

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

NYCOLE ISRAEL DO NASCIMENTO

**Elaboração de um material educativo sobre câncer de pele
para trabalhadores rurais**

**RIBEIRÃO PRETO
2017**

NYCOLE ISRAEL DO NASCIMENTO

Elaboração de um material educativo sobre câncer de pele para
trabalhadores rurais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional
em Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Tecnologia e inovação no
cuidado de enfermagem

Orientador: Profa. Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz
Robazzi

RIBEIRÃO PRETO
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nascimento, Nycole Israel do

Elaboração de um material educativo sobre câncer de pele para trabalhadores rurais. Ribeirão Preto, 2017.

145 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

1. neoplasia cutânea. 2. educação. 3.educação em saúde. 4. trabalhadores rurais.

NASCIMENTO, Nycole Israel do

Elaboração de um material educativo sobre câncer de pele para trabalhadores rurais

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATORIA

Aos meus pais Rogério e Cleonice, por sempre terem me dado apoio incondicional na vida, no trabalho e nos estudos e por me mostrarem que o conhecimento é a melhor riqueza que alguém pode ter;

Ao meu namorado Diego, por ser meu braço direito e apoiador principal dos meus projetos. Obrigada por tão amavelmente e pacientemente ter caminhado comigo para a realização deste sonho. Obrigada também pela ajuda, pela paciência e por compreender tanto meus momentos de ausência;

À toda minha família pelo apoio e por estarem sempre me incentivando e comemorando comigo cada etapa percorrida.

Sem vocês, este sonho não estaria se tornando realidade!

AGRADECIMENTO

À Deus por sempre colocar pessoas maravilhosas no meu caminho, que me fazem crescer e me ajudam a tornar uma pessoa cada dia melhor.

À Prof. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, orientadora deste trabalho, por toda paciência e dedicação. Agradeço por ter aceitado esta função e por ter contribuído tanto para sua finalização. Você é um exemplo inspirador que quero seguir sempre, não só de profissional, mas também de ser humano.

Ao Núcleo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (NUESAT) e aos orientando da Prof. Robazzi, por todas as contribuições e auxílio prestados para a realização deste trabalho.

À todas as colegas do Mestrado Profissional, que compartilharam comigo, não só experiências profissionais, mas experiências de vida, abrindo meus horizontes, e sempre ajudando e incentivando durante a finalização deste projeto. Em especial, às minhas amigas Alyne, Daniela e Sarah que estiveram comigo em toda trajetória do mestrado, dando conselhos, trocando conhecimentos, compartilhando desafios e alegrias. Vocês são demais meninas!!!

Aos meus amigos, que para não correr o risco de esquecer algum, não citarei nomes, mas que pacientemente ouviram sobre minha dissertação, me motivaram, me ajudaram, me fizeram sorrir em momentos difíceis e quando não pude estar entre eles, foram tão compreensíveis durante minha ausência. Vocês são minha segunda família, obrigada de coração!!

À Priscilla, minha cunhada que tanto me incentivou e contribuiu para o desenvolvimento e a finalização deste trabalho. Suas colaborações foram muito valiosas para este trabalho, só tenho a agradecer!!

Ao meu primo Adailto, que tão prontamente se dispôs a ajudar para a confecção do produto final desta dissertação e sempre é tão solícito em meus apelos. Valeu mesmo primo!!!

À família do meu namorado, por estarem sempre me estimulando e me aparando em momentos de desespero.

Aos trabalhadores rurais, que foram o principal motivo para que eu seguisse em frente e conseguisse fazer a diferença na vida de gente tão batalhadora mas tão receptiva e carinhosa. O sorriso de vocês me motiva a cada dia!!

*Aos **professores do Mestrado Profissional**, que souberam passar com maestria seus conhecimentos e por serem exemplos inspiradores na minha vida.*

*À todos os **funcionários e demais professores** desta Escola, que estão sempre dispostos a contribuir para nosso crescimento profissional de forma tão amigável.*

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”

(Paulo Freire)

RESUMO

NASCIMENTO, N. I. **Elaboração de um material educativo sobre câncer de pele para trabalhadores rurais.** 2017, 145 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Neoplasia maligna de pele ou câncer de pele é uma das doenças que afeta a população e também os trabalhadores rurais devido, entre alguns motivos, ao seu longo período de exposição aos raios solares. Uma forma que se supõe eficaz na prevenção desta patologia refere-se às atividades de educação em saúde. O presente estudo tem como objetivo elaborar, por meio das evidências científicas identificadas, um material educativo, sobre câncer de pele direcionado aos trabalhadores rurais. Para isso, utilizou-se de uma revisão integrativa, a qual permite a busca, a avaliação crítica e o resumo de evidências disponíveis sobre determinada questão de estudo, cuja finalidade é a verificação do estado atual do conhecimento sobre determinado tema, o uso de intervenções mais efetivas e conseqüentemente a redução de custos e identificação de lacunas. Para tal, foram realizadas estratégias de busca em seis bases de dados diferentes, sendo elas: CINAHL, PUBMED, LILACS, *Academic Search Premier*, EMBASE e SCOPUS. O somatório de produções científicas disponíveis identificadas nessas bases foi de 187 estudos e após a seleção feita pela atenta leitura dos artigos, foram selecionados quatro estudos, publicados entre os anos de 1996 a 2011, que se encontravam em adequação ao tema e aos critérios de seleção. Após a análise dos dados foi possível identificar que ainda é incipiente a quantidade de artigos sobre essa temática. As atividades de intervenção educativas são importantes para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais, porém quando há dificuldades na realização destas atividades pessoalmente, de modo individual ou em grupo, a elaboração de um material educativo apropriado, baseado na experiência prática do pesquisador, nas evidências disponíveis na literatura e na realidade dos trabalhadores rurais, torna-se de grande valia para que a educação em saúde aconteça e, conseqüentemente a prevenção de doenças e promoção da saúde. O material educativo ilustrativo abordando a temática do câncer de pele, intitulado “Câncer de Pele: Plantando Proteção, Colhendo Saúde” foi elaborado e será disponibilizado aos trabalhadores rurais, como um produto do presente estudo.

Descritores: neoplasia cutânea, educação, educação em saúde, trabalhadores rurais.

ABSTRACT

NASCIMENTO, N. I. **Development of an educational material on skin cancer for rural workers.** 2017, 145 pp. Dissertation (Professional Master's Degree in Technology and Innovation in Nursing) – Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Malignant skin neoplasm or skin cancer is one of the diseases that affect the population and also the rural workers, due to, among other reasons, their long period of exposure to the sun's rays. One form that is supposed to be effective in preventing this pathology refers to the health education activities. This present study intends to develop an educational material on skin cancer oriented towards the rural workers. For this purpose, an integrative review was used, which enables the search, critical assessment and summary of available evidence on a certain study question, whose purpose is to check the current state of the knowledge about a certain issue, the use of more effective interventions and, consequently, the reduction of costs and the identification of gaps. To that end, some search strategies were performed in six different databases, namely: CINAHL, PUBMED, LILACS, Academic Search Premier, EMBASE and SCOPUS. The sum of the available scientific productions identified in these databases was 187 studies; and, after the selection made by the thorough reading of the papers, four studies that were in line with the theme and the selection criteria were chosen, which were published between the years 1996 and 2011. Upon analyzing the data, it was possible to identify that the amount of papers on this issue is still incipient. Educational intervention activities are important for the prevention of skin cancer in rural workers, but when there are difficulties in conducting these activities personally, whether individually or collectively, the development of an appropriate educational material, based on the researcher's own practical experience, the evidence available in the literature and in the rural workers' reality, it becomes of great value for the implementation of health education and, consequently, the prevention of diseases and the promotion of health. The illustrative and educational material addressing the issue of skin cancer entitled "Câncer de Pele: Plantando proteção, Colhendo Saúde" has been developed and will be made available to the rural workers, as a product of this study in question.

Keywords: skin neoplasm, education, health education, rural workers

RESUMEN

NASCIMENTO, N. I. **Desarrollo de un material educativo sobre el cáncer de piel para los trabajadores rurales.** 2017, 145 h. Disertación (Maestría Profesional en Tecnología e Innovación en Enfermería) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Neoplasma maligno de piel o cáncer de piel es una de las enfermedades que afectan a la población y también a los trabajadores rurales, debido, entre otras razones, a su largo periodo de exposición a los rayos solares. Una forma que puede ser eficaz en la prevención de esta enfermedad se refiere a las actividades de educación sanitaria. Este estudio tiene como objetivo desarrollar un material educativo sobre el cáncer de piel dirigido a los trabajadores rurales. Para ello, se utilizó una revisión integradora, la cual permite la búsqueda, la evaluación crítica y el resumen de las pruebas disponibles sobre un determinado tópico de estudio, cuya finalidad es comprobar el estado actual del conocimiento sobre un determinado tema, la utilización de intervenciones más efectivas y, por consiguiente, la reducción de los costos y la identificación de las deficiencias. A tal fin, se llevaron a cabo algunas estrategias de búsqueda en seis bases de datos diferentes, a saber: CINAHL, PUBMED, LILACS, *Academic Search Premier*, EMBASE y SCOPUS. La suma de las producciones científicas disponibles identificadas en estas bases era de 187 estudios; y, después de la selección realizada mediante una lectura detallada de los artículos, se seleccionaron cuatro estudios que eran apropiados para el tema y los criterios de selección, publicados entre los años de 1996 y 2011. Después del análisis de los datos, se logró identificar que la cantidad de artículos sobre este tema es aún incipiente. Las actividades educativas de intervención son importantes para la prevención del cáncer de piel en los trabajadores rurales, pero cuando hay dificultades para llevar a cabo estas actividades, personalmente, de manera individual o en grupo, el desarrollo de un material educativo apropiado, basado en la propia experiencia práctica del investigador, en las pruebas disponibles en la literatura y en la realidad de los trabajadores rurales, se vuelve muy relevante para la implementación de la educación sanitaria y, por consiguiente, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. El material educativo ilustrativo que trata sobre el tema del cáncer de piel intitulado “Câncer de pele: Plantando Proteção, Colhendo Saúde” ha sido desarrollado y se pondrá a disposición de los trabajadores rurales como un producto de este estudio.

Palabras clave: neoplasma cutáneo, educación, educación para la salud, trabajadores rurales

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Regra mnemônica do câncer de pele melanoma.....	27
Figura 2	Elementos da Prática Baseada em Evidências.....	50
Figura 3	Tipos de revisão da literatura.....	53
Figura 4	Sete passos para a elaboração das Revisões Sistemáticas....	54
Figura 5	Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados LILACS, 2016.....	69
Figura 6	Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados PUBMED, 2016.....	70
Figura 7	Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados CINAHL, 2016.....	71
Figura 8	Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados EMBASE, 2016.....	72
Figura 9	Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados <i>Academic Search Premier</i> , 2016.....	73
Figura 10	Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados SCOPUS, 2016.....	74
Figura 11	Auto Exame da pele.....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estratégia PICO utilizada para a elaboração da pergunta de pesquisa.....	63
Quadro 2	Descritores utilizados para busca nas bases de dados de estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016.....	66
Quadro 3	Estratégia de busca nas bases de dados e pré-seleção dos artigos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016.....	68
Quadro 4	Estudos selecionados sobre o uso e a eficácia das intervenções educativas para a prevenção de câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016, (n=4).....	81
Quadro 5	Periódicos com artigos sobre o uso e a eficácia das intervenções educativas para a prevenção de câncer de pele em trabalhadores rurais de acordo com número de estudos selecionados e o fator de impacto (2015/2016), 2016.....	82
Quadro 6	Apresentação do quadro resumo do Estudo 1 incluído na Revisão Integrativa, segundo título, autores, periódico, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção, resultados e conclusões, 2016.....	83
Quadro 7	Apresentação do quadro resumo do Estudo 2 incluído na Revisão Integrativa, segundo título, autores, periódico, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção, resultados e conclusões, 2016.....	84
Quadro 8	Apresentação do quadro resumo do Estudo 3 incluído na Revisão Integrativa, segundo título, autores, periódico, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção, resultados e conclusões, 2016.....	85
Quadro 9	Apresentação do quadro resumo do Estudo 4 incluído na Revisão Integrativa, segundo título, autores, periódico, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção, resultados e conclusões, 2016.....	86
Quadro 10	Limitações e vieses dos estudos selecionados sobre o uso e a eficácia das intervenções educativas para a prevenção de câncer de pele em trabalhadores rurais, de acordo com número de estudos selecionados, 2016.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Bases de dados e publicações elegíveis e selecionadas sobre intervenções educativas eficazes para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016 (n=187).....	82
Tabela 2	Nível de evidência dos artigos selecionados sobre intervenções educativas eficazes para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016.....	87

LISTA DE SIGLA

CAPES - Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

CCB - Carcinoma Basocelular ou Carcinoma de Células Basais

CCE - Carcinoma Espinocelular ou Carcinoma de Células Escamosas

cm - Centímetro

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CPNM - Câncer de Pele Não Melanoma

DBCP - dibromocloropropano

DDT - diclorofeniltricloreto

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

EBE – Enfermagem Baseada em Evidências

EMBASE - *Excerpta Medica dataBase*

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FESP – Fundação de Ensino Superior de Passos

HPV - Papiloma Vírus Humano

IARC - Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MC - Melanoma Cutâneo

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH - *Medical Subject Headings*

o,p'-DDE - *p'*-diclorodifenildicloroetileno

PIB – Produto Interno Bruto

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNINTER - Centro Universitário Internacional

USP – Universidade de São Paulo

UV – Ultravioleta

UVA –Ultravioleta tipo A

UVB – Ultravioleta tipo B

SUMÁRIO

1.	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
1.1	Câncer.....	19
1.2	Câncer de Pele.....	22
1.3	Câncer entre trabalhadores.....	31
1.4	Trabalhadores Rurais	36
1.5	Educação em Saúde.....	39
1.6	O uso de materiais educativos na educação em saúde.....	43
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	46
2.1	Prática Baseada em Evidências (PBE).....	47
2.1.1	Revisão de Literatura.....	52
3.	OBJETIVOS.....	59
3.1	Objetivo Geral.....	60
3.2	Objetivos Específicos.....	60
4.	MÉTODO.....	61
4.1	Tipo de estudo.....	62
4.2	Primeira Etapa.....	62
4.2.1	Procedimento para a seleção de artigos.....	62
4.2.1.1	Questão da pesquisa.....	62
4.2.1.2	Busca na literatura dos estudos primários.....	63
4.2.1.3	Critérios de Seleção.....	67
4.2.1.4	Instrumentos para a coleta de dados.....	74
4.2.1.5	Apresentação dos dados.....	76
4.2.1.6	Análise dos dados.....	76
4.3	Segunda Etapa.....	77
4.3.1	Confecção do material educativo.....	77
5.	RESULTADOS.....	80
6.	DISCUSSÃO.....	93
6.1	Limitações do Estudo	111
6.2	Avanços no Conhecimento.....	112
7.	CONCLUSÕES.....	114
	REFERENCIAS.....	116
	APENDICES.....	137
	ANEXOS.....	140

*APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO
ESTUDO*

A pesquisadora deste estudo é enfermeira, graduada no ano de 2013, pela Fundação de Ensino Superior de Passos, vinculada à Universidade do Estado de Minas Gerais (FESP/ UEMG) e especialista em Enfermagem do Trabalho pelo Centro Universitário Internacional (UNINTER). Seu interesse em investigar a saúde de quem trabalha surgiu após ingressar no mercado de trabalho e identificar a presença de vulnerabilidades nos trabalhadores.

Ainda em 2013, abriu sua própria empresa, denominada ND Treinamentos que fornece capacitação para trabalhadores, adolescentes, adultos e idosos, oferecendo os seguintes cursos: primeiros socorros e prevenção de acidentes, saúde reprodutiva, saúde na terceira idade e higiene do lar, todos estes voltados à população do meio rural. São cursos que associam a teoria à prática e utilizam métodos ativos como forma de atingir e sensibilizar todos os participantes, sendo a própria pesquisadora a responsável pela realização de todas estas atividades. Aos trabalhadores rurais, todos os treinamentos são realizados no próprio local de atuação e vivência desta população possibilitando, assim, enxergar a realidade na qual ela está inserida, junto com suas dificuldades e desafios.

Por meio do desenvolvimento destas atividades, lidando com esses trabalhadores, principalmente em treinamentos de primeiros socorros e prevenção de acidentes, é que esta autora atentou-se para um problema que pode interferir na qualidade de vida destas pessoas, mas que apresenta possibilidades de prevenção, que é o câncer de pele.

Durante os treinamentos, explica-se aos participantes sobre esta patologia, mas como não é o foco do curso, esta explicação acaba não sendo muito enfatizada. Percebeu-se, então, uma necessidade de aprofundamento sobre este tema, já que a população rural e principalmente os trabalhadores permanecem expostos à radiação solar, raramente fazem uso de filtro solar e de equipamentos de proteção e desconhecem os fatores de risco, as formas de prevenção e o tratamento desta doença. Acreditam que a presença desta enfermidade é uma realidade distante e que não vai acontecer com eles.

Sendo assim e constatando que uma considerável parcela deste público é de pessoas com baixo nível de alfabetização, a pesquisadora propôs, neste estudo, buscar investigações que tivessem abordado atividades educativas com as pessoas do meio rural, para assim poder avaliar o quanto foram efetivas e, a partir de então, observar lacunas que podem ser estudadas em pesquisas posteriores. Outra meta

foi preparar um material educativo para os trabalhadores, visando alertá-los sobre a importância da prevenção do câncer de pele, acreditando que a educação em saúde pode provocar mudanças de comportamento no ser humano.

Diante do exposto, esta investigação apresenta sua importância devido à necessidade de se buscar a identificação de ações de educação em saúde, realizadas no meio rural, nas mais diferentes circunstâncias, em especial, sobre o câncer de pele, já que os trabalhadores deste meio estão vastamente expostos à radiação solar, importante fator de risco para esta doença.

Acresce-se que esse trabalhador, responsável por uma parcela importante do Produto Interno Bruto Nacional (PIB), ainda é bastante desconsiderado no que diz respeito às pesquisas em saúde.

Quanto à enfermagem, ressalta-se que este estudo é relevante visto que desperta no enfermeiro uma abertura para refletir sobre as vulnerabilidades dos trabalhadores rurais e principalmente buscar novas estratégias de proteção destes, durante o exercício de sua função, indo além do processo do cuidar de um modelo curativo, mas também proporcionando ações de promoção da saúde.

Além disso, este estudo traz um material educativo que poderá ser utilizado por outros profissionais da área da saúde, dentre eles, os enfermeiros, para orientar o público rural quanto ao câncer de pele, já que a nível nacional, não há evidências de um material construído exclusivamente para este público.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Câncer

A denominação “câncer”, foi dada pela primeira vez por Hipócrates, o “Pai da Medicina”, fazendo uma analogia da área afetada pela doença que os enfermos possuíam à forma do corpo de um caranguejo, sendo nomeada, assim, “câncer”, palavra de origem grega “*karkínos*”. Esse nome foi dado à essa doença porque as patas de um caranguejo pareciam as veias intumescidas que circundam a parte afetada por ela. É uma enfermidade antiga, tendo sido detectada, inclusive, em múmias egípcias (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA, 2012a).

O corpo humano é formado por células de variados tipos e a maioria delas passa por um processo ordenado e contínuo: crescem, multiplicam-se e morrem, atendendo às necessidades fisiológicas do organismo. A atividade normal de uma célula, depende do funcionamento ideal das várias vias metabólicas (SILVA et al., 2004). Entretanto, quando há um descontrole, pode ocorrer um crescimento celular desordenado, formando novas, que continuam se multiplicando, resistindo à morte programada (apoptose); tais células passam a ser denominadas de cancerosas. Neste caso, a divisão celular é rápida e agressiva, invadindo outras estruturas do organismo, apresentando um crescimento incontrollável, havendo a capacidade de formação de novas células anormais levando, por conseguinte, aos transtornos funcionais (INCA, 2012a).

Já um conjunto de células cancerosas, que se proliferam de forma anormal e acumulam-se, formando aglomerado, passa a ser designado neoplasia ou tumor e divide-se em dois tipos: - Benignos, cuja formação é baseada em células semelhantes às do tecido normal, com crescimento mais vagaroso e podem regredir, com bordas mais nítidas, não invadindo os demais tecidos ao redor do tumor, porém podem comprimir órgãos e tecidos devido ao seu crescimento; - Malignos, que têm maior grau de autonomia, já que são diferentes das do tecido normal e podem invadir estruturas próximas, possuem crescimento acelerado e podem provocar metástases, além de terem maior resistência ao tratamento, possibilitando causar a morte do paciente. Desta forma, uma neoplasia, também denominada de neoplasia maligna ou tumor maligno, é considerado um câncer (INCA, 2012a).

O câncer é uma realidade mundial. Na América Latina, bloco com mais de quatrocentos milhões de pessoas, durante o século XX, o processo de industrialização foi ampliado, sobretudo no México, Argentina, Brasil, Chile e Venezuela, conduzindo à introdução de exposições ambientais e ocupacionais aos novos agentes, como o asbesto, pesticidas, cloreto de vinila e outros produtos químicos, radiações, tabagismo, entre outros. Este novo padrão de exposições, além do processo de envelhecimento da população, tem provavelmente contribuído para uma modificação no perfil da distribuição do câncer nas populações latino-americanas. Assim, além da manutenção de taxas elevadas de incidência de câncer em localizações comumente observadas em outros países em desenvolvimento na África e na Ásia (como câncer de estômago, cérvico-uterino e da cavidade oral), as populações latino-americanas têm vivenciado um aumento naqueles localizados em mama, cólon, pulmão e próstata. Estima-se que até o ano de 2030, na região da América Latina e do Caribe, serão diagnosticados cerca de 1,7 milhões de casos de câncer, podendo ocasionar cerca de 1 milhão de mortes por ano (KOIFMAN, 1998; GOSS et al., 2013).

O câncer pode ter início em qualquer célula do corpo, existindo, portanto, diversos tipos distintos. Observando em nível celular, o desenvolvimento de um câncer é um processo com várias etapas (razão pela qual as pessoas tendem a desenvolver essa neoplasia mais tarde na vida), no qual as células tornam-se malignas por uma série progressiva de alterações, envolvendo mutação e seleção para células com capacidade maior de proliferação, sobrevivência, invasão e metástase. Acredita-se que o início da formação de um tumor seja resultado de uma alteração genética, culminando com a proliferação anormal de uma única célula e que o processo de multiplicação celular leva ao aumento de uma população de células derivadas clonalmente desta célula tumoral (COOPER, 2000).

Entre os fatores potencialmente carcinogênicos, destacam-se os genéticos, os ambientais, como água, terra e ar e o estilo de vida, como por exemplo, a qualidade da alimentação, o uso de fármacos e de drogas lícitas e ilícitas, o hábito de sono, a prática de atividade física, o uso de produtos domésticos, os costumes e hábitos e o ambiente de trabalho (BRASIL, 2012). Além desses, as infecções virais, a exposição à radiação ou substâncias químicas nocivas estão entre os fatores que afetam o risco de câncer para as pessoas. Outros agentes carcinogênicos contribuem para o desenvolvimento desta neoplasia por meio do

estímulo à multiplicação celular como alguns hormônios, particularmente, o estrógeno (COOPER, 2000).

O câncer de pulmão, por exemplo, é multicausal; fatores hereditários, genéticos e ambientais interagem na sua gênese; considera-se seu principal fator de risco o tabagismo (ALGRANTI; BUSCHINELLI; DE CAPITANI, 2010). Cânceres de mama, endométrio, ovário, próstata, testículos e tireoide são hormônio-dependentes (COCCO, 2002), bem como o osteosarcoma (HENDERSON; FEIGELSON, 2000). O câncer de pele, por sua vez, possui como principal fator causal o elevado nível de exposição à radiação ultravioleta, além dos fatores de risco, como pele, cabelo e olhos claros e a grande quantidade de nevos (GLANZ; MAYER, 2005).

Assim como acontece com todos os tipos desta doença, em relação ao câncer de pele, acresce-se que o diagnóstico estabelecido em seus estádios iniciais também reduz os custos de tratamento, gerando economia tanto para o sistema público quanto para o sistema privado de saúde (SOUZA et al., 2009). Entretanto, parece ocorrer uma certa tendência das pessoas acometidas por esta patologia, em procurar um especialista, tardiamente (VILLEGAS; AYERBE; RINCÓN, 2008).

A responsabilidade pelo atraso na elucidação diagnóstica pode acontecer, entre outros motivos, em decorrência do paciente, da família, do clínico, do comportamento biológico da doença, por razões socioeconômicas (sistema público ou privado de saúde, distância do atendimento à saúde), entre outros. Sabe-se que quanto maior é o atraso no diagnóstico, mais avançada torna-se a doença e diminutas tornam-se as chances de cura, além do fato de serem maiores as sequelas decorrentes dos tratamentos mais agressivos (RODRIGUES; CAMARGO, 2003).

Embora o câncer de pele esteja entre os diversos tipos dessa doença e também seja uma das mais fáceis de ser evitada e, apesar das muitas investigações realizadas e do comportamento de prevenção ter progredido nas últimas décadas, pesquisas mais robustas precisam ser desenvolvidas e algumas áreas de estudo precisam avançar, haja vista que essa patologia continua causando muitas vítimas (GLANZ; MAYER, 2005). Conforme a *American Cancer Society*, acredita-se que, anualmente, falecem 2000 pessoas nos Estados Unidos, de câncer de pele, sendo em sua maioria os idosos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016a).

Este tipo de neoplasia, de uma forma em geral, tem apresentado um crescimento rápido nos últimos 30 anos. Porém, os últimos cinco anos, mostram que

as taxas estão em declínio entre as pessoas com menos de 50 anos, enquanto que aqueles com idade superior a essa, tiveram um aumento na taxa de incidência, de 2,6% ao ano, desde 1996 (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016a).

1.2 Câncer de Pele

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo bastante heterogêneo. Possui a importante função de proteger o corpo contra agressões externas como, por exemplo, fungos, bactérias, produtos físicos, químicos e ambientais e, ao mesmo tempo, é permeável, conseguindo, portanto, absorver e eliminar substâncias (INCA, 2012a; PORTAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, s.d.).

O câncer de pele é uma dermatose relativamente comum nos seres humanos, sendo que o número de pessoas acometidas por esta neoplasia é superior ao número das acometidas por todos os outros tipos de câncer somados. Neste contexto, estima-se que todo norte-americano branco que atingir os 100 anos de idade, terá pelo menos, um câncer na pele, em sua vida (REZENDE et al., 2008).

Estima-se que no Brasil, em 2016, houveram 5.670 novos casos de câncer de pele do tipo melanoma. Destes, os homens foram os mais acometidos, com cerca de 3.000 casos e 2.670 casos em mulheres. No ano de 2013, foram registradas 1.547 mortes por esta patologia, sendo que destes 903 eram homens e 644 mulheres (INCA, 2015).

Já nos Estados Unidos, esse número é maior, com uma estimativa de 76.380 novos casos em 2016. A taxa de incidência anual é de que, a cada 100.000 pessoas, um negro seja acometido pelo melanoma, 4 hispânicos e 25 não-hispânicos brancos, sendo mais elevadas nas mulheres do que nos homens antes de 65 anos, mas a partir desta idade, a taxa na população masculina é o dobro da feminina e a partir dos 80 anos, é o triplo. Isso se deve às diferenças ocupacionais e recreativas à radiação ultravioleta que mudaram ao longo do tempo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016b).

Quanto ao câncer de pele do tipo não-melanoma, no Brasil estima-se que em 2016, foram 175.760 novos casos, sendo que destes, 80.850 eram em homens e

94.910 em /mulheres. Com relação ao número de mortes provocados por esta doença no ano de 2013, foram registrados um total de 1.769, sendo que destes 1.000 eram homens e 769 mulheres (INCA, 2015).

Estima-se que, para o ano de 2020, o câncer do tipo melanoma, acometerá cerca de 1371 homens com mais de 30 anos no Brasil, provocando cerca de 342 mortes, enquanto que nas mulheres acima de 30 anos, acontecerão cerca de 1300 novos casos, levando a 238 mortes (SILVA et al., 2016).

Embora as neoplasias de pele tenham crescido em todo o mundo, cerca de 45% destes casos poderiam ter sido prevenidos. Esse crescimento tem sido atribuído aos múltiplos fatores, dentre eles: mudança de hábito da população quanto à exposição solar diária e proteção física, aumento da incidência de raios ultravioletas (UV) devido à diminuição da camada de ozônio e maior exposição a eles, principalmente aos raios ultravioletas do tipo A (UVA) e aos do tipo B (UVB) e por estética, como por exemplo, para manter a pele sempre bronzeada, seja por métodos naturais ou artificiais (FABRIS et al., 2012).

Na Grécia, foi realizado um estudo para elucidar a relação entre sete dermatoses ocupacionais e 20 tipos de trabalho. Foi pesquisa de prevalência epidemiológica para identificar certas dermatoses ocupacionais entre 4.000 trabalhadores empregados em 20 tipos de trabalhos, em 104 empresas, entre 2006 e 2012, usando dados médicos de registros das empresas, questionários e exames especiais. O estudo visou revelar relações entre os tipos de empresas e a ocorrência de dermatoses ocupacionais. Elevada porcentagem (39,9%) de trabalhadores apresentava dermatose ocupacional; as maiores prevalências foram observadas entre cabeleireiros e cozinheiros (dermatite de contato: 30% e 29,5% respectivamente), trabalhadores de betume (acne: 23,5%), de indústria automóvel (danos mecânicos, causados por fatores que causam atrito, pressão, bolhas, calos ou miosites: 15%), de construção (urticária: 29,5%), trabalhadores de limpeza industrial (queimaduras químicas: 13%) e agricultores (tumores malignos: 5,5%). Foram constatadas várias correlações significativas entre as dermatoses ocupacionais (dermatite de contato aguda e crônica, urticária, danos mecânicos, acne, queimaduras, câncer de pele) e certos tipos de trabalhos. Não houve associação estatisticamente significativa entre sexo e prevalência das dermatoses, exceto para aquelas causadas por injúrias mecânicas que afligem principalmente os homens e para a dermatite de contato crônica que aflige, principalmente, as

mulheres. Concluiu-se que a prevalência das dermatites ocupacionais é elevada na Grécia, ao contrário de todos os relatórios oficiais do Instituto Nacional da Saúde grego. Naquele país há necessidade de introduzir um sistema de vigilância voluntária para relatar as dermatoses ocupacionais e reforçar as medidas de proteção da pele no local de trabalho (ZORBA et al., 2013).

As neoplasias de pele dividem-se em dois tipos, a não-melanoma e a melanoma, havendo uma subdivisão entre os principais tipos de câncer de pele: carcinoma basocelular ou de células basais (CCB), carcinoma espinocelular ou de células escamosas (CCE), que constitui o grupo denominado câncer de pele não melanoma (CPNM) e o melanoma cutâneo (MC) (SOUZA et al., 2009).

O carcinoma do tipo não melanoma, corresponde a cerca de 26% dos tumores malignos registrados no Brasil. Entre as características dos carcinomas do tipo não melanoma, destaca-se que o CCB, geralmente tem um crescimento mais lento e raramente apresenta metástases e o CCE, usualmente é mais agressivo e tem uma chance maior de se espalhar pelo corpo. No Brasil, o tipo não melanoma representa 4,6% das neoplasias malignas de pele e, se descoberto precocemente, possui alto índice de cura, apresentando um menor índice de mortalidade (ORNELLAS; LANZONI; TOLEDO, 2000; INCA, 2012a; MACIEL et al., 2014;).

O CCB é o câncer de pele mais comum entre pessoas caucasianas (MILLER, 1995), ou seja, as de pele clara, cabelos loiros ou ruivos e olhos claros mostram maior fator de risco de desenvolver esta doença (LEAR et al., 1997). Corresponde a 90% dos cânceres de pele (LUZ, 2008) sendo frequentemente encontrado nas partes do corpo que ficam mais expostas ao sol, como rosto, pescoço (SOUZA et al., 2009); principalmente no nariz, devido a associação da radiação solar forte com a pele clara (LUZ, 2008); porém se tratado precocemente, as chances de cura são altas. É o tipo mais frequente e menos grave, raramente dissemina-se para outros órgãos; embora possa destruir os tecidos a sua volta, atingindo cartilagens e ossos (SOUZA et al., 2009). Está associado às pessoas que se expuseram ao sol de forma frequente, durante a juventude (GALLAGHER et al., 1995; CORONA et al., 2002), sendo que a exposição de adultos à radiação solar é considerada menos ofensiva do que em jovens (GALLAGHER et al., 1995), uma vez que este tipo de carcinoma, para sua formação, requer um padrão de exposição solar forte e intermitente, ou seja, quando se possui hábitos recreativos de tomar sol, diferentemente do CCE que é acumulativo (LUZ, 2008).

Outras formas de exposição, além da radiação ultravioleta, podem levar ao desenvolvimento desta doença, como nos casos de exposição às radiações ionizantes, ao arsênio, a ingestão de dietas altamente calóricas e as deficiências na ingestão de vitaminas (YAMADA et al., 1996; MALONEY, 1996).

O histórico familiar de desenvolvimento de câncer de pele é também um fator a ser considerado na previsão de desenvolvimento de um CCB; condições genéticas parecem estar associadas ao risco de desenvolver a doença (RAMACHANDRAN et al., 2001a; RAMACHANDRAN et al., 2001b). Além disso, uma pessoa que apresentou este tipo de carcinoma, caso não reduza significativamente ou elimine sua exposição solar, poderá ter a recidiva da doença, pois as células neoplásicas têm grande neurotropismo, ou seja, seguem o trajeto dos nervos, além da má delimitação das lesões e disseminação nos vasos linfáticos (LUZ, 2008). Pessoas em estado de tratamento imunossupressor também apresentam risco acentuado (HARTEVELT et al., 1990).

Já o CCE, origina-se na camada intermédia da epiderme; costuma se desenvolver em zonas da pele expostas ao sol, mas também em qualquer outra parte do corpo, como a língua ou a mucosa bucal (DANIEL et al., 2006), acometendo principalmente membros superiores e segmento cefálico, surgindo geralmente em pele desprovida de pelos e no lábio inferior, sobre leucoplasias (LUZ, 2008). Pode se formar em pele de aspecto normal ou danificada pela exposição ao sol (queratose actínica). Inicia-se como uma zona vermelha com superfície crostosa, descamativa, difícil de ser cicatrizada. À medida que cresce, o tumor pode se tornar nodular e duro e, por vezes, apresentar uma superfície verrugosa. Por fim, o cancro converte-se numa úlcera aberta e cresce dentro do tecido subjacente. Costuma afetar, apenas, a zona que o rodeia ao penetrar mais profundamente nos tecidos circundantes. Mas outros estendem-se (metastizam) até as partes do corpo distantes e podem ser mortais. É também conhecido como carcinoma epidermóide e representa aproximadamente 90% das neoplasias malignas da boca e cerca de 38% dos tumores de cabeça e pescoço (DANIEL et al., 2006).

Além da exposição solar, os CCE podem ser causados também por outros agentes cancerígenos, como o Papiloma Vírus Humanos (HPV), o arsênico, o alcatrão, as radiações ionizantes diversas e as cicatrizes crônicas (LUZ, 2008).

Enquanto que na população caucasiana, o CCB predomina entre este tipo de neoplasia (MILLER, 1995), na população negra, a incidência do CCE é maior do

que o CCB, pois nestas pessoas, a neoplasia surge, principalmente, em cicatrizes crônicas ou advém de infecções prévias, como por exemplo, portadoras de HPV (Papiloma Vírus Humano) (LUZ, 2008).

Existe ainda um outro tipo de câncer de pele, que é bem menos comum do que os CCB e CCE, porém que possui um grau de letalidade bem mais elevado, que é o câncer de pele do tipo melanoma (REZENDE et al., 2008). Altos níveis de raios UV podem aumentar o risco de desenvolver alguns tipos de câncer de pele; os danos causados por esses raios podem danificar o DNA, estimulando o desenvolvimento do câncer de pele do tipo melanoma (SARAIYA et al., 2004).

A incidência do melanoma aumentou nos últimos anos mais rapidamente do que qualquer outro câncer; embora represente apenas 4% dos cânceres de pele, é o responsável por 60% das mortes por esta neoplasia e este fato torna-o um problema de saúde pública (SALVIO et al., 2011).

O melanoma surge nas células produtoras de melanina (melanócitos) e é um dos mais perigosos, pois tem grande potencial de sofrer metástases. A melanina proporciona proteção à pele contra os danos causados pela radiação ultravioleta (UV). O desenvolvimento do melanoma é consequência da perda dos mecanismos genéticos de controle celular causada, principalmente, pelas radiações UVA e UVB (SOUZA et al., 2009).

Nos Estados Unidos, esse tipo de tumor é responsável por 1% de todos os cânceres e mortes, porém representa somente 3% do total de casos de neoplasia de pele; destes, o índice de mortalidade pode chegar a 65%. No Brasil, ele representa 3% das neoplasias malignas de pele, apesar de ser o mais grave devido a sua elevada chance de metástase (ORNELLAS; LANZONI; TOLEDO, 2000; INCA, s.d.).

O câncer de pele do tipo melanoma, possui uma apresentação clínica com as seguintes características: lesão pigmentada na pele, a qual sofreu alguma modificação quanto ao seu aspecto, coloração, forma ou tamanho em um período de meses ou anos, prurido e/ou sangramento (REZENDE et al., 2008). Além disso, uma regra mnemônica pode ajudar na detecção de lesões precoces, seguindo uma ordem alfabética, conforme mostrado na Figura 1:

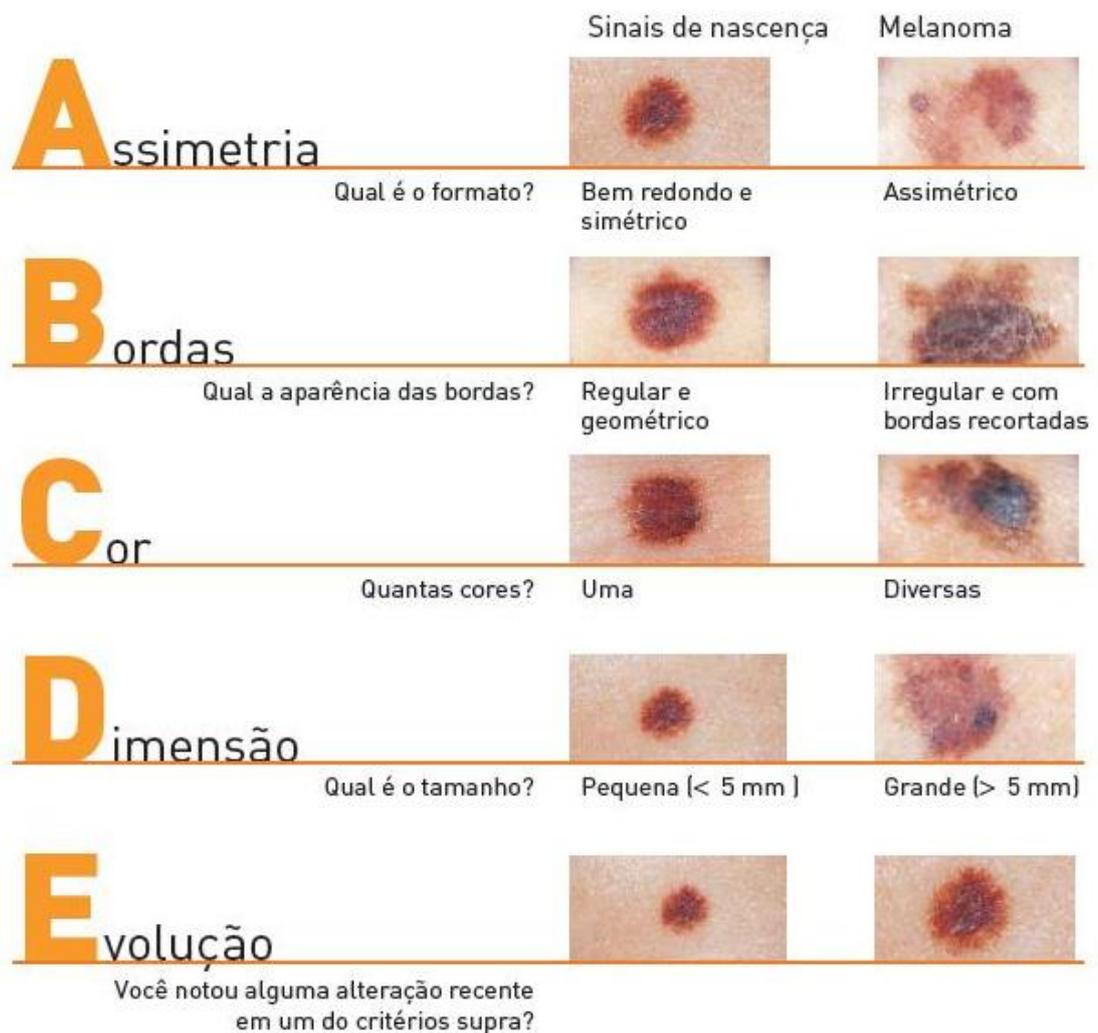


Figura 1 - Regra mnemônica do câncer de pele melanoma

FONTE: UV-DAMAGE. **Melanomas – Essenciais**. 2013.

Existem quatro tipos de câncer melanoma que são:

- De disseminação superficial: é o mais comum, representando cerca de 70% das neoplasias de melanoma e costuma surgir de um nevo preexistente. O lugar mais comum de ocorrer nos homens é no tronco e nas mulheres nos membros inferiores;
- Nodular: representa 15% dos melanomas sendo, portanto, o segundo tipo mais incidente. Acomete principalmente os membros inferiores e o tronco e apresenta-se inicialmente como um nódulo ou pápula na cor marrom-escuro ou preta, geralmente acompanhado de sangramento e ulceração;
- Lentiginoso maligno: representa 5% dos melanomas e acomete

principalmente pessoas mais velhas, com cerca de 75% dos doentes, apresentando mais de 60 anos de idade e que tiveram a pele exposta à luz solar durante muitos anos. Normalmente surge na face e tem evolução lenta, crescendo por 15 anos ou mais como uma mácula pigmentada, que pode atingir cerca de 3 centímetros (cm) ou mais, antes de se tornar um melanoma maligno;

- Acral lentiginoso: representa de 2 a 8% dos melanomas nas pessoas de pele clara e entre 35 a 60% nas de pele escura e acomete normalmente, palma da mão, planta do pé ou região subungueal do hálux e do polegar, nascendo da matriz da unha (REZENDE et al., 2008).

Para Rezende et al. (2008), os principais fatores de risco para este tipo de neoplasia são:

- História prévia de câncer de pele: quando existe uma história pregressa de câncer do tipo melanoma, estima-se que entre 5 a 10% dos pacientes terão recidiva da doença ao longo de sua vida; já aqueles que apresentaram um do tipo não-melanoma, principalmente o CCB têm um risco três vezes maior para o desenvolvimento de um melanoma;
- Pele clara: indivíduos que apresentam pele clara, sardas, cabelos loiros ou ruivos e olhos azuis, possuem de duas a três vezes mais chances de desenvolver um câncer do tipo melanoma;
- Nevos: popularmente conhecido por “pintas”, muitos identificam-se como fatores de risco por serem atípicos, isto é, displásicos; porém alguns apresentam-se em sua forma benigna, não mostrando risco à saúde;
- Nevos gigantes: apresentam-se com tamanho superior a 9 cm no recém-nascido e 20 cm no adulto, tendo assim, um risco de 6% de se transformar em um melanoma, sendo mais elevado nos primeiros dez anos de vida da pessoa;
- História familiar: dos pacientes que têm melanoma cutâneo, cerca de 10% possuem algum parente de primeiro grau que também teve a

doença; isso se deve devido à mutação do gene CDKN2A (*Cyclin Dependent Kinase Inhibitor 2A*), gene associado ao auto risco de melanoma;

- Imunossupressão: principalmente em paciente com órgãos transplantados, que apresentam um risco três vezes mais elevado de desenvolvimento do melanoma;
- Exposição à radiação solar: essa exposição, principalmente com história de queimadura na infância ou adolescência, aumenta de duas a três vezes, a chance de uma pessoa desenvolver o melanoma (REZENDE et al., 2008).

A excessiva exposição aos raios UV pode causar câncer de pele, tanto pelo mecanismo de estresse oxidativo das queimaduras solares, como pela imunossupressão e pelo fotoenvelhecimento (PARRADO et al., 2014). A exposição aguda ao sol, que muitas vezes resulta em queimaduras solares, também aumenta o risco de câncer de pele do tipo melanoma e CCB, devido ao alto índice de raio UV que foi absorvido pelo corpo. A exposição UV, depende da intensidade da luz, do tempo em que a pele ficou exposta e se ela estava protegida seja por roupas, protetor solar ou por ambientes não expostos à luz. Já a exposição crônica ao sol é fortemente associada ao câncer de pele do tipo CCE, mas não com exposição intermitente (SARAIYA et al., 2004). Sendo assim, estima-se que 2/3 dos casos de melanomas em todo o mundo, possuem forte relação com a radiação ultravioleta apresentada na luz do sol (REZENDE et al., 2008).

Salvio et al. (2011) realizaram um estudo que se propôs a desenvolver um Programa Contínuo de Prevenção do Melanoma, por meio da realização da prevenção primária e do diagnóstico precoce desta neoplasia. Foi considerada como piloto uma cidade de aproximadamente 130.000 habitantes do interior do estado de São Paulo (Brasil) e uma equipe de enfermagem esteve presente por cerca de 30 dias em cada um dos 13 postos de saúde do local, realizando orientações quanto ao autoexame da pele, fotoproteção e sinais precoces do melanoma. Pacientes com lesões suspeitas eram encaminhados ao hospital de referência para dermatoscopia e triagem médica, sendo excisada quando suspeita. Foram diagnosticados 4 casos de melanoma em fase inicial e 3 nevos displásicos. Dos entrevistados, 74% trabalhavam expostos ao sol, variando de meio período ao completo e mais de 60%

nunca fizeram uso de filtro solar. Os autores concluíram que o modelo de programa de prevenção foi inédito, exclusivo e demonstrou ser eficaz na prevenção e diagnóstico precoce do melanoma; se houver esclarecimentos à população e orientações à equipe de saúde, realiza-se uma rápida triagem e identificam-se lesões suspeitas de melanoma para que, com o diagnóstico em suas fases iniciais, o paciente apresente melhor prognóstico.

Buscando evitar os efeitos nocivos causados pela excessiva exposição aos raios UV, foram estudados compostos de natureza química, produzidos por alguns vegetais (fitoquímicos), que são dotados de propriedades fotoprotetoras. Extratos de *Polypodium leucotomos samambaia* (Fernblock®) possuem propriedades antioxidantes cutâneas após a administração tópica e/ou oral. Seus efeitos fotoprotetores incluem redução de apoptose mediada por UV e necrose e inibição da remodelação anormal da matriz extracelular, traduzindo inibição de longa duração de fotoenvelhecimento e carcinogênese (PARRADO et al., 2014).

Outro exemplo pode ser dado pelos polifenóis, produtos químicos orgânicos naturais, abundantes em produtos vegetais, contribuidores aos efeitos benéficos para a saúde de uma dieta vegetariana, com ação preventiva em várias condições como as doenças cardiovasculares, neurodegenerativas, diabetes, osteoporose e câncer. Nos últimos anos, o conceito de que os polifenóis são agentes de proteção contra o risco de câncer ganhou atenção considerável; seus efeitos foram estudados em vários tumores do corpo; no entanto, dados sobre os cânceres de pele são ainda escassos (KUMAR; BHATIA, 2014) e essa escassez reflete-se no pouco conhecimento sobre o impacto econômico do diagnóstico e do tratamento do melanoma cutâneo no Brasil.

Pesquisa utilizando dados do Estado de São Paulo estimou o custo direto de diagnosticar e tratar, em seus diversos estádios, o melanoma cutâneo em número de casos ocorridos entre 2000 e 2007. Como modelo de procedimento, foi utilizado o projeto diretriz *Clinical Practice Guidelines in Oncology*, editado pelo *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) e adequado aos procedimentos da Fundação SobecCan – Hospital do Câncer de Ribeirão Preto – SP. Os custos estimados basearam-se nos valores do tratamento médico pagos pelo setor público (Sistema Único de Saúde – SUS) e pelo setor privado (convênios) em 2007. Houve 2.740 casos diagnosticados e estadiados no Estado de São Paulo no período estudado. Os estádios iniciais 0, I e II da doença compreenderam,

aproximadamente, 4,2% (SUS) e 1, 3% (convênios) do custo total; os estádios III e IV consumiram 95,8% e 98,7% do custo total, respectivamente. Os resultados apresentados reforçaram o argumento de que o diagnóstico do melanoma cutâneo em seus estádios iniciais reduz os custos de tratamento, o que gera economia para os sistemas de saúde (SOUZA et al., 2009).

Desta forma, é preciso elucidar para as pessoas acerca do câncer de pele, sua prevenção e tratamento, enfatizando essas informações aos trabalhadores que estão expostos aos vários fatores de risco, haja vista que também é uma forma de desonerar gastos com a Saúde Pública.

1.3 Câncer entre trabalhadores

Para o Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), no ano de 2016 e 2017, a estimativa é que se tenha 596.070 novos casos de câncer, sendo 295.200 em homens e 300.870 em mulheres (INCA, 2015). Em 2012 houve 518.510 novos casos de câncer no Brasil e acredita-se que cerca de 20.000 estavam relacionados ao trabalho. Porém, o problema em estabelecer-se, concretamente, esses números, deve-se as dificuldades em encontrar, como causa exclusiva do tumor, o ambiente de trabalho. Isso porque há uma falta de registros sobre a ocupação que o doente exerceu por mais tempo no setor econômico, dificultando a identificação dos casos e a consequente notificação como doença relacionada ao trabalho (INCA, 2012b).

Apesar do número crescente de casos e da importância da doença para o cenário nacional, há pouco conhecimento disponibilizado sobre os agentes cancerígenos ocupacionais, relacionado aos diversos tipos desta enfermidade (REBELLO, 2014).

Acresce-se a isso que, em algumas ocasiões, não é possível estabelecer-se o diagnóstico preciso desta doença, sendo possível que seja devido ao desconhecimento dos seus sinais e sintomas por parte do profissional de saúde que realiza o atendimento do indivíduo enfermo, que muitas vezes não é especialista em Saúde do Trabalhador e, tampouco, em oncologia, ou pela não valorização deste

problema como sendo relacionado ao trabalho.

Embora haja essa dificuldade em diagnosticar a doença, o câncer relacionado ao trabalho constitui-se em preocupação dos pesquisadores em vários países, uma vez que muitos fatores de risco são encontrados nos ambientes laborais.

Na Hungria, um estudo epidemiológico foi realizado entre os trabalhadores de uma fábrica que usava acrilonitrila (composto químico aplicado na indústria têxtil e na produção de plásticos de engenharia), com o objetivo de determinar a ocorrência de câncer em trabalhadores e anormalidades congênitas em seus filhos recém-nascidos vivos. De 888 trabalhadores, 783 foram incluídos no estudo e três grupos foram diferenciados: Grupo A (n=452) com exposição direta e contínua, Grupo B (n=171) com exposição direta mas ocasional e Grupo C (n=160) sem exposição direta. Os resultados não indicaram uma maior ocorrência de câncer entre os trabalhadores: somente um paciente com câncer de pulmão foi encontrado e não houve ocorrência de câncer de próstata. Entre as anomalias congênitas, houve uma taxa mais elevada do que o esperado e foram encontradas malformações em sete bebês e destes, cinco apresentaram malformações cardiovasculares. O estudo não indicou o efeito cancerígeno, mutagênico e teratogênico da acrilonitrila entre os trabalhadores que utilizava este produto químico na fábrica (CZEIZEL et al., 2004).

Na Espanha, considerando-se que o carcinoma de bexiga é o quarto tipo de câncer mais comum em homens de países ocidentais, investigação revisou os fatores de riscos constitucionais e ocupacionais com maior ou menor evidência científica, associados à etiologia desse tipo de câncer. A revisão da literatura, compreendendo um estudo de artigos publicados em um período de 25 anos, analisou os fatores de risco/fatores genéticos/polimorfismos genéticos/epidemiologia/fatores ocupacionais relacionados como câncer de bexiga. Evidenciou-se que este tipo de neoplasia maligna é o resultado final da combinação variável de fatores de riscos constitucionais e ambientais, a maioria dos quais, ainda desconhecidos. Os fatores de riscos constitucionais mais significativos estão relacionados à idade (65 anos e mais), sexo (proporção de 4:1 de homens em relação às mulheres), raça, etnia e localização geográfica (predominantemente em caucasianos e em países da Europa do Sul) e fator genético (presença de mutações no gene M1-N-acetiltransferase 2, associada a metabolização de alguns

carcinógenos, fazendo com que aumente significativamente o risco deste câncer). Os principais fatores de riscos ocupacionais são os relacionados às aminas aromáticas e aos hidrocarbonetos aromáticos policíclicos; as profissões com maior risco são aquelas voltadas à produção de alumínio, fabricação de corantes, tintas, indústria de borracha e a extração e uso industrial de combustíveis fósseis (FERRÍS et al., 2013).

Estudo multicêntrico objetivou revisar a literatura sobre a estimativa da fração populacional atribuível de câncer devido à exposição ocupacional e descrever os desafios relativos a esta métrica. Os documentos consultados mostraram que a fração para câncer atribuível ao trabalho da população variou entre 2% e 8% (homens, 3% a 14%; mulheres, 1% a 2%); a profissão de pintor foi responsável por uma proporção muito pequena de câncer de bexiga e pulmão diagnosticados nos Estados Unidos em 2010; entretanto, o impacto potencial de trabalho em turnos sobre câncer de mama pode ser substancial, com a fração para câncer de 5,7%, traduzindo 11.777 cânceres de mama atribuíveis (PURDUE et al., 2015).

Investigação norte-americana revisou as evidências sobre os riscos de câncer e encargos de exposições ambientais e ocupacionais em países com economias menos desenvolvidas. Os resultados mostraram que a associação causal foi estabelecida entre a exposição ao amianto e mesotelioma e o câncer de pulmão; para a exposição ao arsênico, houve fortes evidências de efeitos na bexiga, pele, pulmão, fígado e rins; as mulheres mostraram maior risco de câncer de pulmão devido a exposição à poluição do ar; o efeito sobre o risco de câncer em crianças não foi estudado nestes locais. Os riscos de câncer associados à poluição do ar ambiente continuam a serem os menos estudados em países periféricos, embora as exposições relatadas sejam superiores aos padrões internacionais recomendados. Os estudos realizados nestes locais, ainda são fracos ou sujeitos aos erros de classificação da exposição; a quantificação precisa da incidência do câncer humano atribuível às exposições ambientais e ocupacionais nesses países, que ainda é incerta; os efeitos das exposições não foram estudados devido às limitações específicas de cada país, que incluem falta de recursos e de apoio governamental (HASHIM; BOFFETTA, 2014).

Pesquisa realizada na França objetivou identificar a contribuição das exposições ocupacionais aos cânceres raros, que representam 22% de todas essas doenças diagnosticadas anualmente na Europa. Foi realizada uma revisão

abrangente dos fatores de risco ocupacionais em 67 tipos de cânceres raros, examinando artigos relevantes no PubMed (1960-2012) e na Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC). Os resultados apontaram que 26 tipos dessa doença, como o mesotelioma nasal, de laringe, de fígado, de ovário, sarcoma ósseo e neoplasias hematopoiéticas foram consistentemente associados aos fatores ocupacionais. Os principais elementos cancerígenos apontados são amianto, pó de madeira, metais/metaloídes, formaldeído, benzeno, cloreto de vinilo e radiação. Houve evidência incoerente relacionada a 22 neoplasias raras e não foram identificados dados relevantes para 19 cânceres raros. O estudo forneceu informações úteis que podem facilitar a identificação de fatores relacionados ao trabalho que contribuem para os cânceres raros (CHARBOTEL; FERVERS; DROZ, 2014).

Assim, demonstra-se que o ambiente de trabalho é um local de possível exposição aos agentes cancerígenos. A *International Agency for Research on Cancer* lista 19 substâncias/situações de trabalho/ocupações que estão ligadas ao câncer de pulmão, dentre elas estão as relacionadas ao manuseio de: alcatrão piche, fuligem, xisto, betume, arsênio, asbesto, berílio, cádmio, exposição ocupacional às névoas e aos vapores de ácidos fortes contendo ácido sulfúrico, ocupação de pintor, trabalho na fabricação e reparos de calçados, tabagismo passivo, entre tantos outros. A abordagem da ocupação em pacientes portadores de câncer de pulmão é fraca, impactando negativamente na busca da causalidade e, conseqüentemente, no desvelamento de casos de câncer ocupacional, o que impede que o trabalhador receba seus direitos previdenciários e trabalhistas (ALGRANTI; BUSCHINELLI; DE CAPITANI, 2010).

A exposição ocupacional a determinados pesticidas, particularmente ao DBCP (dibromocloropropano) e à clordecona, pode ter efeitos adversos sobre a fertilidade masculina. Entretanto, com exceção do uso terapêutico do dietilestilbestrol, a ameaça à reprodução humana através da "desregulação endócrina" por contaminantes ambientais ainda não foi comprovada por evidências epidemiológicas. A questão diz respeito a outros efeitos endócrinos descritos em animais experimentais, sendo que apenas a inibição do funcionamento da tireoide foi confirmada em seres humanos após exposição ocupacional à amitrole e mancozeb. Cânceres de mama, endométrio, ovário, próstata, testículos e tireoide motivaram pesquisas sobre o risco potencial associado à exposição ocupacional e ambiental

aos pesticidas conhecidos como "desreguladores endócrinos". Alguns estudos descartaram a hipótese dos derivados do DDT (diclorofeniltricloreto) como responsáveis pelo risco em excesso de câncer dos órgãos reprodutivos. Entretanto, não se pode excluir o papel da exposição elevada ao *o,p'*-DDE (*p'*-diclorodifenildicloroetileno), particularmente no câncer de mama pós-menopáusia, positivo para receptores estrogênicos. Ainda há necessidade de mais investigação sobre o possível papel etiológico de outros pesticidas organoclorados e herbicidas triazínicos em alguns cânceres hormônio-dependente (COCCO, 2002).

O câncer profissional cutâneo integra um grupo de neoplasias malignas atribuídas à exposição aos fatores cancerígenos no ambiente de trabalho. Apresenta dificuldades em seu diagnóstico devido ao fato de sua origem ser multifatorial, da existência de diferentes desencadeantes durante a vida laboral e não laboral, dos grandes períodos de latência e uma clínica semelhante aos dos cânceres não profissionais. Atualmente, há diferenças entre as substâncias químicas identificadas na lista de enfermidades profissionais como cancerígenos cutâneos e as que mostram evidências científicas (EIROA; LOSADA; FARALDO, 2014).

Trabalhadores da construção civil constituem-se em um dos maiores grupos de risco para o câncer ocupacional. Pesquisa objetivou identificar o conhecimento destes indivíduos sobre o câncer de pele, descrevendo as medidas de proteção/prevenção adotadas por eles. Foi um estudo descritivo de natureza quantitativa, desenvolvido com 50 trabalhadores de uma empresa de construção civil do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, Brasil), sendo os dados coletados por meio de um formulário. As medidas de proteção adotadas pelos trabalhadores para prevenção são insuficientes e a forma como são utilizadas não está em consonância com a literatura para protegê-los desta patologia. As maiores mudanças necessárias no seu cotidiano estão relacionadas com as questões no estilo de vida e na facilidade no acesso às informações e conhecimentos quanto ao câncer de pele. Intervenções do enfermeiro com a equipe de Saúde do Trabalhador podem contribuir para implementações de medidas preventivas do câncer ocupacional (SIMÕES et al., 2011).

Foi realizada uma revisão sistemática para atualizar o conhecimento existente entre a exposição aos produtos químicos e o câncer de pele no local de trabalho. Foram feitas buscas em onze bases de dados obtendo-se as publicações de janeiro de 2006 até dezembro de 2012. O nível de evidência da associação entre

a exposição a certos produtos químicos e a origem ocupacional do câncer de pele foi de 2+. Os agentes causadores mais referenciados foram os pesticidas com OR entre 1,7 (IC 95% 1,1-2,5) e 2,4 (IC 95% 1,2-4,9) e derivados de petróleo com RR de 1,99 (IC 95% 1,00-3,96). Em alguns artigos foi analisada a exposição simultânea a um número de agentes químicos, sem definir uma substância específica (EIROA et al., 2014).

Estudo realizado em Taubaté (São Paulo, Brasil) objetivou identificar fatores associados ao câncer da pele não melanoma. Foi uma pesquisa de caso-controle de base hospitalar com residentes naquela cidade atendidos entre 1/1/2005 e 31/12/2006. Os indivíduos foram combinados 1:1 conforme gênero e idade. Foram consideradas variáveis independentes: idade, gênero, fototipo, ascendência europeia, tempo de moradia, exposição solar, tempo (em anos), número de horas e horário de exposição solar ocupacional e não ocupacional, fotoproteção, histórico familiar e fotodano. Foi utilizada a regressão logística hierarquizada em três níveis. Foram estudados 132 casos e 132 controles. Compuseram o modelo final: fototipo com OR = 3,14 (IC 95% 1,79-5,49), horas de exposição solar ocupacional 1,76 (1,04-2,99) e não ocupacional 1,80 (0,98-3,29) e histórico familiar 2,10 (1,13-3,93). Teste de Hosmer-Lemeshow, $p = 0,97$; acurácia 70% (IC 95% 63-76). Concluiu-se que pele clara, histórico familiar e exposição solar ocupacional e não ocupacional associaram-se ao câncer cutâneo não melanoma (FERREIRA; NASCIMENTO; ROTTA, 2011).

Dentre os trabalhadores que apresentam expressivo risco de apresentar câncer, particularmente o de pele, estão os que atuam nos ambientes rurais, conforme descrito na sequência.

1.4 Trabalhadores Rurais

Considera-se trabalhadores rurais as pessoas, do sexo masculino ou feminino, que desenvolvem atividades, sejam no setor formal ou informal da economia, para garantir o próprio sustento e de seus dependentes (BRASIL, 2004 apud DIAS, 2006).

Dentre estes, estão os trabalhadores agrícolas. Este grupo está representado por pessoas que atuam diretamente no meio rural, seja em pequenas, médias ou grandes propriedades, que trabalham durante o dia em ambiente aberto e realizam cultivo de espécies vegetais. Podem ser assalariados com registro em carteira, temporários, que exercem a função apenas em época de safra e porcenteiros (meeiros) em esquema de produção familiar, no qual há o envolvimento de toda a família, mulheres e pessoas mais jovens no trabalho. Estes realizam atividades como: separação, embalagem, preparo e processamento dos produtos agrícolas (BRASIL, 2010).

Estudo realizado no Rio Grande do Sul com população rural mostrou que o trabalho confere um importante *status* aos sujeitos estudados, favorecendo tanto a saúde como a doença, pois mede as interações sociais e materiais, mas também expõe os trabalhadores às intempéries do clima, trazendo-lhes preocupações com o plantio e a colheita. O valor simbólico atribuído ao trabalho remete à ideia de ser útil à sociedade e de inserção na cadeia produtiva, mas essa atividade pode prejudicar o trabalhador, contribuindo para seu adoecimento (RIQUINHO; GERHARDT, 2010).

O trabalhador rural passa um longo período exposto às radiações solares, chegando a ser o principal fator de risco para cerca de 90 a 95% dos cânceres de pele do tipo não- melanoma. Dependendo da região em que atua, o trabalhador acaba se expondo mais ao risco de câncer de pele, principalmente se ele se encontra próximo à região equatorial e não possui uma proteção adequada (SILVA et al., 2005; MENDES, 2003).

Em Londrina (Paraná, Brasil) um estudo que teve como objetivos analisar a frequência de câncer de pele não melanoma em trabalhadores atendidos no Hospital de Câncer daquela cidade em 2005; classificar os casos segundo sexo, raça e faixa etária, hábitos de vida e características das lesões e identificar as ocupações mais frequentes para este tipo de câncer. O estudo foi quantitativo, exploratório e transversal; levantou os casos de neoplasias atendidos no referido hospital naquele ano. Os casos de câncer de pele não melanoma foram selecionados e analisados segundo sexo, raça, faixa etária, hábitos de vida, localização primária do tumor e ocupação. Foram identificados 180 casos de câncer de pele melanoma com maior frequência em homens da faixa etária de 70 a 79 anos; as lesões primárias mais encontradas foram na face, no tronco, na cabeça, no pescoço e nos braços; dentre as ocupações mais frequentes estavam a dos

trabalhadores rurais, com 35,5% dos casos, seguindo-se as de trabalhadores de serviços gerais, do comércio e da construção civil. Os resultados mostraram a relação das neoplasias de pele não melanoma com os efeitos da exposição cumulativa ao sol, fortemente atribuída ao meio ocupacional (BORSATO; NUNES, 2009).

Dentre os trabalhadores das profissões mais afetadas pela radiação solar, estão: agricultores, hortifrutigranjeiros, pescadores, marinheiros, jardineiros, trabalhadores em conservação de estrada, trabalhadores na construção civil, salvavidas, soldadores, dentre outros (MENDES, 2003).

Neste contexto, estudo realizado com rurícolas da cidade de Bariri (São Paulo, Brasil) mostrou que há quase duas vezes maior probabilidade de desenvolvimento de câncer entre os trabalhadores rurais, com um risco relativo calculado entre os expostos (trabalhadores agrícolas) e os não expostos (outras ocupações) de 1,6 (STOPPELLI; CRESTANA, 2005).

Agricultores gregos também apresentaram importante percentual de dermatoses ocupacionais (ZORBA et al., 2013). Na Colômbia, foi realizado um estudo apresentando o caso de paciente de 71 anos com antecedentes de atividade laboral ao ar livre, desde a infância, sem uso de práticas protetoras contra os raios solares, o qual lhe resultou em CCE no couro cabeludo, sendo submetido a cirurgia radical e reconstrutiva (PÁEZ et al., 2014).

Além da radiação solar, o arsênio, também está bastante relacionado ao câncer de pele, seja após a ingestão, a inalação ou pela absorção cutânea, por meio da produção e manipulação de agrotóxicos. Em agricultores, o câncer de pele pode, inicialmente, estar relacionado ao uso de agrotóxicos e, posteriormente, à exposição ao arsênio; no entanto, é difícil delimitar a influência, nestes cânceres, de um outro fator causal diante da importância da influência da radiação ultravioleta (MENDES, 2003).

Segundo o IBGE (2016), o setor agrícola está dentre os que mais empregam as pessoas. No ano de 2005, somava-se 16.648.000 trabalhadores rurais, sendo que, 11.072.000 eram homens e 5.576.000 eram mulheres. Já no ano de 2015, houve uma queda neste setor, com cerca de 13.020.000 trabalhadores, destes 9.178.000 eram do sexo masculino e 3.842.000 do feminino. Porém este setor ainda se enquadra no terceiro lugar, entre os que mais empregam a população.

Sendo assim, devido ao grande número de trabalhadores nessa área, tornam-se importantes as ações de educação para a manutenção de sua saúde e para aproximá-los dos serviços de saúde construindo vínculos e ampliando a participação popular. Neste caso, o educador pode ser o enfermeiro, responsável por orientar a população, por meio da transmissão dos conhecimentos científicos com linguagem de fácil compreensão para que estes trabalhadores sejam capazes de estabelecer julgamentos sobre o cuidado com a própria saúde levando-os às modificações de comportamentos (NOGUEIRA, 2010; OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004) indesejáveis e não saudáveis.

1.5 Educação em Saúde

Entende-se por educação um “ato ou efeito de educar (-se)” e “processo de desenvolvimento da capacidade física, intelectual e moral do ser humano” (FERREIRA, 1989, p.185). Porém sabe-se que o processo de desenvolvimento e educação parte principalmente de dois tipos de saberes: o técnico e o popular (SÃO PAULO, 2001).

O saber popular é desenvolvido no cotidiano, não possui sistematização coletiva, porém, é ele o ponto inicial e responsável por transformação, já que com o apoio do saber técnico-científico constitui-se, também, em um processo educativo eficaz, utilizado para a defesa de seus próprios interesses. Desta forma, o saber técnico não pode se confrontar com o popular; ambos devem manter uma relação de diálogo, isto é, transformar o conjunto dos dois saberes em que a própria transformação da realidade é buscada, além de ser uma relação horizontal, bidirecional e democrática (PINTO, 1987 apud SÃO PAULO, 2001).

Sendo assim, uma ação educativa não busca somente a transformação do conhecimento, do saber, mas também a transformação dos sujeitos do processo e isto só pode ser produzido quando o processo também sofre uma transformação. O conhecimento não deve ser apenas tecnológico, mas também nos aspectos das estruturas, processos econômicos e políticos da sociedade na qual está inserida a prática social (PINTO, 1987 apud SÃO PAULO, 2001).

Assim, a educação popular, não é igual a “educação informal”, já que

muitas atividades educativas ocorrem fora do ambiente escolar, porém ainda recorrem aos métodos verticais de ensino (VASCONCELOS, 2001).

A Educação Popular não visa criar sujeitos subalternos educados... limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja... Visa participar do esforço que já fazem hoje as categorias de sujeitos subalternos - do índio ao operário do ABC paulista - para a organização do trabalho político que, passo a passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos. A Educação Popular é um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento (BRANDÃO, 1982 apud VASCONCELOS, 2001, p.124).

A educação em saúde é um importante instrumento de prevenção, já que além de atender as pessoas de acordo com a sua necessidade, faz com que elas pensem sobre isso e busquem, por si só, mudanças e transformações da sua realidade trazendo, assim, melhorias das condições de vida e de saúde da população (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Está embasada nas transformações de paradigma sanitário e é capaz de promover mudanças de comportamento e melhora de saúde da população, já que sua finalidade é instruir grupos e estimular reflexões críticas das causas dos problemas e ações para sua resolução (MACIEL, 2009).

No entanto, a educação em saúde, não deve ser voltada somente para a formação permanente de profissionais de saúde, ela deve ter como foco principal, o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade de vida e saúde da comunidade em geral, adotando como elemento norteador as diretrizes da Política Nacional da Promoção da Saúde, de forma que a educação e a saúde tornem-se práticas sociais inseparáveis e interdependentes, sendo a base do processo de trabalho dos profissionais de saúde (BUSS, 1999).

Já a educação popular em saúde trata-se de um “movimento social”, formado por pessoas diferentes e com visões de mundo distintas como, por exemplo, pesquisadores, profissionais e técnicos da área da saúde, além de ativistas, técnicos e líderes sociais comprometidos em ampliar os esforços da emancipação das camadas trabalhadoras do povo brasileiro (STOTZ, 2005). Ela é um instrumento que auxilia na incorporação de novas práticas, valorizando o saber do outro e compreendendo que o conhecimento é um processo de construção coletiva, que objetiva um novo entendimento das ações de saúde, como as

educativas (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Porém, a atividade educativa não é apenas o condicionamento imposto, para que as pessoas aceitem, sem questionar, as orientações que lhe são transmitidas, ou seja, em saúde não basta apenas a divulgação do conhecimento sobre como se ter saúde ou evitar uma doença; isto não contribui para que a população seja mais saudável e nem causa mudança de comportamento desejável para a melhoria da qualidade de vida daquela população, já que estas orientações, para serem representativas e fazerem sentido, necessitam da participação do indivíduo, grupos populares e a equipe de saúde (SÃO PAULO, 1988 apud SÃO PAULO, 2001). O que muitas vezes se vê é uma atividade de educação em saúde tradicional, ou seja, aquela que possui caráter persuasivo, já que busca determinar alguns comportamentos tidos como ideais para a prevenção ou redução de agravos (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Uma atividade educativa, em especial na área da saúde, deve ser baseada na discussão, reflexão crítica, partindo de um conhecimento prévio sobre saúde/doença, juntamente às suas causas e consequências, permitindo, que se chegue assim à uma concepção mais elaborada sobre a existência de determinada doença bem como, à resolução dos problemas, a fim de modificar a realidade vivenciada (SÃO PAULO, 1988 apud SÃO PAULO, 2001) e assim desencadear mudanças de comportamento no indivíduo (CANDEIAS, 1997).

Embora ainda não exista legislação que formalize as ações de educação em saúde, na maioria dos casos, elas vêm sendo realizadas por enfermeiros, seja pelo conhecimento que os mesmos recebem durante sua formação acadêmica que os subsidia sobre o processo de adoecimento humano, focando nas formas de prevenção, seja por assumir o desafio de educar para a saúde (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008).

Entretanto, nem sempre há a possibilidade dessas atividades educativas serem formatadas em concordância e discussão com a população a que se destinam.

No meio rural, a enfermeira é referência para as pessoas, embora o seu local de trabalho mais comum seja a Unidade Básica de Saúde (UBS), que se localiza na cidade; ela representa a comunidade rural e, sendo assim, é a responsável por saber fazer a integração e a articulação com a comunidade e seus líderes, seja para efetivar seu trabalho, seja para que os habitantes do meio rural

tenham a assistência necessária (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Porém neste ambiente, o desenvolvimento de atividades torna-se mais difícil, pois depende da disponibilidade de tempo das mulheres e homens que passam seu dia envolvidos nas tarefas agrícolas, pois as pessoas do meio rural, em especial as mulheres, além do trabalho doméstico, participam ativamente na lavoura, o que dificulta, para o enfermeiro, a realização de atividades em grupo (BUDÓ; SAUPE, 2005).

No entanto, a relação com a população, é bastante restrita aos grupos organizados, já que existe uma grande valorização das trocas interpessoais, que podem ocorrer tanto de maneira formal, isto é, por meio de consultas individuais, reuniões educativas e visitas domiciliares, como também por meio dos contatos informais e da participação em eventos sociais locais (VASCONCELOS, 2001).

Sendo assim, para muitos serviços de saúde a educação popular tem representado um instrumento essencial na construção histórica de uma saúde holística, na medida em que se dedica à ampliação da inter-relação entre variadas profissões, especialidades, serviços, doentes, familiares, vizinhos e organizações sociais locais, envolvidos em um problema de saúde específico. Isso torna-se possível por meio de um novo sistema de conhecimento, com a articulação de múltiplas, diferentes e até contraditórias iniciativas presentes em cada problema de saúde valorizando, neste processo, os saberes e práticas dos sujeitos, que comumente são desconsiderados devido a sua origem popular (VASCONCELOS, 2001), como é o caso dos trabalhadores do meio rural.

Para a atuação da enfermagem no meio rural é importante que o enfermeiro esteja familiarizado com a cultura e hábitos desses trabalhadores já que esses costumes podem influenciar, fortemente, no modo de viver dessas pessoas, muitas vezes interferindo nos aspectos de saúde (BUDÓ; SAUPE, 2005).

Quando houver dificuldades das intervenções educativas deste profissional serem realizadas pessoalmente com grupos de pessoas do meio rural, a elaboração de material educativo apropriado, baseado na própria experiência prática do enfermeiro com esse tipo de população, poderá ser de grande valia para que a educação em saúde aconteça.

1.6 O uso de materiais educativos na educação em saúde

Existem diversas formas de levar informações às pessoas, por meio de folhetos, cartazes, livretos, panfletos, cartilhas, que são convencionalmente chamados de materiais educativos dentro dos serviços de saúde, já que são responsáveis por fazer o intermédio entre a população e os profissionais da área (MONTEIRO; VARGAS, 2006).

Estes instrumentos são facilitadores do processo educativo, uma vez que permitem ao leitor consultar, posteriormente, o material impresso, sendo capaz de sanar dúvidas e dificuldades que possam surgir durante o processo de decodificação e memorização (GRUPO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2001 apud MOREIRA; SILVA, 2005).

Apesar de ainda não ser possível demonstrar que os folhetos informativos levam à uma evolução quanto às atitudes e comportamentos das pessoas, sua introdução na saúde, aparenta elevar o nível de conhecimento (NICOLSON et al., 2009), pois o material educativo funciona como um atenuante da experiência de aprendizado; ele não é somente um objeto que fornece informações e sim um instrumento que oferece apoio para o desenvolvimento de uma experiência de aprendizado a fim de provocar mudanças e enriquecimento em algum aspecto, seja conceitual ou perceptivo, com valores da sociedade ou valores afetivos e de habilidades ou atitudes (KÁPLUN, 2003).

Para Santos e Rozemberg (2005), os impressos em forma de folhetos são mais fáceis de serem manuseados já que são de fácil acesso e seu esquema permite uma maior quantidade de informações, além de terem um excelente custo-benefício e o investimento para sua produção é menor.

Em um estudo realizado por Santos e Rozemberg (2003) apud Santos e Rozemberg (2005) foi detectado que os cartazes também, constituem-se em um tipo de material educativo adequado, uma vez que podem ser fixados em locais por onde os trabalhadores percorrem diariamente, tendo, portanto maior visibilidade, além de uma baixa quantidade de informações. A associação destes fatores permite maior visualização e aproximação do tema (SANTOS; ROZEMBERG, 2005).

Independente do formato do material educativo, o mais importante é que

ele seja bem elaborado, pois se for bem redigido ou de fácil entendimento melhora a compreensão e o contentamento do usuário, já que se torna capaz de desenvolver nele atitudes e habilidades, aumentar sua autonomia, promover sua aceitação a algum tipo de tratamento, além de encorajá-lo a entender como suas ações são capazes de interferir no seu padrão de saúde e tomada de decisão, diminuindo a demanda dos serviços de saúde e, conseqüentemente, dos custos (SERXNER, 2000).

Mesmo assim, os materiais educativos impressos apresentam limitações, pois pessoas com baixas aptidões para leitura e interpretação, tendem a desprezar as informações escritas e, se questionadas pelo profissional de saúde, não irão fazer indagações possivelmente para não se sentirem inferiorizados, reduzindo assim o seu acesso à informação gráfica vastamente utilizada na sociedade (MIALHE; SILVA, 2008).

Para se evitar este tipo de limitação, o material educativo, deve ser elaborado na ótica do público-alvo, já que quando a informação se trata de um conhecimento novo para a pessoa, a quantidade de dados que podem ser absorvidos é menor (MIALHE; SILVA, 2008).

Ao introduzir de forma privilegiada o conhecimento dos trabalhadores, suas experiências e vivências, busca-se um novo vínculo no processo de conhecimento, resultando na autonomia e modificação das condições que geram perdas à saúde do trabalhador (ODDONE et al., 1986).

Para diminuir esta lacuna, o material educativo deve conduzir as informações ao público-alvo de forma que o tema abordado tenha importância para a sua realidade, dando exemplos fáceis de serem compreendidos, tornando possível a relação entre a nova informação e as circunstâncias pessoais (ONG; AUSTOKER; BROUWER, 1996).

Outro problema está relacionado com a falta de avaliações criteriosas sobre estes materiais educativos, tanto quanto à sua legibilidade, como apelo visual ou nível de leitura (MIALHE; SILVA, 2008).

Segundo Vasconcellos-Silva, Rivera e Rozemberg (2003, p.538),

os folhetos de alegado cunho informativo têm sido, amiúde, produzidos e veiculados de maneira instrumental e monológica, para transmitir informações unilateralmente definidas como relevantes e sem estudos de recepção posterior. Por serem concebidos e produzidos como projetos especializados e individuais, seu processo de atualização, quando ocorre,

também atende aos detalhes localmente priorizados e de natureza especialista.

Sendo assim, uma das formas de se resolver esta questão é por meio de pesquisas que analisem, de forma perspicaz, os folhetos existentes.

A produção dos materiais educativos na saúde tem sido considerada pertinente em relação à vários temas, pois tem o objetivo de disseminar temas relevantes para a prevenção ou tratamento de patologias, além de guiar e adaptar comportamentos, promover a saúde, prevenir doenças e informar riscos e hábitos saudáveis de vida (PAIVA; VARGAS, 2015; MONTEIRO; VARGAS, 2006).

Para que o material educativo seja consistente em seus dados e formulado de forma a atender seu objetivo e público alvo, além da prática profissional de quem o idealiza, é importante que seja formulado de acordo com as mais atualizadas evidências disponíveis sobre o tema abordado, de forma que ele se enquadre na realidade do público alvo e esteja amparado e atualizado pelos estudos científicos já realizados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Prática Baseada em Evidências (PBE)

O conhecimento está em constante desenvolvimento e aprimoramento, porém na prática clínica a realidade encontrada muitas vezes é outra, já que os profissionais podem adotar atitudes que estão desvinculadas dos últimos achados científicos (DOMENICO; IDE, 2003).

Com esse rápido desenvolvimento das pesquisas, muitas vezes torna-se difícil para o profissional de saúde, envolvido diretamente na prática profissional, acompanhar o resultado de pesquisas mais atualizadas e isso é mais complicado, ainda, quando este profissional não se direciona para uma determinada área de conhecimento (DOMENICO; IDE, 2003).

Desta forma, algumas vezes os profissionais da área da saúde, incluindo-se os enfermeiros, desenvolvem estratégias para resolver os problemas e identificar as necessidades dos seus clientes, porém suas respostas são, muitas vezes, baseadas no senso comum, experiência prática e raciocínio lógico (MEIJEL et al., 2004).

Neste contexto de busca por medidas que estreitem a distância entre o constante avanço científico e a prática assistencial é que se deu início ao movimento da Prática Baseada em Evidências (PBE), já que grande parte das evidências confiáveis e atualizadas que eram geradas por pesquisadores de toda parte do mundo, não estavam chegando ao conhecimento de médicos e conseqüentemente dos pacientes (DOMENICO; IDE, 2003; SACKETT et al., 2003). Sendo assim, a PBE mostra, a partir do uso consciente, aberto e criterioso, qual é a melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente (SACKETT et al., 1996).

A PBE trata-se de uma abordagem para resolução de problemas, a fim de prestar o cuidado em saúde que incorpore a melhor evidência proveniente de estudos bem delineados e dados do cuidado do paciente, de forma a associar as preferências e valores deste e o conhecimento clínico do profissional de saúde (MELNYK et al., 2010).

Essa prática não leva em consideração a intuição, as observações não sistematizadas ou princípios patológicos, mas sim o uso de estudos para orientar a

tomada de decisão clínica, exigindo que o profissional desenvolva novas habilidades, dentre elas a avaliação das pesquisas conforme a aplicação formal das regras da evidência (SIMON, 1999).

É uma abordagem na qual, para a tomada de decisão sobre a assistência da saúde, são integradas a competência do profissional e os interesses do usuário. Juntos buscam, a partir da definição de um problema, a investigação e a avaliação criteriosa das evidências disponíveis na literatura, a execução das evidências na prática e posteriormente, a avaliação dos resultados encontrados (GALVÃO, 2002 apud GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

O movimento da PBE associado à área da saúde, em especial à medicina, nasceu na década de 1980, no Canadá, a partir de um grupo de estudos da Universidade de *McMaster*, que tinha como objetivo impulsionar a melhoria da assistência na área da saúde e educação (DRUMMOND; SILVA, 1998).

Posteriormente, esse movimento espalhou-se pelo Reino Unido, através do Sistema Nacional de Saúde, como uma forma de aumentar a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde e, conseqüentemente, reduzir os gastos operacionais. Foi lançado um programa nacional cujos objetivos eram o de garantir que as ações assistenciais prestadas pelo Sistema Nacional de Saúde, fossem pautadas em pesquisas relevantes e que os administradores e os profissionais da saúde, bem como toda equipe médica e de enfermagem, tomassem decisões embasadas nos resultados de pesquisas, fazendo com que essas investigações se tornassem parte integral dos serviços de saúde (GERRISH; CLAYTON, 1998).

No Brasil, a PBE ainda é mais comum no campo da medicina, em especial dentro das universidades dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Já na enfermagem, por enquanto é um movimento ainda principiante e a maioria dos estudos disponíveis, estão em outros idiomas (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003). Entretanto, nota-se que está em processo de crescimento no país.

A Enfermagem Baseada em Evidências (EBE) teve seu início no movimento da Medicina Baseada em Evidências e não dá destaque aos rituais, à experiência clínica e não sistemática, opiniões sem fundamentação e tradições populares como sustentação para a prática clínica. Enfatiza o uso de resultados de pesquisas científicas ou, quando estes não estão disponíveis, os dados podem ser obtidos, de forma meticulosa, pelos programas de avaliação e melhoria da qualidade e/ou consenso de especialistas renomados e com um grau de experiência elevado

para comprovar a prática (STETLER et al., 1998).

A EBE trata-se do uso consciencioso, explícito e criterioso de informações derivadas de teorias, de pesquisas para a tomada de decisões sobre o cuidado prestado aos indivíduos, levando em consideração as suas necessidades particulares e preferências (INGERSOLL, 2000).

Na enfermagem, a implantação da EBE encontra, como empecilho, o fator histórico, já que, de acordo com Pedrolo et al. (2009), as práticas clínicas da enfermagem, antigamente, tiveram forte relação com o empirismo e somente na década de 1950 é que se inseriu o conhecimento de diversas ciências e, assim, estruturou-se um corpo próprio de conhecimentos.

Dentro da medicina, a PBE foi definida como um processo sequencial que envolve as três técnicas que são: a tomada de decisão clínica, o acesso aos artigos científicos relevantes e a análise destas informações (FRIENDLAND et al., 2001) conforme é demonstrado na Figura 2.

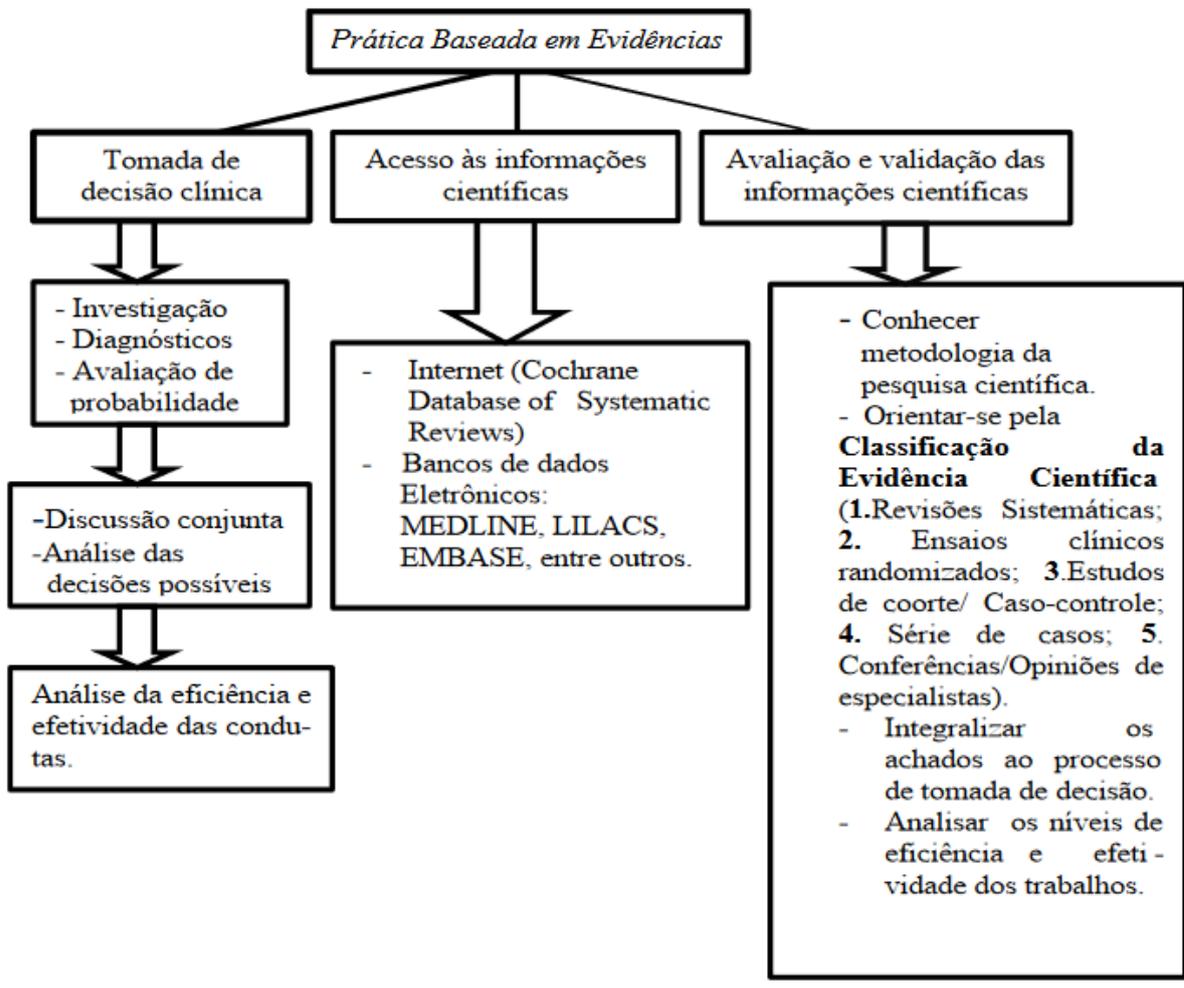


Figura 2 - Elementos da Prática Baseada em Evidências

FONTE: DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. A Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 1, 2003, p. 116.

A EBE, também pode ser considerada como um processo sequencial, porém ela envolve cinco etapas, que são:

1. Levantamento de problemas clínicos que advém da prática profissional;
2. Busca em estudos ou outros recursos pertinentes de informações que trazem evidências relevantes. Atualmente, a melhor maneira de se obter informações fidedignas e atualizadas é por meio das bases de dados computadorizadas. Existem várias fontes de pesquisa que fornecem informações seguras,

válidas, relevantes e recentes, porém os profissionais devem avaliar a confiabilidade dos *sites*, além de ajudar os usuários do sistema de saúde na análise criteriosa das informações disponibilizadas pela *Internet*, recomendando-se a utilização de *sites* vinculados às universidades, agências governamentais e de revistas científicas;

3. Avaliação e interpretação das evidências encontradas quanto à sua relação com a validade, a generalização e a transferência. Nesta etapa, é importante para o profissional possuir certo conhecimento em metodologias de pesquisa para analisar com confiança, a apresentação da pesquisa, a forma com que o autor conduziu o estudo e a análise estatística aplicada;
4. Utilização da melhor evidência disponível, habilidade do profissional e preferências do usuário no planejamento e estabelecimento do cuidado;
5. Julgamento por parte do enfermeiro quanto à sua prática clínica (HELEWA; WALKER, 2000; BEYA, 2000; MCSHERRY; PROCTOR-CHILDS, 2001; DOMENICO; IDE, 2003; GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Para que estas etapas realmente aconteçam, é necessário que o profissional envolvido na EBE desenvolva algumas competências, tais como: analisar de forma judiciosa/sensata o cenário da prática, criar aptidões de transformar situações-problema em base investigativa, ter um determinado nível de conhecimento nas áreas de informática para que consiga acesso às informações, desenvolver um profundo conhecimento sobre métodos de pesquisa, principalmente no que diz respeito ao desenho do estudo, análises de confiabilidade, efetividade e custo-benefício, eficiência para associar os dados encontrados na literatura com a prática e habilidade de implantar transformações e avaliá-las rotineiramente (ISERN, 1999; SASTRE; SOLÍS, 2000 apud DOMENICO; IDE, 2003; SAMPAIO; MANCINI; FONSECA, 2002).

A implementação da PBE dentro do campo da enfermagem, tem sido o foco de muitos pesquisadores, desde a década de 1970, mas possui uma evolução bastante lenta e desafiadora, pois além de envolver a propagação e a utilização de um novo conhecimento científico para a prática, envolve também a avaliação do custo-benefício do processo e do saber pelos profissionais envolvidos, clientes e familiares (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Essa implementação é importante porque pode elevar a qualidade do

cuidado prestado aos pacientes na prática clínica e com isso, pode acentuar o julgamento clínico, fazendo com que as intervenções tornem-se mais eficazes; porém para isso, os profissionais da área, precisam estar engajados para aprender a buscar e interpretar os dados encontrados para conseguirem embasar sua atividade prática na melhor evidência disponível (ROSSWURM; LARRABEE, 1999; GOODEE; PIEDALUE, 1999).

Entretanto, várias são as limitações para que a PBE seja implementada dentro da enfermagem; é um processo de mudança complexo, pois envolve uma comunicação de elementos relacionados aos profissionais, às entidades prestadoras de serviço de saúde e órgãos formadores (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Sendo assim, cabe ao enfermeiro buscar novas táticas que permitam sua qualificação no desenvolvimento e utilização dos estudos na prática. Entretanto, para que isso aconteça é importante o apoio, seja ele financeiro, de recursos humanos ou de materiais, das instituições prestadoras de serviços da saúde para que, assim, o profissional embase suas ações em conhecimento científico e, também, dos órgãos formadores que devem reunir esforços para o preparo do enfermeiro, frente à pesquisa (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

Para que a PBE aconteça, há necessidade de uma meticulosa Revisão de Literatura.

2.1.1 Revisão de Literatura

A Revisão da Literatura é considerada como um processo de busca, análise e descrição de um determinado assunto a fim de obter uma resposta para uma pergunta específica (INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP, s.d.).

É a elaboração de uma síntese, a qual envolve diversas alíneas que podem levar a uma ampla compreensão sobre o assunto estudado. É também, a primeira etapa para a produção do saber científico, já que é por meio deste processo que se originam novas teorias; é quando as lacunas do conhecimento são verificadas e as oportunidades para novos estudos são analisadas (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Os estudos de revisão, segundo Galvão, Sawada e Mendes (2003), são

pesquisas científicas que fazem uso de fontes de informação, sejam elas bibliográficas ou eletrônicas, para o alcance de resultados de pesquisas com outros autores, com a finalidade de fundamentar, tanto de forma teórica quanto científica um determinado objetivo. Ercole, Melo e Alcoforado (2014) complementam ainda que, para que este tipo de estudo tenha resultados aplicáveis na prática clínica e validade, precisam ser produzidos com rigor metodológico.

A revisão da literatura divide-se em revisão narrativa, também chamada de revisão bibliográfica tradicional, e em revisões sistemáticas que se subdividem em quatro outros métodos, conforme pode ser visto na Figura 3.

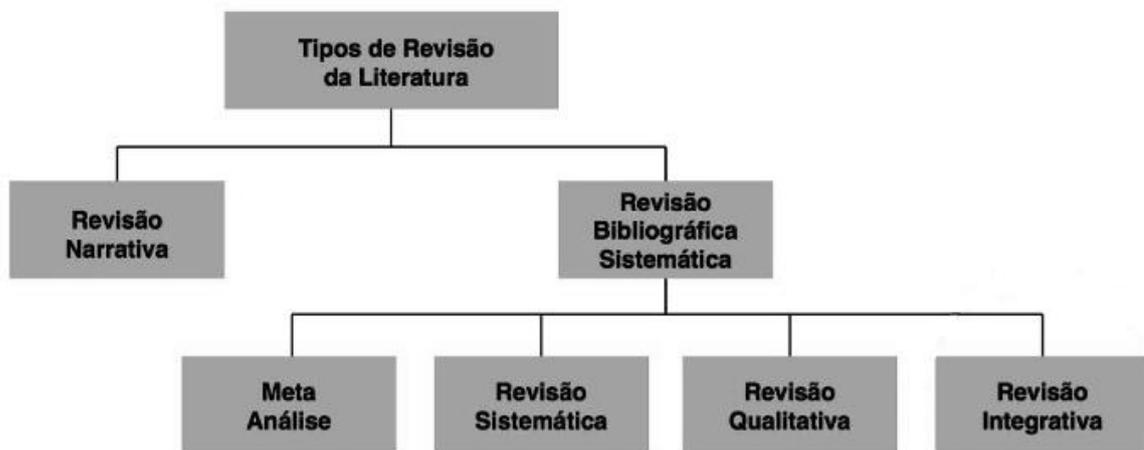


Figura 3 - Tipos de revisão da literatura

Fonte: BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v.5, n.11, 2011, p. 125.

A revisão narrativa é utilizada para descrever o nível máximo de conhecimento sobre determinado assunto, seja sob o ponto de vista teórico ou contextual e não faz uso de critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura, já que não precisa esgotar as fontes de informações. Esta revisão é formada, basicamente, pela análise da literatura, interpretação e uma análise crítica pessoal do pesquisador, não aplicando para isso estratégias de busca sofisticadas e exaustivas, porém é de extrema importância para a fundamentação teórica de trabalhos científicos em geral (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011;

INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP, s.d.).

Já as revisões sistemáticas são mais planejadas e visam responder uma pergunta específica. Esse tipo de revisão baseia-se na seleção criteriosa dos estudos, na análise imparcial dos dados encontrados e faz uso de métodos mais sistemáticos (CASTRO, 2006 apud BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011), sendo consideradas por Rother (2007) como originais, pois são elaboradas com rigor metodológico e utilizam como fonte, os dados disponíveis na literatura.

Dentro deste eixo de revisões sistemáticas, independente do seu tipo, a Colaboração Cochrane do Brasil, recomenda que a revisão seja feita com os passos citados na Figura 4:

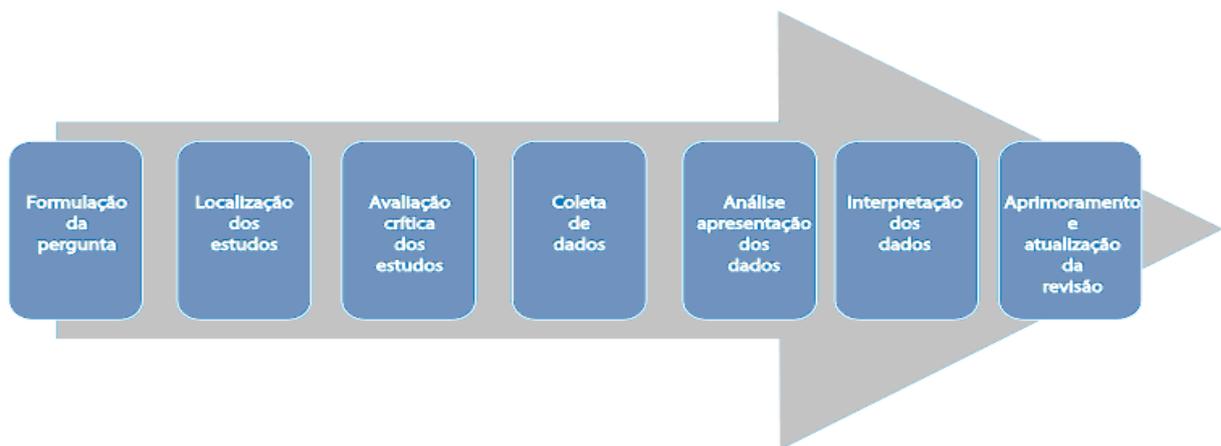


Figura 4 - Sete passos para a elaboração das Revisões Sistemáticas

Fonte: GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências**. Grupo Ânima Educação: 2014, p.4.

Além dos passos mostrados, Whitemore e Knalf (2005), afirmam que a Revisão Sistemática, pode ser analisada como uma metodologia “guarda-chuva”, já que incorpora no seu eixo, outras quatro metodologias de revisão, que agregam diferentes tipos de métodos para o processo de revisão da literatura, sendo eles a meta-análise, a revisão sistemática, a revisão qualitativa e a revisão integrativa.

A Meta-Análise é um método de revisão que combina as evidências disponíveis em diversos estudos primários, empregando fórmulas estatísticas

umentando com isso, a validade e a objetividade dos resultados encontrados (WHITTEMORE; KNALF, 2005). Além disso, para facilitar a condução da pesquisa, os delineamentos dos estudos selecionados devem ser iguais ou muito similares. Os estudos obtidos na busca são sintetizados, codificados e inseridos em um banco de dados quantitativo e depois os resultados são transformados em uma medida comum que irá mensurar a intervenção por meio de cálculos estatísticos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Já a Revisão Sistemática é uma síntese rigorosa de estudos observacionais retrospectivos ou estudos experimentais, em especial os ensaios clínicos randomizados que se referem a uma questão específica, buscando responder a uma pergunta de pesquisa claramente formulada (INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP, s.d.; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Utiliza-se de métodos sistemáticos e explícitos para selecionar e avaliar as pesquisas relevantes, buscando evitar e superar possíveis vieses que o pesquisador possa ter no momento da análise da literatura; sua principal característica é a rigorosidade (INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP, s.d.; GALVÃO; SAWADA; TREVIZAN, 2004). É considerada a evidência científica de maior magnitude e, por isso, é o método mais apropriado para orientar a tomada de decisão da prática clínica ou na gestão pública (INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP, s.d.).

As Revisões Qualitativas têm, por sua vez, o objetivo de sintetizar os achados de estudos qualitativos, transformando-os em ferramentas para novas teorias. Fazem a síntese de estudos primários que são de origem qualitativa, mas que podem ter diferentes abordagens e níveis de compreensão, sendo com isso de grande complexidade. Todavia são de grande importância para a elaboração de novos estudos. Como exemplo de revisões qualitativas podemos citar a metassíntese, metaestudos, *grouded theory* e metaetnografia (WHITTEMORE; KNALF, 2005; WHITTERMORE, 2005).

Há também a Revisão Integrativa da Literatura, cujo método está inserido na PBE, que permite a busca, a avaliação crítica e o resumo de evidências disponíveis sobre determinada questão de estudo. A Revisão Integrativa surge como uma alternativa para seguir com a rigorosidade dos métodos de revisão sistemática, porém com a aceitação de estudos com diversas metodologias, incluindo pesquisas experimentais e não experimentais e assim poder integrar os resultados. Sua finalidade é a verificação do estado atual do conhecimento sobre determinado tema,

o uso de intervenções mais efetivas e, conseqüentemente, a redução de custos e a identificação de lacunas a partir da combinação de dados da literatura empírica e teórica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP, s.d.).

A Revisão Integrativa é um método importante para a enfermagem, pois grande parte dos profissionais desta área não possui tempo suficiente para proceder a leitura de todo conhecimento científico disponível, já que a produção é em grande escala existindo portanto, uma grande dificuldade em se fazer a análise crítica dos estudos (POLIT; BECK, 2006).

Devido a essas características peculiares da Revisão Integrativas, é que foi escolhido este método para o desenvolvimento do presente estudo.

Dentre as vantagens deste método estão: sua amplitude, pois permite o enquadramento de pesquisas experimentais e quase-experimentais o que propicia uma visão mais completa sobre o tema abordado; seu potencial de construir o conhecimento na área da enfermagem, pois produz um conhecimento alicerçado e uniforme para que os enfermeiros melhorem suas atuações na prática clínica; torna os resultados de pesquisa mais acessíveis, já que a partir de um único estudo o profissional têm acesso às várias pesquisas já executadas e, com isso, diminui os impasses para o uso do conhecimento científico ganhando, assim, agilidade na divulgação do conhecimento. Além disso, pode ser elaborado, com diferentes objetivos, que vão desde a definição de conceitos, a revisão de teorias, até a análise metodológica dos estudos incluídos e oferece, como resultado, um quadro completo de conceitos complexos, de teorias e problemas relativos ao cuidado com a saúde, importantes para a enfermagem (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Apesar da Revisão Integrativa permitir a inclusão de numerosos estudos com diferentes delineamentos, a análise neste caso, pode ser mais complicada, já que aumenta a profundidade e a abrangência das conclusões (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

No entanto, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), para a construção de uma Revisão Integrativa, é necessário seguir as seis etapas que são parecidas com as fases de criação da pesquisa convencional. As etapas que descrevem o percurso metodológico são:

- **Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de**

pesquisa para a elaboração da revisão integrativa: É a etapa que norteia a condução de uma Revisão Integrativa bem elaborada, pois é nesta fase em que é definido o problema a ser estudado; ele deve ser relevante para a saúde e enfermagem e parte da análise de problemas vivenciados na prática. Feito isso, deve-se encontrar os descritores e palavras-chave para a execução das buscas. Além disso, deve-se elaborar a questão norteadora, que podem ser desde uma à várias intervenções específicas ou ainda práticas na área da saúde;

- **Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura:** É a etapa de busca dos estudos nas bases de dados para identificar aqueles que serão incluídos na revisão. É importante que o pesquisador determine o procedimento de amostragem, pois quanto mais amplo for o objetivo da revisão, mais seletivo ele deverá ser quanto à inclusão da literatura a ser considerada, já que uma alta demanda de estudos pode impossibilitar a construção da revisão, ou ainda criar vieses nas próximas etapas. Para que isso não aconteça é importante criar critérios de inclusão e exclusão dos estudos, porém isso deve ser feito de maneira criteriosa e transparente, já que a relevância da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão;
- **Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos:** Nesta etapa, o objetivo é organizar e sumarizar as informações de maneira sucinta, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo. Por isso é importante à definição das informações a serem extraídas a partir do uso de um instrumento para reunir e sintetizar as informações-chave. Nesta fase é importante, também, a identificação do nível de evidência dos estudos avaliados para definir a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que irão produzir o nível do conhecimento atual sobre o tema investigado;
- **Avaliação dos estudos incluídos na Revisão Integrativa:** Os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente, de forma criteriosa e procurando explicações para os seus resultados diferentes

ou conflitantes. O revisor deve também escolher qual análise estatística vai optar, sendo essa escolha uma tarefa difícil, já que deve procurar avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrados. Esta é uma etapa importante, pois pode gerar mudanças nas recomendações para a prática;

- **Interpretação dos resultados:** É a fase em que se faz a discussão dos principais resultados e realiza-se a comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da Revisão Integrativa, tornando possível identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem, além das lacunas do conhecimento;
- **Apresentação da revisão/síntese do conhecimento:** Consiste na elaboração final do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos selecionados. Neste documento devem estar incluídas as informações que possibilitem o leitor avaliar o caminho percorrido pelo revisor para a elaboração da revisão, além dos aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Elaborar, por meio de evidências científicas, um material educativo, sobre câncer de pele direcionado aos trabalhadores rurais.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre o uso das intervenções educativas para prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais;
- Identificar as intervenções educativas utilizadas para os trabalhadores do meio rural, a respeito do câncer de pele;
- Identificar quais as metodologias educacionais foram utilizadas para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais e sua eficácia.

4.1 Tipo de estudo

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, constituído de duas etapas.

4.2 Primeira Etapa

Para a elaboração do material educativo sobre o câncer de pele, realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura, método de pesquisa criterioso que tem por finalidade, reunir e sintetizar os resultados de estudos sobre uma determinada questão de estudo ou tema, de maneira organizada e ampla, formando assim, o corpo do conhecimento (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

As fases percorridas para a elaboração desta Revisão, encontram-se detalhadas a seguir.

4.2.1 Procedimento para a seleção de artigos

4.2.1.1 Questão da pesquisa

Para a elaboração da questão de pesquisa da presente Revisão Integrativa, utilizou-se a estratégia PICO (Quadro 1), cujo acrônimo P indica paciente ou problema; I representa intervenção ou indicador, C corresponde a controle e comparação e O indica *outcome*, que traduzindo para o português, significa resultado ou desfecho (NOBRE; BERNARDO; JATENE, 2003).

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente/ Problema	Trabalhadores rurais
I	Intervenção/ Indicador	Uso de atividades educacionais para a prevenção de câncer de pele
C	Controle/ Comparação	Metodologias educacionais eficazes
O	Resultado/ Desfecho	Comportamento após a intervenção educativa, uso das atividades educacionais e diferentes metodologias

Quadro 1 - Estratégia PICO utilizada para a elaboração da pergunta de pesquisa

Desta forma, a questão de pesquisa para a elaboração da Revisão Integrativa foi a seguinte: “Quais são as intervenções educativas utilizadas para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais?”.

4.2.1.2 Busca na literatura dos estudos primários

Com o intuito de responder à questão norteadora da pesquisa realizou-se as buscas nas bibliotecas virtuais, para que assim, fossem acessadas as bases de dados. Estas bases de dados têm a capacidade de disponibilizar, em um mesmo *site*, uma coletânea bem variada de revistas científicas eletrônicas, nas quais estão inseridos os artigos, facilitando e otimizando a busca (TEIXEIRA, 2011).

Desta forma, para o presente estudo, optou-se pela pesquisa nas seguintes bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PUBMED), *Excerpta Medica dataBase* (EMBASE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Academic Search Premier* e *Scopus*.

A CINAHL é uma base de dados que possui mais de 3.4 milhões de registros, com indexação de mais de 3.100 periódicos, sendo as referências citadas em mais de 1.300 periódicos, 70 deles com texto completo. Trata-se de uma base que atinge uma vasta gama de tópicos, incluindo enfermagem, biomedicina, ciências

da saúde, medicina alternativa e complementar, além de outras 17 disciplinas aliadas à saúde. Além de artigos científicos, a CINAHL possui acesso aos livros de cuidados de saúde, dissertações em enfermagem, anais de eventos selecionados, capítulos de livros, dentre outros (EBSCO HEALTH, s.d.); outros fatores a serem mencionados é que apresenta versão digital há mais de três décadas, sua utilização é mediante pagamento (GALLO, 2015) e pode ser acessada pelo *site* <https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>.

A PUBMED é uma base internacional da área médica e biomédica, da enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. Possui referências bibliográficas e resumos de mais de 4.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos em mais de 70 países. Possui atualmente cerca de 11 milhões e registros, sendo disponíveis desde 1966 (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – ONCOLOGIA, s.d.). Dentro da MEDLINE, encontra-se a PUBMED, que inclui cerca de 17 milhões de citações daquela, com artigos disponíveis desde 1950. A PUBMED fornece *links* para artigos completos e para outros recursos relacionados (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – ONCOLOGIA, s.d.). O acesso a esta base é gratuito e seu endereço eletrônico é: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

A EMBASE por sua vez, é uma ferramenta de pesquisa biomédica, atendendo às áreas biomédicas e farmacêuticas que abrange mais de 7.000 revistas científicas de mais de 70 países, apresentando mais de 25 milhões de registros, disponíveis desde de 1974. Além disso, possui uma ampla cobertura internacional, já que inclui periódicos em variados idiomas (ELSEVIER, s.d.). O acesso eletrônico é realizado pelo endereço <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>.

A LILACS é uma base de dados cooperativa do Sistema Bireme, cuja literatura está ligada às Ciências da Saúde, abrangendo 27 países, principalmente da América Latina e do Caribe, contando com registros desde 1982. Contém uma média dos 670 periódicos mais conceituados na área da saúde, atingindo mais de 350 mil registros de artigos, além de teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – ONCOLOGIA, s.d.).

A *Academic Search Premier* foi projetada especificamente para instituições acadêmicas. É um banco de dados completo multidisciplinar, contendo

artigos completos de mais de 4.600 periódicos, incluindo cerca de 3.900 títulos revisados por pares. Esta base também oferece indexação e resumos de mais de 8.500 periódicos científicos. Abrange diversas áreas, dentre elas: ciências da computação, engenharia, física, química, linguagem e linguística, artes e literatura, ciências médicas, estudos étnicos, dentre outros (EBSCO HOST, s.d.).

Já a *Scopus*, possui mais de 46 milhões de registros, sendo que 70% deles com resumo disponível. Possui aproximadamente 19.500 títulos oriundos de mais de 5.000 editoras no mundo todo. Trata-se de uma base de dados que permite uma visão ampla sobre tudo que está sendo publicado cientificamente sobre um tema, garantindo assim maior qualidade de informações, desde áreas básicas até as aplicadas e inovação tecnológica (ELSEVIER, s.d), podendo ser acessada pelo site <https://www.scopus.com/>.

Após selecionadas as bases de dados, para a busca de artigos, foram escolhidas as palavras-chave relacionadas ao tema de estudo, que foram: câncer de pele, trabalhadores rurais e educação em saúde. Posteriormente, foi realizada a procura por meio dos descritores controlados no “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH).

No DeCS foram utilizados os seguintes descritores controlados: Neoplasias cutâneas; Educação; Capacitação e Trabalhadores Rurais, assim como seus correspondentes em inglês (*Skin Neoplasms; Education; Training e Rural Workers*) e em espanhol (*Neoplasias Cutâneas; Educación; Capacitación; Trabajadores Rurales*). Localizados os descritores, realizou-se a consulta ao MeSH, sendo encontrado os seguintes descritores: *Workers; Farmers; Skin Neoplasms; Education; Health Education; Training e Teaching*.

Para ampliar a busca, optou-se também pelo uso dos descritores não controlados, sendo eles apresentados no Quadro 2.

Base de dados	Descritores Controlados	Descritores Não Controlados
CINAHL	<i>Skin Neoplasms</i> <i>Workers</i> <i>Farmers</i> <i>Education</i> <i>Training</i> <i>Teaching</i>	"skin tumor"; "skin cancer"; "rural population" "agricultural workers"; "farmworkers"; "educational"; "intervention"
PUBMED	<i>Skin Neoplasms</i> <i>Workers</i> <i>Farmers</i> <i>Education</i> <i>Training</i> <i>Teaching</i>	"skin tumor"; "skin cancer"; "rural population" "agricultural workers"; "farmworkers"; "educational"; "intervention"
EMBASE	<i>Skin Neoplasms</i> <i>Workers</i> <i>Farmers</i> <i>Education</i>	'skin tumor' 'skin cancer' workers AND rural 'rural population' 'agricultural workers' Farmworkers educational OR intervention
LILACS	Neoplasia cutânea Skin neoplasms Educação/ Education/ Educación Trabalhadores rurais/ Workers/ Trabajadores Rurales	Câncer de pele Tumor de pele Skin tumor Skin câncer Intervenção Intervention Intervención
<i>Academic Search Premier</i>	<i>Skin Neoplasms</i> <i>Workers</i> <i>Farmers</i> <i>Education</i>	"skin tumor"; "skin cancer"; "rural population" "agricultural workers"; "farmworkers"; "educational"; "intervention"
SCOPUS	<i>Skin Neoplasms</i> <i>Workers</i> <i>Farmers</i> <i>Education</i>	"skin tumor"; "skin cancer"; "rural population" "agricultural workers"; "farmworkers"; "educational"; "intervention"

Quadro 2 – Descritores controlados e não controlados utilizados para busca nas bases de dados de estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016.

4.2.1.3 Critérios de Seleção

Para a seleção dos artigos foram criados os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos publicados em português, inglês, espanhol, italiano e francês, com resumo disponível nas bases de dados;
- Artigos que retratassem intervenções educativas diversas com trabalhadores rurais para a prevenção do câncer de pele;
- Estudos primários que relatassem o uso de uma intervenção educativa para a prevenção de câncer de pele em trabalhadores rurais.

A partir dos critérios de inclusão, optou-se por excluir os estudos de revisão narrativa, estudos de revisão sistemática ou integrativa, relatos de experiência, editoriais, cartas-resposta, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, capítulos de livro, artigos duplicados nas bases de dados e os artigos que não fossem encontrados na íntegra.

Após definidos os critérios de inclusão e exclusão, foi realizada a busca nas bases de dados, seguindo estratégias de busca peculiares e adaptadas para cada uma delas. Para a combinação entre descritores controlados e não controlados, foram utilizados os operadores booleanos *and* e *or*, de forma que conseguissem ampliar o resultado do estudo (Quadro 3).

Feita a pesquisa, foi realizada a leitura de título e resumo de todos os artigos para verificar a compatibilidade com a pergunta norteadora. Para os artigos que ainda deixaram dúvidas, foi feita a leitura na íntegra para avaliar sua inclusão ou exclusão. Desta forma, aqueles que supostamente respondiam à questão norteadora, foram pré-selecionados (Quadro 3).

Base de Dados	Cruzamentos	Encontrados	Pré-selecionados (leitura de título e resumo)
CINAHL	(MM "Skin Neoplasms+") or "skin neoplasms" or skin neoplasms or "skin tumor" or skin tumor or "skin cancer" or skin cancer) and (workers and rural or farmers or farmers or rural population or rural population or agricultural workers or farmworkers) and (education or education or educational or intervention)	25	7
PUBMED	skin neoplasms/exp* or skin neoplasms or skin tumor/exp* or skin tumor or skin cancer/exp* or skin cancer and (workers and rural or farmers/exp* or farmers or rural population/exp* or rural population or agricultural workers or farmworkers) and (education/exp* or education or educational or intervention or training or teaching)	74	16
EMBASE	'skin neoplasms'/exp* or 'skin neoplasms' or 'skin tumor'/exp* or 'skin tumor' or 'skin cancer'/exp* or 'skin cancer' and (workers and rural or 'farmers' or 'farmers'/exp* or farmers or 'rural population'/exp* or 'rural population' or 'agricultural workers' or farmworkers) and ('education' or 'education'/exp or education or educational or intervention))	51	12
LILACS	((câncer and pele) or (tumor and pele) or (skin and tumor) or (skin and neoplasms) or (skin and câncer)) and (trabalhador\$** or worker\$** or trabajador\$**) and rura\$ and (educ\$ or intervenção or intervention or intervención)	3	0
Academic Search Premier	(MM "Skin Neoplasms+") or "skin neoplasms" or skin neoplasms or "skin tumor" or skin tumor or "skin cancer" or skin cancer) and (workers and rural or farmers or farmers or rural population or rural population or agricultural workers or farmworkers) and (education or education or educational or intervention)	13	2
SCOPUS	'skin neoplasms' or skin neoplasm or 'skin tumor' or skin tumor 'skin cancer' or skin cancer and TITLE-ABS-KEY*** (workers and rural or 'farmers' or farmers or 'rural population' or rural population or 'agricultural workers' or 'farmworkers') and TITLE-ABS-KEY*** (education or 'education' or educational or intervention)	21	7

*exp = Faz a busca pela expressão completa

**\$= Faz a busca pelo plural e singular, feminino e masculino

*** TITLE-ABS-KEY= A base de dados faz a busca em Título (*title*), Resumo (*abstract*) ou Palavras-chave (*keywords*)

Quadro 3 - Estratégia de busca nas bases de dados e pré-seleção dos artigos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016

A forma de seleção dos artigos em cada base de dados segue apresentada nos fluxogramas (Figuras 5 a 10).

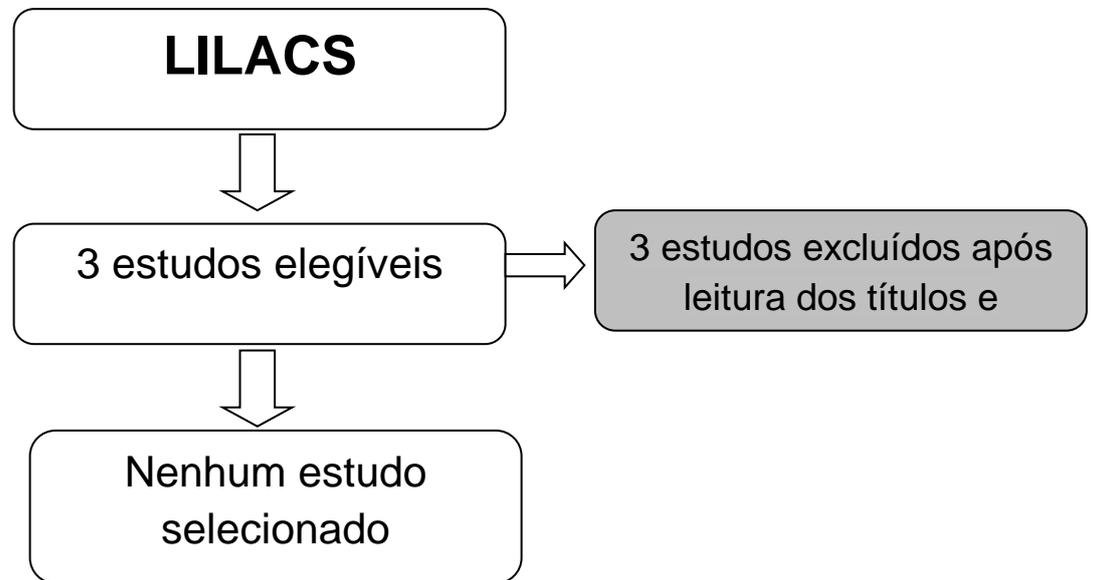


Figura 5 – Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados LILACS, 2016.

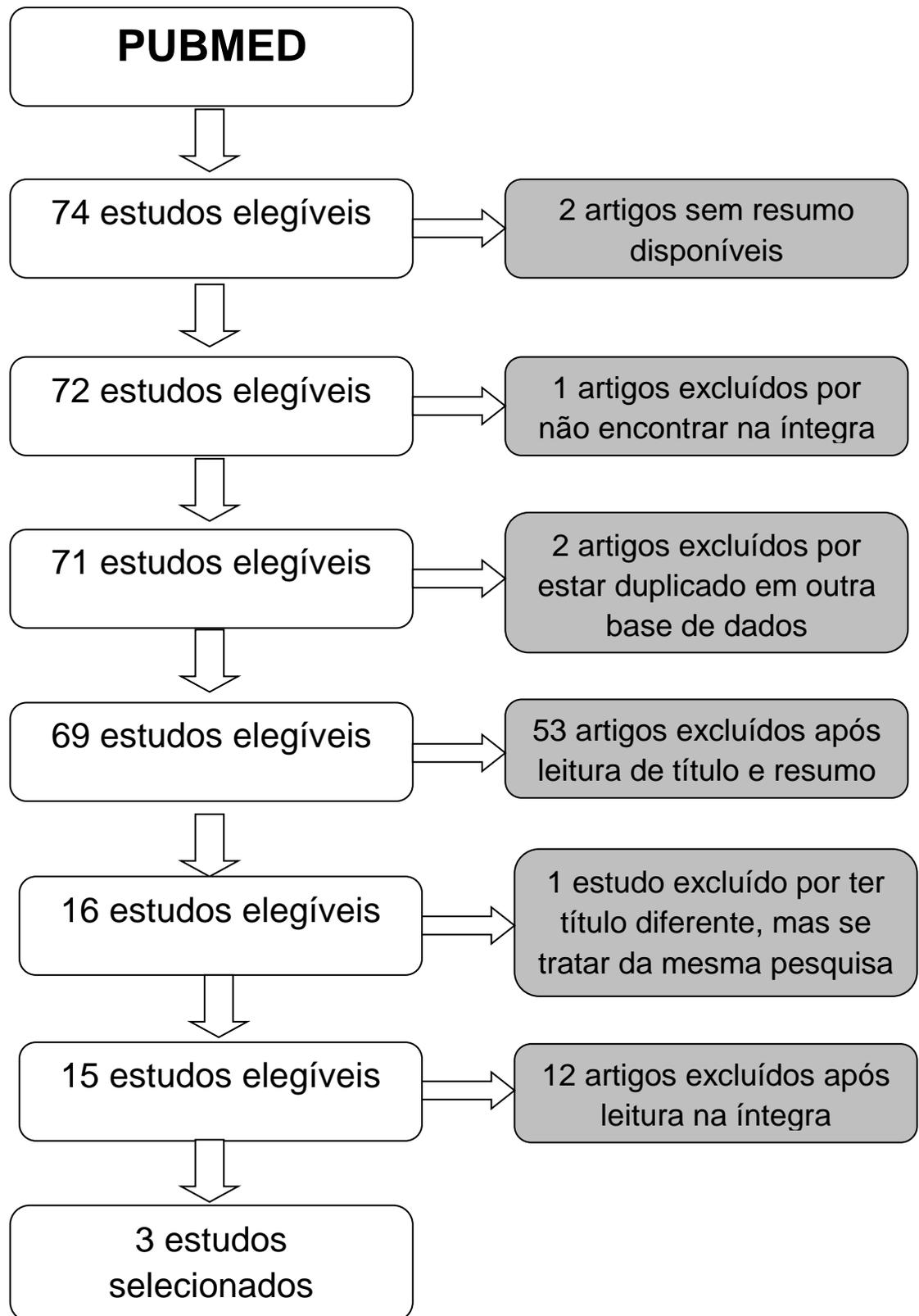


Figura 6 – Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados PUBMED, 2016.

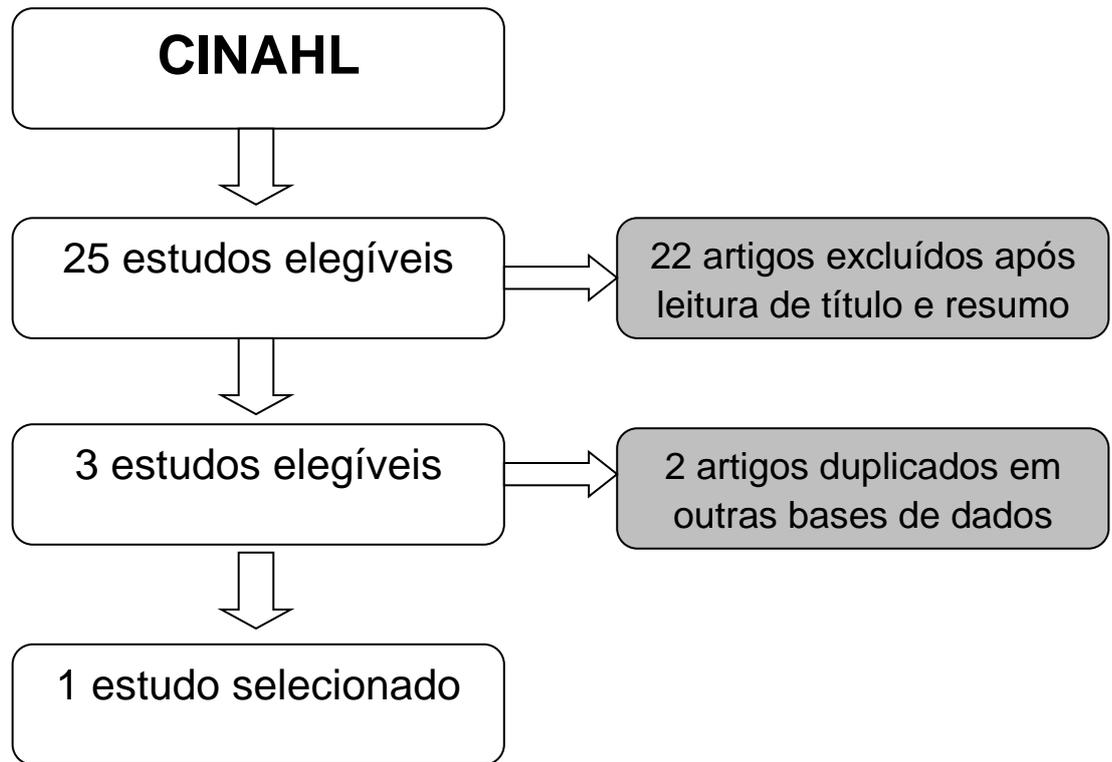


Figura 7 – Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados CINAHL, 2016.

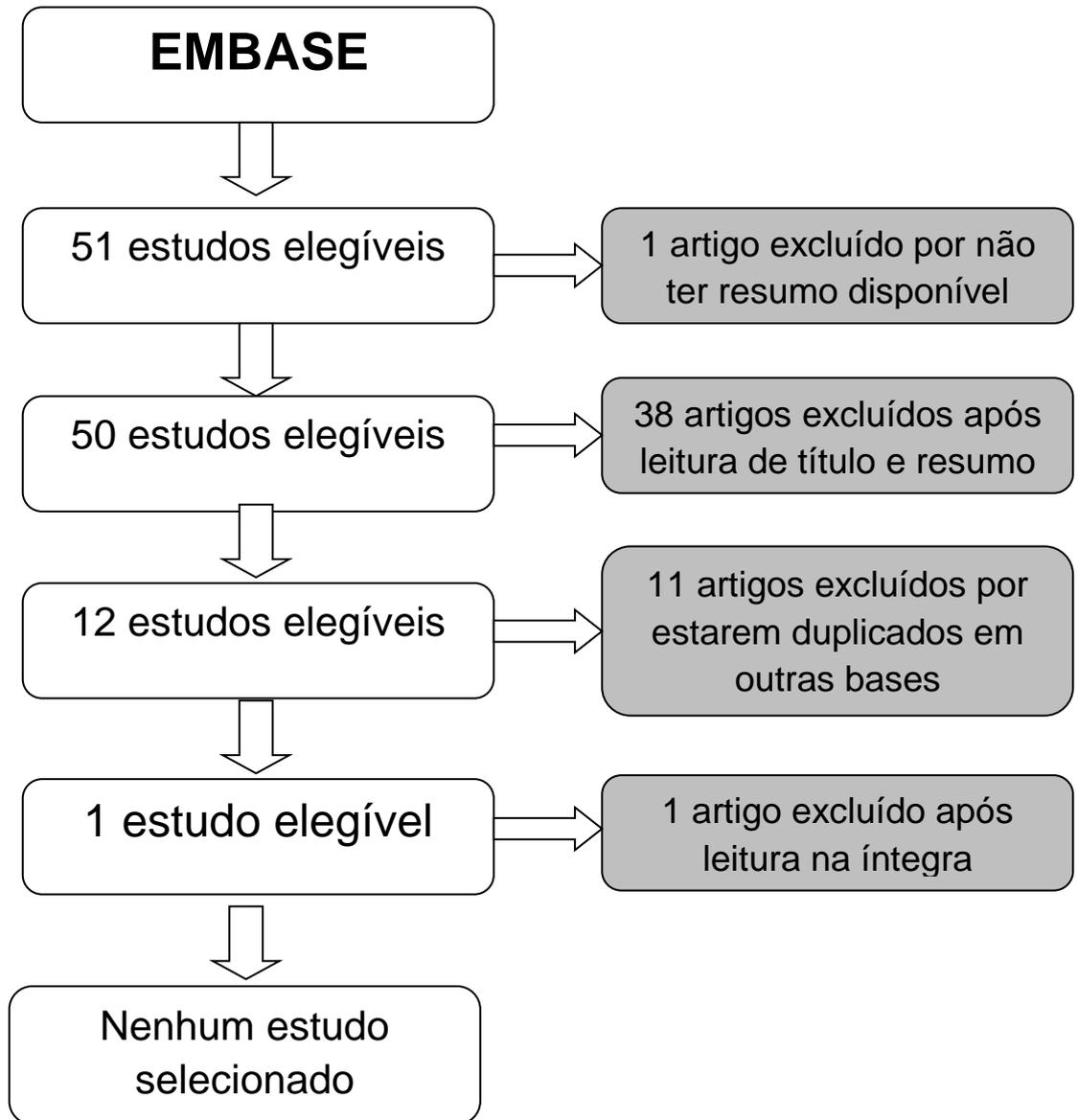


Figura 8 – Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados EMBASE, 2016.

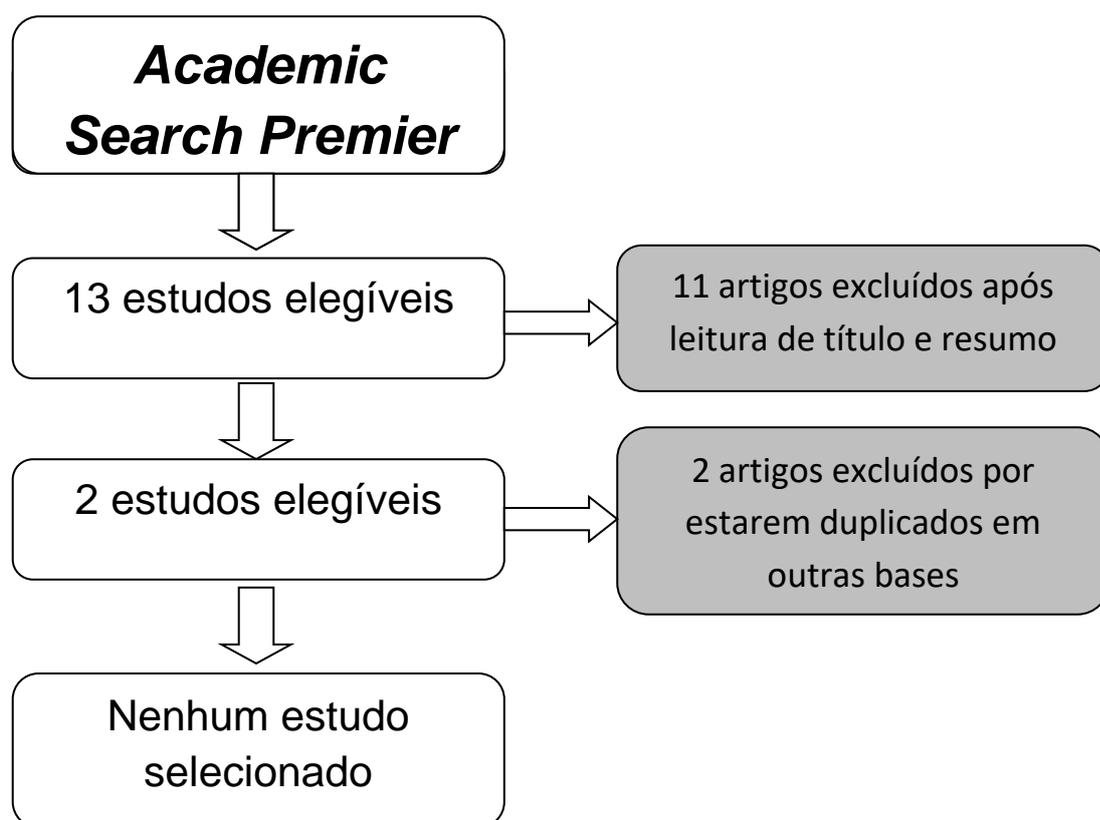


Figura 9 – Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados *Academic Search Premier*, 2016.

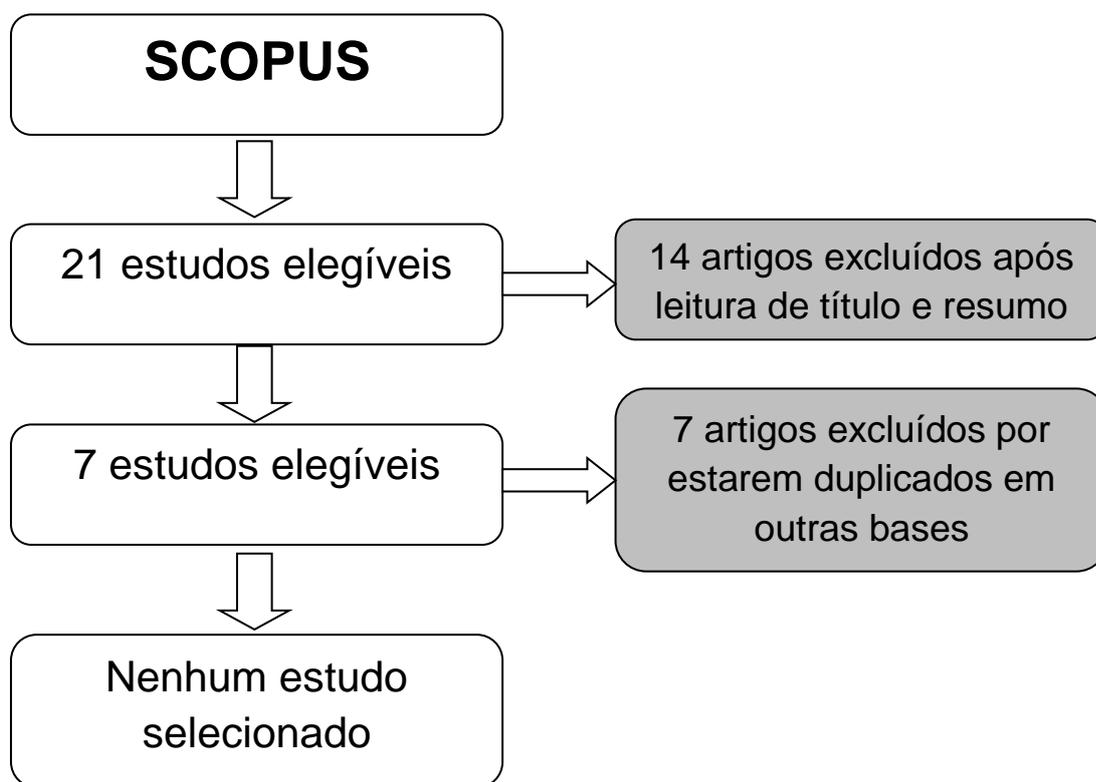


Figura 10 – Etapas da seleção dos estudos sobre intervenções educativas sobre câncer de pele em trabalhadores rurais na base de dados SCOPUS, 2016.

A busca nas bases de dados, ocorreu durante os meses de julho e agosto de 2016.

4.2.1.4 Instrumentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados dos artigos selecionados, foi utilizado um instrumento (ANEXO A) criado e previamente validado no Brasil (URSI, 2005).

O instrumento é subdividido em cinco partes, sendo cada uma delas contemplando os seguintes itens:

-
- Parte 1 – Identificação do artigo original: inclui título do artigo e do periódico, caracterização dos autores (nome, local de trabalho e graduação), país de origem do artigo, idioma e ano de publicação;
 - Parte 2 – Instituição sede do estudo: especifica o local de realização do estudo (hospital, universidade, pesquisa multicêntrica, dentre outros);
 - Parte 3 – Tipo de revista científica: especifica a área de publicação do periódico;
 - Parte 4 – Características metodológicas do estudo: refere-se ao tipo de abordagem de pesquisa (qualitativa, quantitativa, não pesquisa), objetivo ou questão norteadora, forma de seleção da amostra, tamanho e características, critérios de inclusão e exclusão, forma de tratamento dos dados, intervenções realizadas (variáveis dependente e independente, grupo controle, duração do estudo, etc.), resultados apresentados no estudo, análise da pesquisa (tratamento estatístico e nível de significância) e implicações (conclusões e recomendações);
 - Parte 5 – Avaliação do rigor metodológico: o pesquisador avalia se os métodos utilizados pelos autores da pesquisa foram adequados ou não, além de verificar limitações e vieses do estudo (URSI, 2005).

Para avaliação do nível de evidência dos artigos selecionados para este estudo, utilizou-se a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011), sendo considerados os seguintes níveis, quando a questão clínica é direcionada para intervenção/ tratamento:

- Nível I – Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
- Nível II – Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado;
- Nível III – Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- Nível IV – Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-

controle bem delineados;

- Nível V – Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- Nível VI – Evidências oriundas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível VII – Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

4.2.1.5 Apresentação dos dados

Para a apresentação dos dados, foi utilizado o instrumento também proposto por URSI (2005) (ANEXO B), o qual resume os dados encontrados nos artigos e categorizados no ANEXO A. Este instrumento, mostra de forma sintética, os principais dados sobre o artigo, sendo eles:

- Nome da Pesquisa;
- Autores;
- Tipo de publicação;
- Detalhamento metodológico;
- Detalhamento amostral;
- Intervenção Estudada;
- Resultados;
- Recomendações e Conclusões.

4.2.1.6 Análise dos dados

A análise é a fase da explicação, isto é, tenta evidenciar correlações existentes ente o fenômeno estudado e outros fatores existentes (TRUJILLO, 1974 apud MARCONI; LAKATOS, 2003). É nesta fase que o pesquisador busca respostas, de forma estatística para suas indagações e procura correlacionar os

dados encontrados com as hipóteses por ele elaboradas (MARCONI; LAKATOS, 2003).

Já a fase de interpretação, é aquela que busca expor um significado mais amplo às respostas, atrelando aos outros conhecimentos. É importante que seja feita de forma clara, objetiva e acessível (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A partir da análise e interpretação, os dados serão apresentados de forma descritiva.

4.3 Segunda Etapa

4.3.1 Confeção do material educativo

Após o estudo dos resultados encontrados, foi realizada a confecção de um material educativo, tipo folheto, com ilustrações, visando a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais, a ser disponibilizado a este segmento populacional.

Para sua elaboração, optou-se por uma linguagem verbal simples, associada a uma linguagem não verbal, a fim de proporcionar um melhor entendimento para o público-alvo.

Este folheto foi confeccionado priorizando os seguintes aspectos:

- Informações básicas sobre o câncer de pele;
- Tabela para identificação das lesões de pele cancerígenas;
- Equipamentos de proteção individuais (EPI) para proteção dos raios solares;
- Forma correta do uso do protetor solar em cada parte do corpo.

Para a elaboração deste material, foram realizadas fotos autorais, sobre a forma correta do uso de protetor solar. Para isso, o modelo utilizado nas fotografias assinou um Termo de Autorização para Uso de Imagens (Fotos), autorizando o uso e divulgação das fotos no folheto, sendo a mesma emitida em duas vias, uma delas

ficando em posse do participante e outra com a pesquisadora responsável (APÊNDICE A). Para as fotos de face, a autora deste estudo, cedeu sua imagem, não necessitando, portanto de autorização.

Com relação a elaboração do folheto (APÊNDICE B), foi utilizado como referência o documento elaborado pelo Consenso Brasileiro de Fotoproteção, produzido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, composta por cerca de sete mil médicos especializados em dermatologia no Brasil. Este documento foi produzido por 24 professores interessados em fotobiologia que revisaram em profundidade a fotobiologia e a fotoproteção. É um documento destinado a todos os profissionais e agentes de saúde, bem como à mídia especializada, aos órgãos governamentais e à sociedade organizada envolvida com políticas públicas de atenção à saúde, indústrias farmacêuticas e cosmética, servindo tanto como fonte de consulta quanto para estimular e fomentar debates relacionados à fotoproteção adaptado à realidade brasileira (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2013).

5. RESULTADOS

Os resultados estão descritos, conforme os objetivos específicos citados anteriormente.

Em relação ao primeiro e segundo objetivos específicos (*buscar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o uso e a eficácia das intervenções educativas para prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais e identificar a existência de intervenções educativas para os trabalhadores do meio rural, a respeito do câncer de pele*), os resultados encontram-se apresentados na sequência.

Nesta pesquisa, foram encontrados 187 estudos elegíveis. Após minuciosa e criteriosa utilização dos critérios de seleção, foram excluídos: 24 que se encontravam repetidos em outra base de dados, um porque tinha título diferente, mas se referia à uma pesquisa já previamente selecionada, três por não apresentarem resumos, 141 após leitura do título e do resumo, um por não se obter o artigo na íntegra e 13 após a leitura dos artigos na íntegra.

Desta forma, foram eleitos quatro estudos que se relacionavam à pergunta-norteadora da presente investigação “Quais são as intervenções educativas eficazes para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais?” com o período de publicação variando entre o ano de 1996 ao mais recente, em 2011 (Quadro 4).

Título do artigo	Autores	Ano de Publicação	Periódico	Base de Dados
<i>Skin Cancer prevention and detection practices in a Michigan farm Population following an educational intervention</i>	Mullan, P. B. Gardiner, J. C. Rosenman, K. Zhu, Z. Swanson, G. M.	1996	<i>The Journal of Rural Health</i>	PUBMED
<i>Assessment of farmers' acceptance of veterinarians as human health advocates</i>	Reding, D. J. Fischer, V. V. Berg, R. L. Lappe, K. A.	1998	<i>Journal of Agromedicine</i>	CINAHL
<i>Use of focus group methodology in the development of an Ontario farmers' sun safety survey</i>	Ing, S. Y. Ashbury, F. D. Marrett, L. D. From, L. Perry, K. V.	2002	<i>Chronic Diseases in Canada</i>	PUBMED
<i>Effects of training about Skin Cancer on farmers knowledge level and attitudes</i>	Malak, A. T. Yildirim, P. Yildiz, Z. Bektas, M.	2011	<i>Asian Pacific Journal Cancer Prevention</i>	PUBMED

Quadro 4 – Estudos selecionados sobre o uso e a eficácia das intervenções educativas para a prevenção de câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016, (n=4).

Com relação à autoria dos estudos, duas (50%) pesquisas possuíam autores de origem norte-americana, uma (25%) canadense e uma (25%) turca.

Quanto a distribuição desses estudos, notou-se que uma publicação selecionada (25%) indexada na base de dados CINAHL, três (75%) na base de dados MEDLINE (PUBMED), enquanto a EMBASE, LILACS, *Academic Search Premier* e *Scopus* não apresentaram publicações que adequassem à pergunta norteadora deste trabalho. Os 187 estudos elegíveis e as publicações selecionadas, estão referenciados na Tabela 1.

Tabela 1 – Bases de dados e publicações elegíveis e selecionadas sobre intervenções educativas eficazes para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016 (n=187).

Base de Dados	Publicações sobre intervenções educativas para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais	Publicações selecionadas	
		(n)	(%)
CINAHL	25	1	25
MEDLINE (PUBMED)	74	3	75
EMBASE	51	0	0
LILACS	3	0	0
<i>Academic Search Premier</i>	13	0	0
SCOPUS	21	0	0
Total	187	4	100

Tratando-se de estudos no formato de artigos publicados em periódicos, cada estudo selecionado pertence a um determinado periódico, correspondendo, portanto, a quatro periódicos diferentes, embora dois possuam a mesma Área de Especialidade que é a Saúde Rural. Destaca-se também, que o valor do Fator de Impacto dos periódicos variou entre 0,784 a 2,39 (Quadro 5).

Periódico	Área de Especialidade	Quantidade de Artigos	Fator de Impacto em 2015/2016
<i>Journal of Agromedicine</i>	Saúde Rural	1	0,784
<i>Asian Pacific Journal Cancer Prevention</i>	Oncologia	1	2,39
<i>Chronic Diseases in Canada</i>	Controle e Prevenção de Doenças Crônicas	1	1,64
<i>The Journal of Rural Health</i>	Saúde Rural	1	1,279

Quadro 5 - Periódicos com artigos sobre o uso e a eficácia das intervenções educativas para a prevenção de câncer de pele em trabalhadores rurais de acordo com número de estudos selecionados e o fator de impacto (2015/2016), 2016.

A seguir, os quadros enumerados de 6 a 9 mostram os estudos selecionados e analisados, apresentados conforme o quadro resumo (ANEXO B), seguindo os modelos propostos por URSI (2005).

ESTUDO 1				
Nome da pesquisa	Autores	Publicação/Periódico	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
<i>Assessment of Farmers' Acceptance of veterinarians as human health advocates</i>	Douglas J. Reding Virginia V. Fischer Richard L. Berg Karen A. Lappe	Na Área de Saúde Rural <i>The Journal of Agromedicine</i>	Abordagem quantitativa – Estudo experimental com grupo controle	Feitas intervenções em cerca de 8209 agricultores de 27 condados de <i>Wisconsin</i> e cerca de 300 deles responderam ao questionário pós-teste, sendo que 85% eram do sexo masculino e 15% do sexo feminino.
Intervenção	Estudada	Resultados	Recomendações / Conclusões	
	Realizada uma intervenção educativa relacionada ao nível de conhecimento sobre câncer de pele dos agricultores de <i>Wisconsin</i> . Eles foram divididos em 3 grupos: G1: recebeu material educativo, uma amostra de protetor solar e os resultados de uma pesquisa anterior, além de instruções dadas por veterinários. Esse processo demorou entre 5 e 15 minutos G2: recebeu o material educativo, junto com uma carta de apresentação e os resultados de uma pesquisa anterior, pelo correio G3: não recebeu qualquer informação	Os escores médios sobre câncer de pele foram semelhantes para os três grupos de participantes. O método de entrega do material educacional pelos veterinários mostrou pouco efeito na pontuação geral do conhecimento, pois o grupo apresentou aproximadamente 70% de itens corretos, em média. Os percentuais dos trabalhadores que relataram o uso de um ou mais equipamentos para cobrir o corpo e proteger-se da radiação solar não tiveram diferenças significativas entre os grupos. As atitudes femininas quanto ao risco de câncer foram maiores, mas não significativamente diferentes dos seus homólogos do sexo masculino.	Mesmo não havendo diferença de pontuação, os agricultores entrevistados foram receptivos a esse meio de fornecer material educativo sobre a saúde humana às populações rurais, que não podem ser alcançados pelos métodos convencionais de educação em saúde e sistemas de prestação de cuidados de saúde. Esse fato abre possibilidades para que, posteriormente, os veterinários possam tratar de outros assuntos com os agricultores sendo, então, considerado transmissores de conhecimento.	

Quadro 6 - Apresentação do quadro resumo do Estudo 1 incluído na Revisão Integrativa, segundo título, autores, periódico, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção, resultados e conclusões, 2016.

ESTUDO 2				
Nome da pesquisa	Autores	Publicação/ Periódico	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
<i>Effects of training about skin cancer on farmers' knowledge level and attitudes</i>	Murat Bektaş Züleyha Yıldız Pınar Yıldırı Azru Tuina Malak	Na Área de Oncologia <i>Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Abordagem quantitativa Delineamento quase-experimental	Foram selecionados 194 indivíduos por seleção randômica e não foi realizada amostragem, sendo que 56,1% eram do sexo feminino e 43,9% do sexo masculino.
Intervenção	Estudada	Resultados	Recomendações	/ Conclusões
Aplicado um questionário para os 194 participantes, o qual continha questões para definição pessoal e sobre o câncer de pele. Feito isso, eles passaram por uma intervenção em saúde. Receberam, também, treinamento de reforço e ganharam chapéus. Seis meses após a intervenção, o questionário foi reaplicado.		A partir da intervenção educativa, em relação à pontuação sobre o conhecimento pré e pós teste não houve um aumento estatisticamente relevante. No que se refere ao uso do protetor solar, uso de guarda-chuva, proteção contra o sol e a procura pelo médico, com o surgimento de lesões de pele houve um aumento estatisticamente relevante após o treinamento	O treinamento dado aos agricultores sobre os métodos de proteção do câncer de pele aumentou, significativamente, o conhecimento e as atitudes para evitar o câncer de pele. Por esta razão, sugere-se a realização regular e planejada de programas de informação e treinamentos sobre a proteção contra o câncer de pele. Além disso, seria útil repetir o estudo, incluindo amostras de diferentes partes da Turquia.	

Quadro 7 - Apresentação do quadro resumo do Estudo 2 incluído na Revisão Integrativa, segundo título, autores, periódico, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção, resultados e conclusões, 2016.

ESTUDO 3				
Nome da pesquisa	Autores	Publicação/ Periódico	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
<i>Use of focus group methodology in the development of an Ontario farmers' sun safety survey</i>	Sabrina Yun Ing Frederick D. Ashbury Loraine D. Marrett Lynn From Kristina V. Perry	Na Área de Controle e Prevenção de Doenças Crônicas <i>Chronic Diseases in Canada</i>	Abordagem qualitativa Uso de grupo focal	207 responderam ao questionário para avaliação do instrumento aplicado aos agricultores, que serviu como teste preliminar para discussão do grupo focal 34 participantes fizeram parte do grupo focal, sendo que 28 eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino.
Intervenção	Estudada	Resultados	Recomendações / Conclusões	
Realizados quatro grupos focais para avaliação de um instrumento aplicado para agricultores, sobre o câncer de pele. Cada grupo tinha entre 5 a 10 participantes, tendo uma duração média de 2h cada reunião. Houve um facilitador que conduziu a discussão do grupo focal, enquanto o assistente tomou nota. A sessão ainda abordou as formas de entregar o questionário aos agricultores.		O grupo focal ajudou para o ajuste do instrumento utilizado para mensurar a proteção ao sol dos agricultores e serviu também para que eles tivessem um momento de discussão sobre o câncer de pele.	Agricultores estão exposto aos diversos fatores de risco para o câncer de pele; por isso é importante desenvolver estratégias para a redução voluntária da sua exposição sol e isso não pode ser feito até que se saiba mais sobre suas atuais barreiras e conhecimento. O conhecimento dos agricultores derivado da pesquisa de segurança ao sol possivelmente produzirá dados para permitir a concepção e implementação de estratégias de segurança solar (ou seja, intervenções dirigidas a certos tipos de agricultores, grupos etários, etc.).	

Quadro 8 - Apresentação do quadro resumo do Estudo 3 incluído na Revisão Integrativa, segundo título, autores, periódico, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção, resultados e conclusões, 2016.

ESTUDO 4				
Nome da pesquisa	Autores	Publicação/ Periódico	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
<i>Skin Cancer Prevention and Detection Practices in a Michigan Farm Population Following and Educational Intervention</i>	Patricia B. Mullan Joseph C. Gardiner Kenneth Rosenman Zhiwei Zhu G. Marie Swanson	Na Área de Saúde Rural <i>The Journal of Rural Health</i>	Delineamento quantitativo Pesquisa experimental	O questionário foi pré-testado com 57 homens e 61 mulheres agricultoras que foram à Reunião do <i>Farm Bureau</i> . Depois esse instrumento foi enviado para 1500 moradores rurais, selecionados de forma aleatória pela instituição <i>National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH)</i>
Intervenção	Estudada	Resultados	Recomendações	/ Conclusões
	Selecionados de forma aleatória 4 condados no estado de Michigan, sendo que um deles foi determinado como grupo controle, ou seja, aquele que não recebeu qualquer intervenção. Primeiramente foi feita a aplicação do questionário nas residências dos condados. Depois foi realizada uma intervenção com estratégias regionais. Após um ano da pesquisa de base, o questionário foi reaplicado para comparação dos dados.	As análises mostraram que a história de câncer de pele, gênero e idade estavam significativamente associadas com as práticas adequadas de busca de cuidados médicos e a crença na eficácia da detecção precoce em resultados de saúde. Nessas análises, a residência nos condados de intervenção foi associada, embora não num nível estatisticamente significativo, com práticas e crenças mais positivas na busca de cuidados médicos, tanto na linha de base como na pesquisa de acompanhamento.	A intervenção pareceu melhorar o comportamento preventivo e a procura de cuidados médicos. Essa intervenção, então, parece ter sido mais bem-sucedida em encorajar os agricultores a adotar práticas preventivas pessoais e a prontidão para procurar atendimento médico, do que no aumento da triagem na comunidade.	

Quadro 9 - Apresentação do quadro resumo do Estudo 4 incluído na Revisão Integrativa, segundo título, autores, periódico, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, intervenção, resultados e conclusões, 2016.

Ao se tentar identificar o nível de evidência desses quatro estudos selecionados, apoiou-se nas recomendações de Melnyk e Fineout-Overholt (2011), conforme já citado anteriormente. Desta forma, os Estudos 1 e 4 foram classificados como tendo nível de evidência II, devido o seu detalhamento metodológico ser o de pesquisas quantitativas experimentais, randomizadas e com grupos controles, enquanto que o Estudo 2, apresentou nível de significância III pois, apesar de ser um estudo quantitativo, foi categorizado como quase-experimento sem randomização. Por fim, o Estudo 3 apresentou nível de evidência VI por se tratar de relatos sobre um grupo focal e apresentar delineamento qualitativo (Tabela 2).

Tabela 2 – Nível de evidência dos artigos selecionados sobre intervenções educativas eficazes para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais, 2016

Nível de evidência	Artigos	
	n	%
I	0	0
II	2	50
III	1	25
IV	0	0
V	0	0
VI	1	25
VII	0	0
TOTAL	4	100

Para mensuração dos dados 75% (3) dos estudos, usaram a abordagem quantitativa, enquanto que 25% (1) a abordagem qualitativa.

Com relação ao idioma, 100% (4) dos artigos selecionados foram publicados em inglês; 50% (Estudos 1 e 4) foram elaborados no Estados Unidos, 25% (Estudo 2) na Turquia e 25% (Estudo 3) no Canadá. Todos os estudos selecionados tiveram como público alvo das pesquisas somente agricultores, sendo incluídas pessoas de ambos os sexos.

Os autores ainda relataram nos artigos, algumas limitações e/ ou vieses para seus estudos, incluindo principalmente a questão do tempo, tendo relatado um atraso na aplicação dos questionários pós-teste (Estudo 1) e um curto espaço de tempo para o término das intervenções e a reaplicação dos questionários (Estudo 3).

Com relação a esse último, os autores não deixam claro se a questão dos honorários pagos aos participantes pode ter sido ou não uma limitação para a pesquisa, porém supõe-se que uma potencial falta de recursos possa ter impedido a participação de mais pessoas nos grupos focais (Quadro 10).

Estudo	Limitações e/ou vieses apresentados
Estudo 1	<p>Houve várias limitações potenciais descritas.</p> <p>Nenhum ganho de conhecimento ou mudança de comportamento foi mostrado como resultado das intervenções, embora fosse demonstrado que o ganho de conhecimento seria difícil devido às pontuações relativamente elevadas observadas no grupo controle (>70%). Em qualquer caso, foi importante determinar primeiro se o processo era aceitável para o agricultor.</p> <p>O intervalo de tempo entre a entrega dos materiais educacionais até a resposta do questionário foi mais longo do que o previsto, talvez reduzindo a capacidade de detectar um pequeno efeito do sistema de entrega. Uma das razões para o atraso foi a dificuldade em encontrar um momento em que o agricultor poderia ser facilmente alcançado (em épocas não quentes ou na entre-safra) e, assim, responder à pesquisa.</p>
Estudo 2	Não detalhou no artigo as possíveis limitações ou vieses.
Estudo 3	Cada participante do grupo focal recebeu um pequeno honorário para ajudar a custear qualquer transporte ou outros custos. Talvez, pela não disponibilidade de mais verbas, tenha sido inviável a participação de mais pessoas na pesquisa.
Estudo 4	Foi limitada a duração de tempo entre a conclusão da intervenção e a aplicação do questionário reaplicado.

Quadro 10 - Limitações e vieses dos estudos selecionados sobre o uso e a eficácia das intervenções educativas para a prevenção de câncer de pele em trabalhadores rurais, de acordo com número de estudos selecionados, 2016.

Quanto ao terceiro objetivo específico (*identificar quais as metodologias educacionais utilizadas para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais e sua eficácia*), os resultados encontram-se a seguir.

Com relação às metodologias educacionais utilizadas nos estudos, 75% não especificam, ao certo, a metodologia utilizada e 25% usaram a metodologia participativa, por meio de uma roda de conversa, como forma de obter e transmitir conhecimento, além de aproximar-se da realidade vivenciada por eles.

O Estudo 1 (REDING et al., 1998) como forma de levar informação aos agricultores, fez uma comparação entre duas práticas. A primeira foi utilizar os veterinários como mediadores do conhecimento, já que seriam pessoas de

confiança, capazes de transmitir o conhecimento numa linguagem bem próxima aos trabalhadores rurais e a segunda por meio do envio, via correio, de materiais que obtivessem essa informação.

No Estudo 2 (MALAK et al., 2011), apesar de também não especificar o tipo de metodologia educacional usada, os autores reforçam sobre o uso da orientação contínua após a intervenção educativa. Colocaram cartazes, em pontos estratégicos da comunidade como mercearias e igrejas, para reforçar todo o conhecimento já adquirido nos treinamentos e tiveram resultados positivos, com o aumento do nível de conhecimento da comunidade e a adesão ao protetor solar e guarda-sol, dentre outros.

O Estudo 3 (ING et al., 2002) usou a metodologia participativa como uma forma de ouvir as dúvidas dos trabalhadores e assim, poder-lhes passar informações sobre o câncer de pele e adequar um instrumento previamente elaborado que, posteriormente, fosse viável para aplicação com este público. Nos resultados apresentados nesta pesquisa, é possível perceber o *feedback* positivo dos trabalhadores, chegando alguns a alegar que foi a forma como mais aprenderam sobre saúde.

Já no Estudo 4 (MULLAN et al., 1996) a intervenção educativa foi desenvolvida após a aplicação de um questionário para comparar o nível de conhecimento antes e após a realização das atividades. Além disso, os autores efetuaram uma busca ativa para rastreamento de lesões de pele, com cabines espalhadas em feiras das comunidades agrícolas. Ainda foram enviadas pelo correio material impresso, calendário com informações sobre promoção da saúde, ímãs de geladeira com o logotipo do projeto e lembretes sobre prevenção ao câncer de pele e ainda uma amostra de protetor solar.

Diante de todas as informações obtidas nesta Revisão Integrativa preparou-se o material educativo, alcançando assim o objetivo geral do presente estudo (*elaborar, por meio de evidências científicas identificadas, um material educativo, sobre câncer de pele direcionado aos trabalhadores rurais*).

Este material demorou cerca de um mês para que fosse finalizada. Foi elaborado baseado nas informações obtidas nos estudos da presente Revisão Integrativa, agregadas à experiência da pesquisadora, que possui vivência com os trabalhadores rurais, já que lhes ministra variados cursos baseados em promoção da saúde, conforme descrito anteriormente no item de Apresentação desta pesquisa.

Nesse material educativo priorizou-se o formato de folheto, dividido em três colunas. O seu conteúdo foi definido a partir de itens contidos nos artigos, porém, traduzidos para uma linguagem acessível ao público rural, além da utilização de imagens para facilitar a compreensão do tema abordado.

No primeiro item do folheto, contemplou-se as características do câncer de pele, que foi composto por cinco frases, sendo elas:

- Causado pela longa exposição ao sol;
- Todas as pessoas podem ter a doença, mas a pessoas de pele mais clara têm mais chance;
- Alguns tipos podem se espalhar facilmente para outras partes do corpo;
- Aparece pelo corpo manchas que vão crescendo com o passar do tempo;
- Pessoas com alguém na família que já teve essa doença, devem dobrar sua atenção, pois o risco de desenvolver o câncer de pele é maior.

Depois, foram inseridos no folheto, as formas de prevenção para esta patologia que, supõe-se, serão úteis aos trabalhadores rurais. Neste item, preferiu-se utilizar uma linguagem verbal e não verbal, a fim de facilitar a compreensão deste público. As formas de prevenção contempladas foram: o uso de blusas de manga longa e calça, a utilização de chapéu, os óculos de sol, o trabalho à sombra quando possível e o uso do protetor solar e labial.

Posteriormente, pensando-se no diagnóstico precoce, colocou-se o quadro que corresponde pelo modo sequencial, descrito em ABCDE, para identificação de lesões suspeitas do câncer cutâneo, incentivando os trabalhadores rurais a realizarem o autoexame da pele.

Segundo o INCA (s.d.), o autoexame de pele serve para detectar precocemente lesões sobre a superfície cutânea que possam ser cancerígenas, já que se diagnosticado e tratado com antecedência, a chance de invasão para partes mais profundas deste tecido são menores, aumentando, portanto, as chances de cura.

O autoexame deve ser feito regularmente. Especialistas recomendam que seja anotada as datas de sua realização e as características encontradas na pele durante o exame e nele deve ser investigado a presença de manchas pruriginosas, descamativas ou que sangram, sinais ou nevos que mudam de tamanho, forma ou cor e também feridas que não cicatrizam em quatro semanas (INCA, s.d.). Esse exame deve seguir o sentido crânio-caudal, para que nenhuma parte do corpo deixe de ser analisada, conforme é mostrado na imagem a seguir.

Auto-exame da pele



Figura 11 – Auto-Exame da pele

FONTE: INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE DO CÂNCER - INCC. **Autoexame da pele**, s.d.

Por fim, com o objetivo de reforçar a importância do uso do protetor solar, foi montado, por meio de imagens autorais e texto, as formas e quantidades corretas do uso do protetor solar em face, pescoço, membros superiores e inferiores, dorso e tórax/abdome.

Ao final, foram colocadas algumas frases como alertas para os trabalhadores:

- Aplicar o protetor, 15 minutos antes da exposição solar;
- Aplicar o protetor de 2 em 2 horas;
- Remover o protetor antigo antes de aplicar um novo;
- Usar no mínimo, protetor solar com fator de proteção 30;
- Não se esqueça de fazer a observação completa da pele com frequência. Ela ajuda na descoberta do câncer de pele.

Este material educativo encontra-se apresentado no Apêndice B.

6. DISCUSSÃO

Em relação aos artigos analisados nenhum era nacional e 50% deles tinham sido publicados em periódicos de Saúde Rural, área que ainda está tentando se fortalecer em vários países, incluindo o Brasil.

Entende-se que rural não é necessariamente sinônimo de agrícola, pobreza, distância ou escassez das pessoas ou recursos/serviços, embora esta seja a realidade de muitas áreas rurais (ANDO et al., 2011). Promover o desenvolvimento de uma comunidade rural é um desafio intersetorial e tem efeitos determinantes sobre as condições de vida de indivíduos, famílias e comunidades. Há necessidade, portanto, de se obter a participação efetiva dos diferentes segmentos sociais e institucionais e, essencialmente, da população rural; o planejamento e a execução da política precisam promover a resolutividade da atenção a fim de gerar impactos positivos na vida dessas comunidades (DIMPÉRIO et al., 2009).

As populações rurais apresentam, em geral, índices de saúde e de determinantes sociais piores do que as urbanas, alguns tipos de problemas de saúde (doenças, acidentes e exposições) mais frequentes que nos ambientes urbanos, taxas de cobertura preventivas piores e autoavaliação de saúde também pior (ANDO et al., 2011).

O trabalho no campo é perigoso pois apresenta vários fatores que favorecem os riscos ambientais, tanto os de acidentes, como os físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos, aumentando as possibilidades de riscos para os trabalhadores rurais (ROCHA; OLIVEIRA, 2016). A saúde rural não pode ser pensada e/ou executada como reprodução do modelo urbano (DIMPÉRIO et al., 2009), pois apresenta suas peculiaridades.

Profissionais e serviços de saúde que atendem esta população devem ter habilidades diferentes como: saber realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos, os quais, em áreas urbanas, comumente seriam encaminhados para outros locais do sistema e outros profissionais; apresentar competências específicas para lidar com condições de saúde tipicamente rurais; ampliar a escala de habilidades no que diz respeito ao manejo integral e sócio-familiar da pessoa, incluindo competência dialógica intercultural; saber que o tempo e o ritmo de manejo de problemas de saúde costumam ser diferentes, como no caso das emergências, que necessitam estabilização inicial antes do transporte para outros pontos do sistema de saúde; ter uma relação próxima com a comunidade rural, entre outros. Acresce-se que o acesso ao sistema de saúde, em todos seus níveis e a

longitudinalidade do cuidado, em geral, são mais difíceis em áreas rurais; o número de pessoas com planos de saúde que possibilitem opção complementar para o sistema único de saúde é menor; o tamanho das equipes e a distância (real e construída pelas dificuldades burocráticas) geram mais obstáculos no oferecimento de cuidado integral à saúde; há peculiaridades de comunicação entre instituições e profissionais, que influenciam a coordenação do cuidado à saúde em áreas rurais; a ampliação do cuidado individual de forma a envolver aspectos familiares e comunitários pode ser facilitado, mas depende do nível de organização do sistema de saúde e das características dos profissionais que aí atuam (ANDO et al., 2011).

Existe escassez de recursos humanos em saúde rural no Brasil (ANDO et al., 2011), mas também em outros países e esta realidade foi percebida na presente investigação, por exemplo, no Estudo 1, em que a intervenção educativa relacionada ao nível de conhecimento sobre câncer de pele dos agricultores de Wisconsin foi realizada por veterinários (REDING et al., 1998).

Quanto a média de publicação encontrada nesta Revisão Integrativa, nota-se que há uma grande lacuna entre os anos. Esse descompasso sugere que as intervenções educativas para trabalhadores rurais não acompanham o crescimento da área de saúde do trabalhador, no meio acadêmico e possivelmente indicam o a falta de autores que se dispõem a analisar os valores e/ou os efeitos de intervenções educativas à determinadas populações. Estas intervenções, possivelmente, podem ser interpretadas como sendo, prioritariamente, atividades de cunho extensionistas e não de pesquisa, isto é, as intervenções educacionais são realizadas sem rigor metodológico e, portanto, acabam sendo desvalorizadas, o que pode explicar sua baixa produção em relação à temática de interesse do presente estudo.

Com relação ao idioma dos artigos analisados, verificou-se que todos eram de bases de dados internacionais, sendo possível constatar a ausência de estudos nacionais que abordem as ações educativas sobre o câncer de pele em trabalhadores rurais.

Quanto ao fator de impacto dos periódicos, verifica-se que os valores variaram entre 0,784 e 2,39, o que, dentro da classificação QUALIS da CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), são classificados como periódicos B1 (valores de impacto entre 2,439 e 1,300) e B2 (valores de impacto entre 1,299 e 0,001).

O fator de impacto é a comparação de periódicos dentro da sua categoria

de assunto e depois classificadas por meio de um *ranking*. Neste caso, quanto mais elevado for o seu fator de impacto, mais bem classificada está a revista (BARROS, 2014) e, conseqüentemente, maior será a possibilidade dos estudos publicados serem lidos e referenciados por outros autores.

Este fator é obtido por meio de um sistema de avaliação para os periódicos, que visa a estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação, através de um aplicativo de coleta de dados. No Brasil, é regulamentado pela CAPES (Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior), é denominado QUALIS e está disponível por meio da plataforma WEBQUALIS (<http://qualis.capes.gov.br>) (BASTOS, s.d.).

Essa classificação é realizada de acordo com as áreas de avaliação que enquadram esses periódicos em estratos indicativos de qualidade e são anualmente atualizadas (BASTOS, s.d.).

Porém, Pinto e Andrade (1999), ressaltam que o número de periódicos é muito diferente de área para área, portanto naquelas em que o número de revistas é maior, têm-se maior número de artigos e há, portanto, maior probabilidade de serem mais citados.

No que se refere ao nível de evidência dos artigos, este representa o nível de clareza e certeza dos estudos, juntamente com sua capacidade de modificar e orientar a tomada de decisão (PHILLIPS et al., 2001); na presente investigação, nota-se que a maior parte dos estudos encontrados, possuem nível de evidência II e III, por se tratarem de ensaios clínicos randomizados controlados e ensaios clínicos randomizados bem delineado. Isso faz com que eles entrem em um grau de recomendação de conduta enquadrada em B, que para Phillips et al. (2001), consiste num estudo em que a ação é recomendada, já que constam evidências importantes no desfecho, além de mostrar benefícios na escolha da ação em relação aos riscos.

No presente estudo, a preocupação da pesquisadora foca nos trabalhadores rurais, intensamente expostos às radiações solares e, conseqüentemente, correndo o risco de apresentarem este tipo de enfermidade.

O câncer de pele está fortemente relacionado com a exposição prolongada ao sol, que acontece em várias profissões e, dentre elas, a dos trabalhadores rurais. Tal enfermidade é uma questão de Saúde Pública nacional e mundial e possui relação com as condições em que o trabalho é realizado

(MENDES, 2003) e, no caso dos trabalhadores rurais, relaciona-se, possivelmente, com a exposição prolongada a radiação solar.

A radiação solar é de fundamental importância para a saúde humana, apresentando tanto efeitos benéficos quanto maléficos (SILVA, 2008).

Esta radiação compreende o espectro eletromagnético que resulta da distribuição de energia em uma onda de luz, a qual é constituída por campos elétricos e magnéticos que se propagam em velocidade constante no vácuo. O comprimento e a frequência de onda da luz são inversamente relacionados, sendo que quanto maior o comprimento de onda menor a frequência. O espectro eletromagnético é amplo e tem comprimentos de onda desde o raio gama (10-24 metros) até as ondas de rádio (107 metros) (MATHEUS; KUREBAYASHI, 2002).

Na radiação ultravioleta A (UVA) a faixa de comprimento de onda é de 320-400 nm e atravessa a maior parte dos vidros comuns. Essa radiação exerce ação direta sobre os vasos da derme, determinando vasodilatação e eritema gradual. Nas células epidérmicas, promove quebra das cadeias do DNA que, posteriormente, sofrem reparos por mecanismos enzimáticos. Dependendo da espessura da pele e do tempo de exposição solar, a UVA pode causar: pigmentação imediata e tardia, envelhecimento cutâneo, carcinogênese, desencadeamento de doenças como lúpus eritematoso, erupção polimorfa à luz e fotoalergias (MATHEUS; KUREBAYASHI, 2002; FLOR; DAVOLOS; CORREA, 2007).

Quanto a radiação ultravioleta B (UVB), sua faixa de comprimento de onda é de 290-320nm; apesar de sua pequena penetração na pele, sua alta energia é responsável pelos danos solares imediatos e boa parte dos danos tardios. Por sua ação há lesão de células epiteliais com formação de substâncias vasodilatadoras, como as prostaglandinas. A UVB participa do metabolismo epidérmico da vitamina D, mas pode causar: eritema, pigmentação tardia, espessamento da epiderme e carcinogênese (MATHEUS; KUREBAYASHI, 2002; FLOR; DAVOLOS; CORREA, 2007).

Os efeitos desta radiação são classificados como agudos quando provocam eritemas ou queimaduras, as quais aparecem com bastante frequência em pessoas de pele mais clara, o aumento da temperatura da pele, o espessamento, o bronzeamento ou a pigmentação imediata ou mediata, além da produção de vitamina D. Os efeitos crônicos podem levar ao fotoenvelhecimento e ao câncer de pele (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2013).

Dentre os efeitos favoráveis das radiações solares sobre a pele humana,

está a síntese epidérmica da vitamina D, fornecendo equilíbrio orgânico e psíquico, auxiliando inclusive no tratamento de dermatoses e evitando o desenvolvimento de osteoporose e raquitismo (MARTINS et al., 2012; BINKLEY et al., 2009).

Como efeitos desfavoráveis para a saúde humana, a radiação é capaz de provocar uma série de doenças dermatológicas, que são chamadas de fotodermatoses, ou ainda, complicar outras doenças nas quais o sol não é a causa principal, que são denominadas dermatoses fotoagravadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2013).

Maneiras de proteção à radiação solar referem-se às medidas denominadas de fotoprotetoras.

Estudo investigou tais medidas na prevenção dos danos causados pelo sol na pele de desportistas. Foram abordados o histórico da fotoproteção, o espectro eletromagnético, os efeitos das radiações e os riscos de exposição durante as atividades físicas. Recomendou-se a implementação de estratégias, como a escolha do horário, local, roupas e acessórios, complementados pelo uso de filtros solares, minimizam os riscos decorrentes das radiações ultravioletas A e B (UVA e UVB) durante a prática esportiva ao ar livre. O atleta deve ser orientado pelos profissionais da área da saúde sobre os riscos inerentes às suas atividades cotidianas e esportivas (PURIM; LEITE, 2010).

No caso dos trabalhadores rurais, eles não conseguem escolher, livremente, os melhores horários para realizarem o seu trabalho, de modo que sua exposição às radiações solares costuma ser diária e contínua.

Entretanto, esta exposição solar deve ocorrer de modo cauteloso e com o mínimo de sequelas, mediante comportamentos de fotoproteção, para proporcionar melhor qualidade de vida (PURIM; LEITE, 2010).

Ainda, existem outras evidências que associam o câncer de pele aos trabalhadores rurais, que se referem a exposição aos compostos químicos presentes em pesticidas, dentre eles o arsênico, que se potencializam quando associados à exposição solar (VAZ et al., 2015).

Sendo assim, a ação da equipe de saúde é importante uma vez que os profissionais dessa equipe, incluindo-se o enfermeiro, podem agir de forma efetiva na prevenção de doenças e promoção da saúde, que por sua vez, sustenta o desenvolvimento social e pessoal, por meio de divulgação de informação, educação para a saúde e estimulação das habilidades vitais (DAHER et al., 2011; BRASIL,

2002).

A incumbência pela promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser distribuída entre os indivíduos, a comunidade, os grupos sociais, os profissionais de saúde, as instituições que prestam serviços de saúde e os governos, de forma que todos atuem unidos a fim de estabelecer um sistema de saúde que colabore para a conquista de um elevado nível de saúde (BRASIL, 2002). Entretanto, já se percebeu que no meio rural o sistema de saúde apresenta maiores dificuldades para ser eficaz (ANDO et al, 2011).

Um dos maiores desafios da enfermagem, consiste em associar sua prática com a das pessoas que são cuidadas, procurando nas diferenças, novos caminhos para um cuidado mais harmonioso com as suas necessidades, reconhecendo-os como indivíduos que possuem direitos iguais na busca pela cidadania (BUDO; SAUPE, 2005).

No caso das comunidades rurais, os problemas que acometem a saúde do trabalhador rural possuem variadas causas, como as cargas laborais de origem física, química, biológica, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, sendo, portanto bastante específicas devido às particularidades do trabalho no campo e os riscos ocupacionais a ele relacionados (ROCHA et al., 2010; FRANCO-BENATTI, 2015).

Uma das formas de evitar problemas de saúde para os trabalhadores é por meio da educação em saúde, que pode ser feita de maneira tanto interpessoal, como os aconselhamentos realizados em consultórios, escolas, ou seja, de forma mais direta e próxima do indivíduo ou de forma impessoal que é o que acontece através da mídia, que visa atingir um número maior de pessoas, no entanto, ambos visam levar conhecimento à população, de forma a provocar nelas uma mudança de comportamento (SILVA, 1999).

Para as intervenções educativas em saúde, um dos elementos disponíveis para transmitir o conhecimento é o enfermeiro. Este desempenha o papel de educador, orientando a população e apresentando-lhes novas maneiras para garantir sua saúde. É um profissional com grande relevância para a população, já que participa de programas e atividades de educação em saúde, garantindo a melhoria da saúde seja do indivíduo, da sua família ou da comunidade de um modo em geral (SILVA, 1999).

Ele pode ser um dos elementos da equipe de saúde dos ambientes rurais que adquire competências específicas para lidar com condições de saúde típicas

desses locais.

Todavia, quando se trata de comunidades rurais, a capacidade de intervenção da enfermagem pode ser ampliada quando se faz uma abordagem sociológica, voltada para as necessidades deste público, de forma que eles sejam ativos e participativos a fim de promover mudanças de práticas e de políticas públicas de saúde (SEAL; YURKOVICH, 2009).

Para uma melhor eficácia, a comunicação fundamentada no entendimento, a partir do conhecimento clínico, oferece uma série de evidências para que a enfermagem tome as melhores decisões pela melhor prática na prevenção de doenças e agravos e na assistência dos indivíduos acometidos pelo câncer de pele, auxiliando assim a construírem ações mais resolutivas (VAZ et al., 2015).

Desta forma, o enfermeiro, como profissional da saúde deve identificar os níveis de suas ações dentro do processo educativo, colocando-se como um cooperador que participa do processo transformador e não como o detentor do saber. Para isso é necessário desligar-se da sua prática assistencial e cumprir o seu papel de educador e despertar, em outras pessoas a atitude da reflexão recíproca (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Então é um dos profissionais da equipe de saúde que possui a capacidade de realizar, com eficiência, a educação em saúde para a comunidade rural, incluindo-se os aspectos preventivos do câncer de pele.

Diante do exposto anteriormente, a discussão dos dados encontrados, também foram apresentados conforme os objetivos específicos definidos a seguir.

Em relação ao primeiro e segundo objetivos específicos (*buscar e avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre o uso e a eficácia das intervenções educativas para prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais e identificar a existência de intervenções educativas para os trabalhadores do meio rural, a respeito do câncer de pele*), após a busca nas bases de dados e avaliação das evidências, nota-se que é restrito o número de pesquisas sobre intervenções educativas sobre o câncer de pele com trabalhadores rurais.

Segundo Vaz et al. (2015) as pesquisas desta área deveriam ser reforçadas; as condições de trabalho intensificam a necessidade de mais estudos que explorem e aprofundem a relevância da atenção aos trabalhadores rurais que se encontram expostos, não só à radiação solar, como também, aos agrotóxicos.

Entretanto, campanhas para diagnóstico precoce e prevenção do câncer

de pele têm se apresentado como um desafio em países mais expostos à radiação ultravioleta (UV). (VASCONCELLO-SILVA; GRIEP; SOUZA, 2015).

Na presente Revisão, a maioria dos estudos encontrados foram elaborados, em países considerados do “primeiro mundo”, como Estados Unidos e Canadá, embora um deles fosse originário da Turquia.

No Brasil, devido à relevância do setor agrícola para a economia nacional, os estudos sobre métodos preventivos contra o câncer de pele em trabalhadores rurais, deveriam ser mais desenvolvidos, levando em consideração as condições de trabalho no ambiente rural e a longa exposição às radiações solares (BERNARDES, 2016). No entanto, esta realidade parece difícil de ocorrer pois, na presente Revisão Integrativa, nenhum estudo brasileiro foi encontrado abordando a temática da intervenção educativa neste tipo de câncer, com trabalhadores rurais, conforme já explicitado anteriormente.

Salvio et al. (2011) realizaram um programa de prevenção exclusivo para detectar câncer do tipo melanoma em ambiente urbano e não rural, programa esse que demonstrou ser eficaz na prevenção e diagnóstico precoce do melanoma. Durante os dias de permanência nas unidades de saúde da cidade onde o programa foi realizado, a prevenção primária foi executada através de: distribuição de folhetos explicativos sobre câncer de pele e melanoma, abordagem direta do profissional da saúde e apresentação de palestras sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do melanoma. Essas ações tinham como enfoque as características principais para o diagnóstico do melanoma e, também, visavam ao ensino do autoexame da pele. Durante a abordagem, 1.768 indivíduos responderam a um questionário envolvendo perguntas sobre exposição solar, presença de melanoma ou outro câncer de pele entre os familiares, uso de proteção solar e o conhecimento sobre a doença. Os médicos alocados nas unidades de saúde também foram abordados para a orientação sobre as lesões suspeitas de melanoma e o esclarecimento de possíveis dúvidas. Os indivíduos que suspeitassem de uma possível lesão de melanoma foram estimulados a mostrá-la ao médico da unidade e este fazia o encaminhamento direto para o Programa de Prevenção. O Programa identificou 4 casos de melanoma em fase inicial e 3 nevos displásicos; os autores entendem que pode ser facilmente reproduzido na maioria dos municípios brasileiros.

Entretanto, não se identificou no país programa similar direcionado à população rural.

Causa estranheza esta diminuta publicação nacional, ainda mais sabendo-se que o Brasil está localizado na faixa compreendida entre a linha do Equador e o Trópico de Capricórnio, com uma inclinação de 23 graus, deixando a maior parte do território brasileiro recebendo uma radiação solar em um ângulo próximo a 90 graus em relação ao horizonte durante o verão, que é chamado de “sol a pino”, o que faz com que seja um dos que recebem a maior insolação do mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2013).

Em revisão de Bernardes (2016), cujo objetivo era identificar métodos de prevenção contra o câncer de pele adquirido após exposição de raios solares em profissionais agrícolas, pesquisando apenas pelos descritores “câncer de pele”, “enfermagem”, “neoplasias cutâneas”, “trabalhador” e “doenças”, foram encontrados nas bases de dados LILACS e PUBMED, 361 estudos e, destes, apenas 8 artigos foram analisados. Como resultado desta pesquisa, notou-se que 87,5% dos estudos, mencionavam os métodos preventivos para o profissional exposto à radiação solar e que os equipamentos de proteção mais comuns oferecidos aos trabalhadores são o macacão e as luvas. No entanto, verificou-se que, quando os trabalhadores eram cobrados para o uso destes equipamentos, eles não tornavam isso um hábito e os deixavam de usar, assim que não eram mais monitorados. Em contraponto, a fotoproteção realizada com o uso de protetor solar representou um problema, devido ao fato de ter que ser aplicado durante várias vezes ao dia, além da dificuldade da higienização das mãos e ainda por ser considerado um cosmético de uso feminino.

Sabe-se que a fotoproteção é constituída por um conjunto de medidas para reduzir ou atenuar a exposição às radiações solares, visando prevenir consequências deletérias das mesmas. Fotoprotetores também identificados como filtros solares, são destinados a proteger a pele, lábios e cabelos das radiações ultravioletas por meio de ações químicas, físicas ou biológicas. Atualmente, são comercializados em forma de creme, loção, gel, pasta, bastão labial, *spray*, xampu, condicionador capilar e outros veículos que agem por mecanismos físicos e químicos, isolados ou combinados (PURIM; LEITE, 2010).

Em um estudo feito por Chorili et al. (2007), quando comparada a questão de conhecimento sobre câncer de pele entre os sexos masculinos e femininos, a pesquisa mostrou que não há uma diferença significativa quanto ao nível de conhecimento, quando comparada entre eles. Contudo, os homens chegam a se expor mais do que 3 horas/dia às radiações solares, enquanto que as mulheres, até

1 hora/dia. Quanto ao conhecimento acerca do filtro solar, as mulheres mostraram ter um nível de entendimento maior do que dos homens. Com relação ao uso deste filtro, as mulheres costumam fazer uso esporádico do produto, enquanto os homens, nem chegam a utilizá-lo, porém este quadro se inverte com relação ao uso de mecanismos de proteção contra o sol, mostrando que os homens são mais assíduos a este meio de proteção, fazendo uso geralmente de bonés ou chapéus, enquanto que o sexo feminino não faz uso de qualquer mecanismo de proteção, ou usa, apenas, sombrinhas e lenços para sua proteção.

Em pesquisa realizada por Menegat e Fontana (2010), foram entrevistados 22 trabalhadores do campo para avaliação das condições de trabalho e sua relação com o risco de adoecimento. Dentre os fatores de vulnerabilidade, foi destacado a questão da radiação ultravioleta, já que para este tipo de trabalhador é difícil ir de encontro às normas de segurança, visto que possuem uma carga de trabalho longa e não se protegem adequadamente, o que os predispõe ainda mais ao risco de câncer de pele. Como o estudo trata de uma abordagem qualitativa, os autores ressaltam a fala de um dos participantes que diz fazer uso de roupa comprida e chapéu sempre, mas não usar protetor solar na face com frequência, pois o mesmo apresenta custo elevado.

Esse custo elevado dos protetores solares também foi identificado na pesquisa de Vasconcello-Silva, Griep, Souza (2015). Durante 48 meses, esses autores acompanharam as páginas sobre proteção da pele e autoexame contabilizando os acessos ao *site* do Instituto Nacional de Câncer; constataram que, embora a média de acessos tenha crescido significativamente, os resultados da análise de variância não mostraram diferenças significativas entre os acessos realizados no verão e os feitos nos demais meses ($p=0,7491$), ou seja, a percepção da intensa exposição ao sol de verão não incentivou interesse suplementar por buscas sobre prevenção. Os autores justificam os resultados do estudo pelo conhecimento insuficiente acerca das vulnerabilidades da saúde da pele, assim como das medidas ligadas à sua preservação; por outro lado, tal indiferença coletiva talvez se associe à “cultura da medicação” ou ao preço dos filtros de proteção solar, inacessíveis a boa parte da população brasileira.

Igualmente na pesquisa de Salvio et al. (2011), os dados revelaram que 60% dos entrevistados pelos autores não faziam uso de fotoprotetores e expunham-se ao sol durante o trabalho, resultados que refletem a sua falta de informação

quanto aos riscos da exposição solar. Quanto à frequência de uso de filtro solar nos entrevistados, 9% utilizavam-no apenas uma vez ao dia e 20%, apenas em atividades de lazer. Acresce-se que o uso do filtro solar representa elevado custo no orçamento da população e está ausente na lista de medicamentos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde. Deve-se, portanto, incentivar, nesta população, o uso de proteção solar não só com filtros, mas também com roupas e outros acessórios e alertar as autoridades sanitárias a incluí-los na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Durante as atividades educativas realizadas por esta pesquisadora, acaba sendo comum ouvir este tipo de relato sobre o custo elevado, como o do participante da pesquisa de Menegat e Fontana (2010); por isso é que se ressalta a falta de políticas públicas para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais.

Em uma revisão bibliográfica, na qual foram analisados 21 artigos, observou-se quanto ao uso do protetor solar, que 90% das pessoas que participaram das pesquisas de campo não o utilizavam e que os outros 10% faziam o seu uso de forma incorreta. Isso se torna um dado importante, visto que todos os trabalhadores que atuam em áreas externas, dentre eles os trabalhadores rurais, já sofreram queimaduras solares, o que os predispõe ainda mais ao risco de câncer de pele (SILVA; SOUSA; SILVA, s.d.).

Ainda em relação aos mecanismos que podem ser utilizados para a proteção quanto às radiações solares, dentre os produtos disponíveis no mercado, deve-se preferir aqueles que ofereçam segurança, ampla proteção, boa cosmética, estabilidade química em diferentes condições de calor e umidade, fotoestabilidade e baixo custo (PURIM; LEITE, 2010).

Com relação ao sexo, parece que no ambiente rural nacional há uma maior presença de homens do que de mulheres como pode ser visto nos estudos de Rocha e Oliveira (2016) e Vaz et al. (2015).

Entretanto, no presente estudo de Revisão realizado, encontrou-se que 50% eram investigações com predomínio de rurícolas do sexo feminino e os outros 50% de trabalhadores masculinos.

Assim, no Estudo 1, em que foram feitas intervenções em cerca de 8209 agricultores, 85% eram homens e 15% mulheres (REDING et al., 1998); no Estudo 3, em que 207 pessoas responderam ao questionário para avaliação do instrumento aplicado aos agricultores e 34 participantes fizeram parte do grupo focal, 28 eram do

sexo masculino e 6 do feminino (ING et al., 2012). Em contrapartida, no Estudo 4, foi pré-testado um instrumento de coleta de dados com 57 homens e 61 mulheres agricultoras (MULLAN et al., 1996) e no Estudo 2 foram selecionados 194 indivíduos por randomização, sendo 56,1% do sexo feminino e 43,9% do masculino (MALAK et al., 2011).

Além dos estudos anteriormente citados que também comprovam essa questão, uma pesquisa realizada no Irã a respeito dos determinantes do comportamento preventivo sobre câncer de pele em agricultores, também mostra que a maior parte dos agricultores pertence ao sexo masculino. Nesta pesquisa, as mulheres que se dedicavam a este ramo, realizam principalmente trabalhos relacionados com a criação de gado ou às tarefas domésticas (BABAZADEH et al., 2016).

No entanto, em contradição com estes achados, estudo nacional que buscou avaliar o conhecimento dos trabalhadores rurais sobre câncer de pele, teve uma população majoritariamente feminina (59%), porém o autor informa que houve um grande número de rurícolas que resolveu não participar da pesquisa (SILVA et al., 2015), o que pode ter colaborado para tal fato.

Para Siliprandi (2002), a supremacia masculina na maioria dos estudos, dá-se pelo fato de que os próprios profissionais que atuam na extensão rural, já possuem uma visão enviesada e são reflexos de uma sociedade muitas vezes preconceituosa, não permitindo, portanto, que sejam percebidas as mudanças que ocorreram nas últimas décadas, tanto na situação econômica e social do ambiente rural, como também nos desejos e necessidades das próprias mulheres.

É importante ressaltar aqui, que algumas investigações foram realizadas na década de 90, o que pode ter tornado a afirmação de Siliprandi (2002) um real motivo para um número maior de homens participantes na pesquisa. Por outro lado, é inegável a necessidade de realização de mais estudos, atualizados, para confirmar – ou não - a predominância masculina no ambiente rural.

Todos os artigos identificados na Revisão Integrativa mostram que os autores realizaram intervenções educativas e obtiveram resultados que consideraram importantes. No Estudo de Reding et al. (1998), os escores médios sobre câncer de pele foram semelhantes para os três grupos de participantes, mesmo em relação ao Grupo 1, em que os veterinários entregaram, aos participantes, o material educacional, ou seja, os percentuais dos que relataram o

uso de um ou mais equipamentos para cobrir o corpo e proteger-se da radiação solar não tiveram diferenças significativas entre os grupos. Em contrapartida, as atitudes femininas quanto ao risco de câncer foram maiores, mas, também, não significativamente diferentes das atitudes masculinas. No segundo Estudo de Malak et al. (2011), a intervenção educativa em relação à pontuação sobre o conhecimento anterior e posterior dos participantes não se mostrou estatisticamente relevante; entretanto, algumas medidas de proteção (uso do protetor solar, de guarda-chuva, e a procura pelo médico) mostraram-se estatisticamente relevantes após o treinamento realizado na intervenção. O Estudo 3 de Ing et al. (2012) indicou que o ajuste de um instrumento para mensurar a proteção ao sol dos agricultores, por meio da realização de grupos focais serviu para que eles conseguissem discutir sobre o câncer de pele. O Estudo 4 (MULLAN et al., 1996) mostrou que com a intervenção educativa realizada, a história de câncer de pele, gênero e idade estavam significativamente associadas com as práticas adequadas de busca de cuidados médicos e a crença na eficácia da detecção precoce em resultados de saúde.

Os quatro estudos desta revisão não indicaram a presença do enfermeiro ou outro profissional da saúde realizando as intervenções educativas aos trabalhadores rurais. No Estudo 1 (REDING et al., 1998), as intervenções foram feitas por veterinários; no Estudo 2 (MALAK et al., 2011) realizado na Turquia, bem como no Estudo 3 (ING et al., 2012) e no 4 (MULLAN et al., 1996) não se identifica quem realizou a intervenção, o que aponta falhas nos textos consultados, relacionadas à esta informação.

Sabe-se que o fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico (BRASIL, 1981).

Entretanto, no que se refere à educação em saúde, entende-se que poderá até mesmo ser realizada por pessoas de outras áreas de conhecimento e atuação, desde que sejam devidamente treinados, para tal, pelos profissionais de saúde, incluindo-se os enfermeiros.

As atividades de educação em saúde unem tanto o comportamento humano com seu conhecimento diversificado como as ações educativas favoráveis à saúde desenvolvidas individualmente ou coletivamente, de forma a manter ou atingir um nível ideal de saúde adequados a cada pessoa (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Para tanto, a equipe de saúde deve ter subsídios suficientes para que consiga realizar atividades de prevenção e promoção de saúde, com propostas pedagógicas libertadoras. Neste caso, o enfermeiro deve realizar intervenções horizontais e dialógicas, entre profissionais e usuários incorporando saberes técnicos e populares, além de fazer uso de estratégias que facilitem a aprendizagem individual e coletiva, porém com conteúdos que reforcem as necessidades da população com ações eficazes e eficientes (SOBRAL; CAMPOS, 2012).

Quanto ao terceiro objetivo específico (*identificar quais as metodologias educacionais utilizadas para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais e sua eficácia*), no Estudo 1, a metodologia utilizada foi múltipla: os participantes foram divididos em três grupos. No primeiro, receberam um material educativo, uma amostra de protetor solar e os resultados de uma pesquisa anterior, além de instruções dadas por veterinários, etapa essa que demorou entre 5 e 15 minutos. O segundo grupo recebeu o material educativo, junto com uma carta de apresentação e os resultados de uma pesquisa anterior, pelo correio. O terceiro grupo não recebeu qualquer informação (REDING et al., 1998).

No Estudo 2, a metodologia usada foi a realização de uma intervenção, a qual consistiu em aplicar um questionário para os participantes, com questões para definição pessoal e sobre o câncer de pele; depois foi realizada uma intervenção em saúde e receberam, também, treinamento de reforço e ganharam chapéus. Após seis meses o questionário foi reaplicado (MALAK et al., 2011).

No Estudo 3 a metodologia escolhida foi a realização de quatro grupos focais, com 5 a 10 participantes e duração média de 2h cada reunião para avaliação de um instrumento aplicado para agricultores, sobre o câncer de pele. Contou-se com um facilitador que conduziu a discussão do grupo focal e um assistente para realizar anotações (ING et al., 2012).

No quarto estudo, foram selecionados quatro condados e um deles foi determinado como grupo controle, não recebendo qualquer intervenção. A metodologia utilizada foi aplicar um questionário sobre câncer de pele nas residências dos condados e realizar uma intervenção com estratégias regionais; após um ano o questionário foi reaplicado para comparação dos dados (MULLAN et al., 1996).

Percebe-se que não foi demonstrado um referencial teórico que embase as práticas de intervenção educativa realizadas.

Segundo Freire (1983), o processo de extensão rural é uma atividade educativa na qual tanto o educador como o educando são “sujeitos cognoscentes”, isto é, são pessoas com capacidade de aprender e reunir-se com o propósito de conhecer junto algo, ou seja, o “objeto cognoscível”. Ela surge como um campo especializado, cuja trabalho se espera o sucesso das mudanças.

Diante disso, as ações de extensão não devem ser mecanicistas, pois o pensamento é mágico, não é ilógico, nem é pré-lógico, ele possui sua estrutura interna e reage até onde pode, estado relacionado à uma linguagem, a uma estrutura de forma e outra maneira de atuar. Desta forma quando se coloca ao aprendiz paradigmas diferentes de linguagem, estrutura ou forma de atuar, causará uma reação de defesa natural, quebrando seu equilíbrio interno, mesmo quando o pensamento mágico já está corrompido pelos elementos culturais, ela declara sua resistência à transformação, que se expressa em expressões respeitadas e tolerantes (FREIRE, 1983).

Um dos estudos selecionados (Estudo 3) apresenta a metodologia do grupo focal (ING et al., 2012), à semelhança de uma roda de conversa, pela sua possibilidade de interação entre os participantes.

O grupo focal, segundo Gaskel (2002, p.79), é definido como

[...] uma 'esfera pública ideal', já que se trata de 'um debate aberto e acessível a todos [cujos] assuntos em questão são de interesse comum; as diferenças de status entre os participantes não são levadas em consideração e o debate fundamenta-se em uma discussão racional.

Segundo Silva e Bernardes (2007), a roda de conversa é uma forma de coletar informações, esclarecer ideias e posições e discutir temas emergentes e/ou polêmicos, porém se estabelece um clima mais informal, capaz de criar oportunidade de aprendizagem e de exploração de questionamentos e argumentos, sem a obrigatoriedade da construção de conclusões. As rodas de conversa têm um coordenador com a função de provocar a conversa por meio de perguntas desencadeadora de manifestações.

Pompeu et al. (2013) ratificam em seus estudos sobre a escassez de conscientização quanto ao uso correto e os perigos causados pela radiação ultravioleta e afirmam que é necessário a conscientização da população por meio de intervenções educativas, tais como palestras, e a distribuição de materiais

educativos como os panfletos, além do uso de outros métodos informativos, para trabalhadores com exposição solar, já que o câncer de pele, atualmente é considerado como um problema de saúde pública.

Quanto à eficácia das metodologias empregadas, no primeiro estudo selecionado e analisado, os agricultores entrevistados foram receptivos ao meio de fornecer material educativo sobre a saúde humana às populações rurais, que não podem ser alcançados pelos métodos convencionais de educação em saúde e sistemas de prestação de cuidados de saúde. Desta forma, abriram-se as possibilidades para os veterinários tratarem de outros assuntos com os agricultores, enquanto transmissores de conhecimento (REDING et al., 1998). Ou seja, os veterinários conseguiram, para os agricultores, passar segurança e criar uma certa empatia e obter deles uma maior reflexão sobre as informações transmitidas.

Nesse sentido, Freire (1983) corrobora com os dados do estudo afirmando que o profissional rural, como o agrônomo, por exemplo, possui não só uma responsabilidade técnica, como também situa-se como um verdadeiro educador, sendo um dos agentes capazes de promover e provocar mudanças. Daí o fato de que o agrônomo, ou no caso do Estudo 1 (REDING et al., 1998) o veterinário, no sistema de relações “camponeses-natureza-cultura”, pode estar junto aos trabalhadores rurais, como sujeitos de mudança, também.

Fazendo um paralelo, se o agrônomo for o educador deve embasar seu trabalho em um processo dialógico que busque a construção do conhecimento e a troca de experiências e saberes a fim de promover o desenvolvimento, buscando o envolvimento das comunidades (ROCHA et al, 2011).

Entretanto, veterinários, agrônomos e outros profissionais que podem ser considerados educadores (FREIRE, 1983; ROCHA et al., 2011) não apresentam, com certeza, o mesmo rol de conhecimentos sobre os malefícios e benefícios à saúde, no caso relacionado ao problema do câncer de pele, que um profissional de saúde possui, incluindo-se o enfermeiro. Necessitam de receber treinamento adequado para adquirirem esta competência, conforme já explicitado anteriormente.

No Estudo 2, obteve-se também bons resultados pois o treinamento dado aos agricultores sobre os métodos de proteção do câncer de pele aumentou, significativamente, o conhecimento e as atitudes para evitar o câncer de pele. Programas de informação e treinamentos sobre a proteção contra o câncer de pele são sugeridos, além do fato de ser interessante repetir o estudo, incluindo outras

populações (MALAK et al., 2011).

No terceiro estudo, as metodologias utilizadas também foram consideradas apropriadas. O conhecimento dos agricultores derivado da pesquisa de segurança ao sol possivelmente vai gerar dados para permitir a concepção e implementação de estratégias de segurança solar (ING et al., 2012).

Quanto ao último estudo a intervenção educativa realizada pareceu melhorar o comportamento preventivo e a procura de cuidados médicos. Aparentemente foi melhor sucedida por encorajar os agricultores a adotar práticas preventivas pessoais e a prontidão para procurar atendimento médico (MULLAN et al., 1996).

Entretanto, nem todas as metodologias utilizadas pelos autores destes estudos mostraram resultados estatisticamente significantes, ou seja, eficazes, apesar de serem avaliados como importantes.

Conforme Drucker (1993), a eficácia corresponde em “fazer as coisas certas” estando muitas vezes relacionadas ao nível gerencial. Porém deve-se destacar que a eficácia é diferente do termo eficiência, que corresponde em “fazer certo as coisas” que está atrelada ao nível operacional, isto é, realizar as operações com menos recursos (tempo, dinheiro, pessoas, matéria-prima).

Sendo assim, vale ressaltar que a eficácia destas metodologias educacionais utilizadas nos estudos, refere-se à conclusão dos objetivos propostos pelos autores, isto é, a finalidade dos estudos e as decisões por eles tomadas durante a execução da pesquisa. Não foi possível verificar quanto à eficiência destes estudos, ou seja, se todas as metodologias utilizadas foram seguidas com rigor metodológico ou com os recursos por eles utilizados, sendo analisado, apenas, o resultado das intervenções educativas realizadas pelos autores e de que forma eles impactaram da educação dos trabalhadores rurais.

Quanto ao objetivo geral deste estudo (*elaborar, por meio de evidências científicas identificadas, um material educativo, sobre câncer de pele direcionado aos trabalhadores rurais*) identificou-se que nos artigos selecionados para a Revisão Integrativa, dois deles (REDING et al., 1998; MULLAN et al., 1996) ressaltaram o envio ou a entrega de materiais educativos aos participantes da pesquisa, enquanto um deles (MALAK et al., 2011) fez uso de cartazes na comunidade.

Para Kaplún (2003) os materiais educativos, apesar de serem instrumentos importantes para o aprendizado, devem ser elaborados sobre três

eixos, sendo o primeiro o eixo conceitual, que se refere a seleção e organização dos conteúdos, além da análise do público alvo e a identificação de ideias construtoras e possíveis conflitos. O segundo eixo, chamado de comunicacional, é a relação e a linguagem que irá se estabelecer com os destinatários. Por fim, o pedagógico que faz o intermédio entre os dois eixos citados, de forma dinâmica e de interdependência mútua.

Além disso, é importante o uso de uma linguagem visual que torne mais chamativo e ilustre cenário e vivências que se aproximem da realidade do público alvo de forma que eles possam construir novos significados, permitindo a maior compreensão de si mesmo (SCHALL, 2005).

Desta forma, levando em consideração a conexão entre saúde, educação e comunicação, verifica-se que os materiais educativos, as ações pedagógicas e as intervenções na ótica da saúde, tanto na elaboração quanto na transmissão de mensagens, são um retrato da concepção de saúde-doença adotada, a qual ainda predomina o modelo biomédico (NOGUEIRA; MODENA, 2009).

Tem-se, então, que o material educativo construído neste estudo, foi elaborado a partir das evidências disponibilizadas nos artigos consultados e na experiência da pesquisadora e trata-se de um folheto intitulado “Câncer de Pele: Plantando Proteção, Colhendo Saúde”.

O folheto educativo é uma ferramenta importante para a construção do saber, porém, sabe-se que este instrumento é apenas uma das alternativas para se promover saúde. Este material encontra-se apresentado, na íntegra, no Apêndice B.

6.1 Limitações do Estudo

O presente estudo, apesar de poder contribuir para a orientação de trabalhadores rurais acerca do câncer de pele de uma maneira bastante acessível, prática e rápida, apresenta algumas limitações.

O material educativo formulado, ainda precisa passar por validação, seja de *expertises* sobre o tema, seja pelos próprios trabalhadores rurais, já que a sua construção foi apoiada pelo ponto de vista da autora desta investigação e dos estudos

desta Revisão Integrativa. Após passar por um processo de validação, poder-se-á tornar efetivo em sua função de levar informação e, porventura, provocar mudanças de comportamento, principalmente relacionados ao uso dos equipamentos de proteção, a prevenção da doença e a sua detecção precoce.

Outra limitação encontrada é quanto aos poucos estudos que realizam intervenção educativa sobre essa temática, impossibilitando, portanto uma comparação mais aprofundada e que gere mais comparações sobre o uso da melhor metodologia educacional para a realização da intervenção educativa direcionada ao público rural, visto que a maioria das investigações não se baseou em um metodologia específica para a abordagem destes trabalhadores.

Por fim, nota-se tanto nos estudos encontrados na Revisão Integrativa, quanto nesta presente pesquisa, que a questão do tempo, seja para a realização de intervenções em saúde ou seja para execução de pesquisas com o público rural é um fator limitante, já que muito raramente obtém-se apoio dos contratantes destes trabalhadores para a execução de pesquisas no meio rural, tornando-se uma tarefa difícil realizar estas atividades fora do horário de trabalho deles. Durante o trabalho, o tempo dispensado pelos próprios trabalhadores para refletir sobre sua saúde também é muito escasso, pois recebem por produção e não conseguem interromper as atividades, o que lhes vai prejudicar a remuneração a ser recebida.

Desta forma, necessita-se da realização de estudos posteriores para a avaliação da eficácia deste material educativo para a prevenção e detecção precoce do câncer de pele, assim como pesquisas que ressaltem a importância do tema.

6.2 Avanços no Conhecimento

Apesar de se necessitar de mais estudos que aprofundem nesta temática, pode-se dizer que esta investigação avança no conhecimento, visto que, traz por meio de evidências científicas disponíveis, uma nova forma de levar informação aos agricultores sobre esta temática. Além disso, apresenta um material educativo voltado para a especificidade deste público, tornando este estudo inovador. Sabe-se também, que o material educativo sozinho, não traz mudança de comportamento, mas pode

levar à uma reflexão maior sobre o tema entre os próprios trabalhadores.

7. CONCLUSÕES

Realizou-se, por meio de uma Revisão Integrativa, a busca das melhores evidências disponíveis acerca das intervenções educativas para trabalhadores rurais sobre o câncer de pele, avaliando sua eficácia e as metodologias educacionais utilizadas, que serviram como base para a construção de um material educativo.

Confirmou-se que os trabalhadores rurais estão expostos aos fatores de risco causadores de câncer de pele, entretanto, os estudos nessa área são escassos, demonstrando relativa carência de pesquisas.

Vale ressaltar que, entre os estudos, observou-se que a forma de intervenção educativa considerada mais satisfatória para os trabalhadores, é a que utilizou discussões em grupo sobre o tema, sendo apontada como um potencial modificador de hábitos/comportamentos, pois além de colocar o trabalhador como agente ativo do processo de ensino-aprendizagem, traz em linguagem clara, de forma que o conhecimento vai sendo construído de forma gradual por todos e a partir de um clima de maior informalidade, permitindo que o trabalhador se sinta mais a vontade para fazer perguntas, esclarecer seu ponto de vista e expor suas dificuldades.

Apesar de supor-se que os trabalhadores rurais possuam certo grau de conhecimento acerca do assunto tratado, acredita-se que precisam de estímulo para que comecem a mudar seus hábitos. Compreende-se, portanto, que as atividades de intervenção educativas são importantes para a prevenção do câncer de pele em trabalhadores rurais, porém devem ser moldadas para a realidade dos mesmos.

Portanto, quando a execução de práticas educativas envolvendo discussões em grupo não são possíveis de serem realizadas, a disseminação de folhetos educativos, construídos para eles, dentro da realidade vivenciada por estes trabalhadores, pode ser uma alternativa para a transmissão de conhecimento. No entanto, cabe ressaltar, que é necessário que este o material educativo, seja avaliado e validado por expertises para que seja distribuído.

O material educativo ilustrativo abordando a temática do câncer de pele, intitulado “Câncer de Pele: Plantando Proteção, Colhendo Saúde” foi elaborado e será disponibilizado aos trabalhadores rurais, como um produto do presente estudo.

Este estudo tem por finalidade colaborar com futuras pesquisas na área mencionada, por meio da exposição do conhecimento de outros estudos, bem como atuar diretamente, por meio da produção e divulgação do folheto voltado prioritariamente para esse público.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832004000200006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 jun. 2015.

ALGRANTI, E.; BUSCHINELLI, J. T. P.; DE CAPITANI, E. M. Câncer de pulmão ocupacional. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 784-794, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2015.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2016**. Atlanta: American Cancer Society, 2016b. 66p. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Keys statistics for basal and squamous cell skin cancers**. 2016a. Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/skincancer-basalandsquamouscell/detailedguide/skin-cancer-basal-and-squamous-cell-key-statistics>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

ANDO, N. M.; TARGA, L. V.; ALMEIDA, A.; SILVA, D. H. S.; BARROS, E. F.; SCWALM, F. D.; SAVASSI, L. M. C.; BREUNING, M.; LIMA, M. C.; ARNALDO FILHO, R.; HORTA, T. C. G. Declaração de Brasília: O conceito de rural e o cuidado à saúde. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v.6, n.19, p.142-144, 2011. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/390/317>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

BABAZADEH, T.; NADRIAN, H.; BANAYEJEDDI, M.; REZAPOUR, B. Determinants of skin cancer preventive behaviors among rural farmers in Iran: an applications of protection motivation theory. **J. Canc. Educ**, feb. 2016.

BARROS, M. Qual é um bom fator de impacto? **Bibliotecários sem fronteiras**, 2014. Disponível em: <<https://bsf.org.br/2014/07/28/como-saber-qual-e-um-bom-numero-fator-de-impacto-revista-periodico/>>. Acesso em 15 jan. 2017.

BASTOS, V. C. Classificação de periódicos no QUALIS/CAPES. s.d. Disponível em: <http://www.biblioteca.ics.ufpa.br/arquivos/QUALIS-rev_26_11.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BERNARDES, A. V. Prevenção do câncer de pele em trabalhadores do setor agrícola. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 7, n. 3, 2016, p. 03-07. Disponível em:

<<http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/656/381>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

BEYA, S. C. Evaluating evidence found on the internet. **AORN Journal**, v. 72, n.5, p.906-910, nov. 2000.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – ONCOLOGIA (Brasil). **Bases de dados internacionais**. s.d. Disponível em: <<http://www.bvsoncologia.org.uy/php/level.php?lang=pt&component=17&item=119>>. Acesso em: 08 set. 2016.

BINKLEY, N.; NOVOTNY, R.; KRUEGER, D.; KAWAHARA, T.; DAIDA, Y.G.; LENSMEYER, B.; HOLLIS, W.; DREZNER, M. K. Low Vitamin D status despite abundant sun exposure. **The journal of clinical endocrinology & metabolism**, v. 92, n. 6, 2009, online. Disponível em: <<http://press.endocrine.org/doi/full/10.1210/jc.2006-2250>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BORSATO, F. G.; NUNES, E. F. P. A. Neoplasia de pele não melanoma: um agravo relacionado ao trabalho. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.8, n.4, p.600-606, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9687/5392>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, v.5, n.11, p. 121-136, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DO TRABALHO. **Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. Livro 2: Códigos, títulos e descrições**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2010. 594p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Ação educativa: diretrizes. In: **Encontro de Experiências de Educação e Saúde**, Brasília, 1981. Brasília: Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981. p. 16 - 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho**. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/diretrizes_vigilancia_cancer_trabalho.pdf>. Acesso em: 04 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. — Brasília: Ministério da Saúde, 56p., 2002. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BUDO, M. L. D.; SAUPE, R. Modos de cuidar em comunidades rurais: a cultura permeando o cuidado de Enfermagem. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 117-185, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a04v14n2.pdf> >. Acesso em: 09 ago.2014.

BUSS, P. M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.177-185, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 jan. 2017.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

CHARBOTEL, B.; FERVERS, B.; DROZ, J. P. Occupational exposures in rare cancers: a critical review of the literature. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 90, n. 2, p. 99–134, 2014. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S104084281300259X/1-s2.0-S104084281300259X-main.pdf?_tid=8d8e92a4-a30f-11e4-b932-00000aab0f27&acdnat=1422024972_1f954001a652cefb38911272211e78d6>. Acesso em: 23 jan. 2015.

CHORILLI, M.; OTTO, T.; ALVES, M. I. F.; CAVALLINI, M. E.; LEONARDI, G. R. Avaliação do uso de protetores solares pela população rural de Piracicaba – São Paulo – Brasil, através da aplicação de questionário. **Rev. Bras. Farm.**, v.88, n.4, p. 167 172, 2007.

COCCO, P. On the rumors about the silent spring: review of the scientific evidence linking occupational and environmental pesticide exposure to endocrine disruption health effects. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 379-402, mar./apr. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2015.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p.347-353, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6736/4038>>

>. Acesso em: 20 jun. 2015.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: Por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem . **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 177-184, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100020&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 jun. 2015.

COOPER, G. M. **The Cell: A Molecular Approach**. 2ed. Sunderland (MA): Sinauer Associates, 2000. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9963/>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CORONA, R.; DOGLIOTTI, E.; D'ERRICO, M.; SERA, F.; IAVARONE, I.; BALIVA, G.; CHINNI, L. M.; GOBELLO, T.; MAZZANTI, C.; PUDDU, P.; PASQUINI, P. Risk factors for basal cell carcinoma in a Mediterranean population. **Arch. Dermatol.**, v.137, n.9, p.1162-1168, sep. 2002.

CZEIZEL, A. E.; SZILVÁSI, R.; TÍMÁR, L.; PUHŐ, E. Occupational epidemiological study of workers in an acrylonitrile using factory with particular attention to cancers and birth defects. **Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis**, v. 547, n. 1–2, 22, p. 79-89, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0027510703003233>>. Acesso em: 21 jun. 2015.

DAHER, M. J.; ANGELIM, C. B.; VIDAL, L. L.; PAES, G. K. Contribuição do enfermeiro na prevenção de doenças relacionadas ao uso de agrotóxicos por trabalhadores rurais. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, v.3, n.3, p.2080-2087, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/257526370_CONTRIBUICAO_DO_ENFERMEIRO_NA_PREVENCAO_DE_DOENCAS_RELACIONADAS_AO_USO_DE_AGROTOXICOS_POR_TRABALHADORES_RURALS>. Acesso em: 10 jan. 2017.

DANIEL, F. I.; GRANATO, R.; GRANDO, J.; FABRO, S. M. L. Carcinoma de células escamosas em rebordo alveolar inferior: diagnóstico e tratamento odontológico de suporte. **Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 42, n. 4, p. 279-283, 2006.

DIAS, E. C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. **Saúde do Trabalhador Rural – RENAST**, p. 1-27, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2009/11/saude-trabalhador-rural.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

DIMPÉRIO, M. G. S.; VALANDRO, J. C. S.; ZENI, M. R.; HILLING, C. Saúde Rural: o

caso da linha das flores – Distrito do Município de Santa Rosa – RS. **47º Congresso da Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural**, Porto Alegre: SOBER, 2009. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/13/849.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

DOMENICO, E. B. L.; IDE, C. A. C. A Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 115-118, 2003.

DRUCKER, P. **The effective executive**. Nova York: HarperCollins Publishers, 1993.

DRUMMOND, J. P.; SILVA, E. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. São Paulo: Atheneu, 1998.

EBSCO HEALTH. s. d. **CINAHL Database**. Disponível em: <<https://health.ebsco.com/products/the-cinahl-database>>. Acesso em: 08 set. 2016.

EBSCO HOST, s. d. **Academic Search Premier**. Disponível em: <http://support.ebsco.com/help/?int=ehost&lang=en&feature_id=Databases&TOC_ID=Always&SI=0&BU=0&GU=1&PS=0&ver=live&dbs=aphjnh,aph>. Acesso em: 08 set. 2016.

EIROA, S. J. R.; LOSADA, M. T. F.; FARALDO, M. I. R.. Cáncer cutáneo por exposición ocupacional a agentes químicos. **Med. segur. trab.**, Madrid, v. 60, n. 235, 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000200013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2015.

ELSEVIER. s.d. Disponível em: <<http://www.americalatina.elsevier.com/corporate/embase.php>>. Acesso em: 08 set. 2016.

ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa *versus* Revisão sistemática. **Rev. Mineira de Enfermagem (REME)**, v. 18, n.1, 2014.

FABRIS, M. R.; DURÃES, E. S. M.; MARTIGNAGO, B. C. F.; BLANCO, L. F. O.; FABRIS, T. R. Assessment of knowledge of skin cancer prevention and its relation with sun exposure and photo protection amongst gym academy members on the south of Santa Catarina, Brazil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, jan./feb. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-

[05962012000100004&lang=pt](#)>. Acesso em 04 ago. 2014.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, p.185, 1989.

FERREIRA, F. R.; NASCIMENTO, L. F. C.; ROTTA, O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 431-437, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2015.

FERRÍS, J.; GARCIA, J.; BERBEL, O.; ORTEGA, J.A. Constitutional and occupational risk factors associated with bladder cancer. **Actas Urológicas Españolas** (English Edition), v. 37, n. 8, p. 513–522, set. 2013. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S2173578613001376/1-s2.0-S2173578613001376-main.pdf?_tid=0560b6ec-a31d-11e4-b6ed-00000aacb35e&acdnat=1422030757_bc6f5905f595a967cc5e58aa67a168cd>. Acesso em: 23 jan. 2015.

FLOR, J.; DAVOLOS, M. R.; CORREA, M. A. Protetores solares. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 30, n.1, p.1-10, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422007000100027>. Acesso em: 14 jan. 2017.

FRANCO-BENATTI, D. M. Promoção da Saúde entre Trabalhadores Rurais da Agroindústria Canavieira da Região de Araraquara (SP): Estratégias de Intervenção. **Rev. Laborativa**, v. 4, n.1, p. 55-78, dez. 2015. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/rlaborativa/article/viewFile/1355/pdf_1>. Acesso em: 10 jan. 2017.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** 8 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 93p.

FRIENDLAND, D. J.; GO, A. S.; DAVOREN, J. B.; SHLIPAK, M. G.; BENT, S. W.; SUBAK, L. L.; *et al.* **Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

GALLAGHER, R. P.; HILL, G. B.; BAJDIK, C. D.; FINCHAM, S.; COLDMAN, A. J.; MCLEAN, D. I.; THRELFALL, W. J. Sunlight exposure, pigmentary factors, and risk of nonmelanocytic skin cancer. **Arch. Dermatol.**, v.131, n.2, p.157-163, 1995.

GALLO, P. F. **Tecnologia em Saúde e Segurança na Administração de**

Medicamentos em Pacientes Hospitalizados: uma revisão integrativa. 2015. 116f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, p.549-599, 2004.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: GASKEL, G.; BAUER, M. W. (Org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático.** Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64 –89.

GERRISH, K.; CLAYTON, J. Improving clinical effectiveness through an evidence-based approach: meeting the challenge for nursing in the United Kingdom. **Nurse Administration Quarterly**, v.22, n.4, p.55-65, 1998.

GLANZ, K.; MAYER, J. A. Reducing ultraviolet radiation exposure to prevent skin cancer methodology and measurement. **Am. J. Prev. Med.**, v.29, n.2, p.131-142, aug. 2005.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades: Uma revisão histórica dos principais autores e obras que refletem essa metodologia de pesquisa em Ciências Sociais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.57-63, mar./abr. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

GOODE, C. J.; PIEDALUE, F. Evidence-based clinical practice. **Journal of Nursing Administration**, v.92, n.6, p.15-21, 1999.

GOSS, P. E.; LEE, B. L.; BADOVINAC-CRNJEVIC, T. et al. Planejamento do controle do cancer na América Latina e no Caribe. **The Lancet Oncology**, v.14, 2013.

GRUPO ÂNIMA EDUCAÇÃO. **Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências.** Belo Horizonte: Grupo Ânima Educação, 2014. Disponível em: <http://disciplinas.nucleoead.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_revisao.pdf> Acesso em: 03 jan. 2017.

HARTEVELT, M. M.; BAVINCK, J. N.; KOOTTE, A. M.; VERMEER, B. J.; VANDENBROUCKE, J. P. Incidence of skin cancer after renal transplantation in the Netherlands. **Transplantation**, v. 49, n.3, p.506-509, 1990.

HASHIM, D.; BOFFETTA, P. Occupational and Environmental Exposures and Cancers in Developing Countries. **Annals of Global Health**, v. 80, n. 5, p. 393–411, set./out 2014. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S221499961400321X/1-s2.0-S221499961400321X-main.pdf?_tid=0035ae4e-a30d-11e4-9b57-00000aab0f6b&acdnat=1422023876_b9cb46623001e5e6c8c2037b95de4b14>. Acesso em: 23 jan. 2015.

HELEWA, A.; WUALKER, J. M. **Critical evaluation of research in physical rehabilitation**. 1ed. Canadá: W. B. Saunders Company, 2000, 271p.

HENDERSON, B. E.; FEIGELSON H. S. Hormonal carcinogenesis. **Carcinogenesis**, v.21, n.3, p.427-433, mar. 2000.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2016**: Trabalho. 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2016/default_tab_xls.shtm>. Acesso em: 13 jan. 2017.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA -. As profissões e o câncer. **Rev. Rede Câncer**, n.17, abr. 2012b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/4ea0ac004eb693bb8a669af11fae00ee/vigilancia_rc17.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 04 ago. 2014.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tipos de câncer**. Pele melanoma. s.d. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma>. Acesso em: 09 jan. 2017.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016**: Incidência de câncer no Brasil. 122p. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 2 ed. rev. e atual. 129p. Rio de Janeiro: INCA, 2012a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf>. Acesso

em: 21 abr. 2015.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA.

Autoexame da pele, s.d.. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=136>. Acesso em: 15 jan. 2017.

ING, S.Y.; ASHBURY, F. D.; MARRETT, L. D.; FROM, L.; PERRY, K. V. Use of focus group methodology in the development of an Ontario farmers' sun safety survey. **Chronic Diseases in Canada**, v.23, n.2, p.65-70, 2002.

INGERSOLL, G. L. Evidence-based nursing: What it is and what it isn't. **Nurs.**

Outlook, v.48, n.4, p.151-152, jul./ ago. 2000. Disponível em:

<[http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(00\)76732-7/pdf](http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(00)76732-7/pdf)>. Acesso em: 03 jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE COMBATE AO CÂNCER. **Autoexame da pele**, s.d.

Disponível em: <<http://www.ibcc.org.br/autoexame/pele.asp>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP. Biblioteca Dante Moreira Leite. **O que é Revisão da Literatura?**, s.d. Disponível

em: <<http://www.ip.usp.br/portal/images/biblioteca/revisao.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

KAPLÚN, G. Material Educativo: a experiência do aprendizado. **Comunicação & Educação**, v. 27, p.46-60, 2003.

KOIFMAN, S. Câncer ambiental e ocupacional na América Latina. **Cad. Saúde**

Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. S4-S5, 1998. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2015.

KUMAR, Y.; BHATIA, A. Polyphenols and Skin Cancers. In: _____. **Polyphenols in Human Health and Disease**, 1ed., v 1, 2014, cap. 49, p. 643-653, 2014. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&method=add&eid=3-s2.0-

[B9780123984562000499&ts=1407766194&md5=dbee5008c5619b080c7ce58af364abf3](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&method=add&eid=3-s2.0-B9780123984562000499&ts=1407766194&md5=dbee5008c5619b080c7ce58af364abf3)>. Acesso ao abstract em: 11 de agosto de 2014.

LEAR, J. T.; TAN, B.B.; SMITH, A. P.; BOWERS, W.; JONES, P. W.; HEAGERTY, A.

H.; STRANGE, R. C.; FRYER, A. A. Risk factors for basal cell carcinoma in the UK: case-control study in 806 patients. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v.90, n.7, p.371-374, 1997.

LUZ, F. B. Cânceres da pele não-melanoma. In: SANTOS, C. E. R.; MELLO, E. L. R. **Manual de Cirurgia Oncológica**. 2ed. São Paulo: Tecmedd, 2008. cap. 44, p.817-832.

MACIEL, M. E. D. Educação em Saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enferm.**, v.14, n.4, p. 773-776, 2009. Disponível em: <http://www2.fct.unesp.br/docentes/geo/raul/geografia_da_saude-2014/leitura%202/educa%E7%E3o%20em%20sa%FAde%202.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2017.

MACIEL, P. C.; VEIGA-FILHO, J.; CARVALHO, M. P.; FONSECA, F. E. M.; FERREIRA, L. M.; VEIGA, D. F. Quality of life and self-esteem in patients submitted to surgical treatment of skin carcinomas: long-term results. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 4, july/aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962014000400594&lang=pt>. Acesso em: 04 ago. 2014.

MALAK, A. T.; YILDRIM, P.; YILDIZ, Z.; BEKTAS, M. Effects of training about Skin Cancer on farmers knowledge level and attitudes. **Asian Pacific of Cancer Prevetion**, v.12, p.117-120, 2011.

MALONEY, M. E. Arsenic in dermatology. **Dermatol. Surg.**, v. 22, n. 3, p. 301-304, 1996.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2003. 310p.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, N. M. A.; TEIXEIRA, M. L. O. Banho de sol: um cuidado básico de enfermagem na prevenção e tratamento da dermatite periestoma. **Cien. Cuid. Saúde**, v.11, n.4, p. 650-656, 2012.

MATHEUS, L. G, M.; KUREBAYASHI, A. K. **Fotoproteção: a radiação ultravioleta e sua influência na pele e cabelos**. São Paulo: Associação Brasileira de Cosmetologia (ABC), 2002, 80p.

MEIJEL, B. V.; GAMEL, V.; SWIETEN-DUIJFJES, B. V.; GRYPDONCK, M. H. F. The

developmente of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. **Journal of Advanced Nursing**, v. 48, n. 1, p. 84-92, out. 2004.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare**. A guide to best practice. 2ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, 2011. 624p.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S. B.; WILLIANSON, K. M. Evidence-based practice: Step by step – The seven steps of evidence based practice. **American Journal of Nursing**, v.110, n.1, p.51-53, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20032669>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**: Atualizada e ampliada. Livro 2. 2ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

MENEGAT, R. P.; FONTANA, R. T. Condições de trabalho do trabalhador rural e sua interface com o risco de adoecimento. **Cien. Cuid. Saúde**, v.9, n.1, p.52-59, 2010.

MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. Estratégias para a elaboração de impressos educativos na saúde bucal. **Arquivos em Odontologia**, v. 44, n.02, p.81-87, 2008.

MILLER, S. J. Etiology and pathogenesis of basal cell carcinoma. **Clin. Dermatol.**, v.13, n.6, p.527-536, 1995.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E. P. (orgs.). **Educação, comunicação e tecnologia**: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MOREIRA, M. F.; SILVA, M. I. T. Readability of the educational material written for diabetic. **Online Braz. J. Nurs.**, v. 4, n.2, p.3-12, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n1/v26n1a04.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

MSCHERRY, R.; PROCTOR-CHILDS, T. Promoting evidence-based practice through na integrate model of care: patient case studies as a teaching method. **Nurse Educ. Pract.**, v.1, n.1, p.19-26, 2001.

MULLAN, P. B.; GARDINER, J. C.; ROSENMAN, K.; ZHU, Z.; SWANSON, G. M. Skin Cancer prevention and detection practices in a Michigan farm Population following an educational intervention. **The Journal of Rural Health**, v.12, n.4, p-311-320, 1996.

NICOLSON, D.; KNAPP, P.; RAYNOR, D. K.; SPOOR, P. Written information about individual medicines for consumers. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v.15, n.2, abr. 2009.

NOBRE, M. R. C.; BERNARDO, W. M.; JATENE, F. B. A prática baseada em evidências. Parte I – Questões clínicas bem construídas. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 4, p.445-449, 2003.

NOGUEIRA, M. J.; MODENA, C. M. Materiais educativos impressos sobre a saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inv. Saúde – RECIIS**, v.3, n.4, p.169, 179, 2009. Disponível em: <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/727/pdf_164>. Acesso em: 10 jan. 2017.

NOGUEIRA, R. P. Enfermagem promovendo educação em saúde no contexto rural. **Em extensão**, v. 9, n. 2, p. 101-107, dez. 2010.

ODDONE, L.; MARRI, G.; GLORIAS, S.; BRITANTE, G.; CHIATELLA, M. **Ambiente de Trabalho**: A luta dos trabalhadores pela saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 6, nov./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2014.

ONG, G.; AUSTOKER, J.; BROUWER, A. Evaluation of written information sent to women who are called back for further investigation of breast screening in the UK. **Health Educ. J.**, v.55, p. 413-429, 1996. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/001789699605500407>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

ORNELLAS, L. C.; LANZONI, V. P.; TOLEDO, C. F. Malignant melanoma with liver and spleen metastases: case report. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 118, n. 2, mar. 2000. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802000000200006&lang=pt>. Acesso em: 04 ago. 2014.

- PÁEZ, A. M.; HINOJOSA, S.; JARAMILLO, D.; PAREJA, P.Y. Carcinoma Epidermoide cutâneo invasivo a crâneo: reporte de un caso. **Revista Med.**, v. 22, n. 1, 2014, p. 50-57.
- PAIVA, A. P. R. C.; VARGAS, E. P. Os materiais educativos e seus públicos: um panorama a partir da literatura sobre o tema. **X Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciência – X ENPEC**, 2015, p.1-8.
- PARRADO, C.; JUARRANZ, A.; GILABERTE, Y.; PHILIPS, N.; GONZALEZ, S. Fern Extract, Oxidative Stress, and Skin Cancer. In: PREEDY, V. **Cancer**, 2014. Cap. 25, p 255–264. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&method=add&eid=3-s2.0-B9780124052055000258&ts=1407765908&md5=991bd64c4732f5090b3a5f46709147d2>. Acesso ao abstract em: 11 de agosto de 2014.
- PEDROLO, E.; DANSKI, M. T. R.; MINGORANCE, P.; LAZZARI, L. S. M.; MÉIER, M. J.; CROZETA, K. A prática baseada em evidências como ferramenta para a prática do profissional enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n.4, p.760-763, 2009.
- PHILLIPS B.; BALL, C.; SACKETT, D. et al. Oxford Centre for evidence-based Medicine - Levels of Evidence Grades of Recommendation. **Centre for Evidence-Based**. 2001. Disponível em: <<http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>> Acesso em : 15 jan. 2017
- PINTO, A. C.; ANDRADE, J. B. Fator de impacto de revistas científicas: qual o significado deste parâmetro?. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 22, n.3, p. 448-453, 1999. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/qn/v22n3/1101.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research: Methods, appraisal and utilization**. 6ed. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. 554p.
- POMPEU, G. F.; BORTOLANÇA, P. C.; GRIGNOLI, C. R. E.; SIMIONATO, M. I. V.; GRIGNOLI, L. C. E. Estudo comparativo sobre a conscientização dos hábitos de fotoproteção e dos fatores de risco da carcinogênese de pele em trabalhadores de rua. **Rev. Científica da UNIARARAS**, v. 1, n.2, p. 54-64, 2013. Disponível em: <<http://www.uniararas.br/revistacientifica/documentos/art.7-004-2013.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- PORTAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (SBD). **Funções da**

pele. s.d. Disponível em: < <http://www.sbd.org.br/cuidados/funcoes-da-pele/>>. Acesso em: 14 jun. 2015

PURDUE, M. P.; HUTCHINGS, S. J.; RUSHTON, L.; SILVRMAN, D. T. The proportion of cancer attributable to occupational exposures. **Annals of Epidemiology**, v.25, n.3, p.188-192, mar. 2015. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S1047279714005109/1-s2.0-S1047279714005109-main.pdf?_tid=10ac6f30-a310-11e4-9323-00000aacb360&acdnat=1422025192_57bb9dd4efabe2c69df09f5e2778cf37>. Acesso em: 23 jan. 2016.

PURIM, K. S. M.; LEITE, N. Fotoproteção e exercício físico. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 16, n. 3, p. 224-229, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000300014&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 14 jan. 2017.

PURIM, K. S. M.; LEITE, N. Fotoproteção e exercício físico. **Rev. Bras. Med. Esporte**, Niterói, v. 16, n. 3, p. 224-229, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922010000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2017.

RAMACHANDRAN, S.; FRYER, A. A.; LOVATT, T.; LEAR, J. T.; SMITH, A. G.; STRANGE, R. C. Susceptibility and modifier genes in cutaneous basal cell carcinomas and their associations with clinical phenotype. **J. Photochem Photobiol.**, v. 63, n.1-3, p.1-7, 2001a.

RAMACHANDRAN, S.; FRYER, A. A.; SMITH, A. G.; LEAR, J. T.; BOWERS, B.; JONES, P. W.; STRANGE, R. C. Cutaneous basal cell carcinomas: distinct host factors are associated with the development of tumors on the trunk and on the head and neck. **Cancer**, v. 92, n. 2, p.354-358, 2001b.

REBELLO, P. A. P. A informação sobre a ocupação do paciente nos registros hospitalares de cancer no Brasil. **Rev. Bras. Cancerologia**, v.60, n.3, p.239-245, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v03/pdf/08-artigo-a-informacao-sobre-a-ocupacao-do-paciente-nos-registros-hospitalares-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

REDING, D. J.; FISCHER, V. V.; BERG, R. L.; LAPPE, K. A. Assessment of farmers' acceptance of veterinarians as human health advocates. **J. Agromedicine**, v.5, n.3, p.291- 305, 1998.

REZENDE, J. F. N.; ACETTA, A. C.; MENDES, G. L. Q.; ARAÚJO, M. S. Melanoma.

In: SANTOS, C. E. R.; MELLO, E. L. R. **Manual de Cirurgia Oncológica**. 2ed. São Paulo: Tecmedd, 2008. cap. 43, p.783-816.

RIQUINHO, D. L.; GERHARDT, T. E. Doença e incapacidade: dimensões subjetivas e identidade social do trabalhador rural. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 19, n. 2, p. 320-332, 2010 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/09.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2015.

ROCHA, A. G. P.; VASCONCELOS, O. A.; REIS, A. S.; OLIVEIRA, R. R. Reflexões sobre “Extensão ou Comunicação?”. **Rev. Extensão**, v. 1, n. 1, p.47-53, 2011. Disponível em: <<http://www2.ufrb.edu.br/revistaextensao/images/revista/volume-1-numero-1-junho-2011.pdf#page=45>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

ROCHA, F. L. R.; SOUZA, J. A.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C.; GABRIEL, C. S. Perfil dos trabalhadores rurais no interior do estado de São Paulo. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 9, n.4, p.713-720, 2010.

ROCHA, T. A. L. C. G.; OLIVEIRA, F. N. Segurança e Saúde do Trabalho: Vulnerabilidade e percepção de riscos relacionados ao uso de agroquímicos em um pólo de fruticultura irrigada do Rio Grande do Norte. **Gest. Prod.**, São Carlos , v. 23, n. 3, p. 600-611, Sept. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2016000300600&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2017.

ROCHA, T. A. L. C. G.; OLIVEIRA, F. N. Segurança e Saúde do Trabalho: Vulnerabilidade e percepção de riscos relacionados ao uso de agroquímicos em um pólo de fruticultura irrigada do Rio Grande do Norte. **Gest. Prod.**, São Carlos , v. 23, n. 3, p.600-611, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2016000300600&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 jan. 2017.

RODRIGUES, K. E.; CAMARGO, B. Diagnóstico precoce do cancer infantil: Responsabilidade de todos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.49, n. 1, p. 29-34, 2003.

ROSSWURM, M. A.; LARRABEE, J. H. A model for change to evidence-based practice. **Image Journal of Nursing Scholarship**, v. 31, n.4, p.317-322, 1999.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X Revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.2, p.V-VI, abr./ jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

SACKETT, D. L.; ROSENBERG, W. M. C.; GRAY, J. A. M.; HAYNES, R. B.; RICHARDSON, W. S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. **BMJ**, v. 312, n.7023, p. 151-152, 1996.

SACKETT, D. L.; STRAUS, S. E.; RICHARDSON, W. S. ROSENBERG, W.; HAYNES, R. B. **Medicina Baseada em Evidências**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SALVIO, A. G. ASSUMPÇÃO JÚNIOR, A.; SEGALLA, J. G. M.; PANFILO, B. L.; NICOLINI, H. R.; DIDONE, R. Experiência de um ano de modelo de programa de prevenção contínua do melanoma na cidade de Jaú-SP, Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 669-674, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; FONSECA, S. T. Produção Científica e Atuação Profissional: aspectos que limitam essa integração na fisioterapia e na terapia ocupacional. **Rev. Bras. Fisioter.**, v.6, n.3, p. 113-118, 2002. Disponível em: <<http://www.rbf-bjpt.org.br/files/v6n3/v6n3a02.pdf>>. Acesso em 30 dez. 2016.

SANTOS, A. K.; ROZENBERG, B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, 2005, p.929-938. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a16v10n4.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Educação em Saúde: Planejando as ações educativas, teoria e prática**. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2001. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

SARAIYA, M. et al. Interventions to prevent skin câncer by reducing exposure to ultraviolet radiation: A systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 27, n. 5, p.422-466, 2004.

SCHALL, V. T. Histórias, jogos e brincadeiras: alternativas lúdicas para crianças e adolescentes sobre saúde e ambiente. In: MASSARANI, L. **O pequeno cientista Amador**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.10-21.

SEAL, N.; YURKOVICH, E. Physical activity within rural families of overweight preschool children: a pilot. **Online Journal of Rural Nursing and Health Care**, v.9, n.1, p.56-68, 2009. Disponível em: <<http://rnojournal.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/105/85>>. Acesso em:

10 jan. 2017.

SERXNER, S. How readability of patient material affects outcomes. **Journal of Vascular Nursing**, v. XVIII, n. 3, p. 97-101, 2000. Disponível em: <[http://www.jvascnurs.net/article/S1062-0303\(00\)57631-6/pdf](http://www.jvascnurs.net/article/S1062-0303(00)57631-6/pdf)>. Acesso em: 09 jan. 2017.

SILIPRANDI, E. O que se pensa, o que se faz, o que se diz: discursos sobre as mulheres rurais. **Educação em Debate**, v.2, n.44, p.106-110, 2002.

SILVA A. E, SERAKIDES R., CASSALI G. D. Hormonal carcinogenesis and hormone dependent neoplasm. **Cienc. Rural**, Santa Maria, v.34, n.2, p.625-633, mar./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84782004000200048>. Acesso em: 28 dez. 2016.

SILVA, A. A. Medidas de radiação solar ultravioleta em Belo Horizonte e Saúde Pública. **Rev. Brasileira de Geofísica**, v. 26, n.4, p.417-425, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-261X2008000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, A. C. B. S.; OLIVEIRA, G. S.; QUENTAL, O. B.; MOREIRA, R. L. S. F.; ARAÚJO, W. A.; FEITOSA, A. N. A. Câncer de pele: Conhecimento dos trabalhadores rurais do Cariri Cearense. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v.2, n.2, p.234-249, 2015.

SILVA, G. A.; MOURA, L.; CURADO, M. P.; GOMES, F. S.; OTERO, U.; FÓRNIA, L. et al. The fraction of cancer attributable to ways of life, infections, occupation and environmental agents in Brazil in 2020. **PLOS ONE**, 2016, p.1-13. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_62/v01/pdf/07-artigo-opinioa-fracao-atribuivel-a-fatores-de-risco-ocupacionais-para-cancer-no-brasil-evidencias-e-limitacoes.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, J. M.; SILVA, E. N.; FARIA, H. P.; PINHEIRO, T. M. M. Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000400013&script=sci_arttext&tlnq=es>. Acesso em: 05 ago. 2014.

SILVA, L. N. M.; SOUSA, C. N. S.; SILVA, M. C. D. **Medidas de prevenção contra o câncer de pele em trabalhadores rurais: contribuições para a enfermagem**. s.d. Disponível em:

<<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/viewFile/86.a1.156/12222>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

SILVA, N. C. **Educação em saúde no discurso e na prática dos profissionais de saúde**: um estudo de caso no PAM Codajás em Manaus – Amazonas. 1999. 113f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 1999.

SILVA, P. B. G.; BERNARDES, N. M. G. Roda de conversas – Excelência é a diversidade. **Educação**, v.61, n.1, p.53-92, 2007.

SIMÕES, T. C.; SOUZA, N. V. D. O.; SHOJI, S.; PEREGRINO, A. A. F.; SILVA, D. Medidas de prevenção contra câncer de pele em trabalhadores da construção civil: contribuição da enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 100-106, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2015.

SIMON, J. M. Evidence-based practice in nursing. **Nursing Diagnosis**, v. 10, n.1, p.3, 1999.

SOBRAL, F. R.; CAMPOS, C. J. G. O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: Revisão Integrativa. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 8, n.2, p.100-107, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/77398/81254>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Fotoproteção da Sociedade Brasileira de Dermatologia**. 1ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2013. Disponível em: <https://issuu.com/sbd.br/docs/consensob.fotoprote_oleigo-web>. Acesso em: 04 jan. 2017

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstien**, v. 8, n.1, p.102-106, 2010.

SOUZA, R. J. S. P.; MATTEDI, A. P.; REZENDE, M. L.; CORRÊA, M. P.; DUARTE, E. M. Estimativa do custo do tratamento de câncer de pele tipo melanoma no Estado de São Paulo – Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, v. 84, n. 3, p. 237-43, 2009.

STETLER, C. B.; BRUNELL, M.; GIULIANO, K. K.; MORSI, D.; PRINCE, L.; NEWLL-STOKES, V. Evidence-based practice and the role of nursing leadership. **Journal**

Nurs. Adm., v. 28, n. 7-8, p. 45-53, 1998.

STOPPELLI, I. M. B. S.; CRESTANA, S. Pesticide exposure and cancer among rural workers from Bariri, São Paulo State, Brazil. **Environment International**, v. 31, n. 5, p.731 – 738, jul. 2005. Disponível em: <http://ac.els-cdn.com/S016041200500022X/1-s2.0-S016041200500022X-main.pdf?_tid=78381632-2164-11e4-ab79-0000aacb362&acdnat=1407767792_1caea4fdf0a3db54b2b4e00767494f8d>. Acesso em: 11 de ago. de 2014.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: Uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 3, n.1, p. 9-30, 2005. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r93.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

TEIXEIRA, M. V. **Você sabe o que são as bases de dados científicas?** 2011. Disponível em: <<https://bibliotecaucs.wordpress.com/2011/10/27/voce-sabe-o-que-sao-as-bases-de-dados-cientificas/>>. Acesso em: 08 set. 2016.

URSI, E. S. **Prevenções de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado, Departamento de Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

UV-DAMAGE. **Melanomas – Essenciais**. 2013. Disponível em: <<http://www.uv-damage.org/pt/Melanomas/Melanomas-Essenciais/cca570.aspx>>. Acesso em: 19 jun. 2015.

VASCONCELLOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, fev. 2001. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/Saude%20Educ%20Popular.pdf>>. Acesso em: 28 de fev. de 2015

VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; GRIEP, R. H.; SOUZA, M. C. Padrões de acessos a informações sobre proteção anti-UV durante os verões brasileiros: haveria um “efeito verão”? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2533-2538, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802533&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2017.

- VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; RIVERA, F. J. U.; ROZEMBERG, B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, v.4, n.37, p.531-542, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n4/16791.pdf>>. Acesso em: 09 jan. 2017.
- VAZ, M. R. C.; BONOW, C. A.; PIEXAK, D. R.; KOWALCZYK, S.; VAZ, J. C.; BORGES, A. M. B. Skin cancer in rural workers: nursing knowledge and intervention. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.49, n.4, p.563-570, jul./ago. 2015.
- VILLEGAS, J. I. M.; AYERBE, F. J.; RINCÓN, M. V. B. Factores relacionados com la consulta tardía a dermatología por câncer de piel. Prueba Piloto. Departamento de Caldas. **Hacia la Promoción de la Salud**, v.13, p.178-194, jan./dez. 2008.
- WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nursing Research**, v.54, n.1, p.56-62, 2005.
- WHITTEMORE, R.; KNALF, K. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v.52, n.5, p.546-553, 2005.
- YAMADA, M.; KODAMA, K.; FUJITA, S.; AKAHOSHI, M.; YAMADA, S.; HIROSE, R.; HORI, M. Prevalence of skin neoplasms among the atomic bomb survivors. **Radiat. Res.**, v.146, n. 2, p.223-226, 1996. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3579594?seq=2#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- ZORBA, E.; KARPOUZIS, A.; ZORBAS, A.; BAZAS, T.; ZORBAS, S.; ALEXOPOULOS, E.; ZORBAS, I.; KOUSKOUKIS, K.; KONSTANDINIDIS, T. Occupational dermatoses by type of work in Greece. **Safety and Health at Work**, v. 4, n. 3, p. 142–148, set. 2013. Disponível em: <[http://www.e-shaw.net/article/S2093-7911\(13\)00024-3/pdf](http://www.e-shaw.net/article/S2093-7911(13)00024-3/pdf)>. Acesso em: 23 jan. 2015

APÊNDICE A - Autorização para Uso de Imagens



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Av. Amélio Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602 3362 - 55 16 3602 3381 - Fax: 55 16 3602 0518
www.eerp.usp.br - erp@edu.usp.br

TERM O DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS (FOTOS)

Eu, Adailto de Faria Nascimento, AUTORIZO a enfermeira e pesquisadora Nycole Israel do Nascimento, aluna do Programa de Mestrado Profissional em Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), orientanda da Prof. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi, com o projeto intitulado "Elaboração de um material educativo sobre câncer de pele para trabalhadores rurais" a fixar, armazenar e exibir minha imagem por meio de folheto, com fim específico de inserí-la nas informações que serão geradas na pesquisa, anteriormente citada, e em outras publicações dela decorrentes (revistas científicas, congressos, anais).

Esta autorização deixa claro o uso de minha imagem exclusivamente para os fins anteriormente citados e deverá sempre preservar o meu anonimato, sendo que qualquer outra forma de utilização/divulgação deverá ser previamente por mim autorizada.

A pesquisadora responsável Nycole Israel do Nascimento, assegurou-me que serei livre para interromper minha participação nesta pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a cópia de minhas imagens, que estão armazenadas em meio eletrônico (computador pessoal e e-mail) e estarão sob sua responsabilidade por cinco anos e que após este período, as mesmas serão destruídas.

Alpinópolis, 11 de janeiro de 2017.

Adailto de Faria Nascimento

Assinatura do participante da pesquisa

Nycole Israel do Nascimento

Assinatura do pesquisador responsável

Nycole Israel do Nascimento
Enfermeira
COREN/MG 368197

APENDICE B - FOLDER – Câncer de Pele

Câncer de pele

- ✦ Pode ser causado pela longa exposição ao sol
- ✦ Acontece em todos tons de pele, sendo mais comum em pessoas de pele clara
- ✦ Alguns tipos podem se espalhar facilmente para outras partes do corpo
- ✦ Aparecem pelo corpo manchas que vão crescendo com o passar do tempo
- ✦ Pessoas com alguém na família que já teve essa doença devem dobrar sua atenção, pois o risco de desenvolver o câncer de pele é maior

Como se proteger

Utilize óculos de sol para bloquear a passagem de raios UV



Utilize protetor solar e labial, reaplicando-os de 2 em 2 horas.



Camisas de manga longa e calças protegem do sol grande parte da pele



Trabalhe à sombra sempre que possível, especialmente entre as 10:00 e 15:00 horas



O chapéu protege o rosto e a cabeça, é indispensável utilizá-lo.



Câncer de Pele

Plantando **PROTEÇÃO**
Colhendo **SAÚDE**



Programa de Pós-graduação
MESTRADO PROFISSIONAL
em Tecnologia e Inovação em Enfermagem
EERP/USP



Autoria: Enf. Nycrole Israel do Nascimento
Prof. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Colaboração: Msc. Priscilla Lara Faria

Arte Final: Diego Lara Faria

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Consenso Brasileiro de Fotoproteção, 2013.
Este folheto é parte de uma dissertação de mestrado intitulada "Elaboração de um material educativo sobre câncer de pele para trabalhadores rurais", realizado pela autora Enf. Nycrole Israel do Nascimento e orientado pela Prof. Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi



ABCDE DO CÂNCER DE PELE

COMO APLICAR O PROTETOR SOLAR?

ASSIMETRIA

Suspeita: As metades não tem o mesmo tamanho.



Normal: 

BORDA

Suspeita: Bordas desiguais, duras e pontudas.



Normal: 

COR

Suspeita: Apresentam mais de uma cor. Podem ser azuladas ou esbranquiçadas.



Normal: 

DIAMÉTRO

Suspeita: Diâmetro maior do que a borracha de um lápis. Entretanto, podem ser menores.



Normal: 

EVOLUÇÃO

Fase 1: Mudam de tamanho, formato ou cor, sangra e coça.



Fase 2: 

Tronco



Espalhe de forma igual 1 colher de chá na parte da frente, e outra nas costas. Não esquecendo da nuca e da parte superior dos ombros

Braços e Pernas



Espalhe 1 colher de chá em cada braço e 2 colheres em cada perna. Não se esqueça de aplicar o protetor nas mãos e entre os dedos.

Rosto e Pescoço



Colher de Sopa
Colher de sobremesa
COLHER DE CHÁ

Espalhe 1 colher de chá de no rosto e pescoço, não esquecendo que as orelhas também precisam ser protegidas.

⚠ Importante: ⚠

Aplicar o protetor, 15 minutos antes da exposição ao sol

Reaplicar o protetor a cada 2 horas

Remover o protetor antigo antes de aplicar uma nova camada.

Usar, no mínimo, protetor solar com fator de proteção 30.

Não se esqueça de fazer a observação completa da pele com frequência, ela ajuda na descoberta do câncer de pele

ANEXO A - Instrumento para coleta de dados

1. Identificação

TÍTULO DO ARTIGO	
TÍTULO DO PERIÓDICO	
AUTORES	NOME: LOCAL DE TRABALHO: GRADUAÇÃO:
PAÍS	
IDIOMA	
ANO DE PUBLICAÇÃO	

2. Instituição sede do estudo

HOSPITAL	
UNIVERSIDADE	
CENTRO DE PESQUISA: INSTITUIÇÃO ÚNICA	
PESQUISA MULTICÊNTRICA	
OUTRAS INSTITUIÇÕES	
NÃO IDENTIFICA O LOCAL	

3. TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA

PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM GERAL	
PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	
PUBLICAÇÃO DE ENFERMAGEM DE OUTRA ESPECIALIDADE	
PUBLICAÇÃO MÉDICA	
PUBLICAÇÃO DE OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE	

4. Características metodológicas do Estudo

1 TIPO DE PUBLICAÇÃO	<p>1.1 PESQUISA</p> <p>() ABORDAGEM QUANTITATIVA</p> <p> () DELINEAMENTO EXPERIMENTAL</p> <p> () DELINEAMENTO QUASE-EXPERIMENTAL</p> <p> () DELINEAMENTO NÃO EXPERIMENTAL</p> <p>() ABORDAGEM QUALITATIVA</p> <p>1.2 NÃO PESQUISA</p> <p>() REVISÃO DE LITERATURA</p> <p>() RELATO DE EXPERIÊNCIA</p> <p>() OUTRAS. QUAL?</p> <p>_____</p>
2 OBJETIVO OU QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	
3 AMOSTRA	<p>3.1 SELEÇÃO</p> <p>() RANDÔMICA () CONVENIÊNCIA</p> <p>() OUTRA</p> <p>_____</p> <p>3.2 TAMANHO (N)</p> <p>INICIAL: _____ FINAL: _____</p> <p>_____</p> <p>3.3 CARACTERÍSTICAS</p> <p>IDADE: _____ SEXO: () M () F</p> <p>RAÇA: _____</p> <p>_____</p> <p>DIAGNÓSTICO: _____</p>

	<p>TIPO DE CIRURGIA:</p> <hr/> <p>3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SUJEITOS:</p>
4 TRATAMENTO DOS DADOS	
5 INTERVENÇÕES REALIZADAS	<p>5.1 VARIÁVEL INDEPENDENTE (INTERVENÇÃO):</p> <p>5.2 VARIÁVEL DEPENDENTE:</p> <p>5.3 GRUPO CONTROLE: () SIM () NÃO</p> <p>5.4 INSTRUMENTO DE MEDIDA: () SIM () NÃO</p> <p>5.5 DURAÇÃO DO ESTUDO:</p> <p>5.6 MÉTODOS EMPREGADOS PARA MENSURAÇÃO DA INTERVENÇÃO:</p>
6 RESULTADOS	

7 ANÁLISE	7.1 TRATAMENTO ESTATÍSTICO: 7.2 NÍVEL DE SIGNIFICÂNCIA:
8 IMPLICAÇÕES	8.1 AS CONCLUSÕES SÃO JUSTIFICADAS COM BASE NOS RESULTADOS: 8.2 QUAIS SÃO AS RECOMENDAÇÕES DOS AUTORES

5. Avaliação do rigor metodológico

CLAREZA NA IDENTIFICAÇÃO DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA NO TEXTO (MÉTODO EMPREGADO, SUJEITOS PARTICIPANTES, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO, INTERVENÇÃO, RESULTADO)	
IDENTIFICAÇÃO DE LIMITAÇÃO OU VIESES	

ANEXO B – Quadro resumo

Nome da pesquisa	Autores	Tipo de publicação	Detalhamento metodológico	Detalhamento amostral
Intervenção	Estudada	Resultados	Recomendações/	Conclusões