

Hugo Miguel Afonso Pontes Fernandes

Conhecimentos sobre Exposição Solar numa População que Frequenta uma Zona  
Fluvial no Minho

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009



Hugo Miguel Afonso Pontes Fernandes

Conhecimentos sobre Exposição Solar numa População que Frequenta uma Zona  
Fluvial no Minho

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2009

Hugo Miguel Afonso Pontes Fernandes

Conhecimentos sobre Exposição Solar numa População que Frequenta uma Zona  
Fluvial no Minho

---

(Hugo Fernandes)

Projecto de Graduação apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa como  
parte dos requisitos para obtenção do  
grau de licenciado em Enfermagem.

Dedico este trabalho à minha  
família, amigos e à namorada.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que me ajudaram a realizar este trabalho, em especial a minha orientadora, pois a sua orientação foi uma preciosa ajuda.

<b>O – Introdução</b> .....	<b>13</b>
<b>I- Enquadramento Teórico</b> .....	<b>15</b>
1- <i>Exposição Solar</i> .....	15
i- <i>Factores de Risco Fotoclimáticos</i> .....	16
2 - <i>A Pele</i> .....	17
i- <i>Fotoprotecção Natural da Pele</i> .....	18
i.i- <i>A Pilosidade</i> .....	18
i.ii- <i>A Barreira Córnea</i> .....	18
i.iii- <i>A Barreira Melânica</i> .....	18
ii. <i>Noções de Fotótipo e de Capital Solar</i> .....	19
3- <i>Efeitos Nocivos do Sol</i> .....	20
i- <i>Envelhecimento Cutâneo</i> .....	21
ii- <i>Fotodermatoses</i> .....	23
ii.i- <i>Erupção Polimorfa Solar</i> .....	23
ii.ii- <i>Prurigo Actínico</i> .....	25
ii.iii- <i>Erupção Juvenil da Primavera</i> .....	26
ii.iv- <i>Urticária Solar</i> .....	27
ii.v- <i>Reticulóide Actínico</i> .....	28
iii- <i>Cancro da Pele</i> .....	28
iii.i- <i>Carcinoma Basocelular</i> .....	29
iii.ii- <i>Carcinoma Espinocelular</i> .....	29
iii.iii- <i>Melanoma</i> .....	30
4- <i>Prevenção dos Efeitos Nocivos do Sol</i> .....	32
5- <i>A Enfermagem na Prevenção e Promoção da Saúde</i> .....	34
<b>II- FASE METODOLÓGICA</b> .....	<b>39</b>
1- <i>Definição das Questões de Investigação</i> .....	39
2- <i>Objectivos da Investigação</i> .....	40
3- <i>Aspectos Éticos</i> .....	40
4- <i>Tipo de Estudo</i> .....	41
5- <i>O Meio</i> .....	42
6- <i>Definição da População</i> .....	42
7- <i>Definição da Amostra</i> .....	42
8- <i>Método de Amostragem</i> .....	43
9- <i>Variáveis</i> .....	43
10- <i>Método e Instrumento de Colheita de Dados</i> .....	43
11- <i>Pré-teste</i> .....	44

<b>III – Resultados</b> .....	<b>45</b>
<i>1- Tratamento e Analise de Dados</i> .....	45
<i>2- Discussão dos Resultados</i> .....	52
<b>IV- Conclusão</b> .....	<b>55</b>
<b>V- Bibliografia</b> .....	<b>58</b>
<b>VI - Anexos</b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Envelhecimento foto-induzido da pele.....	24
Figura 2 - Envelhecimento normal da pele.....	23
Figura3- Erupção solar polimorfa. Placas eritematosas com edema na face de uma criança.....	24
Figura 4 – Erupção solar polimorfa. Tipo papular (A), tipo papulovesicular (B) e o tipo placa (C) .....	25
Figura 5 - Prurigo Actínico.....	26
Figura 6 - Erupção solar da Primavera .....	27
Figura 7 - Urticária Solar. Eritema e edema uma hora após a exposição solar .....	29
Figura 8- Reticulóide Actínico .....	29

## ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1- Reflexão dos UV segundo o tipo de solo .....	17
Quadro 2- Parâmetros Fotótipo. ....	20
Quadro 3- Distribuição da frequência absoluta e relativa sobre os dias que os indivíduos passam uma zona fluvial.....	48
Quadro 4- Distribuição da frequência absoluta e relativa das horas por dia que estes participantes permanecem expostos ao sol.....	49
Quadro 5- Distribuição da frequência absoluta e relativa dos efeitos nocivos da exposição solar. ....	49
Quadro 6- Distribuição da frequência absoluta e relativa sobre a prevenção solar dos inquiridos. ....	50

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 – Distribuição da frequência absoluta da idade dos indivíduos. ....	45
Gráfico 2 – Distribuição da frequência relativa percentual do gênero da amostra.....	46
Gráfico 3 – Distribuição da frequência absoluta do estado civil da amostra. ....	46
Gráfico 4 – Distribuição da frequência absoluta das habilitações literárias dos indivíduos. ....	47
Gráfico 5 - Distribuição da frequência absoluta da cor do cabelo dos participantes.....	47
Gráfico 6 - Distribuição da frequência absoluta da cor da pele da amostra. ....	48

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

EpS – Educações para a Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RUV – Radiações Ultravioletas

UV – Ultravioletas

UVA – Ultravioletas A

UVB – Ultravioletas B

UVC – Ultravioletas C

## **O – Introdução**

A realização desta monografia, pretende dar seguimento à investigação, acerca do tema “Conhecimentos sobre exposição solar numa população que frequenta uma zona fluvial no Minho”.

A escolha deste tema deveu-se ao facto de ter constatado, enquanto futuro profissional de saúde, que em Portugal a incidência do cancro cutâneo tem vindo a aumentar drasticamente. Por outro lado, e numa perspectiva mais pessoal, senti uma grande motivação para a realização desta investigação, devido à relevância social desta temática, mas também pela importância da educação para a saúde, na prevenção das doenças deste tipo.

Face ao estudo foram definidos os seguintes objectivos:

- Identificar os conhecimentos que a população possui acerca da prevenção de patologias provocadas pela exposição solar;
- Identificar os conhecimentos da população estudada relativamente aos malefícios da exposição solar;
- Constatar os comportamentos da população estudada, relativamente a exposição solar.

Para a realização desta monografia, optou-se pelo paradigma quantitativo e um estudo descritivo simples. A população foi constituída por um grupo de pessoas que frequenta uma zona fluvial no Minho. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário. A recolha de dados foi realizada no entre o dia 10 e 11 de Setembro, numa praia fluvial do Minho, mais propriamente em de Arcos de Valdevez. O questionário foi aplicado a pessoas que frequentam esta praia fluvial durante a época balnear, de ambos os géneros e com idade superior a 16 anos.

Os limites temporais para a realização deste trabalho foram bastante alargados, uma vez que, para além de toda a pesquisa exaustiva sobre o tema e o tratamento dos dados recolhidos, surgiram alguns problemas que não estavam previstos no início do estudo.

O problema em estudo refere-se aos diferentes perigos da exposição solar, ou seja, abordar as diferentes doenças da pele provocadas pela exposição solar, as diferentes maneiras de minimizar ou prevenir estas doenças e ainda averiguar os conhecimentos da população em estudo, acerca da prevenção destas doenças.

Este trabalho está dividido em três partes. Uma fase conceptual, que será composta pelo enquadramento teórico, abordando neste os temas relacionados com a Exposição Solar, uma fase metodológica, onde será descrito todo o processo de investigação, e por ultimo a conclusão, onde constará uma breve reflexão sobre o problema em estudo, referindo as principais conclusões encontradas.

Com este trabalho foi possível ter uma visão muito mais clara dos perigos da exposição solar, os conhecimentos sobre a prevenção dos efeitos nocivos do sol e a actuação das pessoas que frequentam a praia fluvial em Arcos de Valdevez, em relação ao sol. Além disso permitiu um alargamento de conhecimentos teóricos na área da exposição solar, assim como da prevenção dos efeitos nocivos do sol.

## **I- Enquadramento Teórico**

### **1- Exposição Solar**

A luz solar é a principal fonte de conforto do homem. O sol fornece efeitos benéficos como calor e a síntese de vitamina D. No entanto a exposição solar em quantidades excessivas também tem as suas consequências (Braunwald et al., 2002).

Os profissionais de saúde são confrontados diariamente com os efeitos da luz solar na pele, no entanto a actuação destes é um pouco contraditória. Por um lado tem a responsabilidade de avisar os seus pacientes contra os efeitos prejudiciais da luz solar, como queimaduras solares, fotoenvelhecimento, fotodermatoses e fotocarcinogénese, por outro lado, os profissionais de saúde usam a luz solar para tratar doenças da pele (Bologna, 2007)

O encontro entre a pele e o sol satisfaz simultaneamente as necessidades biológicas, estéticas e simbólicas. Essencial à nossa existência, o sol pode indiscutivelmente influenciar os nossos estilos de vida (Avril et al., 2005, p. 1).

Como afirma Schmutz (cit. in Avril et al. 2005), “infringir as regras da natureza é um erro que se paga com o aumento de casos de cancro cutâneos (...), onde já constituem um problema de saúde pública”.

As radiações solares que atinge a superfície da terra consistem em radiações visíveis (luz visível) e as não visíveis (radiações infravermelha e a radiação ultravioleta - RUV). A radiação ultravioleta está classificada em três frequências de onda: UVA os UVB e os UVC. As radiações UVB e UVC são potencialmente as mais perigosas para o ser humano. Os raios UVA possuem radiação e intensidade constante durante todo o ano e penetram profundamente na pele, sendo o principal causador do foto-envelhecimento e predispõe a pele ao surgimento do cancro (Bahia, 2003).

Os UVB caracterizam-se pela radiação mais perigosa e a sua incidência aumenta durante o verão, principalmente nos horários das 11 às 16 horas, quando os raios atingem o seu máximo. Estes penetram superficialmente na pele, provocando

queimaduras solares, e são a principal causa das alterações celulares que provocam o cancro da pele. No entanto, a consciencialização da necessidade de protecção contra a radiação tem aumentado em função de um maior conhecimento dos danos que podem causar à saúde humana (Franceschini, 1994).

Os UVC não chegam à superfície terrestre, pois a camada de ozono impede a sua passagem, teoricamente, se atingissem a superfície da terra, seriam letais (Bahia, 2003).

### **i- Factores de Risco Fotoclimáticos**

A intensidade da radiação solar que a pele do ser humano recebe, varia em função de múltiplos factores:

A hora do dia é um factor óbvio. A intensidade dos UV atinge o seu máximo quando o sol se encontra em Zénite (meio-dia solar). Deste modo 30% da energia dos UV são emitidos entre as 11 e as 13 horas no Verão (Avril et al., 2005, p. 13).

A estação do ano é outro dos factores que influenciam a intensidade dos UV. No nosso clima, a energia atinge o seu máximo no início de Julho (Avril et al., 2005, p. 14).

O manto de nuvens e a poluição atmosférica influenciam igualmente a transmissão dos ultravioletas. A diminuição dos UV varia segundo o grau de nebulosidade. Um céu coberto de nuvens pouco densas, deixa passar dois terços dos UV, enquanto que com o céu coberto de nuvens compactas apenas um terço dos UV conseguem passar (Avril et al., 2005, p. 14).

Em Portugal os valores mais baixos de radiação solar encontram-se no Alto Minho. Há outras regiões em que os valores são inferiores aos valores das regiões vizinhas, como acontece no centro litoral e na serra de Monchique. Esta diferença é traduzida pelo efeito da nebulosidade. Paralelamente observa-se um aumento dos valores de radiação global do litoral para o interior. Os máximos relativos das zonas da Figueira da Foz e de Lisboa são devidos também a diminuição da nebulosidade nesses locais (Bahia, 2003).

A reflexão produzida pela superfície dos solos aumenta a luz solar directa propagada pelo céu. Esta é variável consoante os vários tipos de solo (quadro 1). A neve e a areia são as superfícies que mais percentagens de radiação difundem, enquanto que a percentagem de radiação difundida em solos como a terra lavrada e o asfalto é muito inferior (Avril et al., 2005, p. 15).

<b>Superfície</b>	<b>% de radiação retro-difundida</b>
Neve	50 a 90
Areia	15 a 25
Água do mar em movimento	20
Água de piscina parada	10
Terra lavrada	4
Erva	0,5 a 4
Asfalto cinzento	3

Quadro 1. Reflexão dos UV segundo o tipo de solo (Avril et al., 2005, p. 15)

## 2 - A Pele

Segundo Avril et al. (2005, p 5) a pele constitui o revestimento exterior do corpo humano, uma ténue fronteira que nos protege do ambiente e das agressões que lhe são inerentes. Ela revela muito do que somos e funciona simultaneamente como barreira e como via de troca e de comunicação. É o espelho da nossa vida interior (tanto orgânica como psíquica) e ocupa um espaço privilegiado no racional humano.

A pele é um dos maiores órgãos, constituindo 15% do peso corporal, cobrindo quase todo o corpo à excepção dos orifícios genitais e alimentares, olhos e superfícies mucosas genitais. Por outro lado, a pele possui uma enorme capacidade de adaptação, pois acomoda-se facilmente às variações do meio ambiente e às necessidades das estruturas subjacentes. O aspecto é variável de local para local. A existência de sulcos toma formas, que no caso das mãos tem importância particular (Nunes 1995, p. 7).

É clássico considerarem-se, na organização estrutural da pele, duas partes distintas: a epiderme e a derme, esta última composta pelo tecido laxo e adiposo que forma a hipoderme (Batista et al, 1992).

A pele não é somente a camada protectora de revestimento do corpo mas um verdadeiro órgão e um dos mais essenciais à vida. A destruição de mais de 50% da sua superfície é, na maior parte das vezes, mortal (Nunes 1995, p. 8).

### **i- Fotoprotecção Natural da Pele**

De acordo com Avril et al. (2005) a pele humana perante a agressão dos raios solares dispõe de vários mecanismos de defesa e de adaptação que lhe permite, por algum tempo, reflectir ou absorver os fotões solares. Na Fotoprotecção natural intervêm, embora de forma diferente, todos os componentes da pele.

#### **i.i- A Pilosidade**

Ao longo da sua evolução a espécie humana perdeu a sua pelagem, com a excepção do couro cabeludo, que poderá estar relacionada com a sua adaptação à posição erecta (protecção do crânio contra as radiações solares intensas). Certo é que a calvice precoce expõe o indivíduo a queratoses e a carcinomas na zona superior do crânio (Avril et al., 2005).

#### **i.ii- A Barreira Córnea**

A camada córnea constitui a primeira barreira que se opõe à penetração das radiações na pele. O seu efeito protector é exercido pelo seguinte mecanismo: absorção dos fotões UVB através dos lípidos de superfície que compõe o sebo; pelo ácido urocanico presente no suor e sobretudo pelos ácidos aminados da queratina. A camada córnea de uma pele branca consegue assim interceptar 70% dos raios UVB (Batista et al., 2005).

#### **i.iii- A Barreira Melânica**

A barreira de melanina permite que mais de 90% dos UV, que conseguem atravessar a camada córnea, sejam absorvidos e eliminados. A pigmentação melânica constitucional (cor natural da pele), funciona como sistema protector de base, tanto mais eficaz quanto

mais escuro for o indivíduo. A epiderme negra é quatro vezes mais protectora contra os UVB, do que a epiderme caucasiana. Por sua vez a pigmentação melânica adquirida (cor da pele obtida pelo bronzado) proporciona uma fotoprotecção duvidosa (Avril et al., 2005).

É razoável admitir que a variação de produção das melaninas, em função de características geneticamente determinadas e do próprio estímulo exercido pela luz solar, proporciona a defesa da pele contra os efeitos nocivos das radiações (Batista et al., 2005).

## **ii. Noções de Fotótipo e de Capital Solar**

Ao nascer, cada um de nós, tem já inerente a si próprio uma capacidade de adaptação ao sol: é o nosso “capital solar”. A desigualdade dos meios de defesa face à exposição pode ser entendida através da noção fotótipo, que qualifica a fotossensibilidade individual”. O fotótipo é definido por meio da classificação dos indivíduos em função da sua capacidade para bronzear, da propensão para as queimaduras solares, da cor da pele e dos cabelos. Genericamente, quanto mais baixo for o fotótipo, menor será a adaptação aos raios solares e mais rapidamente poderá acontecer uma queimadura solar (Batista et al., 2005).

A fotoprotecção adquirida aumenta ao longo das exposições solares repetidas, graças ao espessamento da epiderme e à UVB induzida (Avril et al., 2005).

No entanto, as exposições solares sucessivas vão consumir progressivamente o “capital solar”, e quando a capacidade de adaptação se esgotar vão começar a aparecer os primeiros danos cutâneos a fotoprotecção natural é sempre limitada (Bahia, 2003)

Fotossensibilização constitucional				Fotoproteção adquirida	
Fotótipo	Cabelos	Cor de pele	Queimaduras	Bronzeado	Queimaduras solares após 3 semanas
0	Branços	Albinos	Constante + + +	0	Constante + + +
I	Ruivos	Leitosa	Constante + +	0	Constante + +
II	Loiros	Clara	Constante +	Ligeiro	Frequente
III	Loiros a castanhos	Clara a morena clara	Frequente	Claro a médio	Frequente a raro
IV	Castanhos	Morena clara	Rara	Escuro	Excepcional
V	Castanhos	Morena escura	Excepcional	Muito escuro	Nunca
VI	Negros	Negra	Nunca	Negro	Nunca

**Quadro 2. Parâmetros Fotótipo (Avril et al., 2005, p. 27).**

### 3- Efeitos Nocivos do Sol

Como afirma Avril (2005, p. 4) os raios emitidos pelo sol que tingem a superfície terrestre são indispensáveis à origem, ao desenvolvimento e à plenitude da vida vegetal, animal e humana.(...) Contudo, a absorção da energia fototónica do sol por determinadas moléculas da pele, está na origem de múltiplos efeitos biológicos cutâneos, benéficos ou nefastos, alguns produzidos de imediato e outros a

longo prazo, de modo mais insidioso, no decorrer dos anos. Se bem que o sol seja indispensável à vida, a sua energia potencialmente destrutiva impõe ao ser humano saber controlá-lo e proteger a sua pele.

O bronzeado é um dos efeitos nocivos imediatos da exposição solar. Pode parecer contraditório englobar o bronzeado como efeito nocivo. No entanto como afirma Avril et al. (2005, p. 34) “o bronzeado acaba por desaparecer poucas semanas de se ter parado a exposição ao sol. A pele torna-se mais seca, mais rugosa e, por vezes, descama”. Resumindo, não restam dúvidas de que a pratica do bronzeado é perigoso para as nossas células epidérmicas (Avril et al., 2005).

A queimadura solar pode ser considerado um efeito nocivo a curto e a longo prazo. Algumas horas após uma exposição solar intensa e sem protecção, a nossa pele fica vermelha, escalda e, nas situações mais graves surgem bolhas (flictenas) à superfície. Os danos mais importantes são causados pelos UVB, mas os UVA que são menos activos, são por outro lado mais numerosos e acabam também por participar na agressão (Braunwald et al., 2002).

### **i- Envelhecimento Cutâneo**

O envelhecimento cutâneo subentende a evolução natural da pele, com as modificações que se observam em resultado da idade. Nele se consideram o envelhecimento inato e o adquirido, este condicionado por múltiplos factores endógenos e exógenos, destacando-se entre os últimos, a exposição solar indiscriminada à luz solar (Batista et al., 2005). Como afirma Avril et al. (2005) “o envelhecimento foto-induzido é sinónimo de envelhecimento provocado, a longo prazo, pelo sol.”

A saúde das pessoas de 30 anos pode ser gravemente alterada pela aceleração do envelhecimento devido aos malefícios do sol, uma vez que, normalmente, as doenças que as atingem só se desenvolvem depois dos 60 anos (Franceschini, 1994)

Contrariamente ao que se afirmava no início do século XX, sabe-se hoje que o sol não é um mero acelerador do envelhecimento cutâneo. O sol envelhece a pele através de diversos mecanismos, imprime as suas próprias alterações à estrutura de revestimento

cutâneo e confere às diferentes células a capacidade de virem a malignizar, processo este que não é originado pelo simples envelhecimento intrínseco (Avril et al., 2005).

A nível celular, uma pele envelhecida pela idade apresenta uma redução global do número e da actividade das células dérmicas. A acção do sol, pelo contrário, traduz-se pela conservação de uma população globalmente importante de fibroblastos, mas estes fibroblastos alterados produzem fibras elásticas de má qualidade. Observa-se ainda um elevado número de células habitualmente presentes quando há processos inflamatórios (mastocitos) (Batista et al., 2005).

Nas fibras elásticas, o envelhecimento intrínseco traduz-se por uma diminuição das fibras da derme enquanto numa pele envelhecida pelo sol as fibras elásticas apresentam-se espessadas em aglomerados. Ao nível das fibras de colagénio, verifica-se uma redução mais significativa na quantidade total, do que no envelhecimento intrínseco (Avril et al., 2005).

No entanto a principal diferença entre estes dois tipos de envelhecimento cutâneo, será a propensão nitidamente maior de uma pele exposta ao sol em desenvolver cancro cutâneos, comparada com a pele velha protegida pelo sol. Este factor é comprovado pela localização dos cancros epiteliais, que privilegiam as zonas habitualmente descobertas (rosto e dorso das mãos, e pernas nas mulheres) (Avril et al., 2005). (Batista et al., 2005).

Resumindo uma pele velha não exposta ao sol é caracterizada como sendo fina, enrugada, que perdeu a elasticidade natural, com alguma discronia e com manchas pigmentadas. Por sua vez, uma pele exposta ao sol apresenta rugas, manchas e perde a sua textura macia (figura 1), pode apresentar-se mais espessa, ao nível do pescoço, ou mais fina, relativamente aos antebraços e dorso da mão (Avril et al., 2005).



Figura 1 - Envelhecimento foto-induzido da pele



Figura 2 - Envelhecimento normal da pele

## ii- Fotodermatoses

A exposição da pele normal à radiação solar ultravioleta ocasiona doenças que podem ser observadas a curto e a longo prazo. A pele, porque é um órgão directamente exposto a uma radiação, sofre de forma evidente os seus efeitos (...) (Batista et al., 2005)

De acordo com Aeling e Fitzpatrick (2000, p. 131) as fotodermatoses são “o desenvolvimento ou a exacerbação de uma erupção cutânea e/ou sintoma (incluindo prurido ou dor) seguindo-se à exposição solar”.

Segundo Cochito (2007, p. 220) a fotodermatoses são “um conjunto de dermatoses resultantes de uma resposta patológica das estruturas cutâneas face à agressão por parte da radiação luminosa”.

### ii.i- Erupção Polimorfa Solar

Segundo Habif (2001, p. 302) “a erupção solar polimorfa é uma fotodermatite recorrente idiopática que surge agudamente, em geral na primavera. Ela é comumente denominada de alergia ao sol”.

Esta é caracterizada por manifestações clínicas variadas que surgem horas ou dias após exposição solar e se mantêm dias ou semanas. Tal facto, é mais frequente nas mulheres. A sensibilidade para a luz vai diminuindo ao longo do ano, para reaparecer na Primavera. Habitualmente há agravamento de ano para ano (Batista et al., 1992).

A radiação UVA é o desencadeante na maioria dos casos. No entanto a quantidade de luz necessária para desenvolver essa condição varia (Habif 2001, p.302).

As lesões consistem em pápulas e placas nitidamente circunscritas de cor vermelha a púrpura que podem tornar-se espessas, liquenificadas e escamosas. Alguns pacientes desenvolvem lesões papulovesiculares numa distribuição expostas ao sol (Goldsmith 2001, p. 233).

Existem vários tipos clínicos de erupção solar polimorfa:

- No tipo papular (mais comum), pápulas pequenas são disseminadas ou densamente agregadas em um eritema disperso;
- No tipo em placa (segundo mais comum), surgem placas superficiais ou urticariformes;
- O tipo papulovesicular (menos comum) inicia com placas urticariformes das quais se originam grupos de vesículas.



**Figura 3** - Erupção solar polimorfa. Placas eritematosas com edema na face de uma criança (Bologna, 2007)



Figura

ca (C)

(Bologna, 2007).

### **ii.ii- Prurigo Actínico**

Fotodermatose considerada frequentemente como variante da erupção polimorfa solar, com início na primeira década de vida, e é caracterizada por pápulas hemisféricas com vesículas central (Batista et al., 2005).

As lesões ocorrem principalmente na face, sobretudo no nariz, ouvidos, na região malar, no tórax e no dorso das mãos. Esta ocorre mais frequentemente em mulheres (Aeling; Fitzpatrick, 2000).

As lesões com maior tempo de evolução levam ao aparecimento de eczema e liquenificação. Elas surgem especialmente no Verão, mas podem também aparecer noutras alturas do ano. As lesões iniciam-se na infância e regride na puberdade (Cochito, 2007).



**Figura 5 - Prurigo Actínico (Bologna, 2007)**

### **ii.iii- Erupção Juvenil da Primavera**

A exposição repetida às radiações solares (UVA ou UVB), pode provocar a erupção juvenil da primavera ou uma resposta eritematosa anormal. A natureza exacta da reacção ainda não é totalmente conhecida, pensando-se ser uma variante da erupção polimorfa solar (Bologna, 2007).

Esta fotodermatose afecta principalmente crianças e adolescentes, e é caracterizada por máculas, pápulas e vesículas, e em alguns casos por bolhas (Batista et al., 2005).

As máculas aparecem nas horas em que a pessoa está exposta a radiação solar. Estas podem aparecer em todas as partes do corpo humano exposta ao sol. No entanto aparecem especialmente na face e no dorso das mãos. Estas máculas progredem posteriormente para pápulas ou vesículas, ou bolhas que podem ser hemorrágicas. As crostas hemorrágicas permanecem durante várias semanas, desaparecendo depois sem deixar cicatrizes (Bologna, 2007).

Estes episódios de fotodermatose podem ser raramente acompanhados de febre ou dor de cabeça (Bologna, 2007).



**Figura 6** - Erupção solar da Primavera (Bologna, 2007)

#### **ii.iv- Urticária Solar**

Clinicamente a urticária solar surge poucos minutos após a exposição solar e caracteriza-se por pápulas edematosas sobre a base eritematosa. As lesões atingem dimensões máximas em 5-10 minutos e desaparecem rapidamente logo que cessa a exposição solar (Batista et al., 2005).

O espectro de acção para o desenvolvimento da urticária solar é extenso, abrangendo radiações UVB, UVA, luz visível ou mesmo uma combinação desses espectros.

As áreas afectadas com maior frequência são aquelas que estão mais expostas ao sol, no entanto a urticária solar pode aparecer em qualquer outra parte do corpo desde que esta tenha sido exposta à radiação solar (Petri, 2003).

Podem ocorrer outros fenómenos simultaneamente tais como, cefaleias, náuseas, broncoespasmos e desmaios (Petri 2003).



**Figura 7** - Urticária Solar. Eritema e edema uma hora após a exposição solar (Bologna, 2007).

### **ii.v- Reticulóide Actínico**

Esta fotodermatose é também conhecida por dermatose actínica crónica. Tem uma maior incidência sobretudo nos homens com mais de 50 anos, e caracteriza-se por hipersensibilidade acentuada para radiação UVB (Batista et al., 2005).

Afecta principalmente homens idosos de qualquer raça. Esta fotodermatose pode desenvolver-se numa pele previamente normal, em pessoas com historial de dermatoses, através da hipersensibilidade a radiação UVB e a radiação visível. A erupção fotoinduzida é pruriginosa e eczematosa. No entanto também podem aparecer pápulas, uma forma mais severa nos indivíduos afectados (Petri, 2003).

As lesões desenvolvem-se preferencialmente nos locais expostos ao sol, mas mais frequentemente aparecem nas pálpebras superiores, dedos, ou pele atrás da orelha. Ocasionalmente pode aparecer uma erupção eczematosa na palma da mão, planta dos pés, sobancelhas e couro cabeludo. O reticulóide actínico geralmente persiste durante anos (Bologna, 2007).



**Figura 8-** Reticulóide Actínico (Bologna, 2007)

### **iii- Cancro da Pele**

Em Portugal, estima-se que surjam por ano, dez mil novos casos de cancro da pele, e destes 700 a 800 assumem a sua forma mais grave - a de melanoma - que tem vindo a aumentar todos os anos, ao ritmo a que se acumulam as consequências de um dos seus principais factores de risco – a exposição excessiva e desprotegida ao sol. (Farmácia Saúde, 2009)

Está bem estabelecido, que a exposição da pele à luz ultravioleta é um importante factor

de risco para o desenvolvimento do cancro da pele. De entre os vários tipos de cancro que se podem encontrar a nível cutâneo, há três que são mais frequentes e que estão associados ao sol, sendo eles: carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e o melanoma. É de salientar que os dois primeiros pertencem ao grupo dos carcinomas epiteliais, ou seja, desenvolvem-se com prejuízo dos queratinocitos da epiderme.

### **iii.i- Carcinoma Basocelular**

O cancro das células basais, encontrado em humanos, é o mais frequentemente e o menos agressivo, porque nunca metastiza (Otto, 2000).

Atinge sobretudo pessoas de pele clara que se expõem regularmente ao sol: trabalhadores rurais, pescadores, trabalhadores da construção civil. Surge habitualmente depois dos 40 anos e localiza-se preferencialmente nas áreas do corpo mais expostas ao sol: face, pescoço e dorso (Portal da Saúde, 2005).

Na maioria das vezes apresenta-se como um pequeno tumor, rosado e brilhante, de crescimento lento ou pode aparecer como uma ferida superficial, que surge sem causa aparente e que não revela tendências para a cura espontânea (Portal da Saúde, 2005).

A incidência do carcinoma basocelular triplicou desde 1980, afectando principalmente as mulheres entre os 20 e os 39 anos. Se em 1980 a incidência nas mulheres era de 13,4 por cada 100 mil mulheres, passados 25 anos os valores quase triplicam para 31,6. Nos homens o aumento de incidência também se verifica, embora não com tanto impacto. O carcinoma basocelular aumentou de 22.9 para 29.1 por cada 100 mil homens (IPO, 2006).

O tratamento nas fases iniciais é muito simples e resulta quase sempre na cura do tumor. No entanto, se for deixado evoluir sem tratamento, pode tornar-se agressivo (Portal da Saúde, 2005).

### **iii.ii- Carcinoma Espinocelular**

É o segundo tipo de cancro mais frequente e atinge igualmente os grupos profissionais que estão permanentemente expostos ao sol. Este ocorre com frequência em regiões

expostas ao sol como as mãos, antebraços, na cabeça e na região do pescoço, especialmente nas orelhas, lábio inferior, couro cabeludo e na parte superior da face (Otto, 2000).

Na maioria dos casos surge sobre as chamadas queratoses solares ou actínicas, mas também pode originar-se a partir das cicatrizes, pós queimadura, úlceras e fistulas crónicas ou até mesmo em pessoas que estiveram muito tempo em contacto com agentes carcinogénicos (tabaco, raios X, arsénico, alcatrão e derivados) (Portal da saúde, 2005).

O carcinoma espinocelular é um tumor mais agressivo e de crescimento mais rápido que o basalioma. Manifesta-se habitualmente sob a forma de um nódulo, de crescimento rápido, com tendência para ulcerar e sangrar facilmente. Além de ser localmente invasivo pode, abandonado à sua evolução natural, dar origem a metástases à distância, que podem invadir órgãos vitais e provocar a morte (Portal da Saúde, 2005).

A incidência deste tipo de cancro (2º mais frequente) também teve um aumento. Este aumentou de 0.6 em 1980 para 4.1 por cada 100 mil mulheres em 2005, ou seja, sete vezes maior. Nos homens a crescente de incidência não teve tanto impacto. A progressão foi de 1.3 para 4.2 por cada 100 mil homens (IPO, 2006).

### **iii.iii- Melanoma**

É o cancro da pele mais perigoso e um dos tumores malignos mais agressivos da espécie humana. Origina-se a partir dos melanócitos da epiderme, células responsáveis pelo fabrico do pigmento natural (melanina) que dá a cor bronzeada à pele. Atinge grupos etários mais jovens que o basalioma e o carcinoma espinocelular (Farmácia Saúde, 2009).

Contrariamente a uma ideia feita, o melanoma não é obrigatoriamente resultante de uma degenerescência de um sinal. 80 % dos casos de melanoma desenvolvem-se numa pele sem qualquer sinal pré-existente. Está mais associado à exposição solar aguda e intempestiva, muitas vezes acompanhadas de queimaduras solares (escaldões), especialmente quando ocorridos nas idades mais jovens, e em pessoas com a pele mais clara (Portal da Saúde, 2005).

O aspecto inicial do melanoma é variado, mas caracteriza-se, habitualmente, pelo aparecimento de um pequeno nódulo ou mancha, de cor negra de alcatrão, sobre pele aparentemente sã ou sobre um sinal já existente (Avril et al., 2005).

A incidência do melanoma deste cancro triplicou entre os homens e as mulheres caucasianos desde 1980. Apesar de representar apenas 4% dos cancros de pele diagnosticados, ele é responsável por cerca de 73% das mortes por cancro de pele (IPO, 2006).

O tratamento é quase sempre cirúrgico e, quando efectuado nas fases iniciais, em que o tumor ainda é muito fino (espessura inferior a meio milímetro), atinge elevadas taxas de cura. Todavia, quando o tumor já é muito espesso (espessura superior a quatro milímetros), as probabilidades de cura ficam drasticamente reduzidas, existindo o risco eminente de metastização à distância (Portal da Saúde, 2005).

São os sinais – ou melhor, as alterações nos sinais, que denunciam a possível existência de um tumor na pele. São as alterações no tamanho, na forma, na textura ou na cor, e que por mais ligeiras que sejam, devem ficar sob suspeita e desencadear uma consulta médica (Farmácia Saúde, 2009).

### **Sinais de alerta em relação ao melanoma**

- Surgimento recente de um sinal de cor negra em pele sã;
- Modificação de um sinal já existente;
- Alteração do tamanho (crescimento recente);
- Alteração da forma (contorno irregular);
- Alteração da cor (negra, castanha, rosada);
- Aparecimento de prurido (comichão);
- Aparecimento de inflamação (vermelhão);
- Aparecimento de ulceração (ferida);
- Aparecimento de hemorragia (sangra facilmente).

A acção dos ultravioletas no aparecimento de cancros de pele é mais do que evidente face as seguintes constatações: manifesta-se essencialmente nas zonas descobertas, em indivíduos de pele clara e em pessoas que com regularidade se expõem ao sol. O ser

humano deve evitar ao máximo a exposição solar sem protecção, pois este é um dos poucos factores de risco que é possível controlar. Também é importante vigiar a pele para mudanças, por mais insignificantes que pareçam, dado que quanto mais precocemente for detectado, maior é a probabilidade de ser curado (Avril et al., 2005)

#### **4- Prevenção dos Efeitos Nocivos do Sol.**

A prevenção agrupa um conjunto de medidas destinadas a evitar ou a reduzir o número ou a gravidade de uma doença. Uma prevenção eficaz procura evitar tudo o que pode ser evitável em qualquer das fases de uma doença, isto é, procura reduzir o impacto das suas causas, referenciar e actuar na sua fase inicial e prevenir as complicações e sequelas.

Segundo (Otto, 2000) o mais importante é evitar uma exposição solar intensa, e proteger a superfície cutânea.

Face às agressões solares, a nossa pele dispõe de meios naturais de defesa (fotoprotecção natural da pele) variáveis de pessoa para pessoa, consoante o seu fotótipo e os seus hábitos de vida, mas que se irão esgotando progressivamente. Cada pessoa nasce com um capital solar, que devemos procurar economizar ao longo da nossa existência (Avril et al., 2005).

É necessário realizar ensinamentos à população, de forma a prevenir as doenças da pele. De acordo com a bibliografia consultada, Avril et al., (2005); Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo (2006); Direcção Geral de Saúde (2009); Bahia (2003), Kuhl (1998) enumeram-se de seguida alguns desses ensinamentos:

- O vestuário continua a ser o meio de fotoprotecção mais seguro, mais simples, mais prático e mais económico;
- Avaliar a sensibilidade pessoal ao sol (pele clara, mate ou morena) e fazer exposições tanto mais progressivas quanto mais claro for o fotótipo;
- Devem escolher-se roupas como T-shirt de algodão ou seda e quanto mais apertada for a malha e mais escura for a cor, maior será a protecção;
- Para proteger o rosto é conveniente usar um chapéu com abas largas, para proteger a

nuca, rosto e pescoço;

- Usar óculos de sol é igualmente obrigatório para proteger os olhos dos efeitos nocivos do sol;

- Evitar a exposição ao sol entre as 11h e as 16 horas. A sombra do corpo projectada no solo é um bom método para avaliar o risco: quando a sombra é inferior à altura do corpo, o risco é maior; quando a sombra é superior à nossa altura, o risco é menor;

- Actividades exteriores (passeios, jardinagem) devem ser programados para as primeiras horas da manhã ou ao entardecer de forma a minimizar a exposição;

- Evitar banhos de sol ou actividades exteriores por períodos superiores a 2.30 horas;

- Utilizar sempre protector solar adequado ao seu tipo de pele e que proteja dos raios nocivos, mesmo depois de já estar bronzeado. Para o rosto deve-se optar por um creme pelo seu poder hidratante, para o corpo um leite, um gel, ou um óleo pela facilidade em espalhá-los e nas zonas mais sensíveis (nariz, lábios, cicatrizes) optar preferencialmente por um stick;

- Se acima de tudo o que se pretende é evitar a queimadura solar, é sempre possível usar uma protecção simples e imediata com filtros anti UVB. Mas se quisermos limitar o envelhecimento cutâneo e reduzir o risco de aparecimento de fotodermatoses e cancros foto-induzidos, será necessário utilizar regularmente um protector solar cujos princípios activos actuem sobre os raios ultravioletas (UVB e UVA);

- Os protectores solares devem ser aplicados quinze a trinta minutos antes da exposição solar e a cada duas a três horas durante a exposição, ou quando o protector é removido pela água;

- Não utilizar auto bronzadores como protectores das radiações solares;

- Ter especial cuidados com nariz, lóbulos das orelhas, bochechas e região frontal por serem as zonas mais expostas ao sol;

- Para promover uma boa hidratação cutânea devemos beber muita água e aplicar a noite produtos hidratantes;

- Não ficar na praia dias inteiros e não ultrapassar uma hora de banhos de sol por dia, o que é suficiente para que induzir um bronzado conveniente;
- Preferir para “bronzear” o sol da manhã ou o de fim de tarde, altura em que os UVB são naturalmente filtrados pela atmosfera;
- Enxaguar-se cuidadosamente após ter-se molhado, porque as gotas de água têm um efeito lupa favorável ao escaldão e diminuem a eficácia dos protectores solares;
- Ensinar as crianças a se protegerem do Sol desde pequenas. Deve manter-se as crianças menores protegidas, usando protectores solares adequados e expondo-as em horários mais favoráveis;
- Protectores para crianças devem ser de protecção alta ou muito alta (escolhidos em função da intensidade solar);
- As pessoas com grande número de “sinais” irregulares e/ou grandes, que costumam “queimar facilmente”, de pele clara ou cabelo claro e/ou ruivo, de olhos claros, devem ter cuidados redobrados;
- Realizar o auto-exame da pele mensalmente;
- Reconhecer e comunicar imediatamente ao médico os sintomas das alterações da pele.

## **5- A Enfermagem na Prevenção e Promoção da Saúde**

Como foi descrito na carta de Ottwa (1986), a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

Mais tarde, na conferência de Jacarta (1997), a promoção da saúde foi descrita como um investimento essencial, e considerada como um elemento fundamental para se conseguir ganhos em saúde. É um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos para controlarem e melhorarem a sua saúde.

Nesta mesma conferência ficou assente que umas das prioridades para a promoção da saúde no século XXI, era aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo. Este factor requer educação e formação para a aquisição de conhecimentos essenciais, para uma efectiva mudança.

Tal como já foi citado anteriormente, a prevenção agrupa um conjunto de medidas destinadas a evitar ou a reduzir o número ou a gravidade de uma doença. Uma prevenção eficaz procura evitar tudo o que pode ser evitável em qualquer das fases de uma doença, isto é, procura reduzir o impacto das suas causas, referenciar e actuar na sua fase inicial e prevenir as complicações e sequelas.

A prevenção divide-se em 3 grandes fases: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária é definida pela Organização mundial de saúde (OMS) como aquela cujas acções visam reduzir a incidência e determinadas doenças numa dada população, diminuindo o número de novos casos. Este tipo de prevenção é realizada através de acções de educação e de promoção de saúde, e dirige-se aos nossos comportamentos e estilos de vida e também ao nosso ambiente bio-físico e social. Agir em prevenção primária é agir sobre factores determinantes em saúde: comportamentos (consumo de tabaco por exemplo) e sobre condições de vida ou ambientais (exposição ao sol, entre outras).

A prevenção secundária abrange todas as acções destinadas a diminuir a prevalência de uma doença, numa determinada população, reduzindo os efeitos decorrentes da evolução dessa doença e a sua duração. Agir em prevenção secundária é desenvolver acções de rastreio e de detecção precoce de uma doença.

A prevenção terciária define-se como o conjunto de acções destinadas a diminuir a prevalência das complicações e das recidivas ou a frequência de óbitos por determinada doença.

Numa perspectiva holística, o conceito de saúde é descrito, como um “estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta do seu ajustamento dinâmico e satisfatório às forças que tendem a perturbá-lo. Não um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta activa do organismo no sentido do reajustamento” (Leavell, 1976).

Segundo os padrões de qualidade descritos pela Ordem dos Enfermeiros (2002, p. 6) “A saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não pode ser tido como conceito oposto ao conceito de doença”.

Os enfermeiros pela natureza e especificidade das funções que exercem – proximidade, tempo de contacto com os utentes, entre outras, representam um grupo profissional muito importante para a educação em saúde. O enfermeiro enquanto prestador de cuidados tem um contacto directo e privilegiado com os seus doentes, tendo por isso, um conhecimento global de cada um deles, visto ter acesso à síntese das suas diferentes patologias e ao conhecimento dos seus hábitos de vida e ambiente familiar.

Neste âmbito, o papel da enfermagem é fundamental no rastreio e na prevenção dos cancro cutâneos. O enfermeiro deverá investir na prevenção primária sobretudo a nível dos cuidados de saúde que se elaboram nesta fase. Falar de prevenção é falar de esperança de vida, é investir na saúde (Vitorino, 2004)

A contribuição da enfermagem para a promoção da saúde, segundo Pender (1997), citada por Basto (2000), “assenta numa relação cliente-consultor, tendo como base o reconhecimento dos direitos do cliente à auto-determinação e das capacidades que tem para se auto-dirigir”. Essa relação deve focalizar as forças positivas do utilizador no sentido de tomar decisões e atingir finalidades.

Deste modo, o enfermeiro deverá planear e realizar intervenções/acções de enfermagem, no âmbito da promoção da saúde, onde deverão incluir as acções de sensibilização para os perigos do sol, com o objectivo de alertar/sensibilizar para a prevenção do risco solar. Nestas acções, pode alertar-se sobre a forma de como fazer a identificação dos indivíduos em risco e de estes virem a desenvolver um cancro cutâneo (Vitorino, 2004).

Todos os dias tomámos decisões que comportam riscos para a saúde. Cada pessoa ou cada grupo é o sujeito e co-autor do seu próprio desenvolvimento, o qual se desencadeia pela mobilização das suas motivações e pela acção das suas potencialidades em torno da sua realidade sociocultural.

O maior recurso que o enfermeiro tem, para além de seu próprio comportamento promotor de saúde e de prevenção da doença, é a educação para a saúde. Para Orem (1993) “Bons hábitos de saúde são essenciais para se manter a saúde, porém a habilidade para alterar hábitos de saúde para cumprir novas exigências são igualmente importantes”.

A educação para a saúde é um processo interactivo reconhecido e aceite pelas comunidades, devendo adquirir uma postura de participação activa e de parceria com a responsabilidade, na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida. O princípio da participação activa garante o respeito das pessoas, e nesta perspectiva a relação educativa é caracterizada por fazer algo “com os outros” em vez de “para os outros” (Rodrigues 2005). Esta não inclui somente os indivíduos e as suas famílias, mas também as instituições e as condições sociais que impedem e/ou facilitam que os indivíduos atinjam uma saúde óptima (Griffiths, 1982).

Segundo Lopes (1999), os objectivos da educação para a saúde, podem resumir-se em:

- Fazer da saúde um património da colectividade;
- Modificar as condutas negativas com a promoção e restauração da saúde;
- Promover novas condutas positivas favoráveis à promoção e restauração da saúde;
- Propiciar mudanças ambientais favoráveis às alterações de condutas preconizadas;
- Capacitar os indivíduos para que possam participar na tomada de decisões para a saúde da comunidade.

Neste contexto, o enfermeiro representa um elo de ligação muito importante para a promoção da saúde das populações onde está inserido. Sensibilizando as famílias e divulgando informação, dado a sua proximidade com os doentes permite-lhe também divulgar informação não apenas sobre os riscos do sol mas também sobre as medidas de protecção dos mesmos, no dia-a-dia e nos períodos de férias. Pode igualmente

aconselhar os doentes sobre a utilização adequada dos protectores solares (Vitorino 2004).

A prática de enfermagem desenvolve estratégias para a promoção e manutenção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida (Correia et al., 2001).

É reconhecido que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados em Portugal devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus estilos de vida, durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como, os recursos comunitários. Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efectuar (Correia et al., 2001).

A educação para a saúde (EpS) esta a tornar-se cada vez mais importante na enfermagem (Lash, 1990) as organizações profissionais de enfermagem oficiais estão a incentivá-la, encorajando esquemas experimentais de EpS. Os enfermeiros necessitam de diferentes tipos de competências e, ao desenvolverem as atitudes ou adquirirem as convicções e comportamentos que são fundamentais na EpS, terão muito mais êxito na satisfação das necessidades actuais dos seus doentes/utentes.

Assim, a EpS constitui um componente essencial aos cuidados de enfermagem, voltada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos efeitos residuais das doenças. Os enfermeiros estão actualmente a assumir papéis vitais na promoção da saúde, estando envolvidos no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviços para a melhoria da saúde das pessoas. A promoção de atitudes e comportamentos saudáveis tornou-se um dos componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional (Correia et al., 2001).

## **II- FASE METODOLÓGICA**

De acordo com Fortin (2003), a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação.

Segundo Fortin (2003), o desenho da investigação é o plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação.

Os principais elementos que concorrem para o estabelecimento de um desenho de investigação segundo Fortin (2003) são: o meio onde o estudo será realizado; a selecção dos sujeitos e o tamanho da amostra; o tipo de estudo; os instrumentos de colheita de dados; o tratamento dos dados; a população e amostra; enunciação das variáveis e finalmente descrever os métodos adoptados para a colheita e análise dos dados. (Fortin, 2003).

No desenvolvimento deste capítulo irão ser apresentadas todas as etapas, enumeradas por Fortin (2003), em relação à fase metodológica. Começa-se por enunciar e explicar o desenho do estudo, definir a população e amostra, enunciar as variáveis e, finalmente, descrever os métodos adoptados para a colheita e análise dos dados.

### **1- Definição das Questões de Investigação**

O problema de investigação é “uma situação que necessita duma solução, de um melhoramento ou de uma modificação” (Fortin, 2003).

Na realização desta monografia surgiram as questões de partida:

- Quais os conhecimentos que um grupo de indivíduos que frequenta uma zona fluvial do Minho possuem sobre a prevenção de patologias provocadas pela exposição solar?
- Quais os conhecimentos dos indivíduos sobre os malefícios provocados pela exposição solar?

- Quais os comportamentos da população estudada, relativamente a exposição solar?

## **2- Objectivos da Investigação**

Fortin (2003, pp.100) define objectivo como um enunciado declarativo que precisa a orientação de um determinado estudo. Especifica através de palavras-chave, a população alvo e o contexto do estudo.

Face ao tema seleccionado, foram definidos os seguintes objectivos:

- Identificar os conhecimentos que a população possui acerca da prevenção de patologias provocadas pelas exposição solar;
- Identificar os conhecimentos da população estudada relativamente aos malefícios da exposição solar;
- Constatar os comportamentos da população estudada, relativamente a exposição solar.

## **3- Aspectos Éticos**

Fortin (2003) refere que a ética é “ (...) a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta”.

Fortin (2003) afirma também que a Ética coloca problemas aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação.

No presente estudo serão seguidos os cinco direitos estabelecidos pelo código de Ética de Nuremberga. Estes princípios serão informados aos participantes durante o questionário.

Direito á Autodeterminação - vai ser explicado aos elementos da amostra que participam no estudo o seu direito de decidir sobre a sua participação ou não na investigação;

Direito à intimidade - o estudo pretende ser o menos invasivo possível. Os elementos da amostra vão ter a liberdade de decidir sobre o preenchimento ou não do questionário;

Direito á confidencialidade – os resultados vão ser apresentados para que nenhum elemento da amostra tenha a possibilidade de ser identificado;

Direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo – este direito diz respeito ao risco de ordem física, psicológica, legal ou económica que possa advir da realização do estudo;

Direito ao tratamento justo e equitativo – este direito refere-se á informação fornecida, o fim e duração da investigação, para a qual vai ser solicitada a participação de elementos da amostra, bem como os métodos que vão ser utilizados no estudo.

#### **4- Tipo de Estudo**

De acordo com Fortin (2003), “a cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter as respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses”.

Fortin (2003), refere ainda que “O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de casualidade”.

O tipo de estudo utilizado neste trabalho será o descritivo simples, pois consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta (Fortin, 2003).

A Metodologia utilizada neste estudo é do tipo quantitativa, pois esta permite uma quantificação dos dados obtidos que se poderá expressar em tabelas e gráficos, através do programa Excel. O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. Esta metodologia tem por finalidade promover o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecendo a possibilidade de generalizar os resultados, prever e controlar os acontecimentos. “ A

objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem” (Fortin, 2003).

O estudo é ainda transversal, já que a colheita de dados foi feita num único momento e não se seguirá a população amostral ao longo de um determinado tempo.

## **5- O Meio**

O meio, ou seja, o local onde é realizado o estudo, segundo Fortin deve ser acessível e deve obter-se a colaboração e as autorizações necessárias à realização do estudo. (Fortin, 2003, p.132).

Este estudo foi realizado num meio natural, ou seja, os questionários foram aplicados numa zona fluvial no Minho.

## **6- Definição da População**

No planeamento de um projecto de graduação torna-se necessário definir com precisão a população a ser estudada, ou seja, a população-alvo.

Para Fortin (2003) “a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”.

A população alva, que serviu de base a este estudo, foi constituída por pessoas que frequentem uma zona fluvial no Minho em 2009, mais concretamente a praia fluvial de Arcos de Valdevez, de ambos os géneros e com a idade mínima de 16 anos.

## **7- Definição da Amostra**

A amostra é “ (...) subconjunto da população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 2000, p.41).

A amostra deste estudo será constituída por 60 participantes que frequentam uma zona fluvial no Minho

## **8- Método de Amostragem**

Neste estudo o método de amostragem será não aleatória por conveniência ou acidental, por parecer a mais adequada ao tipo de estudo.

Nas técnicas de amostragem não aleatória encontram-se inseridas diversas amostragens, constituindo a nossa amostra uma amostragem acidental que apresenta a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa (Fortin, 2003).

## **9- Variáveis**

Variável é, segundo Fortin (2003), “um conceito que entra em acção numa investigação. São qualidades, propriedades ou características de pessoas ou de situações que são estudadas numa pesquisa”. Elas podem ser medidas, experimentadas ou controladas, dependendo da natureza e do tipo de estudo e a forma como são utilizadas.

Como se trata de um estudo descritivo simples as variáveis são apenas variáveis atributo. Segundo Fortin (2003) as variáveis atributo “são as características dos sujeitos do estudo que são recolhidos para descrever a amostra ou população”. As utilizadas neste estudo são: idade, género, estado civil, habilitações literárias, cor do cabelo e cor da pele.

## **10- Método e Instrumento de Colheita de Dados**

De acordo com Fortin (2003), o processo de colheita dos dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

O instrumento de colheita de dados utilizados neste projecto será o questionário. Fortin define questionário como sendo um dos métodos que necessitam das respostas escritas a um conjunto de questões por parte dos sujeitos. (Fortin, 2003).

De modo a avaliar os conhecimentos da população em estudo, acerca da prevenção e malefícios da exposição solar, elaborou-se um questionário de forma a recolher dados para o estudo.

No início do questionário serão dadas as devidas indicações relativas ao seu preenchimento, de forma a não suscitar dúvidas. Será garantida a confidencialidade e o anonimato de quem preenche, devendo informar os participantes no questionário deste facto.

### **11- Pré-teste**

Para Fortin, o pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas (Fortin, 2003).

O pré-teste tem como finalidade avaliar a eficácia e a pertinência do questionário, e verificar componentes como as questões, termos facilmente compreensíveis, se o questionário não é demasiado extenso.

O pré teste deve ser aplicado a uma pequena amostra de sujeitos, no numero de 5, pertencentes à população onde vai ser feito o estudo. Os elementos que participam no pré teste não podem fazer parte da amostra que vai ser estudada.

### III – Resultados

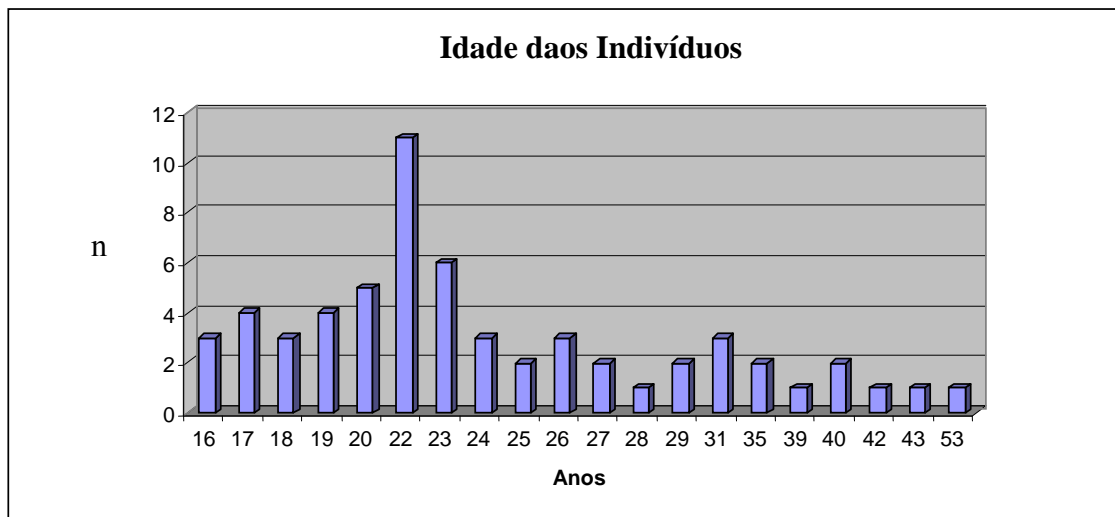
#### 1- Tratamento e Análise de Dados

Para o tratamento dos dados será utilizado o programa estatístico Excel. A apresentação de resultados será feita através de quadros e gráficos e também descrição narrativa dos dados obtidos.

A representação dos dados tem como objectivo essencial ajudar na visualização das diferenças e semelhanças, com a clareza e o destaque que a representação gráfica oferece. Deste modo optou-se pela introdução de gráficos sempre que o grafismo permita uma orientação inequívoca de leitura.

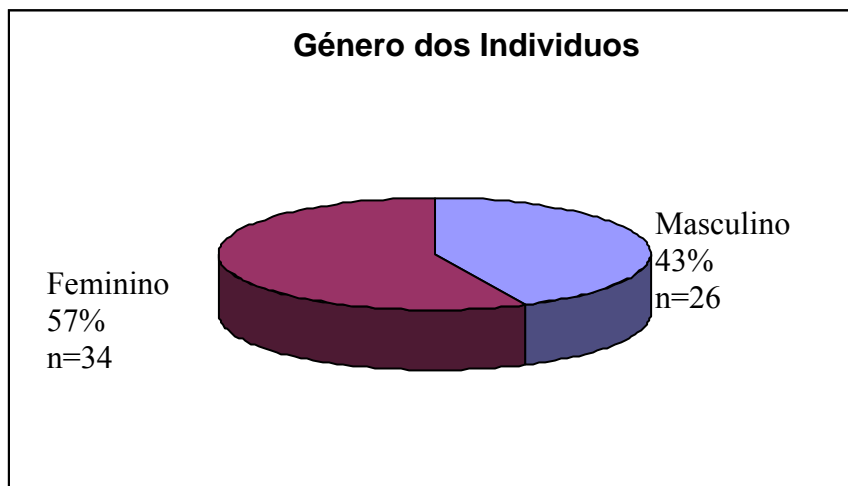
Para descrever e resumir os dados da pesquisa, recorreu-se a medidas de distribuição (frequência absoluta e frequência relativa).

**Gráfico 1** – Distribuição da frequência absoluta da idade dos indivíduos.



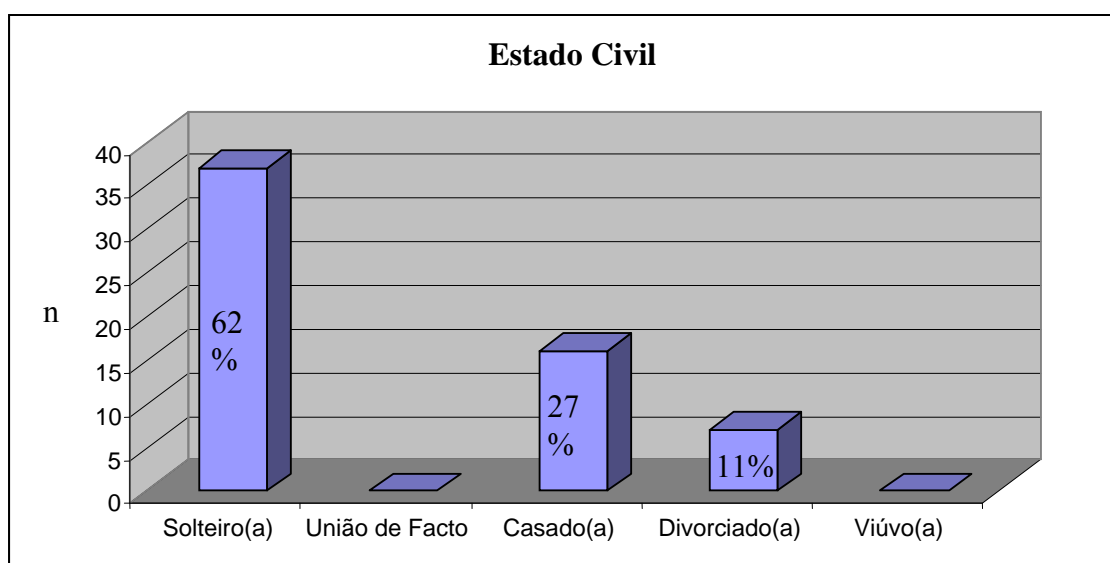
Como se pode observar através do gráfico 1, as idades da amostra estão compreendidas entre os 16 e os 53 anos, sendo que as idades com maior número de pessoas são os 22 anos ( $n=11$ ), que corresponde à moda, e os 26 anos ( $n=6$ ). É de salientar, também, que mais de 2/3 da população tem menos de 25 anos. A média de idades situa-se nos 24,8.

**Gráfico 2** – Distribuição da frequência relativa percentual do género da amostra.



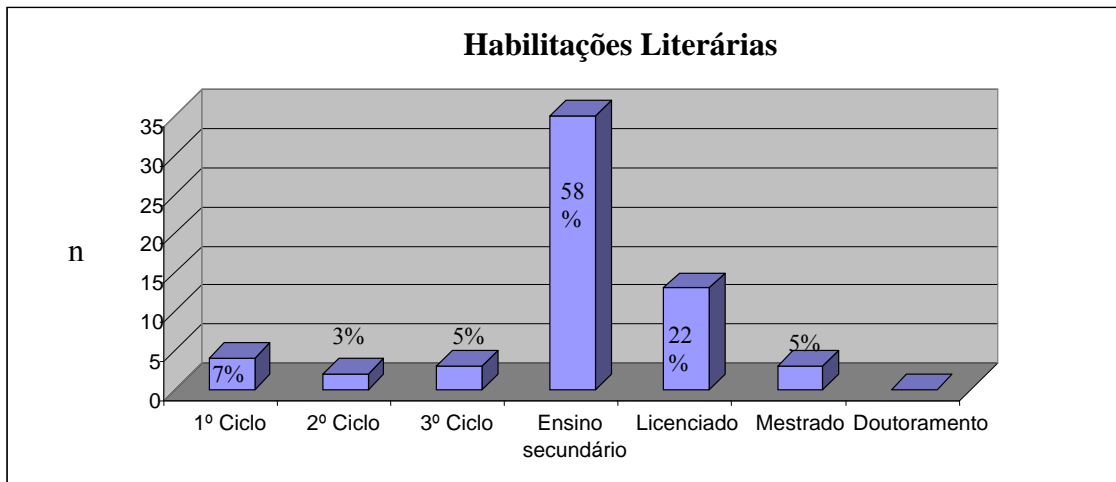
No que diz respeito ao género dos indivíduos (gráfico 2), o feminino (57%) predomina com 34 indivíduos sobre o masculino (43%) que tem 26 participantes.

**Gráfico 3** – Distribuição da frequência absoluta do estado civil da amostra.



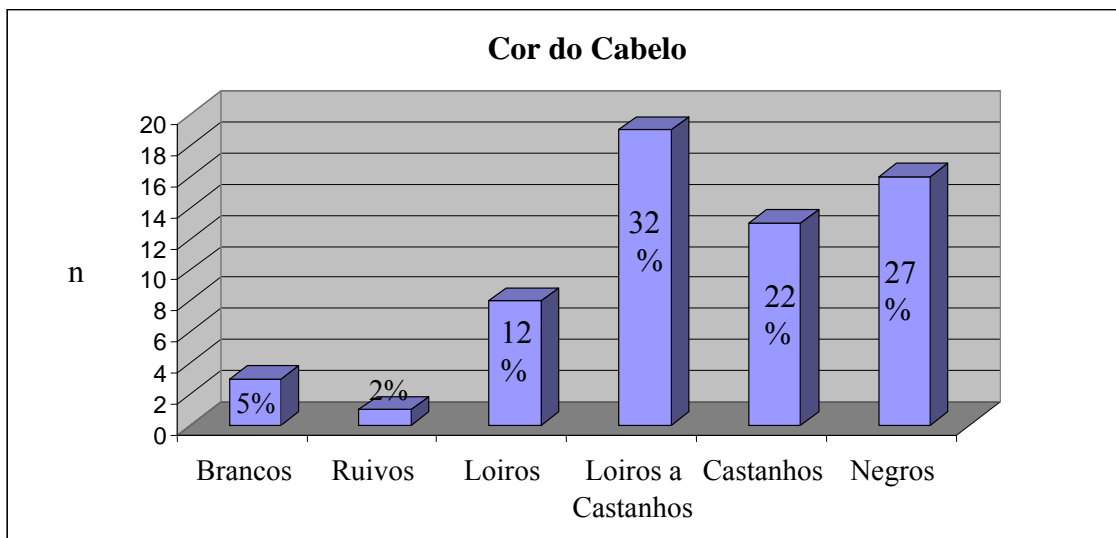
Como se pode observar no gráfico 3 a amostra é composta maioritariamente por solteiros (62%; n=37), seguindo-se a classe dos casados (27%; n=16) e por último, encontra-se a classe dos divorciados (11%; n=7). De notar também que na amostra não se encontraram pessoas viúvas ou em união de facto.

**Gráfico 4** – Distribuição da frequência absoluta das habilitações literárias dos indivíduos.



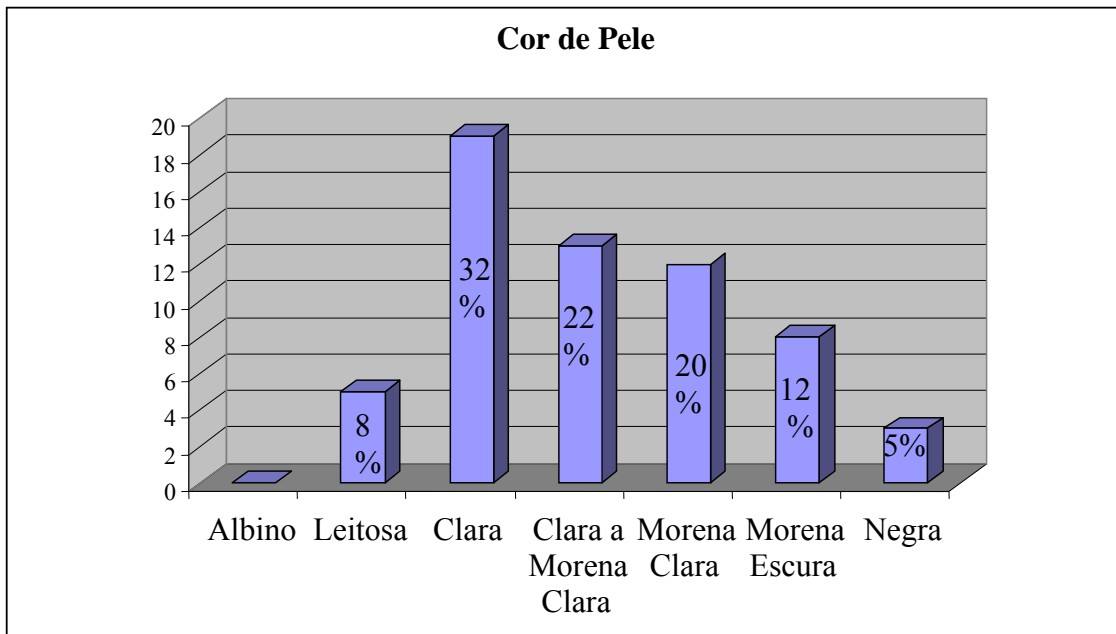
Relativamente às habilitações literárias, pode observar-se no gráfico 4, que a maioria da amostra possui o ensino secundário (58%;  $n=35$ ), seguindo-se o licenciamento (22%;  $n=13$ ) e o 1º ciclo (7%;  $n=4$ ). É de referir também que na amostra não há nenhuma pessoa com o doutoramento.

**Gráfico 5** - Distribuição da frequência absoluta da cor do cabelo dos participantes.



Tendo em conta a análise do gráfico 5, podemos constatar que a amostra é composta maioritariamente por pessoas com cabelos loiros a castanhos (32%;  $n=19$ ), seguindo-se as pessoas com cabelos negros (27%;  $n=16$ ). De referir também que apenas uma pessoa tem os cabelos ruivos.

**Gráfico 6** - Distribuição da frequência absoluta da cor da pele da amostra.



Através do gráfico 6, pode concluir-se que a amostra é composta principalmente por pessoas com pele clara (32%; n=19), seguindo-se as pessoas com a pele clara a morena clara (22%; n=13). É de salientar que na amostra não existem pessoas albinas.

**Quadro 3** - Distribuição da frequência absoluta e relativa sobre os dias que os indivíduos passam uma zona fluvial.

Dias que passam numa zona fluvial	Fa	Fr%
Menos de 15 dias	13	22
Entre 15 a 30 dias	27	44
Entre 30 a 60 dias	16	27
Entre 60 a 90 dias	4	7
Mais de 90 dias	0	0

Após a análise do quadro 3, verifica-se que 44% da amostra passa entre 15 a 30 dias numa zona fluvial (n=27), e 27% passa entre 30 a 60 dias (n=16). Note-se também que ninguém passa mais de 90 dias numa zona fluvial.

**Quadro 4** - Distribuição da frequência absoluta e relativa das horas por dia que estes participantes permanecem expostos ao sol.

<b>Horas por dia</b>	<b>Fa</b>	<b>Fr%</b>
Menos de 30 minutos	3	5
Entre 30 minutos a 1 hora	7	12
Entre 1 hora a 2 horas	14	23
Entre 2 horas a 3 horas	19	32
Entre 3 horas a 4 horas	12	20
Entre 4 horas a 5 horas	3	5
Mais de 5 horas	2	3

Podemos concluir através da observação quadro 4 que, maioritariamente, a população da amostra passa entre 2 a 3 horas exposta ao sol (32%; n=19), e apenas duas pessoas passam mais de 5 horas (3%; n=2).

**Quadro 5** - Distribuição da frequência absoluta e relativa dos efeitos nocivos da exposição solar.

<b>Efeitos nocivos da exposição solar</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	
	<b>Fa</b>	<b>Fr%</b>	<b>Fa</b>	<b>Fr%</b>
Envelhecimento da pele	49	82	11	18
Erupção polimorfa solar	5	8	55	92
Prurigo Actínico	3	5	57	95
Erupção juvenil da primavera	2	3	58	98
Urticária solar	10	17	50	83
Reticulóide Actínico	1	2	59	98
Cancro da pele	60	100	0	0

Através da análise do quadro 5, conclui-se que a grande maioria da amostra apenas reconhece o envelhecimento da pele e o cancro como os grandes efeitos nocivos da exposição ao sol (82%; n=49 e 100%; n=60 respectivamente). No que diz respeito as fotodermatoses a mais conhecida pela amostra é a urticária solar (17%; n=10 pessoas) seguindo-se a erupção polimorfa solar (8%; n=5 pessoas).

**Quadro 6** - Distribuição da frequência absoluta e relativa sobre a prevenção solar dos inquiridos.

Práticas de Prevenção Solar	Sempre		Quase sempre		Algumas vezes		Raramente		Nunca	
	n	Fr%	n	Fr%	n	Fr%	n	Fr%	n	Fr%
Costuma aplicar protector solar?	9	15%	8	13%	16	27%	15	25%	12	20%
Aplica protector solar 15 a 30 minutos antes da exposição solar?	4	7%	7	12%	3	5%	19	31%	27	45%
Aplica protector solar a cada 2 a 3 horas de exposição, ou quando este é removido pela água?	17	28%	8	13%	6	10%	13	22%	16	27%
Quando está numa zona fluvial, com que frequência permanece num local com sombra?	2	3%	5	8%	9	15%	19	32%	25	42%
Com que frequência usa chapéu para proteger o rosto, orelhas e pescoço?	4	7%	10	17%	13	22%	19	32%	14	23%
Com que frequência usa óculos de sol para proteger os olhos?	11	18%	16	27%	10	17%	14	23%	9	15%
Com que frequência costuma ficar exposto ao sol nas horas de maior calor (entre as 11 e as 16 horas)?	3	5%	1	2%	11	18%	27	45%	18	30%
Com que frequência costuma colocar protector solar no nariz, lóbulos das orelhas, bochechas e na testa?	6	10%	15	25%	9	15%	17	28%	13	22%
Com que frequência costuma realizar o auto exame da pele?	5	8%	9	15%	13	22%	19	32%	14	23%

No quadro 6 pode observar-se que apenas na estratégia “ aplica protector solar de cada 2 a 3 horas de exposição, ou quando é removido pela água” é que a frequência “ sempre” foi a mais utilizada (28%; n=17 pessoas)

Na estratégia “costuma aplicar a protector solar” foi a única em que a frequência “ algumas vezes” foi a mais escolhida (27%; n= 16 pessoas).

Em quatro das nove estratégias a frequência “raramente” foi a mais seleccionada [com que frequência usa chapéu para proteger rosto orelhas e pescoço; com que frequência costuma ficar exposto ao sol nas horas de maior calor (entre as 11 e as 16 horas); com que frequência costuma aplicar protector solar no nariz, lóbulo das orelhas, bochechas e na testa; com que frequência costuma realizar o auto exame da pele.]

A frequência “nunca” apenas sobressaiu nas estratégias “costuma aplicar protector solar 15 a 30 minutos antes a exposição solar” e “quando está numa zona fluvial, com que frequência permanece num local com sombra”(45%: n=27 pessoas e 42%; n=25 pessoas respectivamente).

Apenas na estratégia “com que frequência usa óculos de sol para proteger os olhos” é que a frequência “quase sempre foi a mais seleccionada (n=16; 27%).

## 2- Discussão dos Resultados

Como já se verificou a amostra é constituída maioritariamente por jovens (66% são indivíduos com menos de 25 anos), o que nos leva a supor que a idade pode ser um factor de risco. Como afirma Avril et al. (2005) as queimaduras solares durante a infância revelam-se particularmente nocivas, sobretudo no que respeita aos melanomas e aos carcinomas basocelulares.

Relativamente à amostra, 57% é constituída por mulheres (n=34) e 43% são homens (n=26). O facto de ser mais elevada a percentagem de mulheres, pode ser considerado um factor de risco, visto que estudos revelam que os novos casos de cancro da pele afectam principalmente as faixas etárias mais jovens de mulheres. Desde 1980 os valores do carcinoma basocelular quase triplicaram (de 13.4 para 31,6 por cada 100 mil mulheres), e o de carcinoma espinocelular aumentaram de 0.6 para 4.1 por cada 100 mil mulheres, ou seja, 7 vezes mais (IPO, 2006).

Os principais factores de risco para as doenças da pele provocadas pela exposição solar são o fenótipo e o fotótipo. O fenótipo é definido pela cor da pele e dos cabelos e o fotótipo é a sensibilidade ao sol, existindo relações óbvias entre o fenótipo e o fotótipo. No que concerne à análise da cor do cabelo e da cor da pele, verificou-se que a amostra é composta principalmente por pessoas com o cabelo “loiro a castanho” (n=19; 32%). Em relação à cor da pele a mostra é constituída principalmente por pessoas com pele clara (n=19;32%) seguindo-se 13 pessoas com “pele clara a morena clara”(22%). Como afirma Avril et alii (2005), os indivíduos em risco são aqueles que possuem pele clara, pois pertencem ao fotótipo I ou II (queimam sempre ou quase nunca se bronzeiam).

Relativamente ao número de dias que os constituintes da amostra passam numa zona fluvial, a maioria das pessoas afirmou que fica “ente 15 a 30 dias” (n=27; 44%), seguindo um grupo de 16 pessoas que afirma permanecer numa zona fluvial entre “30 a 60 dias”(27%). No que diz respeito ao número de horas que os indivíduos da amostra passam expostos ao sol, verifica-se que a maioria das pessoas permanece entre “2 a 3 horas expostas ao sol” (n=19; 32%), seguindo-se 14 pessoas que afirmam que passam “entre 1 a 2 horas expostas ao sol” (23%). De acordo com Direcção Geral de Saúde (2009), não se deve ficar exposto ao sol, mais do que 1 hora por dia, o que já será

suficiente para induzir um bronzeado conveniente. Avril et al. (2005) afirma que as radiações solares são o principal factor de risco para o aparecimento de doenças da pele. Existem vários factores de risco para o aparecimento das doenças da pele. No entanto a exposição às radiações solares é um dos poucos factores sobre os quais é possível agir, evitando-a.

Quanto aos conhecimentos da amostra sobre os efeitos nocivos da exposição solar, constatou-se que na sua maioria, as pessoas constituintes da amostra reconhecem apenas o envelhecimento da pele (n=49; 82%) e o cancro da pele (n=60; 100%) como os efeitos nocivos da exposição solar. Avril et al. (2005) afirma que uma pele envelhecida pela acção sol, tem maior propensão para desenvolver cancros cutâneos, comparada com uma pele velha protegida do sol. Em relação as fotodermatoses, existe falta de conhecimento sobre estas. Apenas 10 indivíduos reconhecem como efeito nocivo do sol a Urticária Solar (17 %), sendo esta a fotodermatose que mais pessoas da amostra afirmam conhecer.

Nas estratégias de prevenção solar, verificou-se que a resposta mais frequente foi “raramente”. No entanto, neste grupo, encontra-se a estratégia “com que frequência costuma ficar exposto ao sol nas horas de maior calor (entre as 11 e as 16 horas)”, que é um bom hábito adoptado pela pessoas da amostra. Identificou-se também que em duas estratégias a frequência “nunca” foi a mais escolhida. Em relação à aplicação de protector solar, a frequência que dominou foi “às vezes”. A única estratégia em que a frequência “sempre” foi a mais seleccionada foi “aplica protector solar de cada 2 a 3 horas de exposição, ou quando é removido pela água”. A frequência “quase sempre” também só foi a mais seleccionada uma vez. Assim sendo, podemos afirmar que, embora a amostra tenha conhecimento das estratégias de prevenção dos malefícios da exposição solar, não as utiliza na frequência desejada. Avril et al. (2005) afirma que, a exposição solar de lazer, só deve ser praticada se nos protegemos com roupas ou com cremes adequados. Através deste estudo, verifica-se que independentemente do uso ou não de protector solar, a maioria da amostra, não utiliza outras estratégias de protecção. A protecção solar efectiva, que consiste no uso de protectores solares, meios físicos de protecção e estratégias para evitar o sol, não é habitualmente praticada. Mesmo quando se usa protector solar, observa-se um comportamento de risco para os efeitos nocivos do sol (Wright, 2001). Avril et al.

(2005) afirma que para reduzir os efeitos nocivos dos UV sobre a nossa pele, existem duas medidas essenciais: evitar a exposição solar nas horas de maior calor e proteger-se sempre com roupa adequada. A aplicação de protectores solares surge só como terceira medida, e mesmo assim é necessários que esses produtos sejam eficazes.

É importante referir que este tipo de estudos é pertinente, uma vez que pode alertar as pessoas para uma problemática que só começou a ser estudada recentemente, e na qual se nota uma grande falta de informação. Este estudo enfatiza a importância da consciencialização da população em geral, sobre os perigos da exposição excessiva ao sol. Para este factor é importante a intervenção dos meios de comunicação social em campanhas de prevenção (Bakos, 1997), campanhas de orientação nas escolas (Kuhl, 1998), modelo parental e da educação desde a infância (Marcoux, 2000), bem como a identificação do indivíduo de alto risco para desenvolver cancro da pele (Rigel, 2000) e da protecção solar efectiva (Wright, 2001).

Relativamente às limitações do estudo, salienta-se o facto da população ser muito pouco heterogénea o que pode não corresponder à realidade de outras zonas balneares do país. Evidencia-se ainda o facto de em Portugal haverem poucos estudos sobre esta temática.

#### **IV- Conclusão**

**Encontramo-nos** numa época em que se salientam mais os perigos do sol que os próprios benefícios, contudo estes também existem. No entanto, é necessário preservar a nossa pele de uma exposição solar excessiva e das suas consequências.

Devemos, por isso conciliar o prazer que o sol nos oferece com a nossa saúde, sabendo que esta não depende só da nossa herança genética, mas também dos nossos comportamentos e hábitos de vida, do ambiente físico e social em que nos encontramos e da oferta de cuidados de saúde tanto preventivos como curativos.

A enfermagem, pela sua natureza é considerada uma profissão muito importante na educação para a saúde. O tempo de contacto e privilegiado com os doentes permite ao enfermeiro um conhecimento global de cada um deles, tendo a oportunidade de conhecer os seus hábitos de vida. Devido a esta abrangência de conhecimentos sobre a pessoa, o enfermeiro tem um papel fundamental no rastreio e na prevenção das fotodermatoses e dos cancro de pele. Falar de prevenção é investir na saúde.

Após a apresentação e discussão dos dados obtidos no questionário, torna-se pertinente fazer uma síntese, salientando os aspectos mais pertinentes.

Das 60 participantes que compuseram a amostra 34 pertencem ao género feminino (57%) e 26 pertencem ao género masculino (43%), apresentando idades compreendidas entre os 16 e os 53 anos, sendo que a idade com o maior número de pessoas é a dos 22 anos (11 pessoas). De salientar também que 2/3 da amostra tem menos de 25 anos. A grande maioria da amostra é solteira 37 pessoas, e a maior parte das pessoas tem apenas o ensino secundário (n=35). Em relação à cor dos cabelos a cor “loiro a castanha” foi a mais seleccionada (n=19) e como cor de pele a cor “clara” (n=19).

Em função das questões de investigação e dos objectivos em estudo, e de acordo com as respostas do questionário aplicado, tiraram-se as seguintes conclusões no contexto desta amostra de pessoas:

Embora os participantes tenham conhecimento das estratégias de prevenção dos malefícios da exposição solar, não as utilizam na frequência desejada, visto que as

frequências “sempre” e “quase sempre” só foram as mais seleccionadas uma vez. A frequência que mais vezes foi seleccionada foi “raramente”.

A maioria dos indivíduos apenas reconhece como efeitos nocivos da exposição solar o envelhecimento da pele e o cancro da pele, não mencionando as fotodermatoses como malefício da exposição solar.

A maioria dos participantes passa entre 15 a 30 dias numa zona fluvial, permanecendo ao sol entre 2 a 3 horas.

A realização deste trabalho foi extremamente gratificante, uma vez que as suas questões de investigação se basearam numa preocupação pessoal. Foi possível, por um lado, ampliar conhecimentos dentro da área da exposição solar e prevenção dos malefícios desta e por outro, aprofundar conhecimentos relativos à devida aplicação de metodologia científica na investigação em Enfermagem.

Sugere-se então a realização deste tipo de investigações por entidades mais competentes e com outros meios de trabalho, que permitam analisar com maior clareza a actuação da população em relação à exposição solar, pois só assim se contribui para uma mudança de comportamentos, que serão importantes para reduzir a incidência de fotodermatoses e principalmente de cancro da pele.

Perante estes resultados, surgem outras questões capazes de suscitar novos avanços e novas conclusões, ficando-se com a sensação de que este trabalho é uma “realidade” inacabada, para a qual ainda não se conseguiu alcançar conhecimentos suficientes, para o considerar definitivo.

Investigar é, sem dúvida uma tarefa difícil, mas essencial para o desenvolvimento profissional de cada um. Estimula o sentido crítico e reflexivo, alterando a forma de ser e de estar perante uma determinada situação a ser indagada. A investigação em Enfermagem assume claramente um contributo essencial para a evolução de Enfermagem enquanto profissão.

Apesar de ser um trabalho académico, foi permitido levantar o véu do mundo desconhecido da investigação, sensibilizando para a importância científica desta prática na profissão de Enfermagem.

Assim sendo, pode finalizar-se referindo que a investigação, uma vez mais, permitiu de uma forma ordenada e sistematizada, clarificar um conjunto de interpelações e saciar uma série de curiosidades em torno da exposição solar.

## V- Bibliografia

Aeling , J., Fitzpatrick, J. (2002). *Segredos em Dermatologia*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo (2006). [Em Linha]. Disponível em <<http://www.apcc.pt>>. [Consultado em 10/09/2009].

Avril et al. (2005). *Exposição Solar: Benefícios, riscos e prevenção*. Loures, Lusociência.

Bahia, Maria Fernanda (2003). *Protecção solar – Actualização*. Porto, Editora da Universidade do Porto.

Bakos L., Sukster E. (1997). *Estudo comparativo sobre o conhecimento e comportamento de adolescentes e adultos frente à exposição solar*. An Bras Dermatol.

Basto, Marta Lima [et al] (2000) - *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende.

Batista, A., Esteves, J., Gomes, M e Rodrigo, F. (1992). *Dermatologia*. 2º Edição, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Bologna, J., Jorizzo, J.,Rapini, R. (2007). *Dermatology*. 2º Edição, Mosby.

Braunwald, E. [et al.] (2002). *Harrison – Medicina Interna*. 15ª Edição, Rio de Janeiro, McGraw-Hill.

Cochito, M. [et al.] (2007). *Terapêutica Dermatológica em Ambulatório – notas conselhos, esquemas posológicos*. Lisboa, Lidel.

Correia, C. [et al.] (2001). “Os enfermeiros em cuidados de saúde primários”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75 – 82.

Direcção-Geral da Saúde. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt>>. [Consultado em 28/7/2009].

Farmácia Saúde (2009). *Sinais de Cancro*. Lisboa. 155 (Agosto), pp. 24-26.

Franceschini, P. (1994). *A Pele e o seu Envelhecimento*. Lisboa, Biblioteca Básica de Ciência e Cultura

Fortin, Marie-Fabienne. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Portugal, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Goldsmith, L., Lazarus, G., Tharp, M.(2001). *Dermatologia do adulto e pediátrica – guia ilustrado de diagnóstico e tratamento*. Portugal, Lusociência.

Griffiths, W. (1982). *The role of Mass Media in Public Health*, Am j. Public Health.

Habit, T. (2001). *Doenças da pele - diagnostico e tratamento*. São Paulo, Art Med.

Instituto Português de Oncologia do Porto. (2006). [Em linha]. Disponível em <<http://www.ipoporto.min-saude.pt>> [Consultado em 24/9/2009]

Kuhl ICP (1998). *Fotoprotecção na adolescência*. An Bras Dermatol

Lash, S. (1990). “Convicções e comportamento na educação para a saúde”, *Revista Nursing*, 27, 46 – 48.

Leavell, Hugh R; Clark, E.Gurney (1976) - *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

Liga Portuguesa Contra o Cancro. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ligacontracancro.pt>>. [Consultado em 25/7/2009].

Lopes, Maria dos Anjos Pereira (1999) - *Que Novos Papéis para os Enfermeiros?* *Revista Pensar Enfermagem*. Vol.3, n.º 1(1.º semestre), p. 3-7.

Marcoux D. (200) *Appearance, cosmetics, and body art in adolescents*. Dermatol Clin.

Nunes, F. (1995). *Manual de Enfermagem Dermatológica*. Lisboa, Laboratório Pátria.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa.

Orem, E. (1993). *Modelo de Orem - Conceptos de enfermería en la práctica*. 4.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson.

Organização Mundial de Saúde (1986). “Carta de Ottawa para a promoção da saúde”. Ottawa.

Organização Mundial de Saúde (1997). Declaração de Jakarta sobre a promoção de saúde no século XXI. 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, sob o tema: Novos actores para a nova era - adaptar promoção da saúde ao século XXI, Jakarta.

Otto, S. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Lisboa, Lusociência.

Petri, M. (2003). *Dermatologia – guias de medicina ambulatório e hospitalar*. São Paulo, Manole.

Portal da Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt>> [Consultado em 15/7/2009].

Rigel S., Carucci A. (2000) Malignant melanoma: *prevention, early detection, and treatment in the 21st century*. CA Cancer J Clin.

Rodrigues, V. (2005). Educar para a Saúde: Uma Estratégia de Promoção da Saúde, *Sinais Vitais*, 59 (Março), pp. 47-51.

Vitorino, E. (2004). A Enfermagem e o Sol. [Em linha]. Disponível em <<http://www.apcc.pt>> [Consultado em 15/09/2009].

Wright, T., Wright, W., Wagner, F. (2001). *Mechanisms of sunscreen failure*. J Am Acad Dermatol.

Anexo

## **Nota introdutória**

Chamo-me Hugo Miguel Fernandes e frequento o 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde. No âmbito deste curso estou a realizar uma monografia cujo tema é “Conhecimentos sobre Exposição Solar numa População que Frequenta uma Zona Fluvial no Minho”, onde se pretende alcançar os seguintes objectivos:

- Identificar os conhecimentos que a população possui acerca da prevenção de patologias provocadas pela exposição solar.
- Identificar os conhecimentos da população estudada relativamente aos malefícios da exposição solar.
- Constatar os comportamentos da população estudada, relativamente a exposição solar.

Assim para atingir os objectivos, solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário.

Desde já, agradeço a sua colaboração. Este questionário é anónimo e os dados nele contidos são confidenciais, pelo que não deve colocar nenhum elemento que o identifique.

Em média o tempo de preenchimento do questionário é de 5 minutos.

O aluno,

---

(Hugo Fernandes)

## 1ª Parte : Caracterização Sócio – Demográfica

Assinale com uma cruz (X) a resposta que for mais adequada ou complete-a se necessitar, nos seguintes parâmetros de caracterização.

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Género :

Masculino-----

Feminino-----

3. Estado Civil:

Solteiro(a)-----

União de Facto---

Casado(a)-----

Divorciado(a)----

Viúvo(a)-----

4. Habilitações literárias:

1º ciclo (1º, 2º, 3º 4 ano)--

2ºciclo ( 5º e 6º ano)-----

3º ciclo (7º, 8º e 9º ano)---

Ensino Secundário-----

Licenciado-----

Mestrado-----

Doutorado-----

5. Cor do cabelo:

Branco-----

Ruivos-----

Loiros-----

Loiros a Castanho--

Castanhos-----

Negros-----

6. Cor da pele:

Albino-----

Leitosa-----

Clara-----

Clara a morena clara--

Morena clara-----

Morena escura-----

Negra-----

## 2ª Parte

1. Durante a época balnear, quantos dias costuma frequentar uma zona fluvial?

Menos de 15 dias-----

Entre 15 a 30 dias----

Entre 30 a 60 dias----

Entre 60 a 90 dias----

Mais de 90 dias-----

2. Quantas horas por dia costuma passar exposto ao sol?

Menos de 30 minutos-----

Entre 30 minutos a 1 hora--

Entre 1 a 2 horas-----

Entre 2 a 3 horas -----

Entre 3 a 4 horas-----

Entre 4 a 5 horas-----

Mais de 5 horas-----

3. Tem conhecimento de algum dos efeitos nocivos da exposição solar?

Envelhecimento da pele  Sim  Não

Urticária solar  Sim  Não

Erupção polimorfa solar  Sim  Não

Reticulóide actínico  Sim  Não

Prurigo Actínico  Sim  Não

Cancro da pele  Sim  Não

Erupção juvenil da primavera  Sim  Não

4. Assinale com uma cruz (X) a resposta que achar mais adequada.

Afirmações	Sempre	Quase sempre	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Costuma aplicar protector solar?					
Aplica protector solar 15 a 30 minutos antes da exposição solar?					
Aplica protector solar a cada 2 a 3 horas de exposição, ou quando este é removido pela água?					
Quando está numa zona fluvial, com que frequência permanece num local com sombra?					
Com que frequência usa chapéu para proteger o rosto, orelhas e pescoço?					
Com que frequência usa óculos de sol para proteger os olhos?					
Com que frequência costuma ficar exposto ao sol nas horas de maior calor (entre as 11 e as 16 horas)?					
Com que frequência costuma colocar protector solar no nariz, lóbulos das orelhas, bochechas e na testa?					
Com que frequência costuma realizar o auto exame da pele?					