

CÂNCER DE PELE: análise dos fatores fisiopatológicos, psíquicos e ambientais, com enfoque assistencial

Taisa Viana Feitosa¹
Sara Silva Nascimento¹
Daianny Batista Soares¹
Gildeane Fonseca de Lima Bomjardim¹
Laiane Flavia Elias Dutra¹
Synara Simões Macedo¹
Iane de Paula Rego Cunha²

Este estudo tem por objetivo fazer uma discussão e suscitar reflexões sobre a necessidade de um diálogo interdisciplinar. O câncer é uma patologia de etiologia multifatorial. Existem três tipos de câncer cutâneo: o Carcinoma Basocelular, o Carcinoma Espinocelular e o Melanoma Maligno. O presente estudo se desenvolveu a partir de um relato de caso clínico de melanoma maligno na cidade de Imperatriz- MA. É fundamental ressaltar que o enfoque principal se constituiu a partir de levantamentos e pesquisas bibliográficas.

Palavras – chave: Câncer de Pele. Assistência. Melanoma

ABSTRACT

This study aims to make a discussion and elicit reflection on the need for interdisciplinary dialogue. Cancer is a disease of multifactorial etiology. There are three types of skin cancer: Basal Cell Carcinoma, Squamous Cell Carcinoma and Malignant Melanoma. This study developed from a clinical case of malignant melanoma of the city of Imperatriz- MA. It is crucial to put the main focus was formed from surveys and literature searches.

Words – key: Skin Cancer. Assistance. Melanoma

¹ Graduandas do Curso de Bacharelado em Enfermagem do IESMA/ UNISULMA
daiannybatista@hotmail.com, gildeane02@gmail.com, laiane-flavia@hotmail.com,
sarasilvanascimento1@hotmail.com, synarasimões@hotmail.com, taisavianafeitosa@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia de etiologia multifatorial resultante de alterações genéticas, fatores ambientais e estilo de vida, sendo um importante problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (BORATO, 2013).

Goldman (2001), afirma que o câncer pode surgir em decorrência de uma ampla série de agentes que sensibilizam as células ou que podem constituir a causa de uma seqüência de eventos, ou ainda, contribuir diretamente para isso. A via comum final praticamente em todos os casos consiste numa mutação genética celular, que converte uma célula bem comportada do corpo em uma destrutiva que não responde aos controles e equilíbrios habituais de uma comunidade normal de células.

Para Sampaio e Rivitti (2001), existem três tipos de câncer cutâneo: o Carcinoma Basocelular, o Carcinoma Espinocelular e o Melanoma Maligno. O carcinoma basocelular é o mais frequente, tendo malignidade local, raramente apresentando metástase. O carcinoma espinocelular desenvolve-se em consequência da exposição á luz solar, possuindo maior facilidade para disseminar para outros órgãos que o basocelular. O melanoma maligno é a forma menos frequente, porém mais agressiva de tumor cutâneo.

O câncer da pele é o mais comum de todos os tipos de câncer e representa mais da metade dos diagnósticos da doença. São estimados 188.020 novos casos no Brasil em 2014, segundo estatísticas do Instituto Nacional do Câncer (INCA). O câncer da pele não melanoma é o mais incidente no Brasil, com 182.130 casos novos previstos para 2014, também segundo o INCA. Desse total, 98.420 devem ocorrer em homens e 83.710 em mulheres. Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é baixa (2.960 casos novos em homens e 2.930 em mulheres), totalizando 5.890 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2013).

2 METODOLOGIA

O presente estudo se desenvolveu a partir de um relato de caso clínico de melanoma maligno na cidade de Imperatriz- Maranhão. É fundamental colocar que o

[Digite texto]

enfoque principal se constituiu a partir de levantamentos qualitativos e pesquisas bibliográficas.

A proposta metodológica partiu de experiência do processo de ensino-aprendizagem vivida na disciplina de Saúde do Adulto ministrada durante o segundo semestre letivo do ano de 2014 para o curso de Graduação/Bacharelado em Enfermagem.

3 CÂNCER DE PELE

A exposição excessiva ao sol é responsável, praticamente, por todos os 1 milhão de casos de câncer de pele diagnosticados anualmente nos Estados Unidos. Há três formas comuns de câncer de pele. Os carcinomas de células basais respondem aproximadamente 78% de todos os cânceres de pele. Os tumores originam-se das células da camada basal da epiderme e, raramente, se metastatizam Os carcinomas de células escamosas, que respondem por aproximadamente 20% de todos os cânceres de pele. Originam-se das células escamosas da epiderme e têm uma tendência variável para a metástase. A maioria surge de lesões preexistentes nos tecidos danificados na pele exposta ao sol (TORTORA; DERRICKSON, 2009).

3.1 Carcinoma Basocelular

O carcinoma basocelular (CBC) constitui o tipo mais comum de câncer de pele. Em geral, aparece em áreas do corpo expostas ao sol e é mais prevalente em regiões onde a população está sujeita a exposição intensa ao sol (SMELTZER *et al*, 2011).

Embora o CBC seja observado em pessoas de todas as raças e tipo de pele, indivíduos de pele escura raramente são afetados, e é mais frequentemente encontrado em indivíduos de pele clara. Os homens são afetados duas vezes mais que as mulheres. A maior incidência em homens e provavelmente devida ao aumento da exposição de lazer e ocupacional ao sol. A probabilidade de desenvolvimento do CBC aumenta com a

[Digite texto]

idade. É raramente encontrado em pacientes com menos de 40 anos (TOWNSEND *et al*, 2005).

3.1.1 Etiologia

A causa exata do CBC é desconhecida, mas fatores ambientais e genéticos podem predispor os doentes à formação de CBC. A luz solar, particularmente a exposição crônica, é a associação mais freqüente com o desenvolvimento do CBC; correlaciona o risco com a quantidade e a natureza da exposição acumulada, especialmente durante a infância (FERREIRA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2013).

A radiação Ultra Violeta (UV) afeta a pele de duas maneiras que resultam em uma incidência aumentada do carcinoma: há um efeito carcinogênico direto sobre os queratinócitos em divisão freqüente na camada basilar da epiderme. As mutações não-reparadas resultam em promoção e crescimento tumoral. O segundo mecanismo relaciona-se com a depressão da vigilância imune cutânea que, por sua vez, inibe a rejeição tumoral. O gene supressor tumoral P53 é mutado em mais de 90% dos casos (TOWNSEND *et al*, 2005).

3.1.2 Fisiopatologia do CBC

A radiação tem provado ser tumorigênica por dois mecanismos, o primeiro leva a uma proliferação celular prolongada, o segundo mecanismo é um dano direto durante a replicação do DNA, levando à mutação celular. As proteínas de reparo do DNA são grupos de proteínas que estimulam fisiologicamente a parada do ciclo celular e apoptose. A falha desse grupo de proteínas em detectar erros induzidos no DNA levam à sobrevivência das células mutantes (FERREIRA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2013).

3.1.3 Aspectos Clínicos

[Digite texto]

Os CBCs ocorrem com maior frequência na face, acima das comissuras labiais aos lóbulos auriculares. Aproximadamente 85% dos casos de CBC na região da cabeça e do pescoço e 30% em localização nasal, a mais frequente. O CBC é menos comum no tronco e nas extremidades. Não acomete as regiões palmoplantares, sendo as mucosas atingidas apenas por contigüidade (TOWNSEND *et al*, 2005).

O CBC surge habitualmente como um pequeno nódulo com bordas roladas, translúcidas e peroladas; pode-se verificar a presença de vasos telangiectásicos. À medida que cresce, sofre ulceração central e, por vezes, há formação de crosta. O CBC caracteriza-se pela invasão e erosão dos tecidos contínuos (adjacentes). Raramente metastatiza, porém a recidiva é comum. Outras variantes do CBC podem aparecer como placas brilhosas, planas, acinzentadas ou amareladas (SMELTZER, *et al* 2011).

3.2 Carcinoma Epidermóide Celular

O carcinoma espinocelular ou epidermoide é o 2º tipo de câncer de pele mais frequente (20 a 25%). Acredita-se que a grande maioria dos CECs tem etiopatologia idêntica á do carcinoma basocelular, ou seja, a exposição crônica á radiação ultravioleta, sendo também mais acometida a população de pele clara. O carcinoma epidermóide é uma neoplasia dos ceratinócitos que demonstram características malignas (FERREIRA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2013).

3.2.1 Etiologia

Os fatores envolvidos na patogênese do CEC são similares aos do CBC e incluem a exposição á UV, mutações genéticas, infecções virais e imunossupressão. A presença de cicatrizes traumáticas extensas na pele deve ter atenção especial, pois o aparecimento de pequenas ulcerações durante a evolução destes pacientes pode significar uma grande possibilidade de malignização (TOWNSEND *et al*, 2005).

3.2.2 Fisiopatologia

A transformação maligna do ceratinócito epidérmico normal é a marca do CEC. Alguns casos de CEC ocorrem de novo (ou seja, na ausência de uma lesão precursora), no entanto, alguns CECs surgem por lesões pré-cancerosas induzidas pelo sol conhecidas como ceratoses actínicas, bem como radiação ou dermatite, cicatrizes, úlceras crônicas ou sinusite crônica. O CEC é capaz de um crescimento localmente infiltrativo, com metástases para os linfonodos regionais e metástases a distância, na maioria das vezes para os pulmões (FERREIRA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2013).

3.2.3 Aspectos Clínicos

Carcinoma epidermóide celular o (CEC) é uma proliferação maligna que surge a partir da epiderme. Embora apareça habitualmente na pele lesionada pelo sol, pode desenvolver-se a partir da pele normal ou de lesões cutâneas preexistentes. É mais preocupante do que o CBC, visto que se trata de um carcinoma verdadeiramente invasivo, que se metastatiza pelo sangue ou sistema linfático. As metástase são responsáveis por 75% das mortes por CEC. As lesões podem ser primárias, originando-se na pele e nas mucosas, ou podem desenvolver-se a partir de uma condição pré-cancerosa, como queratose actínica (lesões que ocorrem em áreas expostas ao sol), o CEC aparece como um tumor descamativo, rugoso e espesso, que pode ser assintomático ou apresentar sangramento. A borda de uma lesão de CEC pode ser mais ampla, mais infiltrada e mais inflamatória que a de uma lesão de CBC. As áreas expostas, particularmente dos membros superiores e da face, lábios inferior, orelhas, nariz e fronte, são locais comuns (SMELTZER, *et al* 2011).

3.2.4 Considerações Terapêuticas

O tratamento tem por objetivo erradicar o tumor. O método de tratamento depende da localização do tumor, do tipo, da localização e profundidade das células, dos

desejos cosméticos do paciente, da história de tratamento prévio, da natureza invasiva do tumor e da presença de linfonodos metastáticos. O tratamento dos CBC e CEC inclui excisão cirúrgica, cirúrgica micrográfica de Mohs, eletrocirurgia, criocirurgia e radioterapia (TOWNSEND *et al*, 2005).

Há uma série de modalidades de tratamento disponíveis para a CBC. O objetivo é erradicá-lo com deficiência e deformidade mínimas. As quatro principais opções terapêuticas são a cirurgia excisional, criocirurgia, curetagem e eletrocauterização e radioterapia. A cirurgia micrográfica tem se tornado um importante método de excisão cirúrgica para CBCs selecionados (FERREIRA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2013).

Muitos dos tratamentos para o CBC podem ser aplicados no CEC. A escolha do tratamento devem ser feita com base no tamanho da lesão, no grau de diferenciação, na profundidade de invasão, localização e na história de tratamento prévio existem três tipos de abordagem terapêutica, a curetagem com eletrocauterização ou criocirurgia, excisão cirúrgica e radioterapia. (TOWNSEND *et al*, 2005).

3.2.5 Prognóstico

O Prognóstico para o CBC é habitualmente bom, visto que os tumores permanecem localizados. Embora alguns exijam ampla excisão, com o conseqüente desfiguração, o risco de morte por CBC é baixo. O prognostico para o CEC depende da incidência de metástase, que esta relacionada com o tipo histológico e o nível ou a profundidade da invasão. Em geral, o CEC que se origina em áreas lesionadas pelo sol e menos invasiva e raramente provoca morte, enquanto o CEC que surge sem história de exposição ao sol ou ao arsênico ou formação de cicatrizes parece ter uma maior probabilidade de metástases (SMELTZER *et al*, 2011).

3.3 Melanoma Maligno

O melanoma maligno é uma neoplasia cancerosa, em que melanócitos atípicos estão presentes na epiderme e na derme. É o mais letal de todos os cânceres de pele, sendo responsável por cerca de 3% de todas as mortes por câncer (PORTH & MAFFIN *apud* SMELTZER *et al*, 2011).

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Câncer dos EUA, 91,2% dos melanomas são da pele, 5,3% oculares, 2,2 % são metastáticos de sitio primário desconhecido e 1,3% da mucosa, e cada um destes tem apresentação e manejos diferentes que envolvem prevenção, diagnóstico precoce, ressecção cirúrgica e manejos combinados para a doença metastática (FERREIRA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2013).

O melanoma maligno pode ocorrer em uma de várias formas: melanoma com disseminação superficial, extensivo superficial, lentigo-melanoma maligno, melanoma nodular e melanoma lentiginoso acral. Esses tipos apresentam características histológicas e clínicas específicas bem como diferentes comportamentos biológicos (SMELTZER *et al* , 2011).

O melanoma de disseminação superficial é o tipo mais comum e representa aproximadamente 70% dos melanomas cutâneos. São comuns no tronco e nas extremidades e estão associados a crescimento de melanócitos atípicos, além de comumente associados á exposição solar (FERREIRA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2013).

O melanoma extensivo superficial ocorre em qualquer local do corpo. Afeta habitualmente indivíduos de meia-idade e ocorrem com mais freqüência no tronco e membros inferiores a lesão tende a ser circular, com porções externas irregulares. Esse tipo de melanoma pode aparecer em uma combinação de cores, com tonalidade de bronzeado, acastanhado e preto (SMELTZER *et al*, 2011).

O melanoma lentigo maligno tipicamente ocorre em indivíduos idosos, em áreas cronicamente expostas ao sol e comumente na face. Eles tendem a ter sobra marrom ou preta considerando que cores azul ou vermelha encontradas nos outros melanoma não são comuns no melanoma lentigo maligno. Atinge principalmente áreas da cabeça e do pescoço. O melanoma nodular é comumente diagnosticado com espessura elevada. Portanto, eles apresentam o pior prognostico em relação aos outros subtipos. Eles representam aproximadamente 20% dos melanomas cutâneos (FERREIRA; MONTEIRO; FIGUEIREDO, 2013).

Melanoma lentiginoso acral ocorrem em áreas não excessivamente exposta á luz solar e onde não há folículos pilosos. É encontrado nas palmas das mãos, na região plantares, nos leitos ungueais e nas mucosas de pessoas de pele escura. Esses melanomas aparecem como máculas pigmentadas e irregulares, que desenvolvem nódulos. Podem tornar-se invasivo precocemente (SMELTZER *et al*, 2011).

3.3.1 Achados Diagnósticos

A suspeita diagnóstica clínica do melanoma baseia-se fundamentalmente em suas características morfológicas. No tocante a sintomas, o melanoma cutâneo primário, via de regra, evolui de forma silenciosa vindo a manifestar dor e outros sintomas somente nas fases avançadas, nas quais, geralmente, já ocorreu a disseminação da neoplasia. Exceção apenas ao prurido que pode ser o primeiro sintoma indicativo da degeneração (FILHO *et al*, 2003).

Os resultados de biopsia confirmam o diagnóstico de melanoma. Uma amostra de biopsia excisional fornecem informações sobre o tipo, o nível de invasão e a espessura da lesão. Uma anamnese minuciosa e um exame físico completo devem incluir um exame meticuloso da pele e palpação dos linfonodos regionais que drenam a áreas da lesão. Uma vez confirmada o diagnostico de melanoma, com a radiografia do tórax, um hemograma completo, tomografia computadorizada são habitualmente realizados para estabelecer a extensão da doença (SMELTZER *et al*, 2011).

3.3.2 Considerações Terapêuticas

O tratamento depende do nível de invasão e da profundidade da lesão. A excisão cirúrgica constitui o tratamento de escolha para as pequenas lesões superficiais. As lesões mais profundas exigem ampla excisão local, podendo haver necessidade de enxerto cutâneo. A dissecação dos linfonodos regionais é comumente realizada para excluir a possibilidade de metástases, embora as novas condutas cirúrgicas exijam apenas a biopsia do linfonodo sentinela. A quimioterapia pode ser utilizada para o melanoma metastático. Quando o melanoma está localizado em um membro pode-se

utilizar a perfusão regional; o agente quimioterápico é perfundido diretamente na áreas que contém o melanoma (TOWNSEND *et al*, 2005).

3.3.3 Prognóstico

O prognóstico de sobrevida a longo prazo (5 anos) é considerado sombrio quando a lesão tem mais de 1,5 mm de espessura, ou quando existe comprometimento de linfonodos regionais. Uma pessoa com lesão fina e nenhum comprometimento de linfonodos tem uma probabilidade de 3% de desenvolver metástases e uma probabilidade de 95% de sobreviver 5 anos. Se houver comprometimento dos linfonodos regionais, existe uma probabilidade de 20-50% de sobreviver 5 anos (JADE; KASHANI-SABET; MESSINA *et al apud* SMELTZER *et al*, 2011).

4 ASPECTOS RELACIONADOS Á SAÚDE MENTAL

O câncer ainda é uma patologia que se reveste de estigmas, estando quase sempre associada a uma sentença de morte, podendo ocorrer, de forma inesperada, em algum momento da vida de uma pessoa que dificilmente encontra-se preparada para receber um diagnóstico que venha a interferir em seus hábitos, costumes, integridade física e ciclo biológico (SOUSA *et al*, 2009)

“AS FASES DO CÂNCER: O câncer tem três fases: a fase do susto; a fase do “ Deus é injusto”; a fase do “ eu me ajusto”. (ainda não consegui descobrir em qual estou)”. M.F.M

Desde o momento em que uma pessoa supõe que pode ter câncer e faz o primeiro contato com o médico que fará a avaliação diagnóstica, detona-se em todo o sistema paciente e família um “alarme”, que desencadeia uma série de reações, em geral pessimistas: de pânico, desespero e caos. Essas reações se ampliam e se particularizam, à medida que o diagnóstico do câncer é confirmado e se torna necessário assimilar, processar, elaborar e finalmente compreender o que está acontecendo para que se possa fazer o enfrentamento necessário, ou seja, a adesão ao tratamento (CARVALHO *apud* MAIA, 2005).

[Digite texto]

“*SENDO DIDÁTICO COM AS CRIANÇAS: um menininho de uns dois anos me pergunta: - Que foi ixo? – O que, neném? – Que foi ixo? E aponta pra minha testa. – Ah, foi um gatinho. – Gatinho?... – Sim, um gatinho que me mordeu. O nome dele é câncer. Não fica pegando os gatinhos não, tá? – Tá...*” M.F.M

“*Radioterapia, o último avental azul*”. M.F.M

Segundo Porto *apud* Silva; Aquino; Santos (2008), o câncer desencadeia reações devastadoras tanto no âmbito orgânico como no emocional, provocando sentimentos, desequilíbrios e conflitos internos, além de causar um sofrimento tão intenso capaz de resultar em desorganização psíquica, consequências estas que, vão depender da localização, do estágio da doença e do tratamento.

As primeiras visões sobre luto mostram um fenômeno entendido como causa potencial de doença física ou mental, obra na qual apresenta o pesar como sintoma e causa principal da melancolia ou daquilo que, modernamente, chamamos de depressão clínica. Em 1949, Anderson fala do luto crônico, definido por ele como o distúrbio psiquiátrico mais freqüente, além de estados ansiosos e depressão maníaca. (FRANCO, 2008).

Conforme afirma Venâncio *apud* Silva; Aquino; Santos (2008), o diagnóstico de câncer é vivido como um momento de angústia e ansiedade, pelo motivo da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, conseqüentemente, desencadeando preocupações em relação à morte. Além do momento do diagnóstico, ao longo do tratamento, o paciente vivencia perdas e diversos sintomas que, além de acarretar prejuízos ao organismo, coloca-o diante da incerteza em relação ao futuro, aumentando assim sua ansiedade.

A equipe de saúde acostumada a essa realidade, porque a vivencia no dia a dia, em geral, não dimensiona adequadamente a avalanche de sentimentos e medos que perpassam pelo paciente e sua família, ou se o faz, não comunica ao sistema, contribuindo assim, involuntariamente com o aumento de desespero e sentimento de fragilidade humana desse momento (CARVALHO, *apud* MAIA, 2005).

5 ASPÉCTOS RELACIONADOS A SAÚDE DO TRABALHADOR

As concentrações de substâncias cancerígenas, em geral, são maiores nos locais de trabalho do que nos ambientes extralaborais. Segundo estimativas da

[Digite texto]

Organização Internacional do Trabalho (OIT), 440 mil pessoas morreram no mundo em 2005 em consequência da exposição a substâncias perigosas no trabalho; mais de 70% desse total vítimas de câncer. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

O espectro solar que atinge a superfície terrestre é formado predominantemente por radiações infravermelhas (acima de 800 nm), visíveis (400- 800 nm), e ultravioletas (100- 400 nm). A energia da radiação aumenta quanto menor for o seu comprimento de onda. A faixa de radiação UV pode ser subdividida em UVA, UVB, UVC (FLOR et *al apud* TURCO, 2010).

A exposição à radiação ultravioleta (UV) proveniente do sol é considerada a principal causa de câncer de pele tipo melanoma e não-melanoma. Aproximadamente 5% da radiação solar incidente na superfície da Terra provêm de raios ultravioleta, em intensidade que varia em função de localização geográfica (latitude), hora do dia, estação do ano e condição climática (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

A radiação UVA corresponde a mais de 90% da radiação solar, apresenta o comprimento de onda mais longo (320 a 400nm) e uma baixa quantidade de energia UV. È a radiação responsável pela pigmentação da pele ou bronzeado e tem como principal efeito o envelhecimento precoce (JUCHEM et *al apud* TURCO, 2010).

Os raios UVA bronzeiam a pele superficialmente, porém contribuem para o envelhecimento precoce da pele submetida a exposições prolongadas. Os raios UVB são considerados mais lesivos do que a radiação UVA; quando em excesso, essa faixa de radiação UV causa eritema, envelhecimento precoce e câncer de pele. Seus efeitos são mais evidentes em pessoas de pele clara (POTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA, 2012).

A região entre 208 a 320nm é denominada UVB e possui menor comprimento de onda e maior energia que a UVA. A maioria dos efeitos danosos da radiação UV das fontes naturais situa-se nesta faixa, entre eles estão as queimaduras solares, o envelhecimento precoce e o câncer de pele (JUCHEM et *al apud* TURCO, 2010).

Os fotoprotetores são agentes que atenuam o efeito da radiação UV (290 400nm), prevenindo o eritema solar e o efeito carcinogênico por mecanismos de absorção, reflexão e dispersão da radiação (SANTOS et *al apud* STADLER; OLIVEIRA,2000).

O método de fotoproteção química com o uso do protetor solar é uma estratégia eficaz para reduzir os agravos à saúde provocados pela radiação ultravioleta a

[Digite texto]

qual estão expostos esses trabalhadores. Além deste, a associação com os métodos de barreira física, como uso de blusas de manga comprida, bonés, óculos e o cuidado com relação ao horário de exposição ao sol, mostram-se mais eficazes para diminuir a ocorrência de agravos à pele (LIMA *et al*, 2010).

6 ASPÉCTOS RELACIONADOS Á TERAPIAS COMPLEMENTARES

Fitoterápico é todo medicamento obtido empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais. É caracterizado pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. E a fitoterapia pode ser definida como o estudo e a aplicação dos efeitos terapêuticos de drogas vegetais e seus derivados (DUNFORD *apud* TAUFNER; FERRAÇO; RIBEIRO, 2006).

Apesar do limitado conhecimento sobre os possíveis benefícios das plantas no tratamento da doença, tem-se constatado grande interesse sobre este assunto por parte dos pacientes com câncer, inclusive daqueles com doença avançada (RUAN *et al apud* BERNARROZ; CARVALHO; PRADO, 2011).

O uso de plantas da família Euphorbiaceae, principalmente do gênero *Euphorbia*, tem sido popularmente difundida para o tratamento de uma variedade de doenças de natureza infecciosa, tumoral e inflamatória (AVELAR *apud* COSTA, 2011).

Segundo Pena *apud* Costa (2011), em seu dicionário brasileiro de plantas do Brasil apresentou leite de Aveloz, na qualidade de resolutivo, sendo empregado nos casos de carcinomas epitelomas benignos.

O látex de *Euphorbia tirucalli* é utilizado na região nordeste do Brasil como um agente laxante e antimicrobiano: no controle de parasitas intestinais, de asma, tosse, dor de ouvido, verrugas, reumatismo, cancro, tumores de pele, sarcoma (CATALUNA; RATES, *apud* COSTA 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer da pele é a neoplasia mais frequente no Brasil. Possui três tipos de tumores sendo o, Carcinoma basocelular, Carcinoma espinocelular e Melanoma

[Digite texto]

maligno. As atitudes que influenciam a proteção e a exposição aos raios solares são extremamente importantes para sua prevenção. Entre os fatores de risco que contribuem para a gênese das lesões de pele, incluem, fatores genéticos, história familiar de câncer da pele e radiação ultravioleta (UV).

No entanto, há muitas falhas por parte dos profissionais de enfermagem que mantêm uma relação mais próxima do paciente, pois não os conscientizam de maneira correta sobre como prevenir-se quanto a exposição ao sol em horários inadequados, observação de sinais ou lesões pelo corpo. Se os mesmos implementassem esta prática aos seus atendimentos garantiriam que os clientes fossem capazes de identificar precocemente os sinais e sintomas dessa patologia.

Vale ressaltar, que essa falta de conhecimento faz com que o índice de prevalência do câncer de pele aumente consideravelmente na população. É imprescindível que os profissionais da saúde façam uma auto-avaliação do tipo de atendimento que proporcionam aos pacientes com essa enfermidade, afim de, diminuir a sua incidência e possivelmente evitar que as pessoas cheguem a óbitos por falta de informação.

A sistematização da assistência de enfermagem exerce papel fundamental na qualidade do tratamento do cliente, deve ter como premissa uma individualização no atendimento ao paciente. O enfermeiro deve ser tecnicamente competente, demonstrar julgamentos independentes e ter habilidade para a tomada de decisão, para que com isso garanta uma assistência integral ao paciente.

REFERÊNCIAS

BORATO, Crislaine A. B; VILELA, Jorge M.E. **A incidência do câncer de pele sobre a população (Melanoma)**. Instituição, SPG, Paraná, 2013.

COSTA, LUCIANA SOBRINHA. **Estudo do uso aveloz (Euphorbia Ticuralli) no tratamento de doenças humanas: uma revisão**. Campina Grande, Pernabunco, 2014.

DERRICKSON, Bryan; TORTORA, Gerard J. **Princípios de anatomia e fisiologia**. 10. ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013.

FRANCO, Maria H.; P. **Luto em cuidados paliativos**. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp),2008. Disponível:
<https://pt.scribd.com/doc/98693158/37/LUTO-EM-CUIDADOS-PALIATIVOS>>
Acesso: 18.Nov.2014.

GOLDMAN, Lee *et al*. **Tratado de Medicina Interna**. 16 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001. 1266p.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER.. **VIGILÂNCIA** : As profissões e o câncer. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: www2.inca.gov.br/wps/connect/4ea0ac.

MAIA, Sonia A.; F. **Câncer e morte o impacto sobre o paciente e família**. Curitiba 2005. Disponível: <<http://ghutdc.com/file-doctc/E5f/artigo-apresentado-como-trabalho-de-concluso-do-curso-de.html> > Acesso: 15 de Nov.20014

OLIVEIRA, G.G; STADLER, A.P.S. Aspectos Fisiopatologicos do câncer de pele – novas abordagens terapêuticas e de prevenção. Congresso Multiprofissional em Saúde, UNIFIL, Paraná, 2011.

PRADO, Shirley D. ; CARVALHO Maria C.V; BENARROZ Mônica O. Sentidos e significados de chás e de outras preparações com plantas medicinais para pacientes com câncer avançado sob cuidados paliativos. **Instituto Nacional de Câncer, Unidade de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro, RJ,Brasil, 2011.

POTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA. **Radiação Ultravioleta**. Rio de Janeiro, 2012,p.6.

RIBEIRO, Luci F.; FERRAÇO Eliane B.; TAUFNER Caroline F. Uso de plantas medicinais como alternativa fitoterápica nas unidades de saúde pública de Santa Teresa e Marilândia,ES, 2006 .**Natureza on line** Disponível em: <http://www.naturezaonline.com.br>. Acesso em: 10 de nov. 2014.

SAMPAIO, S.A. P ; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 2 ed. São Paulo: Artes médicas, 2001.

SILVA, Shirley S.; AQUINO,Thiago A.; A.; SANTOS, Roberta M. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Rev. bras.ter. cogn.** v.4 n.2 Rio de Janeiro dez. 2008.
Disponível:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000200006> Acesso: 15 de Nov.2014

SOUZA, MARIANA C.M.R ET AL. Fotoexposição solar e fotoproteção de agentes de saúde em município de minas gerias. **Revista Enfermagem Eletr, UFG**, Goiânia, Goiás, Brasil,2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Fique por dentro de todos os assuntos sobre o câncer de pele**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: www.sbd.org.br/programa-nacional-de-combate-ao-cancer-da-pele/. Acesso em: 08 de nov.2014.

SOUZA, Daniele M.; SOARES, Erida O.; COSTA, Kamyla M. S. **A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos**. Florianópolis 2009. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a05> > Acesso: 15 de Nov.2014

SMELTZER. Suzanne C. *et al.* **Tratado de Enfermagem Médico- cirúrgica**. 12. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2011.

TURCO, IZADORA GONÇALVES S.L. Avaliação do conhecimento quanto ao câncer de pele e sua relação com exposição solar em alunos do SENAC de aparecida de Goiânia. **Revista Brasileira Geografia Médica em Saúde ,UFU**, Goiânia, 2010.

ANEXO 1

PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem é utilizado como método para sistematizar o cuidado, proporcionando condições para individualizar e administrar a assistência e possibilitando, assim, maior integração da (o) enfermeira (o) com o cliente, família, comunidade e com a própria equipe, gerando resultados positivos para a melhoria da prestação dessa assistência (FEITOSA et al *apud* GUIMARÃES, 2013).

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

1-Ansiedade relacionadas com as possíveis consequenciais potencialmente fatais do melanoma e a desfiguração.

2-Déficit de conhecimento sobre os sinais iniciais de melanoma.

3-Medo de morrer relacionado a descoberta da doença secundário ao melanoma evidenciado pelo relato verbal de insegurança e medo.

4-Náusea relacionado a irritação gástrica secundário ao tratamento medicamentoso evidenciado pela sensação de vômito.

5-Dor crônica relacionado a lesão tecidual secundário ao câncer de pele evidenciado pelo relato verbal e expressão facial de dor.

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

1-Oferecer apoio psicológico;

Oferecer informações atuais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico;

Tranquilizar o paciente, com técnicas de relaxamento.

2-Oferecer orientações e ensinamentos que permitem o cliente conhecer melhor sobre a doença;

Informar que pode ter uma vida normal, quanto as atividades laborais, sociais e sexuais.

[Digite texto]

3- Usar uma abordagem clara e segura;

Criar uma atmosfera que facilite a confiança;

Esclarecer expectativas com relação ao estado de saúde do paciente.

4- Orientar o paciente sobre os efeitos irritativos de medicamentos;

Oferecer ingestão alimentar em pequenas quantidades;

Registrar características da êmese.

5- Observar e anotar estado de consciência;

Avaliar e registrar a dor e suas características: Localização, qualidade, frequência e duração;

Monitorar SSVV;

Auxiliar e administrar analgésicos conforme prescrição médica.

PROGNÓSTICOS

1- Mostrar-se menos ansioso.

2- Demonstrar compreensão sobre o melanoma.

3- Mostrar-se seguro e confiante diante do tratamento.

4- Melhorar da náusea e ter êxito na recuperação.

5- Apresentar alívio da dor e desconforto.