

Fatores associados a conhecimento, atitude e prática de idosos sobre prevenção do câncer de pele

Factors associated with older adults' knowledge, attitude and practice on skin cancer prevention

Factores asociados al conocimiento, actitud y práctica de los ancianos sobre la prevención del cáncer de piel

Antonia Imaculada Santos Serafim^I

ORCID: 0000-0001-5745-1564

Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva^{II}

ORCID: 0000-0002-3350-3195

Regina Kelly Guimarães Gomes Campos^{III}

ORCID: 0000-0002-2863-1002

Paulo Goberlânio de Barros Silva^{IV}

ORCID: 0000-0002-1513-9027

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro^I

ORCID: 0000-0001-7022-8391

Consuelo Helena Aires de Freitas Lopes^{III}

ORCID: 0000-0002-6825-4686

Huana Carolina Cândido Morais^{IV}

ORCID: 0000-0001-6435-1457

Aline de Oliveira de Freitas^{IV}

ORCID: 0000-0002-1811-970X

^ICentro Universitário INTA. Sobral, Ceará, Brasil.

^{II}Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{III}Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^{IV}Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Acarape, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Serafim AIS, Maniva SJCF, Campos RKG, Silva PGB, Pinheiro PNC, Lopes CHAF, et al. Factors associated with older adults' knowledge, attitude and practice on skin cancer prevention. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20220606. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0606pt>

Autor Correspondente:

Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva
E-mail: samia.jardelle@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 30-10-2022

Aprovação: 12-02-2023

RESUMO

Objetivos: identificar fatores associados a conhecimento, atitude e prática de idosos sobre a prevenção do câncer de pele. **Métodos:** estudo transversal, realizado com 120 idosos de uma Unidade Básica de Saúde em Quixadá, Ceará, de setembro a novembro de 2018. **Resultados:** indivíduos na faixa etária de 60 a 69 anos e trabalhando estiveram associados estatisticamente ao conhecimento adequado ($p=0,038$). O fato de ter pele, olhos e cabelos claros estava associado à atitude adequada ($p=0,030$). Ter problemas de pele, do tipo ferida sangrante, estava associado à prática adequada ($p=0,016$). Acerca das condutas inadequadas para a prevenção do câncer de pele, observou-se associação estatisticamente significativa entre trabalhar ou já ter trabalhado sob exposição direta ao sol, conhecimento inadequado ($p=0,036$), atitude inadequada ($p=0,010$), ter o ensino fundamental incompleto e prática inadequada ($p<0,001$). **Conclusões:** fatores sociodemográficos e clínicos influenciam no conhecimento, atitude e prática de idosos sobre a prevenção do câncer de pele. **Descritores:** Neoplasias Cutâneas; Idoso; Conhecimento; Atitude; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to identify factors associated with older adults' knowledge, attitude and practice regarding skin cancer prevention. **Methods:** this is a cross-sectional study, carried out with 120 older adults from a Basic Health Unit in Quixadá, Ceará, from September to November 2018. **Results:** individuals aged 60 to 69 years and working were statistically associated with adequate knowledge ($p=0.038$). Having light skin, eyes and hair was associated with adequate attitude ($p=0.030$). Having skin problems, such as bleeding wounds, was associated with adequate practice ($p=0.016$). With regard to inappropriate behavior for skin cancer prevention, there was a statistically significant association between working or having worked under direct exposure to the sun, inadequate knowledge ($p=0.036$), inadequate attitude ($p=0.010$) and having incomplete primary education and inadequate practice ($p<0.001$). **Conclusions:** sociodemographic and clinical factors influence older adults' knowledge, attitude and practice regarding skin cancer prevention. **Descriptors:** Skin Neoplasms; Aged; Knowledge; Attitude; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: identificar factores asociados al conocimiento, actitud y práctica de los ancianos en relación a la prevención del cáncer de piel. **Métodos:** estudio transversal, realizado con 120 ancianos de una Unidad Básica de Salud de Quixadá, Ceará, de septiembre a noviembre de 2018. **Resultados:** los individuos de 60 a 69 años y que trabajaban se asociaron estadísticamente con conocimientos adecuados ($p=0,038$). Tener piel, ojos y cabello claros se asoció con una actitud adecuada ($p=0,030$). Tener problemas en la piel, como heridas sangrantes, se asoció con una práctica adecuada ($p=0,016$). Sobre conductas inapropiadas para la prevención del cáncer de piel, hubo asociación estadísticamente significativa entre trabajar o haber trabajado bajo exposición directa al sol, conocimientos inadecuados ($p=0,036$), actitud inadecuada ($p=0,010$), tener instrucción primaria incompleta y práctica inadecuada ($p<0,001$). **Conclusiones:** los factores sociodemográficos y clínicos influyen en el conocimiento, la actitud y la práctica de los ancianos respecto a la prevención del cáncer de piel. **Descritores:** Neoplasias Cutáneas; Anciano; Conocimiento; Actitud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O termo “câncer” é abrangente, correspondendo a mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm como característica em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância⁽¹⁾.

Configura-se um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. As estimativas mostram que, no ano de 2020, ocorreram 309.750 casos de câncer em homens e 316.280 casos em mulheres. Dentre os tipos de câncer, destaca-se o de pele. A cada três cânceres diagnosticados, um é de pele⁽²⁾. No Brasil, o câncer de pele não melanoma é o mais frequente, apresentando altos percentuais de cura, quando detectado e tratado precocemente⁽³⁾. Observa-se maior prevalência em pessoas idosas⁽⁴⁾.

O câncer de pele melanoma é menos frequente e tem pior prognóstico, com elevada letalidade. Quando a detecção é precoce, as chances de cura chegam a mais de 90%^(2,5). Assemelha-se a pintas, eczemas ou outras lesões benignas. Para detecção precoce, recomendam-se o autoexame da pele e a avaliação detalhada por profissional de saúde⁽⁶⁾. Para esse tipo de câncer, o envelhecimento populacional e a exposição ultravioleta são fatores contribuintes para o aumento de sua incidência⁽⁷⁾.

Na atualidade, a população mundial passa pela transição demográfica, refletindo o crescimento da população idosa. Define-se como idoso, no Brasil, a pessoa com 60 anos ou mais. Esse é o sexto país com maior número de idosos. Nos últimos 60 anos, houve um aumento de 15 milhões de idosos no país, passando de 4% para 9%, representando um aumento de 33 milhões⁽⁸⁻⁹⁾.

A idade avançada aumenta as chances das pessoas desenvolverem neoplasias cutâneas⁽⁷⁾. Outro fator de risco é a exposição crônica e excessiva à luz solar, que contém quantidade significativa de raios ultravioleta (UV). Esses raios desencadeiam diferentes alterações patológicas na pele. Em virtude disso, é recomendado o uso de protetor solar para evitar os danos à pele e o fotoenvelhecimento induzidos por UV⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Analisar os fatores relacionados ao conhecimento, atitude e prática (CAP) de idosos sobre a prevenção do câncer de pele pode se constituir em uma medida oportuna para planejar e avaliar ações voltadas à educação em saúde. O modelo CAP parte do pressuposto de que um comportamento em saúde se prende a um processo sequencial: tem origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto que leva à formação de uma atitude favorável e à adoção de uma prática de saúde⁽¹²⁾. Portanto, atitudes e práticas adequadas podem atenuar os riscos do aparecimento de lesões cancerígenas, contribuindo para a prevenção das neoplasias cutâneas⁽¹³⁾.

A enfermagem assume papel relevante na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento do câncer de pele nos espaços de cuidado. Para tanto, faz-se necessário que o enfermeiro esteja apto a reconhecer e ensinar à população sobre as manifestações clínicas deste tipo de neoplasia, a fim de favorecer o reconhecimento precoce e a identificação dos casos suspeitos, além de estabelecer metas para minimizar as consequências decorrentes do adoecimento enfrentadas pela pessoa com câncer e sua família, promovendo qualidade de vida e continuidade do cuidado⁽¹⁴⁾.

Diante das considerações acima, o presente estudo se justifica pela mortalidade e morbidade do câncer de pele. Constataram-se

a lacuna do conhecimento sobre estudos que abordem o conhecimento, a atitude e a prática relacionada à prevenção do câncer de pele em idosos. Espera-se que os dados do estudo possam orientar os profissionais e gestores da saúde sobre a importância de promover campanhas educativas para a prevenção do câncer de pele em idosos.

OBJETIVOS

Identificar os fatores associados a CAP de idosos sobre a prevenção do câncer de pele.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacionais⁽¹⁵⁾ e internacionais e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Católica de Quixadá, cujo parecer está anexado à presente submissão.

Desenho, período e local do estudo

Estudo transversal, estruturado na metodologia do inquérito CAP em relação à prevenção do câncer de pele⁽¹⁴⁾, desenvolvido nos meses de setembro e dezembro de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Quixadá, Ceará, Brasil. Para direcionar a apresentação das informações, consideraram-se as diretrizes do *STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology* (STROBE)⁽¹⁶⁾.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A amostragem foi aleatória simples, de conveniência. Foram incluídos idosos com idade maior ou igual a 60 anos e que aceitaram participar espontaneamente da pesquisa. Foram excluídos idosos que possuíam limitação de comunicação que impossibilitasse de responder ao formulário de coleta de dados e aqueles que interromperam a entrevista e não responderam a todas as perguntas do formulário adotado. Para obtenção do cálculo amostral, utilizou-se a fórmula para população finita, a partir dos 250 idosos cadastrados na unidade selecionada para o estudo, e consideraram-se o nível de confiança de 95%, a prevalência estimada dos fenômenos investigados de 50% e a margem de erro de 5%, obtendo-se tamanho amostral de 152 participantes. No entanto, devido a questões logísticas referentes ao não comparecimento dos idosos à unidade de saúde no período da coleta dos dados, obteve-se uma amostra de conveniência com 120 participantes.

Protocolo do estudo

O protocolo de pesquisa utilizado compreendeu a aplicação de um instrumento com informações sociodemográficas e clínicas, elaborado pelos pesquisadores, que subsidiou a definição das variáveis: idade; sexo; escolaridade; profissão; estado civil; doenças crônicas relatadas; uso e tipos de medicamentos; ter problema de pele; tipos de problemas de pele relatados; trabalhar ou já ter trabalhado sob exposição solar; ter pele, olhos e

cabelos claros. A variável idade foi processada como contínua, e as demais, como categóricas.

O formulário do inquérito CAP, contendo questões que avaliavam o CAP de idosos sobre a prevenção de câncer de pele, foi construído com base nos estudos⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Após a elaboração, o instrumento foi submetido à análise por três avaliadores: um médico dermatologista e duas enfermeiras doutoras com experiência na utilização do inquérito CAP. As sugestões elencadas foram incorporadas à versão final do instrumento. O inquérito CAP foi selecionado por identificar dados de uma população específica que esclarecem os conhecimentos, atitudes e práticas biopsicossociais, mostrando caminhos para uma intervenção mais eficaz⁽²⁰⁾.

As variáveis sobre CAP foram assim definidas: 1) conhecimento adequado: quando o idoso referir já ter ouvido falar sobre câncer de pele, prevenção do câncer de pele e conhecer os métodos para prevenção do câncer de pele; 2) atitude adequada: quando o idoso acreditar que o uso do protetor solar, a consulta dermatológica pelo menos uma vez ao ano, o uso de roupas protetoras e o autoexame da pele são ações que sempre são necessárias para a prevenção do câncer de pele; 3) prática adequada: quando o idoso relatar uso de filtro solar com fator de proteção 15, no mínimo, com reaplicação do protetor a cada duas horas, no mínimo; uso de chapéu de abas largas, óculos, calça e camiseta de mangas longas, observação regular da própria pele e evitar exposição solar entre 10 e 16 horas^(7,18,21). Foram consideradas condutas inadequadas quando algum dos itens acima não eram citados ou praticados pelo participante.

Para a coleta de dados, realizou o convite aos idosos para participar da pesquisa, sendo explicitados os objetivos do estudo. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio escrito. Em seguida, foi aplicado o formulário, mediante a técnica de entrevista, a qual teve duração média de 15 minutos.

Análise de resultados e estatística

Os dados foram organizados e tabulados no *Microsoft Excel* e exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, para realização das análises estatísticas, adotando nível de significância de 0,05. Foram calculadas as frequências absoluta e percentual de cada variável, e aplicado o Teste Exato de Fisher para verificar associação estatística entre as variáveis.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos evidenciaram que a maioria era do sexo feminino (57%), tinha o ensino fundamental incompleto (54%), era casada (70%) e não trabalhava (55%). A média de idade foi de 69,8 anos ($\pm 4,7$ anos). Quanto à prevenção do câncer de pele, verificou-se que 68 (57%) possuíam conhecimento adequado, 52 (43%), conhecimento inadequado, 70 (58%), atitude adequada, 50 (42%), atitude inadequada, 20 (17%), prática adequada e 100 (83%), prática inadequada.

Tabela 1 - Associação das características sociodemográficas com o conhecimento, a atitude e a prática adequados de idosos sobre a prevenção do câncer de pele, Quixadá, Ceará, Brasil, 2018

Variáveis sociodemográficas	Conhecimento adequado				Atitude adequada				Prática adequada			
	Total	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p	Não	Sim	Valor de p		
Idade												
60 a 69	69 (57,5%)	21 (45,7%)	48 (64,9%)*	0,038	16 (48,5%)	53 (60,9%)	0,219	64 (57,1%)	5 (62,5%)	0,767		
70+	51 (42,5%)	25 (54,3%)*	26 (35,1%)		17 (51,5%)	34 (39,1%)		48 (42,9%)	3 (37,5%)			
Sexo												
Masculino	52 (43,3%)	16 (34,8%)	36 (48,6%)	0,136	12 (36,4%)	40 (46,0%)	0,343	50 (44,6%)	2 (25,0%)	0,279		
Feminino	68 (56,7%)	30 (65,2%)	38 (51,4%)		21 (63,6%)	47 (54,0%)		62 (55,4%)	6 (75,0%)			
Escolaridade												
Analfabeto	16 (13,3%)	9 (19,6%)	7 (9,5%)	0,149	7 (21,2%)	9 (10,3%)	0,116	16 (14,3%)	0 (0,0%)	<0,001		
Fundamental	19 (15,8%)	4 (8,7%)	15 (20,3%)		6 (18,2%)	13 (14,9%)		17 (15,2%)	2 (25,0%)			
Fundamental incompleto	65 (54,2%)	29 (63,0%)	36 (48,6%)		20 (60,6%)	45 (51,7%)		64 (57,1%)*	1 (12,5%)			
Médio completo	13 (10,8%)	3 (6,5%)	10 (13,5%)		0 (0,0%)	13 (14,9%)		11 (9,8%)	2 (25,0%)*			
Médio incompleto	3 (2,5%)	1 (2,2%)	2 (2,7%)		0 (0,0%)	3 (3,4%)		3 (2,7%)	0 (0,0%)			
Superior completo	3 (2,5%)	0 (0,0%)	3 (4,1%)		0 (0,0%)	3 (3,4%)		1 (0,9%)	2 (25,0%)*			
Superior incompleto	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (1,4%)		0 (0,0%)	1 (1,1%)		0 (0,0%)	1 (12,5%)			
Ocupação												
Trabalha	54 (45,0%)	14 (30,4%)	40 (54,1%)*	0,011	12 (36,4%)	42 (48,3%)	0,242	53 (47,3%)	1 (12,5%)	0,056		
Não trabalha	66 (55,0%)	32 (69,6%)*	34 (45,9%)		21 (63,6%)	45 (51,7%)		59 (52,7%)	7 (87,5%)			
Estado civil												
Casado	84 (70,0%)	33 (71,7%)	51 (68,9%)	0,797	25 (75,8%)	59 (67,8%)	0,313	78 (69,6%)	6 (75,0%)	0,452		
Solteiro	12 (10,0%)	3 (6,5%)	9 (12,2%)		2 (6,1%)	10 (11,5%)		10 (8,9%)	2 (25,0%)			
União estável	4 (3,3%)	1 (2,2%)	3 (4,1%)		0 (0,0%)	4 (4,6%)		4 (3,6%)	0 (0,0%)			
Divorciado	4 (3,3%)	2 (4,3%)	2 (2,7%)		0 (0,0%)	4 (4,6%)		4 (3,6%)	0 (0,0%)			
Viúvo	16 (13,3%)	7 (15,2%)	9 (12,2%)		6 (18,2%)	10 (11,5%)		16 (14,3%)	0 (0,0%)			

*p<0,05, teste exato de Fisher (n, %).

Tabela 2 - Associação entre a ocorrência de doenças crônicas relatadas e o uso de medicamentos de uso contínuo com o conhecimento, a atitude e a prática adequadas de idosos sobre a prevenção do câncer de pele, Quixadá, Ceará, Brasil, 2018

Variáveis	Conhecimento adequado			Valor de p	Atitude adequada		Valor de p	Prática adequada		Valor de p
	Total	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim	
Doenças crônicas autorreferidas										
Não tem doença crônica	15 (12,5%)	5 (10,9%)	10 (13,5%)	0,257	5 (15,2%)	10 (11,5%)	0,421	14 (12,5%)	1 (12,5%)	0,907
Hipertensão	54 (45,0%)	17 (37,0%)	37 (50,0%)		16 (48,5%)	38 (43,7%)		49 (43,8%)	5 (62,5%)	
Diabetes	20 (16,7%)	8 (17,4%)	12 (16,2%)		4 (12,1%)	16 (18,4%)		19 (17,0%)	1 (12,5%)	
Câncer de pele	4 (3,3%)	3 (6,5%)	1 (1,4%)		2 (6,1%)	2 (2,3%)		4 (3,6%)	0 (0,0%)	
Histórico familiar de câncer	8 (6,7%)	2 (4,3%)	6 (8,1%)		0 (0,0%)	8 (9,2%)		7 (6,3%)	1 (12,5%)	
Artrite/reumatismo	9 (7,5%)	5 (10,9%)	4 (5,4%)		4 (12,1%)	5 (5,7%)		9 (8,0%)	0 (0,0%)	
Dor crônica na coluna	8 (6,7%)	4 (8,7%)	4 (5,4%)		2 (6,1%)	6 (6,9%)		8 (7,1%)	0 (0,0%)	
Doença do coração	2 (1,7%)	2 (4,3%)	0 (0,0%)		0 (0,0%)	2 (2,3%)		2 (1,8%)	0 (0,0%)	
Medicamento de uso contínuo										
Sim	94 (78,3%)	35 (76,1%)	59 (79,7%)	0,430	27 (81,8%)	67 (77,0%)	0,740	88 (78,6%)	6 (75,0%)	0,925
Não	25 (20,8%)	10 (21,7%)	15 (20,3%)		6 (18,2%)	19 (21,8%)		23 (20,5%)	2 (25,0%)	
Tipos medicamentos										
Não	25 (20,8%)	10 (21,7%)	15 (20,3%)	0,305	6 (18,2%)	19 (21,8%)	0,898	23 (20,5%)	2 (25,0%)	0,693
Anti-hipertensivo	59 (49,2%)	21 (45,7%)	38 (51,4%)		16 (48,5%)	43 (49,4%)		54 (48,2%)	5 (62,5%)	
Antidiabético	25 (20,8%)	8 (17,4%)	17 (23,0%)		7 (21,2%)	18 (20,7%)		24 (21,2%)	1 (12,5%)	
Analgésicos/anti-inflamatórios	11 (9,2%)	7 (15,2%)	4 (5,4%)		4 (12,1%)	7 (8,0%)		11 (9,8%)	0 (0,0%)	

*p<0,05, teste exato de Fisher (n, %).

Tabela 3 - Associação das características clínicas com o conhecimento, a atitude e a prática adequadas de idosos sobre a prevenção do câncer de pele, Quixadá, Ceará, Brasil, 2018

Variáveis	Conhecimento adequado			Valor de p	Atitude adequada		Valor de p	Prática adequada		Valor de p
	Total	Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim	
Problema de pele autorreferido										
Sim	25 (20,8%)	13 (28,3%)	12 (16,2%)	0,114	10 (30,3%)	15 (17,2%)	0,116	23 (20,5%)	2 (25,0%)	0,764
Não	95 (79,2%)	33 (71,7%)	62 (83,8%)		23 (69,7%)	72 (82,8%)		89 (79,5%)	6 (75,0%)	
Quais problemas de pele										
Não	96 (80,0%)	33 (71,7%)	63 (85,1%)	0,289	23 (69,7%)	73 (83,9%)	0,205	90 (80,4%)	6 (75,0%)	0,016
Descamação de pele	9 (7,5%)	4 (8,7%)	5 (6,8%)		4 (12,1%)	5 (5,7%)		9 (8,0%)*	0 (0,0%)	
Manchas/placas pigmentadas com crostas	11 (8,3%)	7 (13,0%)	4 (5,4%)		6 (15,2%)	5 (5,7%)		11 (8,9%)*	0 (0,0%)	
Ferida sangrante	5 (4,2%)	3 (6,5%)	2 (2,7%)		1 (3,0%)	4 (4,6%)		3 (2,7%)	2 (25,0%)*	
Trabalha ou ter trabalhado sob exposição direta ao sol										
Sim	89 (74,2%)	39 (84,8%)*	50 (67,6%)	0,036	30 (90,9%)*	59 (67,8%)	0,010	85 (75,9%)	4 (50,0%)	0,106
Não	31 (25,8%)	7 (15,2%)	24 (32,4%)*		3 (9,1%)	28 (32,2%)*		27 (24,1%)	4 (50,0%)	
Tem pele, olhos e cabelos claros										
Sim	44 (36,7%)	16 (34,8%)	28 (37,8%)	0,736	7 (21,2%)	37 (42,5%)*	0,030	39 (34,8%)	5 (62,5%)	0,117
Não	76 (63,3%)	30 (65,2%)	46 (62,2%)		26 (78,8%)*	50 (57,5%)		73 (65,2%)	3 (37,5%)	

*p<0,05, teste exato de Fisher.

Observou-se que o intervalo de idade de 60 a 69 anos e trabalhar estava associado estatisticamente ao conhecimento adequado (p=0,038). Entre os idosos que trabalhavam, 37 (68%) se declararam como agricultores. Ter o ensino fundamental incompleto esteve associado à prática inadequada (p<0,001), e ter ensino médio completo (p<0,001) e superior completo (p<0,001) foi associado à prática adequada para prevenção do câncer de pele. Não foi identificada associação significativa da frequência de CAP com as variáveis sexo e estado civil (Tabela 1).

Doenças crônicas autorreferidas pelos idosos e medicamentos de uso contínuo não apresentaram associação estatisticamente significativa com CAP adequados sobre a prevenção do câncer de pele. Observou-se que a principal doença crônica foi a hipertensão arterial (55,8%) e que 3,3% dos idosos informaram o diagnóstico prévio de câncer de pele (Tabela 2).

Trabalhar ou já ter trabalhado sob exposição direta ao sol apresentou associação estatística significativa com não ter conhecimento adequado (p=0,036) e não ter atitude adequada (p=0,010) para prevenção do câncer de pele. Possuir pele, olhos e cabelos claros esteve associado a ter atitude adequada (p=0,030). Ter o problema de pele, do tipo descamação de pele e manchas avermelhadas com crostas estava associado à prática inadequada (p=0,016). Enquanto isso, ter ferida sangrante apresentou associação significativa com ter prática adequada (p=0,016) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Com o envelhecimento populacional e o aumento das neoplasias⁽⁷⁾, torna-se fundamental a identificação de fatores que possam contribuir com a prevenção do câncer de pele. Este

estudo buscou conhecer os fatores associados a CAP dos idosos sobre a prevenção deste tipo de câncer.

Verificou-se que a faixa etária de 60 a 69 anos esteve associada com o conhecimento adequado para prevenção do câncer de pele, enquanto que, nos idosos mais velhos com idade superior a 70 anos, identificou-se conhecimento inadequado. Isso pode ser explicado pelo fato de que, à medida que a idade avança, ocorre perda progressiva da saúde⁽²²⁾, com maior risco de comprometimento cognitivo e incidência de condições crônicas⁽²³⁻²⁴⁾.

Houve distribuição similar quanto ao sexo (mulheres 57% e homens 43%), e não foi identificada associação significativa dessa variável com as demais investigadas. Dados que mostram as diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde já são conhecidos, os quais evidenciam que as mulheres buscam mais os serviços de saúde, enquanto os homens procuram assistência quando há dores ou algum problema de saúde grave⁽²⁵⁾. Medidas preventivas e de diagnóstico precoce para o câncer de pele são necessárias para ambos os sexos⁽²⁶⁾.

Identificou-se baixa escolaridade. A maioria dos idosos possuía ensino fundamental incompleto, o qual foi associado à prática inadequada para prevenção do câncer de pele, enquanto que possuir ensino médio ou superior completo foi associado à prática adequada. A escolaridade dos idosos prevalente no Brasil é o ensino fundamental incompleto, principalmente entre mulheres idosas e moradores das zonas rurais⁽²⁷⁾. Um estudo aponta que, quanto maior a escolaridade, maior é o acesso aos serviços de saúde e melhores são as condições de vida durante o envelhecimento, com menor incidência de doenças⁽²⁸⁾. Tais desigualdades sociais impactam na saúde e bem-estar dos idosos e, portanto, devem ser combatidas⁽²⁹⁾.

Houve associação significativa entre trabalhar e ter conhecimento adequado, ao mesmo tempo em que não trabalhar foi associado a conhecimento inadequado. O crescimento da população idosa trabalhadora foi impulsionado pela nova previdência pública, a qual elevou a idade mínima de aposentadoria do trabalhador⁽³⁰⁾. O envelhecimento é comumente associado ao declínio na capacidade para o trabalho. Contudo, a continuidade de idosos em atividades laborais se relaciona não apenas à melhoria das condições financeiras, mas é considerada algo bom para a saúde. Para tanto, a qualidade do trabalho é um quesito fundamental⁽³¹⁻³²⁾.

Constatou-se que 57% dos idosos possuíam conhecimento adequado em relação à prevenção do câncer de pele, 58%, atitude adequada, e 17%, prática adequada. Esses dados são preocupantes e devem ser considerados nas ações de promoção da saúde e preventivas entre idosos. Pela lógica do CAP, os comportamentos em saúde dependem da aquisição de conhecimento correto que leva a uma atitude favorável que, por sua vez, pode conduzir a práticas saudáveis. Contudo, vários fatores podem influenciar a disposição para determinadas práticas de saúde, como as crenças e os fatores culturais, o acesso aos serviços de saúde e os custos⁽¹²⁾. Diante do exposto, não foi possível determinar o porquê os participantes do estudo tinham bom conhecimento e atitude adequada sobre prevenção do câncer de pele, mas de maneira antagônica, possuíam prática inadequada.

Não foi identificada associação estatística significativa do CAP do idosos com a presença de doenças crônicas e o uso

de medicamentos, apesar de a hipertensão arterial ter sido autorreferida por 55,8% dos participantes. Sabe-se que, com o aumento da longevidade, dois terços dos idosos têm duas ou mais doenças crônicas⁽³³⁾. O impacto da hipertensão arterial na vida do indivíduo é apontado por estudos⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Verificou-se a ocorrência de 3,3% de câncer de pele, por meio de informação autorreferida (sim ou não), não sendo possível identificar o tipo de neoplasia, se melanoma ou não melanoma. Estimativas globais de incidência⁽³⁷⁾ apontam que o câncer de pele é o mais incidente de todos os tipos de câncer, sendo mais comum em homens do que em mulheres, variando entre as regiões do mundo⁽³⁸⁾. Contudo, um estudo brasileiro apontou que o câncer de pele autorreferido por idosos no primeiro diagnóstico foi de 13,9% (IC95%:9,1-20,6) entre os homens e de 17,3% (IC95%:14,2-20,8) entre as mulheres⁽³⁹⁾. Salienta-se que, muitas vezes, as lesões neoplásicas em estágios iniciais podem ser ignoradas pelos indivíduos por assemelhar-se a manchas ou pintas, fazendo com que a avaliação médica das lesões cutâneas seja negligenciada⁽⁴⁰⁾.

Com relação aos problemas de pele autorreferidos, ter descamação da pele e manchas/placas pigmentadas com crostas foi associado estatisticamente à prática inadequada. Isso pode ser explicado pelo fato de que tais alterações cutâneas podem ser o resultado da exposição solar prolongada, com efeito cumulativo dos raios UV, e da falta de adesão a medidas de fotoproteção^(6,41-42).

Destaca-se ainda a ceratose solar ou actínica, caracterizada por manchas ou placas avermelhadas e de textura áspera com crostas frequentes no rosto e nos braços de pessoas com mais de 65 anos^(40,43-44). São lesões com potencial de transformação maligna para câncer de pele não melanoma⁽⁴³⁾. Os idosos relataram alterações cutâneas que se assemelham à descrição de ceratose actínica: "manchas/placas pigmentadas com crostas". Ações voltadas ao diagnóstico precoce têm grande importância. Nesse campo, o enfermeiro deve realizar intervenções educativas para o reconhecimento antecipado de lesões sugestivas⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾.

Possuir ferida sangrante foi associado à prática adequada. A ocorrência de sangramento é comum em diversas alterações cutâneas, entre elas, as feridas tumorais. A infiltração das células neoplásicas torna as lesões friáveis, facilitando o sangramento⁽⁴⁶⁾. O fato de possuir uma ferida sangrante pode afetar o indivíduo, fazendo-o lembrar constantemente da lesão, e ainda a revelar para outras pessoas⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾. Pode-se inferir que isso contribuiu para que os idosos adotassem práticas adequadas para a prevenção do câncer de pele.

Verificou-se que 74,3% dos idosos trabalham ou já haviam trabalhado sob a exposição direta do sol, o que pode ser justificado pela ocupação de agricultor, apontada pela maioria dos idosos que exerciam atividade laboral. Essa variável apresentou associação significativa com não ter conhecimento adequado. Um estudo evidenciou que o número de horas de exposição solar ocupacional está relacionado ao câncer de pele⁽⁴⁹⁾.

A educação em saúde é uma estratégia para aumentar o conhecimento da população e promover mudança de comportamento relacionado com o câncer de pele, principalmente entre idosos. Tal atuação mostra-se promissora para a enfermagem nos diversos cenários de cuidado⁽⁴⁶⁾, e deve se pautar em orientações, como evitar a exposição ao sol sem proteção, especialmente

entre 10 e 15 horas, utilizar filtro solar nas áreas expostas, roupas e acessórios como óculos de sol, chapéu, boné, viseiras e guarda-sol ou sombrinhas, visando à fotoproteção. Outra medida é o autoexame frequente da pele de todo o corpo, à procura de alterações cutâneas⁽⁴⁰⁾.

Observou-se que ter pele, olhos e cabelos claros apresentou associação significativa com ter atitude adequada para o câncer de pele, ao passo que não ter pele e olhos claros foi associado à atitude inadequada. Esse achado pode ser explicado pelo fato de pessoas com tais características possuírem a pele mais vulnerável à ação dos raios solares. Um estudo⁽⁵⁰⁾ evidenciou que a cor mais clara dos olhos e cabelos foi associada ao risco aumentado de melanoma, carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular.

Limitações do estudo

Apesar dos resultados significativos, o estudo apresentou como limitação a ausência de outras investigações que utilizassem o inquérito CAP relacionado à prevenção do câncer de pele, especificamente em idosos. Outra limitação foi o fato de a prevalência do câncer de pele ter sido autorreferida pelos pesquisados, pois muitas lesões em estágios iniciais não são vistas como câncer de pele, o que pode favorecer a não procura pelos serviços de saúde.

Contribuições para as áreas da enfermagem, saúde ou políticas públicas

Com os resultados do presente estudo, fica evidente a necessidade de proporcionar campanhas educativas voltadas à população idosa sobre as medidas de prevenção do câncer de pele, pois se trata de um público vulnerável a essa patologia.

Acredita-se que o monitoramento dos fatores associados poderá subsidiar mudanças políticas e assistenciais na atenção à saúde do idoso no cenário brasileiro, com o intuito de favorecer ações que respaldam a qualidade de vida deste público.

CONCLUSÕES

Conclui-se que o CAP dos idosos sobre prevenção do câncer de pele foram influenciados por diversos fatores, tais como estar na faixa etária de 60 a 69 anos, ter ensino fundamental incompleto, trabalhar ou já ter trabalho sob exposição direto ao sol, ter problemas de manchas/placas pigmentadas com crostas e ferida sangrante, bem como ter pele, olhos e cabelos claros.

A pesquisa identificou a necessidade de ações educativas voltadas à prevenção e ao reconhecimento precoce de alterações cutâneas sugestivas de neoplasia em idosos, tendo em vista a suscetibilidade à doença em função do processo de envelhecimento. A educação em saúde sobre a temática pode ser realizada nos diversos cenários de cuidado, envolvendo o idoso e a família. Nesse contexto, novos estudos são imprescindíveis para direcionar campanhas e ações, objetivando a melhoria no conhecimento, na atitude e na prática, bem como a mudança de comportamento dos idosos.

CONTRIBUIÇÕES

Serafim AIS e Maniva SJCF contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Campos RKG, Pinheiro PNC, Lopes CHAF e Freitas AO contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Silva PGB e Moraes HCC contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. 6. ed. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2020 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-6-edicao-2020.pdf>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro, RJ: INCA; 2019 [cited 2022 Aug 21]. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
3. Santos EGA, Souza CJ, Santos ALS, Santos MIPO, Oliveira TNC. Clinical and epidemiological profile of the elderly undergoing anti-neoplastic chemotherapy attended in a oncology reference hospital of Pará State, Brazil. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. 2017;8(2):47-56. <https://doi.org/10.5123/s2176-62232017000200006>
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Pele não melanoma (taxas brutas) [Internet]. Rio de Janeiro: 2020 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-brutas/pele-nao-melanoma>
5. American Cancer Society. Early detection, diagnosis, and staging [Internet]. Atlanta: 2022 [cited 2022 Jul 24]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/melanoma-skin-cancer/detection-diagnosis-staging.html>
6. Imanichi D, Gasparello Filho JL, Moraes CF, Sotero RC, Gomes LO. Risk factors of non-melanoma skin cancer in the elderly in Brazil. *Diagn Trat* [Internet]. 2017[cited 2022 Jul 20];22(1):3-7. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832424/rdt_v22n1_3-7.pdf
7. Purim KSM, Bonetti JPC, Silva JYF, Marques LB, Pinto MCS, Ribeiro LC. Characteristics of melanoma in the elderl. *Rev Col Bras Cir*. 2020;47. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202441>
8. Reis CS, Noronha K, Wajma S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Rev Bras Estud Popul*. 2016;33(3):591-612. <https://doi.org/10.20947/S0102-30982016c0007>
9. Pettigrew C, Soldan A. Defining cognitive reserve and implications for cognitive aging. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2019;19(1):1. <https://doi.org/10.1007/s11910-019-0917-z>

10. Boo YC. Emerging strategies to protect the skin from ultraviolet rays using plant-derived materials. *Antioxidants*. 2020;18;9(7):637. <https://doi.org/10.3390/antiox9070637>
11. Grether-Beck S, Marini A, Jaenicke T, Krutmann J. Photoprotection of human skin beyond ultraviolet radiation. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2014;30(2-3):167-74. <https://doi.org/10.1111/phpp.12111>
12. Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Knowledge, attitudes and practices regarding the detection of prostate cancer. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):88-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100014>
13. Hung M, Beazer IR, Su S, Bounsanga J, Hon ES, Lipsky MS. An exploration of the use and impact of preventive measures on skin cancer. *Healthcare*. 2022;15;10(4):743. <https://doi.org/10.3390/healthcare10040743>
14. Bezerra VO, Lino AMA, Oliveira RL, Ramos LGA. The nurse's role in skin cancer prevention in primary health care. *Res Soc Dev*. 2021;10(9):e2810917803. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17803>
15. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2012 [cited 2022 Jul 25]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med*. 2007;16;147(8):573-7. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
17. Margotto FS, Silva HP, Meireles RS, Neugebauer MGFP, Abrahão GF, Rauber JL. Sun exposure and skin cancer risk factors: Habits and awareness of the population participating in the skin cancer prevention campaign in Morro Redondo, RS. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 28];60(1):32-37. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/831221/fotoexposicao-e-fatores-de-risco-para-cancer-de-pele-32-37.pdf>
18. Vaz MRC, Bonow CA, Piexak DR, Kowalczyk S, Vaz JC, Borges AM. Skin cancer in rural workers: nursing knowledge and intervention. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(4):564-71. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000400005>
19. Malak AT, Yildirim P, Yidiz Z, Bektas M. Effects of training about skin cancer on farmers' knowledge level and attitudes. *Asian Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jan 22];12:117-20. Available from: http://journal.waocp.org/article_25484_ca0820fa0df63de0d5942464b250510c.pdf
20. Ribeiro KF, Moura MS, Brandão RG, Nicolau AI, Aquino PD, Pinheiro AK. Conhecimento, atitude e prática de acadêmicas de enfermagem sobre o exame de Papanicolau. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(2):460-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-07022013000200023>
21. Sideris E, Thomas SJ. Patients' sun practices, perceptions of skin cancer and their risk of skin cancer in rural Australia. *Health Promot J Austr*. 2020;31(1):84-92. <https://doi.org/10.1002/hpja.253>
22. Reis CB, Jesus RS, Silva CSO, Pinho L. Health conditions of young and old elderly. *Rev Rene*. 2016;17(1):120-7. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100016>
23. Cai Y, Song W, Li J, Jing Y, Liang C, Zhang L, et al. The landscape of aging. *Sci China, Life Sci*. 2022; 65:1-101. <https://doi.org/10.1007/s11427-022-2161-3>
24. Machado JC, Ribeiro RCL, Cotta RMM, Leal PFG. Cognitive decline of aged and its association with epidemiological factors in the city of Viçosa, Minas Gerais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(1):109-21. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000100012>
25. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Gender and racial inequalities in the access to and the use of Brazilian health services. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(9):4021-32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>
26. Constante HM, Bastos JL. Mapping the margins in health services research: how does race intersect with gender and socioeconomic status to shape difficulty accessing health care among unequal Brazilian states? *Int J Health Serv*. 2021;51(2):155-66. <https://doi.org/10.1177/0020731420979808>
27. Garbaccio JL, Tonaco LAB, Estevão GW, Barcelos BJ. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):724-32. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149>
28. Santos VP, Lima WR, Rosa RS, Souza BIC, Boery RNSO, Ciosak SI. Health profile in very elderly people with social vulnerability in the community. *Rev Cuid*. 2018;9(3):2322-2337. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.542>
29. Sousa NFS, Lima MG, Barros MBA. Social inequalities in indicators of active aging: a population-based study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(suppl 3):5069-80. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.24432019>
30. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias [Internet]. Brasília: 2019 [cited 2022 Aug 23]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm
31. Pazos PFB, Bonfatti RJ. Elderly, work and worker health in Brazil: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(6):1-9. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200198>
32. Fischer FM, Martinez MC, Alfredo CH, Silva-Junior JS, Oakman J, Cotrim T, et al. Aging and the future of decent work. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):8898. <https://doi.org/10.3390/ijerph18178898>
33. Barroso WKS, Rodrigues CSI, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Brazilian guidelines of hypertension. *Arqui Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>

34. Sousa ALL, Batista SR, Sousa AC, Pacheco JAS, Vitorino PVO, Pagotto V. Hypertension prevalence, treatment and control in older adults in a brazilian capital city. *Arqui Bras Cardiol.* 2019;112(3):271-8. <https://doi.org/10.5935/abc.20180274>
35. Malachias MVB. The challenges of controlling arterial hypertension in the elderly. *Arqui Bras Cardiol.* 2019;112(3):279-280. <https://doi.org/10.5935/abc.20190020>
36. Schenker M, Costa DH. Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019; 24(4):1369-1380. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
37. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
38. Braz IF, Gomes RA, Azevedo MS, Alves FD, Seabra DS, Lima FP, et al. Analysis of cancer perception by elderly people. *Einstein (São Paulo).* 2018;16(2):1-7. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018AO4155>
39. Bergamo-Francisco PM, Friestino JKO, Ferraz RO, Bacurau AGM, Stopa SR, Moreira-Filho DC. Prevalence of diagnosis and types of cancer in the elderly: data from National Health Survey 2013. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020; 23(2):1-12. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023>
40. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Câncer de pele [Internet]. Rio de Janeiro: SBD; 2022 [cited 2022 Jul 13]. Available from: <https://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>
41. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Cuidados com a pele da pessoa idosa [Internet]. Rio de Janeiro: SBD; 2022 [cited 2022 Aug 10]. Available from: <https://www.sbd.org.br/mm/cms/2019/03/18/cartilha2sbd-cuidados-da-pessoa-idososite.pdf>
42. Modenese A, Korpinen L, Gobba F. Solar radiation exposure and outdoor work: an underestimated occupational risk. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(10):2063. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102063>
43. Eisen DB, Asgari MM, Bennett DD, Connolly SM, Dellavalle RP, Freeman EE, et al. Guidelines of care for the management of actinic keratosis. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2021; 85(4):e209-e233. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.02.082>
44. Englert C, Hughes B. A review of actinic keratosis for the nurse practitioner: diagnosis, treatment, and clinical pearls. *J Am Acad Nurse Pract.* 2012;24(5):290-6. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00686.x>
45. Lam K, Coomes EA, Nantel-Battista M, Kitchen J, Chan AW. Skin cancer screening after solid organ transplantation: Survey of practices in Canada. *Am J Transplant.* 2019;19(6):1792-7. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00686.x>
46. Ferreira Junior J, Polakiewicz RR, Fuly PSC. Tumoral wounds and their implications on nursing care. *Rev Enferm Atual Derm.* 2019;85(23):1-2. <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.85-n.23-art.577>
47. Soares RS, Cunha DAO, Fuly PSC. Nursing care with neoplastic wounds. *Rev Enferm UFPE.* 2019;13(1):3456-63. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v01i01a236438p3456-3463-2019>
48. Rodrigues CR, Silva EBG, Santos MS, Miguel JL, Almeida CG, Souza LA. Percepções e manejo do enfermeiro no cuidado ao paciente com ferida oncológica: revisão integrativa. *Rev Saúde Foco [Internet].* 2021 [cited 2022 Jul 22];12:201-10. Available from: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2021/06/PERCEP%C3%87%C3%95ES-E-MANEJO-DO-ENFERMEIRO-NO-CUIDADO-AO-PACIENTE-COM-FERIDA-ONCOL%C3%93GICA-p%C3%A1g-201-%C3%A0-210.pdf>
49. Ferreira FR, Nascimento LFC, Rotta O. Risk factors for nonmelanoma skin cancer in Taubaté, SP: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(4):431-7. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000400018>
50. Li Y, Li WQ, Li T, Qureshi AA, Cho E. Eye color and the risk of skin cancer. *Cancer Causes control.* 2022;33(1):109-16. <https://doi.org/10.1007/s10552-021-01508-z>