras elásticas, vasos sanguíneos, vasos linfáticos, terminações nervosas sensoriais, glândulas sebáceas e sudoríparas. O tecido subcutâneo que está sob a pele, é uma camada de tecido conectivo e tecido adiposo que auxilia na união da pele ao músculo e ao osso (DEALEY, 2008) (*vide* figura 1).

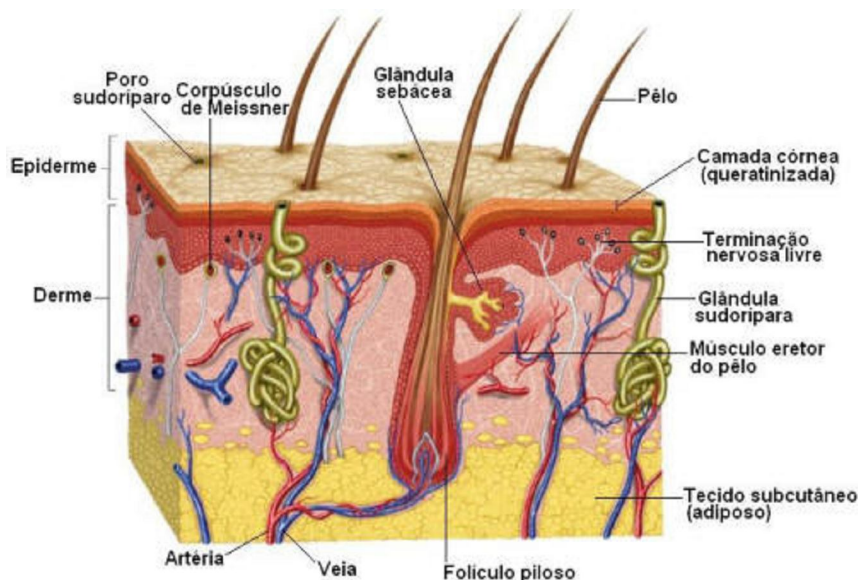


Figura 1: Representação dos constituintes do tecido epitelial.

(Fonte: Tortora e Grabowski, 2002).

De acordo com Tortora e Grabowski (2002), aproximadamente 8% das células epidérmicas são melanócitos. Essas células produzem o pigmento melanina e possuem prolongamentos longos que se estendem entre os queratinócitos e transferem grânulos de melanina a eles. A melanina é um pigmento de cor preto-amarronzado, que contribui para a coloração da pele e é responsável pela absorção de luz ultravioleta (UV), reduzindo assim seus efeitos danosos. Uma vez nos queratinócitos, os grânulos de melanina se unem formando um véu protetor em torno do núcleo, no lado voltado para a superfície da pele. Desse modo, protegem o DNA nuclear da radiação UV.

Os melanócitos sintetizam melanina a partir do aminoácido tirosina, em presença da enzima tirozinase. A síntese ocorre em uma organela conhecida como melanossoma. O aumento da exposição à radiação UV eleva a atividade da enzima presente nos melanossomas, elevando a produção de melanina. Tanto a quantidade quanto a cor da melanina se intensificam, o que confere a aparência bronzeada, dando assim proteção adicional ao corpo contra a radiação UV, dentro de certos limites. Esse bronzeado é perdido quando os queratinócitos, que contêm melanina, desprendem-se da camada córnea por descamação (TORTORA; GRABOWSKI, 2002).

A pele possui várias funções dentre elas destacam-se: Proteção, pois funciona como barreira isolante e imunológica; Termorregulação, que auxilia no controle da temperatura corporal; Percepção (estímulo perceptivo), através de diferentes tipos de sensibilidade: tátil, térmica e dolorosa; Secretora, pela presença de glândulas sebáceas e sudoríparas; Infusão de medicamentos; Identificação e Comunicação, pela presença de expressões faciais (DEALEY, 2008).

4.3 CÂNCER DE PELE

Como a pele é um órgão heterogêneo, o câncer de pele pode apresentar neoplasias de diferentes linhagens. Os mais frequentes são: carcinoma basocelular, responsável por 70% dos diagnósticos de câncer de pele, o carcinoma epidermóide com 25% dos casos e o melanoma, detectado em 4% dos pacientes (INCA, 2010).

O carcinoma basocelular é o tipo mais frequente, representando 70% dos casos. É mais comum após os 40 anos, em pessoas de pele clara. Seu surgimento está diretamente ligado à exposição solar acumulada durante a vida. Apesar de não causar metástase, pode destruir os tecidos à sua volta, atingindo até cartilagens e ossos (SBD, 2010).

Segundo o estudo de Smeltzer e Bare (2005), o carcinoma basocelular inicia como um nódulo perolado, translúcido, indolor, com telangiectasia (dilatação) em uma área do corpo exposta ao sol. Este agrupamento celular cresce lentamente, com invasão local durante muitos anos e pode, com o passar do tempo, aumentar, formar úlcera, sangrar e desenvolver uma borda enrolada e brilhante. Por isso, frequentemente é denominada de úlcera corrosiva. Neste caso específico, a face é o local mais comum e as metástases são raras.

O carcinoma espinocelular é o segundo tipo mais comum de câncer da pele e pode se disseminar por meio de gânglios linfáticos e provocar metástase. Entre suas causas estão: a exposição prolongada ao sol, principalmente sem a proteção adequada, tabagismo, exposição a substâncias químicas como o arsênio e alcatrão e alterações na imunidade (SBD, 2010).

Segundo Smeltzer e Bare (2005), o carcinoma espinocelular é uma proliferação maligna que se origina a partir da epiderme. Embora ele geralmente apareça na pele lesionada pelo sol, pode originar-se a partir da pele normal ou de lesões cutâneas preexistentes. O mesmo manifesta-se como um tumor áspero,

espessado e descamativo, que pode ser assintomático ou apresentar hemorragia. A borda da lesão pode ser mais ampla, mais infiltrada e mais inflamatória que a de uma lesão de carcinoma basocelular. Pode ocorrer infecção secundária. Os locais mais comuns são as áreas expostas, principalmente dos membros superiores e da face, lábio inferior, orelhas, nariz e fronte.

O melanoma é o tipo mais grave de câncer de pele, com alto potencial de produzir metástase. Pode levar à morte se não houver diagnóstico e tratamento precoce. É mais freqüente em pessoas de pele clara e sensível. Normalmente, inicia-se com uma pinta escura (SBD, 2010).

O câncer de pele é o tipo de câncer mais frequente, correspondendo a cerca de 25% de todos os tumores malignos registrados no Brasil. Segundo um relatório divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) até 60 mil pessoas morrem por ano por câncer de pele, destas mortes 48 mil são decorrentes de melanomas malignos (INCA, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), a radiação ultravioleta é o principal fator responsável pelo desenvolvimento do câncer e o envelhecimento da pele. Ela se concentra nas cabines de bronzamento artificial e nos raios solares.

A exposição à radiação ultravioleta (UV) proveniente do sol é considerada a principal causa de câncer de pele tipo melanoma e não melanoma. Esses raios solares penetram profundamente na pele e estão relacionados com o envelhecimento das células, que pode contribuir também para o desenvolvimento do câncer de pele. Os raios UVB penetram na epiderme e são os principais responsáveis pelos danos no DNA celular. Com isso, se o DNA dos genes que controlam o crescimento celular for afetado, poderá desenvolver também, um câncer de pele como resultado. Esses raios (UVA e UVB) são os mais fortes e que mais danificam as células e são comumente encontrados entre 10 e 16 horas do dia (BRASIL, 2008).

A incidência desse tipo de câncer aumenta de modo constante à medida que se chega próximo a linha do equador. Mais de 90% dos casos de câncer de pele encontram-se em regiões do corpo que ficam expostas ao sol como cabeça, pescoço e membros. É comum ver câncer de pele não-melanoma em jovens como resultado da exposição tanto para o lazer como ocupacional. Porém, outros fatores além da exposição solar podem está ligados à incidência, incluindo algumas

condições genéticas como o xeroderma pigmentoso (doença congênita que se caracteriza pela intolerância total da pele ao sol, com queimaduras externas, lesões crônicas e tumores múltiplos) e a síndrome de Gorlin (UICC, 2006).

4.4. MELANOMA

A primeira descrição que refere o melanoma surgiu durante o período 460 a 375 a.C. nas escrituras de Hipócrates. Porém, o termo “melanoma” foi originalmente adotado em 1838 por Robert Carswell, no qual utilizou para descrever lesões malignas pigmentadas da pele. Com isso, em 1969, Clark e colaboradores desenvolveram o sistema de micro estadiamento utilizando os níveis de invasão da pele como base, onde posteriormente, Breslow demonstrou a importância da espessura do melanoma como fator indispensável ao prognóstico (WAINSTEIN; BELFORT, 2004).

No Brasil, estudos sobre melanoma são ainda escassos. Considerando-se a extensão territorial do país e as particularidades étnicas da população brasileira, estudos epidemiológicos são importantes para se conhecer melhor as características e o comportamento dessa doença neste meio (GON et al, 2001).

O melanoma cutâneo é um tipo de câncer que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e tem predominância em adultos brancos (INCA, 2010). Estas células originam-se da crista neural e migram para seu destino final: pele, trato uveal, meninges e mucosa da ectoderme. A maioria dos melanócitos é encontrada na junção epiderme-derme da pele, e a maioria dos melanomas origina-se na pele. Entretanto, o melanoma também pode ser encontrado em outras áreas do corpo como nas meninges, nos olhos, nas mucosas do trato gastrointestinal e respiratório, e na vagina (WEBER et al, 2007).

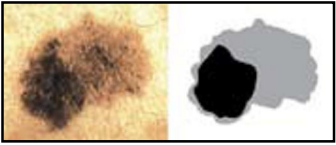
No entanto, dependendo de suas características clinicopatológicas, o melanoma divide-se em cinco subtipos principais: melanoma com disseminação superficial, melanoma lentigo-maligno, melanoma nodular e melanoma acral-lentiginoso. Esses tipos apresentam aspectos clínicos e histológicos específicos, bem como diferentes comportamentos biológicos (SMELTZER; BARE, 2005).

De acordo com o INCA, seu surgimento pode ser ocasionado por exposição excessiva à radiação solar, alteração das características fenotípicas, albismo, nevo

melanocítico pré-existente, nevo congênito, nevo displásico. Portanto, o diagnóstico precoce alcançado por meios de programas educativos auxilia na diminuição da taxa de mortalidade.

O sinal principal de alerta em relação ao melanoma é a mudança nas características clínicas de um nevo ou a ocorrência de lesão pigmentada que surgiu na pele íntegra. Alterações como variação na cor, diâmetro, altura ou mudança na forma (assimetria) são referidas por 80% dos pacientes ao tempo do diagnóstico. Esses critérios, reunidos sob o acrônimo ABCDE, devem ser de conhecimento obrigatório da classe médica, demais profissionais da saúde e pelos indivíduos de risco (MARQUES et al, 2009) (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição dos critérios de classificação da lesão do melanoma.

	A – ASSIMETRIA: Os melanomas tendem a exibir uma assimetria de cores e forma.
	B – BORDAS: Apresenta-se com bordas irregulares e final abrupto da pigmentação.
	C – COR: No melanoma, predomina-se as cores escuras e em alguns casos com presença de várias cores em uma mesma lesão (preto, marrom claro, marrom escuro, cinza-azulado, vermelho e branco).
	D – DIÂMETRO: Como regra, diâmetros maiores que 6 milímetros levam a uma suspeita maior de lesão maligna. Lembrando sempre, que existem melanomas de diâmetro menor e quanto mais precoce o diagnóstico melhor.
E – EVOLUÇÃO: Todo nevo que mudar de cor, de formato e relevo, em curto período de tempo (1 a 3 meses) deve ser examinada por um profissional da saúde.	

Pacientes com lesões suspeitas de melanoma devem ser submetidos à biópsia. O tipo de biópsia mais adequado é a biópsia excisional, que se caracteriza pela remoção completa da lesão, com margens da 1,0 a 2,0 mm, incluindo tecido celular subcutâneo (TOVO et al, 2002).

As metástases sistêmicas ocorrem por disseminação hematogênica e atingem a própria pele, o tecido subcutâneo, o pulmão, o fígado, o cérebro, ossos, o coração, as supra-renais e o aparelho digestivo, em ordem decrescente de frequência. A metástase pulmonar é encontrada em 70% das autópsias de pacientes com melanoma. No entanto, o pulmão é o órgão mais comum de metástases e é a causa mais comum de morte (WEBER et al, 2007).

A UICC (2006) mostra que o crescimento de um melanoma pode apresentar-se de forma radial (horizontal) ou vertical atingindo a epiderme ou derme. Porém, a profundidade da lesão está relacionada com o risco para metástase, em particular, a espessura do melanoma no momento em que é diagnosticado. Quando o mesmo se restringe a epiderme, é dito “*in situ*” e, portanto, com alta probabilidade de cura.

Os tipos específicos de melanoma com fase de crescimento radial incluem o melanoma lentigo maligno, o melanoma extensivo superficial e o melanoma acral lentiginoso. Com o decorrer do tempo, o padrão de crescimento assume um componente vertical, quando o mesmo se aprofunda, invadindo as camadas mais profundas da pele em expansão, porém sem maturação celular. A probabilidade de metástase a partir dessa fase pode ser inferida através da medida do índice de Breslow, que consiste em medir, em milímetros, a profundidade de invasão da lesão em fase de crescimento radial ou vertical a partir do topo ou porção mais superficial da camada de células granulares da epiderme sobrejacente (WEBER et al, 2007).

O diagnóstico microscópico de algumas lesões melanocíticas permanece sendo uma das maiores dificuldades para o patologista cirúrgico. Apesar do desenvolvimento da imuno-histoquímica e das técnicas de biologia molecular e da citogenética, ainda não se conseguiu separar com segurança as lesões benignas das malignas, utilizando-se essas técnicas. O método da histopatologia convencional com cortes corados pela hematoxilina-eosina, continua sendo a melhor forma de diagnosticar essas lesões onde a confirmação, muitas vezes, depende dos conhecimentos e da experiência do médico patologista. Portanto, ainda hoje a diferença entre maligno e benigno nas lesões melanocíticas se baseia nos critérios histopatológicos descritos na literatura, e a maior parte deles com muito tempo de

existência. A dificuldade diagnóstica na qual é observada no melanoma deriva, fundamentalmente, do fato de não haver um só critério que seja exclusivo e definitivo de malignidade. Vários critérios para o diagnóstico histopatológico de melanoma são descritos na literatura, contudo todos podem estar presentes, em graus variados de frequência, também em lesões benignas. Trabalhos diversos mostram a presença de critérios para diagnóstico de melanoma em lesões exclusivamente benignas tornando difícil a diferenciação entre benigno e maligno (VERONESE et al., 2007).

4.4.1 Melanoma de Disseminação Superficial (MDS)

Esse tipo de melanoma representa 70% de todos os casos diagnosticados da doença. O MDS geralmente está associado a uma lesão preexistente na pele, principalmente em pessoas idosas onde se localizam com mais frequência nas regiões da cabeça, pescoço e tronco nos homens e, em mulheres nos membros inferiores. As lesões são geralmente coloridas, com diversos tons de marrom, preto, vermelho e branco (GUIMARÃES, 2004).

Depois de meses a anos, diante de uma evolução crônica, podem surgir nódulos elevados, sangramentos ou transudação o que já caracteriza o estágio mais avançado, de crescimento vertical (FERNANDES et al, 2003).

4.4.2 Melanoma Nodular (MN)

O melanoma nodular o segundo tipo mais comum, correspondendo 10% a 15% dos casos. Isso ocorre por ser mais agressivo que o MDS podendo ser diagnosticado em qualquer parte do corpo, principalmente no tronco. Apresenta-se na fase de crescimento vertical e, por esse motivo, associa-se a lesões de maior profundidade e risco aumentado de metástase (GUIMARÃES, 2004).

O melanoma nodular apresenta-se em um modelo esférico, com uma superfície relativamente lisa e coloração azul-escura passivamente uniforme. Pode ter o formato de cúpula, com uma superfície lisa, podendo também, exibir outros tons de vermelho, cinza ou púrpura (SMELTZER; BARE, 2005).

4.4.3 Melanoma Lentigo-Maligno (MLM)

Segundo Guimarães (2004), esse tipo de melanoma acomete cerca de 4% a 10% da população com diagnóstico de melanoma no mundo.

Os melanomas lentigo-malignos são lesões pigmentadas, de evolução lenta, que ocorrem em áreas cutâneas expostas ao sol, principalmente no dorso da mão, na cabeça e no pescoço em pessoas idosas. Inicialmente, elas aparecem como lesões planas bronzeadas, mas, com o passar do tempo, sofrem alterações no tamanho e na coloração (SMELTZER; BARE, 2005).

4.4.4 Melanoma Acral Lentiginoso (MAL)

Representa 2% a 8% dos casos de melanoma em pessoas de pele clara, porém, 30% a 60% em indivíduos de raça negra, hispânicos e asiáticos. A maior incidência acomete indivíduos de 50 a 65 anos (INCA, 2010).

Esse tipo de melanoma ocorre em áreas do corpo não excessivamente expostas à luz solar e onde os folículos pilosos estão ausentes. É encontrado nas regiões palmares, nas regiões plantares, nos leitos ungueais e nas mucosas em pessoas de pele escura. Esses melanomas aparecem como máculas pigmentadas irregulares que desenvolvem nódulos. Eles podem tornar-se invasivos precocemente (SMELTZER; BARE, 2005).

Alguns fatores de risco para desenvolvimento do melanoma em população negra incluem cicatrizes de queimadura, radioterapia, traumas, imunodepressão e lesões pigmentadas preexistentes (especialmente nas regiões acral e mucosa). A história familiar não parece ser fator predisponente. É provável que outros fatores, talvez imunológicos e ambientais, desempenhem algum papel no desenvolvimento do melanoma em negros. As causas possíveis para o prognóstico ruim incluem a demora no diagnóstico, a presença frequente de lesões primárias já mais espessas e os tumores acrais intrinsecamente mais agressivos (ALCHORNE; ABREU, 2008).

4.4.5 Melanoma Desmoplásico

O melanoma desmoplásico em certos casos é uma variante do melanoma nodular ou extensivo superficial, sendo propensa a recorrência local e disseminação

ao longo dos nervos superficiais. É geralmente encontrado na região da cabeça e pescoço e são pouco comuns em homens (UICC, 2006).

Segundo Guimarães (2004), esse tipo de melanoma é responsável por aproximadamente 1% dos melanomas. Em 75% desses casos, o melanoma desmoplásico não apresenta pigmentação e possui alto risco de recorrência local, em virtude, provavelmente, de neurotropismo associado.

4.5 ESTADIAMENTO DO MELANOMA

Os tumores malignos, apesar de sua variabilidade, seguem um caminho biológico comum na maioria deles, onde se inicia pelo crescimento e invasão local, seguindo para os órgãos vizinhos e terminando com a disseminação regional e sistêmica (BRASIL, 2008).

Em 1969 e 1970, Clark e Breslow definiram a relação entre a espessura do tumor e a sobrevida do paciente. Onde atualmente, a espessura da lesão (Breslow) é o melhor fator prognóstico na sobrevida do paciente portador de melanoma (JOSÉ, 2005).

No entanto, para o estudo da biologia molecular do melanoma, é importante que se conheça sua classificação segundo o nível de invasão. O índice de Breslow (estadiamento vertical) representa a espessura tumoral, é reconhecido como medida para seleção dos pacientes de acordo com o risco de desenvolver metástase. Pacientes que apresentam lesões de espessura $< 0,75\text{mm}$ possuem melhor prognóstico, diferente daqueles com lesões de espessura $> 3\text{mm}$. Por outro lado, o índice de Clark (nível de invasão) é dividido em: estágio I – lesões intra-epidérmicas e epitélio anexial; estágio II – invasão até a derme papilar; estágio III – preenche toda a derme reticular sem invadi-la; estágio IV – invasão da derme reticular; estágio V – invasão da hipoderme (PINHEIRO et al, 2003).

Tabela 2: Classificação dos níveis de melanoma a partir das características clinicopatológicas.

NÍVEIS DE CLARK (INVASÃO)	NÍVEIS DE BRESLOW (ESPESSURA)
I. Células melanocíticas malignas in situ.	I. Espessura menor que 0.75mm.
II. Invasão além da membrana basal, mas somente na derme papilar.	II. Espessura de 0.75 a 1,5mm.
III. Invasão tumoral ocupando a derme papilar sem ocupar toda derme reticular.	III. Espessura de 1,6mm a 3,0mm.
IV. Invasão tumoral de toda a derme reticular.	IV. Espessura de 3,1mm a 4,0mm.
V. Invasão do tecido celular subcutâneo.	V. Espessura maior que 4,0mm.

Fonte: Dados obtidos do autor.

Todos os pacientes com diagnóstico de melanoma que apresentem níveis de Breslow maior que 1mm, ou menores que 1mm e que apresentarem níveis de Clarck IV ou V, com áreas de ulceração ou regressão, devem ser acompanhados através da pesquisa por linfonodo sentinela. Onde através dessa técnica, poderá ser identificado o desenvolvimento de metástase ganglionar assintomática. Após diagnosticado, o melanoma que apresenta-se com lesões menores que 0,75mm de espessura, a sobrevida desse paciente em média, é de 5 anos próximo a 100% e praticamente sem metástase, enquanto que pacientes com lesões maior que 4mm de espessura, apresentem em média apenas 40% de sobrevida em 5 anos. Somente 55% dos pacientes com metástase ganglionar e 14% dos pacientes com metástase a distância conseguem sobreviver por mais 5 anos (JOSÉ, 2005).

Para a ação do enfermeiro, o conhecimento do estadiamento do melanoma é fundamental para que possa entender as bases terapêuticas do tratamento médico elaborado, orientar de forma adequada a apresentação clínica da doença diante dos sinais e sintomas apresentados pelo cliente. Por fim, poder estabelecer com o cliente uma relação profissional orientada pelo respeito e entendimento real do prognóstico da doença (BRASIL, 2008).

4.6 FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO MELANOMA

A radiação ultravioleta (UVA e UVB) está fortemente relacionada com o desenvolvimento do melanoma, seja por mecanismos de lesão direta no DNA celular

ou de forma indireta na imunovigilância do indivíduo, onde trabalhadores que ficam expostos ao sol são mais susceptíveis e necessitam de acompanhamento rigoroso. Nas pessoas caucasianas, enquanto mais branco for, mais freqüente o aparecimento dessas lesões melanocíticas (JOSÉ, 2005).

O espectro da radiação ultravioleta subdivide-se em três bandas de comprimento de onda, denominadas UVA, UVB e UVC. A radiação ultravioleta UVA, correspondente aos comprimentos de onda mais longos (315 nm a 400 nm), apesar de ser a menos eficiente na produção de eritema e subsequente melanogênese, esse tipo de radiação é indutora de processos oxidativos. Ao ser absorvido, o UVA reage com o oxigênio molecular, produzindo espécies reativas capazes de induzir reações inflamatórias na pele e causar danos ao DNA celular. Na radiação UVB encontra-se comprimentos de onda intermediários (315 nm a 280 nm), mais eficientes na produção de danos diretos ao DNA, produzindo também, eritema e melanogênese. Por outro lado, a radiação UVC é composta pelos comprimentos de onda mais curtos (280 nm a 100 nm), que contém o pico de absorção pelo DNA puro (260 nm). Entretanto, por sua curta penetração na epiderme, não é tão efetiva quanto às radiações UVA e UVB no estímulo a produção de melanina (SOUZA et al, 2004).

Estudos relatam que além da exposição à radiação solar, vem-se aumentando a exposição a fontes artificiais de radiação ultravioleta. A prática do bronzamento artificial difunde-se rapidamente, estando ao alcance de boa parcela da população brasileira. No entanto, argumenta-se que o bronzamento artificial seria uma opção segura, pois as lâmpadas empregadas emitiriam somente radiação ultravioleta de comprimento de onda mais longo (UVA). Porém, estudos recentes apontam o UVA como importante fator para o desenvolvimento do melanoma, atuando sinergicamente com o UVB (SOUZA et al, 2004).

Porém, de acordo com o INCA, os fatores de risco em ordem de importância no melanoma são: sensibilidade ao sol (queimadura pelo sol e não bronzamento), pele clara, exposição excessiva ao sol, história prévia de câncer de pele, história familiar de melanoma, nevo congênito (pinta escura), maturidade (após 15 anos de idade a propensão para este tipo de câncer aumenta), xeroderma pigmentoso e nevo displásico (lesões escuras da pele com alterações celulares pré-cancerosas).

4.7 AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO MELANOMA

Atualmente a oncologia vem apresentando grande evolução nas técnicas diagnósticas e terapêuticas, o que possibilita a sobrevida e qualidade de vida dos pacientes com câncer. É de responsabilidade do profissional de enfermagem acompanhar o desenvolvimento dessa especialidade através dos estudos científicos, que são os principais recursos para a atualização do conhecimento sobre o cuidado ao paciente oncológico (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Na prática da assistência ao paciente oncológico e sua família, o enfermeiro é inserido nas ações de prevenção e controle. Desenvolve ações educativas, ações integradas com os demais profissionais da saúde, apóia medidas legislativa e identifica fatores de risco ocupacional. (SILVEIRA; ZAGO, 2006).

Em oncologia encontra-se o termo prevenção classificado em níveis primário e secundário. A prevenção primária representa o período anterior à doença, incluindo medidas de proteção ao indivíduo contra riscos e danos. Desse modo a prevenção primária divide-se em ações de promoção e proteção específicas contra fatores de risco contra o câncer. Por outro lado, a prevenção secundária é o rastreamento (*screening*) do câncer, ou seja, uma avaliação de indivíduos assintomáticos, para classificá-los como candidatos a exames mais refinados de avaliação, com o objetivo de descobrir um câncer oculto ou uma afecção pré-maligna que pode ser curada com tratamento específico (CESTARE; ZAGO, 2005).

O câncer de pele é a forma mais comum e prevenível de câncer atualmente, no entanto essa prevenção tem sido realizada de modo geral, na forma de programas educativos com o objetivo de reduzir a exposição da população a radiação solar. (UICC, 2006).

A atividade principal do enfermeiro em sua atuação na prevenção primária é a educação em saúde. O enfermeiro participa do planejamento, execução e avaliação das ações de saúde por meio do cuidado global ao indivíduo, à família e a comunidade, desenvolvendo programas educativos para os profissionais da saúde, pacientes, familiares e comunidade, envolvendo-se na investigação científica de problemas de enfermagem, contribuindo com pesquisas no sentido de favorecer a promoção e recuperação da saúde do indivíduo e da população (BRASIL, 2002).

As principais ações de enfermagem desenvolvidas no âmbito da prevenção primária do melanoma incluem: orientar a população quanto à associação sol e câncer de pele, uso correto do protetor solar, utilização de roupas apropriadas, uso de chapéus e óculos de sol, limitar o tempo de exposição solar e evitar fontes artificiais de radiação ultravioleta (bronzamento artificial) (NORA et al, 2004). Por outro lado, de acordo com a UICC (2006), a prevenção secundária está voltada para o rastreamento, detectando lesões em estágio inicial e com isso, reduzir custos e morbidade do tratamento desses pacientes. Pessoas com história familiar de melanoma, em especial por parentes de primeiro grau e aquelas com mais de 100 nevos melanocíticos, devem ser acompanhadas com exame geral da pele e aconselhadas a desenvolver medidas apropriadas de proteção contra o sol.

Nettina (2003) relata que o enfermeiro, diante de suas intervenções de enfermagem para a prevenção do melanoma, deve incentivar a população para a realização do auto-exame da pele e instruí-los a examinar mensalmente a pele.

Rocha et al (2002) refere sobre a importância do auto-exame da pele, por ser um órgão de fácil acesso, servindo como modelo ideal para implementação de mecanismos que permitam o diagnóstico precoce. No melanoma esse fator é bastante importante já que lesões de pouca espessura e de até 0,75mm possui uma sobrevida de cinco anos em 95% dos casos.

Na realização do auto-exame o indivíduo deve procurar: manchas pruriginosas (que coçam), descamativas ou que sangram; sinais ou pintas que mudam de tamanho, forma ou cor; feridas que não cicatrizam em 4 semanas (INCA, 2010).

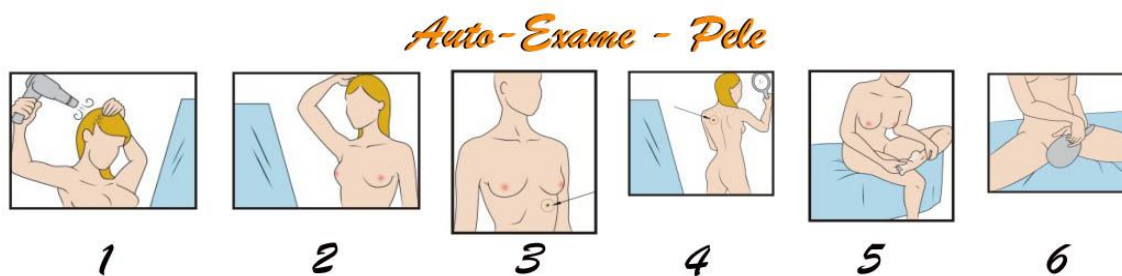


Figura 2: Representação das etapas de realização do auto-exame da pele.
(Fonte: <http://www.ibcc.org.br/indexSite.htm>>)

O enfermeiro deve ensinar o auto-exame da pele obedecendo aos seguintes passos: 1: Examine a face e a cabeça com a ajuda de um espelho. Examine também o couro cabeludo; se precisar use um secador de cabelos para examinar

detalhadamente essa parte do corpo. 2: Verifique as unhas e mãos, os cotovelos, braços, antebraços e axilas. 3: Preste atenção na pele do pescoço, tórax e tronco. As mulheres também devem ficar atentas à pele sob as mamas. 4: Ainda com a ajuda de um espelho de mão, visualize, em um espelho maior, as costas, nuca, ombros, nádegas e pernas. 5: Sentado (a), verifique pernas e pés, incluindo a sola e frente dos pés, calcanhares e unhas. 6: Com a ajuda de um espelho de mãos, verifique a região genital (IBCC, 2010).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no trabalho apresentado, a prevenção pode ser a principal forma de aumentar a eficácia para o tratamento do melanoma e a sobrevivência da população de risco. As ações preventivas realizadas pelo enfermeiro nos casos de melanoma cutâneo devem incluir a prevenção primária, através da educação em saúde, e a prevenção secundária com avaliação mais detalhada da pele por meio da técnica de auto-exame. As ações preventivas podem ser realizadas tanto com profissionais da área quanto para a população em geral, destacando a fundamental importância da atuação desse profissional na prevenção do melanoma, possibilitando o reconhecimento de alterações precoces sugestivas da doença.

Na tentativa de favorecer a prevenção e o diagnóstico precoce, é de fundamental importância o envolvimento de todos os profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, como conhecedor dos fatores de risco, da epidemiologia e dos sintomas inerentes do melanoma dentro a população brasileira, bem como é relevante dar continuidade com qualidade aos cuidados prestados no processo de tratamento e reabilitação.

Embora a literatura científica e o Ministério da Saúde reforcem a necessidade do diagnóstico precoce, ainda há poucas ações com medidas preventivas e de rastreamento, como o auto-exame, sendo executadas na população. Tal fato não se aplica apenas aos servidores de saúde, mas à população em geral. Há carência de propagandas, palestras ou qualquer outra forma de conscientização, orientação quanto aos fatores causadores do câncer de pele e maneiras de prevenção contra os sinais e sintomas que podem ser sugestivos de uma lesão melanocítica.

O enfermeiro, por sua vez, no exercício da profissão, assiste o paciente, a família e a comunidade, promovendo ações educativas que propõem a prevenção e promoção de saúde, visando à educação e o suporte psicossocial. No que se refere à atuação na prevenção primária, é responsável por informar e educar a população e através da prevenção secundária, avaliar e identificar grupos de risco para o melanoma com o auxílio do auto-exame da pele. Assim, o enfermeiro é responsável por assegurar aos indivíduos e comunidade a compreensão e o entendimento do processo da doença e sua prevenção, capacitando-os para tomar a decisão de cuidar da própria saúde e permitindo-lhes, então, desenvolver estratégias de

prevenção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino - serviço**. 2.ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer; **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino - serviço**. 3ª Ed. Rev. Atual. Ampliada. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

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

DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para enfermeiras**. Coordenação e revisão de Rúbia Aparecida Lacerda; tradução Eliane Kanner. São Paulo: Atheneu, 2008.

FERNANDES, N. C. et al. **Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos**. An. Bras. Dermatol. [online]. 2005, vol.80, n.1, p. 25-34.

GUIMARÃES, José R. Q. **Manual de Oncologia**. 1ª ed. BBS; São Paulo, 2004.

INCA. **Câncer de Pele Melanoma**. Disponível em:< <http://www.inca.gov.br>>. Acesso em 25 de setembro de 2010.

Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC) disponível em: <<http://www.ibcc.org.br/indexSite.htm>>; acesso em 04/11/2010, às 13:00 hs.

JORDE, L. B.; **Genética Médica**. 2ª ed; Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2000.

JOSÉ, Raquel Ferreira. **Melanoma cutâneo primário: características epidemiológicas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina entre janeiro de 1998 e julho de 2004**. P. 22; Monografia (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005. Cap. 1.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**. 7 ed. São Paulo; Atlas S.A. 2008.

MARQUES, S.A. et al.; **Melanoma cutâneo com longo tempo de história clínica. Impacto na conduta e no prognóstico. Relato de caso**; Diagn Tratamento; v. 14, n.1, p. 22-7, 2009.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 7ª ed. Editora Guanabara Koogan; Rio de Janeiro, 2003.

NORA, Adelar Bocchese et al; **Frequência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul**. An. Bras. Dermatol. [online]. 2004, vol.79, n.1, pp. 45-51.

PINHEIRO, Ana Maria Costa et al; **Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999**. An. Bras. Dermatol. [online]. 2003, vol.78, n.2, pp. 179-186.

ROCHA, Fernando Passos da et al; **Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas**. Rev. Saúde Pública [online]. 2002, vol.36, n.1, pp. 101-106.

SILVEIRA, Camila Santejo; ZAGO, Márcia Maria Fontão. **Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2006, vol.14, n.4, pp. 614-619.

SMELTZER, S.; BARE,B.G. Brunner & Suddarth – **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgico**. 10ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2005, v. 4. Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). **Câncer de Pele**. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/>>. Acesso em 12-10-2010 às 11:00h.

SOUZA, Sonia R P de et al; **Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura**. Rev. Saúde Pública [online]. 2004, vol.38, n.4, pp. 588-598.

TORTORA, G. J; GRABOWSKI, S. R; **Princípios de anatomia e fisiologia**. 9ª ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002.

UICC – União Internacional de Controle do Câncer. **Manual de oncologia clínica**. 8ª ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 2006.

VERONESE, L. A; MARQUES, Mariangela E. A. **Crítérios anatomopatológicos para melanoma maligno cutâneo: análise qualitativa de sua eficácia e revisão da literatura.** J. Bras. Patol. Med. Lab. [online]. 2004, vol.40, n.2, p. 99-112.

WAINSTEIN, A. J. A; BELFORT, F. A. **Conduta para o melanoma cutâneo.** Rev. Col. Bras. Cir. [online]. 2004, vol.31, n.3, p. 204-214.

WEBER, Ariana Lebsa et al; **Avaliação de 496 laudos anatomopatológicos de melanoma diagnosticados no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.** An. Bras. Dermatol. [online]. 2007, vol.82, n.3, p. 227-232.