



CÂNCER DE PELE EM PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CAMPINA GRANDE: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Letícia Silveira Rabello de Oliveira ¹, Alana Abrantes Nogueira de Pontes ²

RESUMO

O câncer de pele é uma das neoplasias malignas mais comuns no mundo e é uma importante preocupação de saúde pública. Os três tipos mais comuns de câncer de pele, em ordem de incidência, são: carcinoma basocelular (CBC), carcinoma espinocelular (CEC) e melanoma. Objetivou-se descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com câncer de pele atendidas no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) durante o tempo da pesquisa. Tratou-se de um estudo de corte transversal, observacional, de cunho prospectivo e retrospectivo, com análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos, realizado na unidade pública HUAC em Campina Grande-PB. A amostra foi composta por pacientes atendidos, diagnosticados e/ou tratados com câncer de pele nos ambulatórios de dermatologia e pequenas cirurgias, utilizando uma ficha de entrevista elaborada especificamente para esta pesquisa, totalizando uma amostra de 92 indivíduos. A faixa etária compreendida entre 60 e 70 anos de idade foi a mais encontrada; o gênero predominante foi o masculino em 63% dos avaliados; a profissão mais frequente foi agricultor(a) (52%); os fototipo I, II e III tiveram igual incidência; e o CBC foi diagnosticado em mais de 65% da amostra estudada compatível com a literatura vigente. Conclui-se então que houve predomínio do gênero masculino, fototipos mais baixos, a faixa etária entre a sexta e sétima década de vida, sendo mais agricultores e o tipo de câncer de pele que prevaleceu foi o CBC. Este poderá dar subsídio para trabalhos futuros visando detecção precoce e prevenção otimizada.

Palavras-chave: Câncer de pele, Dermatologia, Epidemiologia.

¹Graduanda do curso de Medicina, UAMED, CCBS, UFCG, Campina Grande, PB, e-mail: leticiasabello@gmail.com

²Doutora, Professora Adjunta do Curso de Medicina da UFCG, UAMED, CCBS, UFCG, Campina Grande, PB, email: alana@terra.com.br

**SKIN CANCER IN PATIENTS ATTENDED AT THE UNIVERSITY HOSPITAL OF
CAMPINA GRANDE: CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PROFILE.**

ABSTRACT

Skin cancer is one of the most common malignancies in the world and is an important public health concern. The three most common types of skin cancer, in order of incidence, are: basal cell carcinoma (BCC), squamous cell carcinoma (SCC), and melanoma. The objective was to describe the clinical-epidemiological profile of patients with skin cancer treated at the Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) during the research period. This was a cross-sectional, observational, prospective and retrospective study, with quantitative and qualitative analysis of the data obtained, carried out at the HUAC public unit in Campina Grande-PB. The sample consisted of patients seen, diagnosed and/or treated with skin cancer in the outpatient clinics of dermatology and minor surgery, using an interview form specifically designed for this research, totaling a sample of 92 individuals. The age group between 60 and 70 years old was the most found; the predominant gender was male in 63% of those evaluated; the most frequent profession was farmer (52%); phototypes I, II and III had the same incidence; and BCC was diagnosed in more than 65% of the studied sample, consistent with current literature. It is concluded that there was a predominance of males, lower phototypes, the age group between the sixth and seventh decade of life, being more farmers and the type of skin cancer that prevailed was BCC. This may provide support for future studies aimed at early detection and optimized prevention.

Keywords: Skin Cancer, Epidemiology, Dermatology.

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é uma das neoplasias malignas mais comuns no mundo e é uma importante preocupação de saúde pública. Segundo a OMS, a incidência de melanoma está aumentando mais rapidamente do que qualquer outro câncer importante no Brasil e no mundo (BRINKER; FARIA; GATZKA; FARIA; HEPPT; KIRCHBERGER; SCHADENDORF; NAKAMURA; BUSLAFF; LISBOA, 2018). Globalmente, ocorrem anualmente cerca de 350.000 melanomas e 13 milhões de cânceres de pele não melanoma, levando a aproximadamente 81.000 mortes. (SILVA; TAVARES; PAULITSCH; ZHANG, 2018)

Os três tipos mais comuns de câncer de pele, em ordem de incidência, são: carcinoma basocelular (CBC), carcinoma espinocelular (CEC) e melanoma. O CBC e o CEC representam as duas neoplasias malignas mais comuns na pele e são frequentemente agrupadas sob o termo genérico câncer não melanoma. São as neoplasias mais comuns em todo o mundo, com uma incidência anual que excede todas as outras doenças combinadas. É bem estabelecido que a exposição solar cumulativa pode ser mais causalmente relacionada ao desenvolvimento de CEC, pois resulta em danos ao DNA induzido por UV. Já a intensa exposição inter-recreativa ao sol (ou seja, resultando em queimaduras solares) e a exposição durante a infância podem ser fundamentais para o desenvolvimento de CBCs. (BRANDT; MOORE, 2019)

Nos últimos 10 anos, o câncer de pele tem sido a neoplasia maligna mais frequente no Brasil e no mundo. A cada ano, há mais casos novos de câncer de pele do que a incidência combinada de câncer de mama, próstata, pulmão e cólon. Estima-se que 188.000 novos casos de câncer de pele no Brasil em 2016. (SILVEIRA; MAUAD, 2019)

Aproximadamente 90% dos melanomas estão associados à exposição aos raios UV, em particular à frequência de queimaduras solares graves, e são, portanto, altamente evitáveis. Vários estudos mostraram que o uso diário de filtro solar com fator de proteção solar (FPS) acima de 30, conforme recomendado pelas diretrizes internacionais de dermatologia, pode prevenir queimaduras solares e câncer de pele, incluindo melanoma.

O Brasil possui um dos mais altos índices de UV do mundo; além disso, o bronzeamento é estabelecido culturalmente e os brasileiros geralmente experimentam super exposição desprotegida ao sol, especialmente na infância e adolescência. (BRINKER; FARIA; GATZKA; FARIA; HEPPT; KIRCHBERGER; SCHADENDORF; NAKAMURA; BUSLAFF; LISBOA, 2018)

Sabendo que os cânceres de pele são entidades patológicas cada vez mais incidentes no âmbito global, em especial em um país de clima tropical e em região equatorial a qual se encaixa o Brasil, enfatiza-se seu caráter alarmante na saúde pública da população brasileira. Suas sequelas graves podem acometer danos na autoimagem do indivíduo, além de alto risco de mortalidade, em certos casos. No entanto, ainda há subnotificação, atraso no diagnóstico e escassos estudos que demonstrem precisamente a epidemiologia da doença, em especial na região nordeste, em que a incidência solar é alta e as atividades laborais favorecem a exposição solar, aumentando o risco de malignidades.

Diante disso, faz-se necessário estudar mais profundamente essas entidades nosológicas, bem como avaliar os diversos casos encontrados em nossa região para análise de perfil clínico e epidemiológico, além de fatores preditivos da doença encontrados nesta população. Esta busca por maior conhecimento da doença poderá contribuir para o diagnóstico precoce, bem como servir de subsídio para estudos futuros no nordeste brasileiro.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, observacional, de cunho prospectivo e retrospectivo, com análise quantitativa e qualitativa dos dados obtidos.

O estudo foi realizado em uma unidade pública de saúde – Hospital Universitário Alcides Carneiro - da cidade de Campina Grande, que está situada a aproximadamente 112 km da capital Paraibana. A população estimada em 2021 é de 413.830 habitantes (“IBGE”, 2022).

A amostra foi composta por pacientes atendidos e diagnosticados com câncer de pele nos ambulatórios de dermatologia e pequenas cirurgias do Hospital Universitário Alcides Carneiro da cidade de Campina Grande – PB, no período de

setembro de 2021 a julho de 2022, além dos pacientes já avaliados no estudo de 2020-2021.

Para a coleta dos dados foi utilizada ficha de entrevista elaborada especificamente para esta pesquisa, contendo divisão entre dados da pesquisa, dados de identificação e sociodemográficos, dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais e, por fim, hábitos de vida. Adicionalmente, alguns prontuários foram consultados para verificação de dados fornecidos pelo médico assistente que tenha atendido previamente o paciente e objeto deste estudo e esteja em acompanhamento. Após coleta de dados, todas as informações foram armazenadas em base de dados e analisadas através do programa Excel para Windows.

Como critérios de inclusão para ocupar lugar na amostra, foram utilizados os seguintes:

- Pacientes atendidos ou em acompanhamento com hipótese diagnóstica ou diagnóstico de câncer de pele nos ambulatórios de dermatologia e de pequenas cirurgias do Hospital Universitário Alcides Carneiro da cidade de Campina Grande – PB, no período de setembro de 2021 a julho de 2022;
- Pacientes que tenham sido incluídos no estudo sobre câncer de pele do ano de 2020-2021;
- Pacientes com idade igual ou superior a 18 anos;
- Pacientes de todos os gêneros;
- Pacientes que aceitem assinar o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

E como critérios de exclusão:

- Pacientes que tiveram hipótese diagnóstica inicial de câncer de pele e avaliações posteriores e/ou o próprio estudo anatomopatológico levaram a diagnósticos alternativos;
- Paciente que não tenha fornecido informações suficientes durante a entrevista inviabilizando a análise dos dados;
- Pacientes menores de 18 anos de idade;
- Pacientes que se negarem a assinar o TCLE.

Em toda pesquisa envolvendo seres humanos de forma direta e/ou indireta podem ocorrer riscos de graus variados. Nesta pesquisa, as pesquisadoras tomaram os devidos cuidados para minimizar tais riscos, como: não houve cópia física de prontuários, as consultas aos prontuários ocorreram sem a presença de terceiros e todas as fichas foram mantidas sob sigilo e acessadas somente pelas pesquisadoras. Nas fichas de coleta de dados não houve identificação nominal do paciente. Tal identificação ocorreu apenas pelo número de prontuário e número na pesquisa, prevenindo, assim, exposição às pessoas envolvidas.

Em contrapartida, os benefícios são amplos, visto que a incidência de câncer de pele tem sido observada em níveis crescentes e tal tipo de pesquisa não foi ainda descrito na cidade de Campina Grande, ou sequer na região nordeste. A partir da descrição atualizada pode-se caracterizar a doença no âmbito local gerando dados que subsidiem a elaboração de estratégias diagnósticas e/ou terapêuticas apropriadas para microrregião.

DESENVOLVIMENTO

O presente trabalho visa descrever o perfil clínico (classificação da pele, tipo histológico do câncer de pele, características e localização das lesões, presença de fatores predisponentes e histórico de saúde) de pessoas que apresentam câncer de pele atendidas no HUAC. Além de descrever o perfil epidemiológico (gênero, faixa etária, estado civil, procedência, profissão e hábitos de vida), bem como avaliar dentre os tipos de cânceres de pele encontrados nessa população estudada, qual o mais prevalente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No período de março de 2020 até julho de 2022, após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), com número do CAAE: 4512.9921.4.0000.5182, foram entrevistados 92 pacientes que tiveram a hipótese diagnóstica de câncer de pele, melanoma ou não melanoma, nos ambulatórios de dermatologia e pequenas cirurgias do HUAC.

Na ficha de entrevista, para que fosse traçado um perfil

clínico-epidemiológico fidedigno, foram incluídos dados de identificação e sociodemográficos, dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, além de hábitos de vida e histórico de saúde.

Em relação às informações sociodemográficas, foram observadas na maioria, residentes da cidade de Campina Grande-PB (39,13% da amostra), porém como esta se trata de um polo de saúde para o estado, também foram atendidos pacientes de diversas cidades circunvizinhas, além de 6 deles que referiram morar especificamente em áreas da zona rural de Campina Grande-PB. A maioria da amostra é do sexo masculino, cerca de 63%, e com faixa etária média entre a 6ª e 7ª década de vida (superior a 30% da amostra), porém a interpretação desta prevalência é alterada quando relaciona com as hipóteses diagnósticas de forma singular, que em CBC continuou a mesma faixa de idade na amostra total, porém o CEC teve igual prevalência nas faixas etárias entre a 4ª e 6ª, 7ª e 8ª e superior a 8ª década de vida, e na hipótese de melanoma os pacientes acometidos eram mais jovens, abaixo da 6ª década de vida.

Sobre a cor/raça, a maioria dos pacientes eram autodeclarados brancos (63,04%) e pardos (36,96%), e nenhum deles se autodeclararam pretos, sendo um possível retrato das raízes culturais e étnicas encontradas na microrregião, além da melanina ser um fator protetor para a patologia estudada neste estudo, mesmo que um fototipo mais alto não exclua a possibilidade de desenvolvimento de cânceres de pele. Possivelmente por se tratar de um hospital público vinculado ao Sistema Único de Saúde da região interiorana, a maior parte dos pacientes estudados tinham nível de escolaridade inferior, com quase 80% deles sendo não alfabetizados ou cessaram os estudos após completar o primário. Além de a renda familiar ser, em aproximadamente 35% da amostra, composta por menos de um salário-mínimo, e 42,39% entre 1 e 3 salários. Aproximadamente 15% destes garantem sua renda familiar apenas com o valor do programa Bolsa Família.

Mais da metade dos pacientes (52,17%) referiram a agricultura como atividade laboral principal, e demais outras profissões que apareceram na amostra, em sua maioria, tinham relação direta ou indireta com a exposição excessiva e inadequada à radiação solar, como pintor, pedreiro, motorista, vendedor ambulante, etc.

Tabela 1. Dados sociodemográficos de acordo com a hipótese diagnóstica

Variáveis	CBC (n=60)		CEC (n=14)		Melanoma (n=8)		CEC e CBC (n=6)		Melanoma e outro (n=4)		Total (n=92)	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Município de residência												
Campina Grande	22	36,67	4	28,57	4	50	4	66,67	2	50	36	39,13
Zona rural	6	10	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6,52
Outras cidades	32	53,33	10	71,43	4	50	2	33,33	2	50	50	54,35
Sexo												
Masculino	38	63,33	10	71,43	6	75	2	33,33	2	50	58	63,04
Feminino	22	36,67	4	28,57	2	25	4	66,67	2	50	34	36,96
Idade												
40-60 anos	16	26,67	4	28,57	6	75	2	33,33	0	0	28	30,04
61-70 anos	26	43,33	2	14,29	0	0	0	0	1	25	29	31,52
71-80 anos	10	16,67	4	28,57	2	25	0	0	1	25	17	18,48
Acima de 80 anos	8	13,33	4	28,57	0	0	4	66,67	2	50	18	19,56
Cor/Raça autodeclarada												
Branco(a)	34	56,66	12	85,71	5	62,5	4	66,67	3	75	58	63,04
Pardo(a)	26	44,74	2	14,29	3	37,5	2	33,33	1	25	34	36,96
Nível de instrução												
Não alfabetizado	20	33,33	6	42,86	2	25	4	66,67	3	75	35	38,04
Primário completo	29	48,33	3	21,43	2	25	2	33,33	1	25	37	40,22
Secundário completo	7	11,67	4	28,57	1	12,5	0	0	0	0	12	13,04
Graduado	3	5	1	7,14	3	37,5	0	0	0	0	7	7,60
Pós-graduado	1	1,67	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,10
Número de coabitantes												
0	8	13,33	1	7,14	1	12,5	2	33,33	0	0	12	13,04
1-2	32	53,33	5	35,71	5	62,5	2	33,33	3	75	47	51,09
mais de 2	20	20,33	8	57,15	2	25	2	33,33	1	25	33	35,87
Renda familiar												
Bolsa Família	10	16,67	1	7,14	0	0	0	0	1	25	12	13,04
até 1 salário mínimo	25	41,67	3	21,42	1	12,5	2	33,33	1	25	32	34,78
De 1-3 salários	22	36,67	5	35,71	6	75	4	66,67	2	50	39	42,39
Mais de 3 salários	3	5	5	35,71	1	12,5	0	0	0	0	9	9,78
Profissão												
Agricultor(a)	30	50	10	71,43	4	50	2	33,33	2	50	48	52,17
Outra	30	50	4	28,57	4	50	4	66,67	2	50	44	47,83

CBC: Carcinoma basocelular; CEC: Carcinoma espinocelular

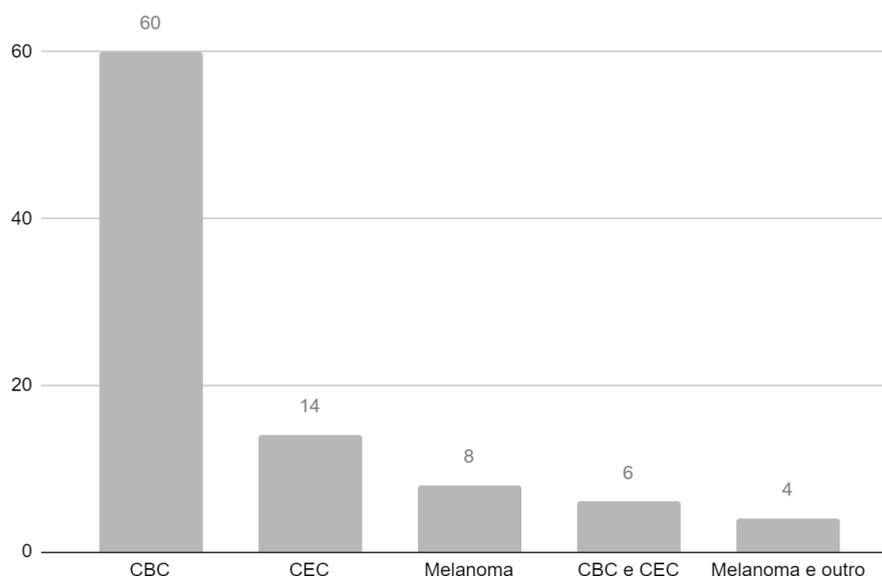
Fonte: Própria

Os dados sociodemográficos estão descritos acima, na Tabela 1, sendo dividida de acordo com a hipótese diagnóstica de câncer de pele no momento do exame físico com o serviço de dermatologia, sendo eles CBC, CEC e Melanoma, ou mais de uma lesão com diferentes diagnósticos.

No que se refere aos dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, primeiramente aponta-se que o câncer de pele mais prevalente na amostra foi condizente com os dados encontrados nos estudos, o carcinoma de células basaloídes, responsável por 65,22% dos casos quando comparado a amostra total, 81,08% quando comparado apenas aos cânceres não melanoma. Em segundo lugar de prevalência, esteve o CEC, com um total de 14 pacientes, compreendendo 15,22% da amostra total e 18,92% dos cânceres não melanoma. Além disso, em seis dos pacientes foram encontradas múltiplas lesões, coexistindo o diagnóstico clínico de CBC e CEC em diferentes localizações. No espaço temporal da pesquisa, mais oito pacientes tiveram o diagnóstico clínico de melanoma, que em sua totalidade retornaram ao serviço com biópsia excisional condizente com a suspeita clínica. Por fim, quatro pacientes coexistiram com o diagnóstico prévio ou suspeita clínica atual que se confirmou de melanoma e outras lesões carcinomatosas não melanoma.

O Gráfico 1 ilustra os tipos de cânceres encontrados nas hipóteses diagnósticas do dermatologista no momento do Exame Físico dos pacientes da amostra.

Gráfico 1. Diagnóstico clínico da amostra.

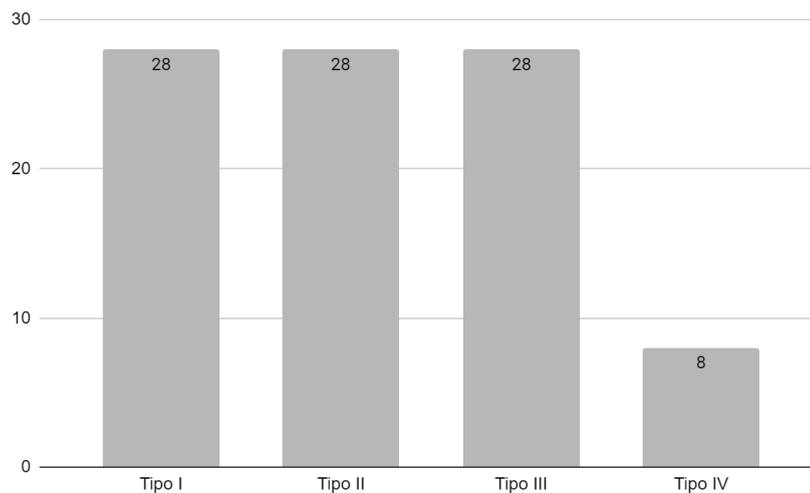


CBC: Carcinoma basocelular; CEC: Carcinoma espinocelular.

Fonte: Própria

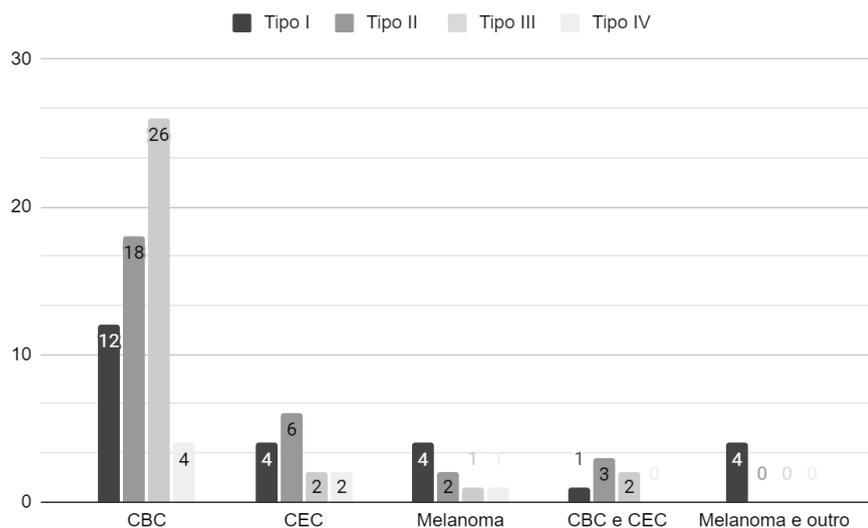
Devido à alta miscigenação da população brasileira, outro critério escolhido para avaliação dos pacientes com câncer de pele foi a classificação do fototipo de Fitzpatrick, que leva em consideração a resposta individual à radiação solar, como a queimadura ou bronzeamento, além da tonalidade da pele. O Gráfico 2 ilustra o perfil do fototipo na população estudada. Já o Gráfico 3 relaciona os fototipos com o diagnóstico anatomopatológico que os pacientes receberam.

Gráfico 2. Fototipo (Classificação de Fitzpatrick) da população estudada.



Fonte: Própria

Gráfico 3. Fototipo (Classificação de Fitzpatrick) em relação ao diagnóstico.

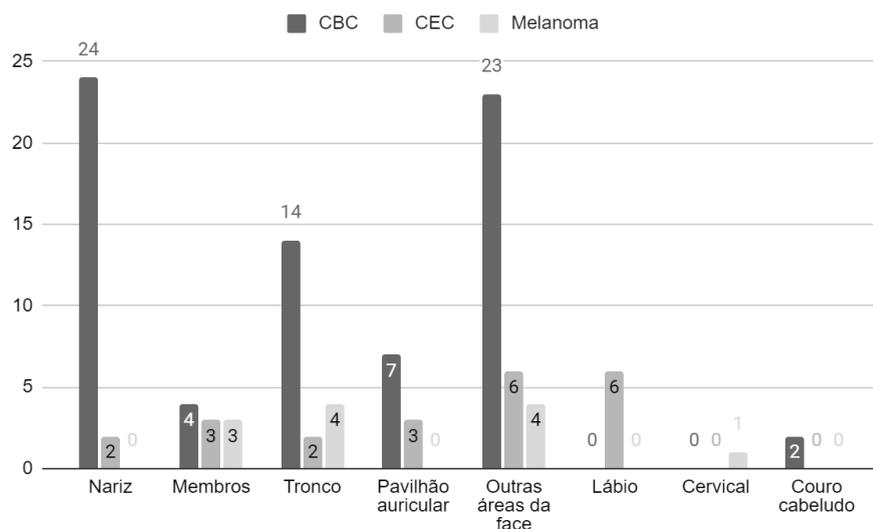


CBC: Carcinoma basocelular; CEC: Carcinoma espinocelular

Fonte: Própria

No que tange à localização dessas lesões suspeitas que levaram ao diagnóstico clínico de câncer de pele, cada tipo tem uma localização mais incidente, porém de forma geral podemos dizer que, como apontam estudos epidemiológicos, é mais comum em regiões expostas ao sol, como em face e tronco. Porém, se analisarmos de forma individualizada, percebemos que, nesta amostra, o CBC é mais comum em área nasal, enquanto que não apareceu na região labial; e o contrário acontece com os casos de CEC, que foram mais encontrados em lábio, porém em menor incidência no nariz. Já os casos de Melanoma, tiveram iguais incidências a região do tronco, que geralmente não fica constantemente exposta ao sol, principalmente no sexo feminino, e região da face, constantemente exposta à radiação solar. Demais localizações de cada tipo de câncer desta amostra são especificados no Gráfico 4.

Gráfico 4. Localização das lesões em relação ao diagnóstico clínico.



CBC: Carcinoma basocelular; CEC: Carcinoma espinocelular
 Fonte: Própria

Por fim, foram perguntados os hábitos de vida e o histórico de saúde dos pacientes de uma forma global, tais como histórico de tabagismo e alcoolismo, além de situações que aumentam o risco para câncer de pele como histórico de radioterapia e transplante renal, e em especial histórico de exposição solar, queimaduras solares, proteção física e química para radiação ultravioleta, etc. Tais hábitos e os padrões de aparecimento nesta amostra são especificados na Tabela 2 abaixo e em especial o histórico pessoal de câncer, ilustrado no Gráfico 5, dividido

entre histórico pessoal negativo, diagnóstico específico de câncer de pele e outros tipos de câncer variados como próstata, mama, pulmão, etc.

Tabela 2. Hábitos de vida e histórico de saúde dos pacientes da amostra.

Variáveis	Sim		Não	
	nº	%	nº	%
Histórico de tabagismo	45	48,91	47	51,09
Histórico de Alcoolismo	12	13,04	80	86,96
Histórico de uso de drogas ilícitas	0	0	92	100
Histórico de exposição solar				
Horário adequado	7	7,61	85	92,39
Horário inadequado	85	92,39	7	7,61
Forma contínua	61	66,30	31	33,70
Forma intermitente	31	33,70	61	66,30
Uso de filtro solar	16	17,39	76	82,61
Uso de barreiras físicas para proteção solar	60	65,22	32	34,78
Histórico de bronzeamento artificial	0	0	92	100
Trabalha em ambiente fechado	18	19,56	74	80,44
Histórico de queimaduras solares				
Na infância	17	18,48	75	81,52
Na vida adulta	22	23,92	70	76,01
Presença de nevus melanocítico	42	45,65	50	54,35
Histórico de transplante renal	3	3,26	89	96,74
Histórico de radioterapia	6	6,52	86	93,48
Total (n=92)				

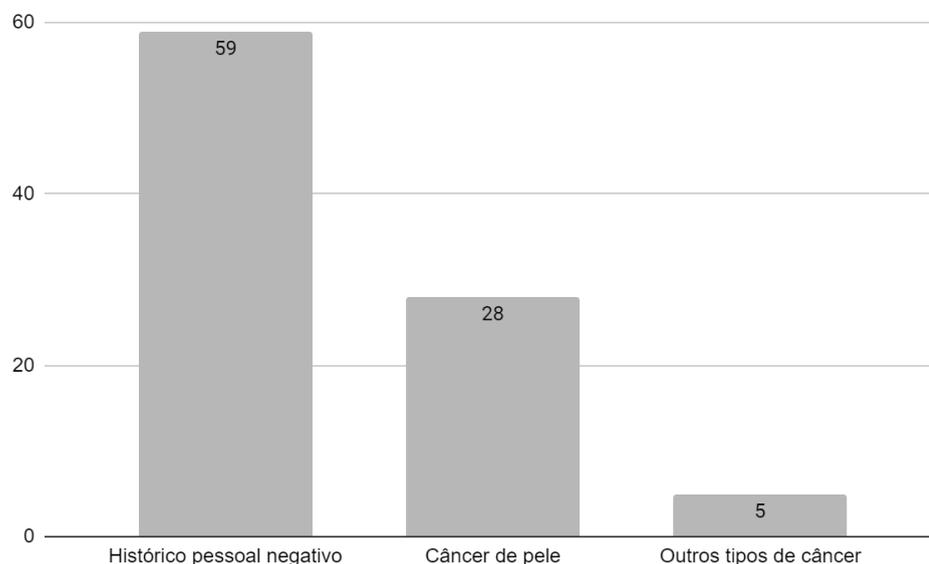
CBC: Carcinoma basocelular; CEC: Carcinoma espinocelular
 Fonte: Própria

Dentre os cânceres de pele malignos, se encontram três entidades principais: o carcinoma basocelular (CBC), o carcinoma espinocelular (CEC), que ambos podem ser chamados também de cânceres de pele não melanoma, sem alto poder de metastização, e por fim, o melanoma maligno (MM) ou simplesmente melanoma, que corresponde ao mais maligno dos tumores cutâneos.

No geral, os cânceres de pele são mais comuns entre as populações sensíveis ao sol, principalmente os brancos não hispânicos, que têm

aproximadamente 25 vezes a taxa de incidência de melanoma em comparação com os negros e aproximadamente seis vezes a taxa entre os hispânicos. As taxas de incidência são mais comuns em geral entre os homens, embora entre menores de 50 anos, as taxas sejam mais altas entre mulheres do que homens. As taxas de mortalidade também são mais altas entre os homens e aumentam com a idade, semelhante às taxas de incidência. Embora os brancos tenham as maiores taxas de incidência e mortalidade, as populações negras e hispânicas são frequentemente diagnosticadas em estágios posteriores e têm piores resultados de sobrevivência. (WATSON; HOLMAN; MAGUIRE-EISEN, 2016).

Gráfico 5. Histórico pessoal de neoplasias malignas.



Fonte: Própria.

Porém, a heterogeneidade daqueles com origens multiétnicas torna difícil avaliar o risco de queimaduras solares, determinado pela proteção da melanina, baseado na cor ou tom da pele, que é determinada por vários pigmentos, como hemoglobina, melanina, bilirrubina e caroteno. Sabendo disso, em 1975, a tipagem de pele reativa ao sol foi desenvolvida pelo estudioso Fitzpatrick para ajudar a determinar a melhor dose de luz UV-A para o tratamento da psoríase em participantes brancos não hispânicos. Essa tipografia cutânea incorporou uma interdependência recíproca implícita entre a tendência a queimar e a capacidade de se bronzear. E assim, é usado como uma expressão da sensibilidade aos UV constitutivos e como um importante fator de risco para câncer de pele. (EILERS;

BACH; GABER; BLATT; GUEVARA; NITSCHÉ; KUNDU; ROBINSON, 2013) Tal escala foi incorporada para classificação da pele dos pacientes em nosso estudo, visto que a população alvo tem alto grau de miscigenação e a raça autodeclarada não é um parâmetro utilizado pelos dermatologistas devido ao fato de demonstrar relação equivocada quanto a resposta à exposição solar - parâmetro mais fidedigno quando se refere ao risco de câncer de pele.

Dados epidemiológicos estes que corroboram com a faixa de idade e sexo encontrado neste estudo, com maior prevalência em homens e com idade entre a 6ª e 7ª década de vida. Além disso, o diagnóstico de câncer de pele foi mais comum em pacientes com fototipo relacionados a pele branca ou parda, sendo os fototipos I, II e III em igual incidência, e o IV menos comum. Como nenhum dos nossos pacientes se autodeclarou preto ou tinha um fototipo condizente com a raça negra, superior a fototipo IV, este estudo não é capaz de fazer distinção de gravidade ou tempo de diagnóstico entre fototipos extremos.

Carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma de células escamosas (CEC) representam as duas mais comuns malignidades da pele e são frequentemente agrupadas juntos sob o termo genérico de câncer de pele não melanoma. São as doenças malignas mais comuns em todo o mundo, com uma incidência anual que excede todas as outras doenças malignas combinadas. Embora essas entidades sejam normalmente bem gerenciadas e raramente metastatizam, elas podem resultar em morbidade substancial, e suas diferenças na prevalência são de aproximadamente 75% para CBC e 25% para CEC. (BRANDT; MOORE, 2019) Compatível com a amostra estudada, mesmo que em pequena escala, que encontrou aproximadamente 80% de CBC quando analisando apenas os cânceres não melanoma, e demais 20% de CEC.

A exposição solar cumulativa pode estar mais causalmente relacionada ao desenvolvimento de CEC na medida em que resulta em dano ao DNA induzido por UV e subsequentes mutações genéticas. Em contraste com CEC, a exposição recreativa ao sol intermitente intenso (ou seja, resultando em queimaduras solares) e a exposição durante a infância pode ser mais central para o desenvolvimento de CBC (BRANDT; MOORE, 2019). Fatos estes que corroboram com a pesquisa não só da exposição solar no nosso questionário, como também o padrão dessa

exposição (se com proteção ou sem, se houve queimaduras solares frequentes na infância, se sua atividade laboral obriga a exposição solar continuada, etc.), que pode ser determinante para o curso malignizante da doença.

Foi observado, um padrão similar desses pacientes em relação ao padrão de exposição solar, o qual 92,39% não tinham restrição de horários, expondo-se em horários inadequados (mais alto índices de radiação UV) e 66,3% de forma continuada ao longo da vida, podendo se relacionado com a atividade laboral inerente a se sujeitar a riscos elevados de cânceres de pele. Além disso, apenas 17% refere o uso frequente de filtros solares, independente do fator de proteção e até mesmo após o diagnóstico. O histórico de queimadura solar, seja na infância ou na vida adulta, não demonstrou ser um fator preponderante significativo nesses pacientes.

O CBC é um câncer de pele que se origina da camada basal da epiderme e seus anexos. É causada por mutações celulares induzidas pela radiação ultravioleta e, portanto, surge mais comumente em áreas expostas ao sol, como a orelha, as orelhas, o rosto e as costas das mãos; no entanto, pode ocorrer em qualquer parte do corpo (LINARES; ZAKARIA; NIZRAN, 2015). Apresenta comportamento invasivo local e baixo potencial metastático, sendo facilmente tratável pela excisão cirúrgica, desde que diagnosticado precocemente (CHINEM; MIOT, 2011). 100% dos pacientes diagnosticados clinicamente com carcinomas não melanoma de pele foram tratados no HUAC com excisão cirúrgica, e 100% dos pacientes com o diagnóstico histopatológico de melanoma foram encaminhados para oncologia do serviço e realização radioterapia adjuvante após realização da retirada da lesão.

A incidência de CBC aumenta com a idade e a proximidade do equador. Aproximadamente 40% dos indivíduos diagnosticados com CBC desenvolvem outra lesão dentro de 5 anos. Neste grupo, 40,43% relataram uma história pessoal prévia de câncer de pele. Demonstrando, assim, a conscientização e acesso à informação de forma geral como importantes aliadas do acompanhamento clínico desses pacientes, na diminuição da morbi-mortalidade dessas entidades nosológicas.

Os fatores de risco para CEC são idênticos aos do CBC, mas também

incluem o seguinte: Inflamação crônica causada por laceração, cicatriz, queimadura, úlcera ou outro dano tecidual. Geralmente se apresenta como pápulas, placas e nódulos eritematosos ásperos, com bordas e crostas bem demarcadas. As lesões podem mostrar ulceração, pigmentação, eritema, descamação ou hiperqueratose. (LINARES; ZAKARIA; NIZRAN, 2015)

Já o CEC invasivo da pele frequentemente se apresenta como uma pápula eritematosa, ceratótica, placa ou nódulo ocorrendo em um contexto de dano actínico. Essas lesões podem mostrar ulceração e os pacientes frequentemente descrevem uma história de uma sangramento intermitente e ferida que não cicatriza. Ceratose actínica e doença de Bowen (CEC em situ) são consideradas lesões precursoras invasivas de CEC e frequentemente se apresenta como uma placa eritematosa escamosa bem demarcada. 34,8% da amostra total evidenciou queratose actínica no exame físico, e 40% dos pacientes quando analisando apenas o diagnóstico de CEC. Além disso, seis pacientes tinham histórico de realização de radioterapia, porém apenas um deles teve a hipótese de CEC, os demais foram diagnosticados como CBC.

Qualquer lesão clinicamente suspeita deve ser biopsiada. Embora várias técnicas de biópsia tenham sido defendidas, uma espessura total de 3 mm a biópsia por punção fornece a maior informação diagnóstica histológica e, portanto, é recomendada pelos autores para qualquer lesão suspeita (BRANDT; MOORE, 2019). E mesmo que a biópsia seja excisional com margem de segurança, garantindo assim o tratamento dessas doenças, faz-se necessário um olhar clínico apurado para diagnosticar ou criar suspeita sobre o quadro que é multifacetado e nem sempre óbvio, dando assim, subsídio para o subdiagnóstico ou manejo incorreto da lesão.

A importância do melanoma é que ele é um dos tumores malignos que mais aumentaram na população branca nos anos finais do século XX. O aumento anual em taxas de incidência varia entre 3 e 7% em diferentes países com uma população de pele caucasiana. Com esse aumento, estima-se que a cada 10 ou 20 anos a incidência dobre. Embora várias novas opções terapêuticas tenham sido desenvolvidas nos últimos anos, a doença metastática continua sendo altamente agressiva e condições de alta mortalidade.

Na etiologia da maioria desses tipos de tumores estão envolvidas exposições ambientais. A radiação ultravioleta é o único agente etiológico ambiental totalmente estabelecido como um importante fator cancerígeno. O Sol é a causa de 65 a 97% de todos os melanomas, com maior peso etiológico em pessoas de raça branca. Queimaduras solares, associadas a exposições intensas e intermitentes durante as férias ou lazer, são particularmente relevantes, e há suspeita de lesões na infância serem mais importantes do que aquelas produzidas em outros períodos da vida. Exposição a fontes artificiais Raios ultravioleta, como lâmpadas ultravioleta (UV), tanto para fins terapêuticos (PUVA) quanto cosméticos (Raios UVA) aumentam o risco, especificamente o uso de lâmpadas de bronzeamento antes dos 30 anos, que aumentam em 75%. Visto que o estudo foi realizado em um hospital público e com baixo índice socioeconômico, nenhum deles teve histórico de bronzeamento artificial, seja para fins estéticos ou terapêutico, provavelmente devido a escassez de acesso a tais práticas acessíveis a população em geral, nesta localização.

Uma história pessoal de melanoma maligno multiplica o risco de desenvolver um segundo tumor cutâneo primário por 10, com risco máximo nos dois anos após o diagnóstico. Aproximadamente 10% dos casos apresentam grupos familiares. Além das alterações genéticas associadas ao fenótipo, em 40% dos casos de melanoma (BRUNSSSEN; WALDMANN; EISEMANN; KATALINIC, 2017). Tudo isso corrobora o importante fator que a triagem representa para o entendimento do padrão patológico existente em cada população e auxílio nos futuros estudos sobre tratamento e prevenção.

A prevenção do câncer de pele é particularmente importante devido ao aumento da incidência de câncer de pele nos últimos anos. A prevenção primária compreende a redução do comportamento de risco de câncer de pele, incluindo educação sobre o perigo da exposição aos raios ultravioleta e a maneira correta de lidar com a radiação ultravioleta natural e artificial. A implementação de um rastreamento sistemático do câncer de pele contribui para a prevenção secundária. Para a prevenção terciária, as associações nacionais recomendam um acompanhamento adaptado ao risco e baseado em evidências para todos os tipos de câncer de pele (KORNEK; AUGUSTIN, 2013). E para que haja políticas públicas especializadas, reforça-se a necessidade de estudos epidemiológicos que traçam

um perfil clínico-epidemiológico menos abrangente, como este.

Corroborando a isto, dentre os artigos revisados, a evidência para realização de screening de câncer de pele em diferentes populações se mostrou promissora como em Brunssen et al, 2016 que demonstrou: o rastreamento de câncer de pele possivelmente leva à detecção de mais cânceres de pele in situ e invasivos indicado por um aumento da incidência. Mas a incidência de melanoma invasivo diminui novamente após a interrupção da triagem e é ainda menor do que antes da triagem. Uma redução da incidência melanoma espesso e mortalidade por melanoma também foi observado.

O conhecimento prático dessas neoplasias comuns é importante nos serviços de atenção primária, além da pequena quantidade de estudos epidemiológicos sobre o tema no nosso país.

Tais considerações constituem um ponto de partida para a elaboração das medidas inicialmente pensadas no projeto, e, é claro, serão direcionadas a toda população estudada e darão subsídio para novos estudos mais robustos.

CONCLUSÃO

Após análise dos dados coletados neste trabalho pode-se concluir que: Diante uma população de pacientes diagnosticados com câncer de pele, seja ele CBC, CEC ou Melanoma Maligno, há predomínio de homens, brancos, agricultores, com renda familiar mínima, com fototipos mais baixos e intermediários, que se expunham ao sol rotineiramente em horário inadequado e de forma contínua, com barreiras físicas de proteção, porém sem uso de filtros solares. Em sua maioria, sem histórico de queimaduras solares ao longo da vida, e cujo câncer de pele predominante foi o carcinoma basocelular e as lesões foram predominantemente em áreas da face, expostas a maior quantidade de radiação solar e de forma contínua.

Entende-se que este trabalho deva ser um pontapé inicial para a realização de trabalhos mais robustos e específicos de cada microrregião, visando rapidez de diagnóstico, melhora de prognóstico e, especialmente, disseminação vigorosa de políticas de prevenção para o câncer de pele.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado através do Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal de Campina Grande – PIBIC/UFCG. Ficam aqui registrados os sinceros agradecimentos da aluna e orientadora.

REFERÊNCIAS

BRANDT, Michael G; MOORE, Corey C. Nonmelanoma Skin Cancer. *Facial Plast Surg Clin North Am*, v. 1, n. 27, p. 1-13, Feb, 2019.

BRINKER, Titus Josef; FARIA, Bianca Lisa; GATZKA, Martina; FARIA, Olber Moreira de; HEPPT, Markus V; KIRCHBERGER, Michael C; SCHADENDORF, Dirk;

NAKAMURA, Yasuhiro; BUSLAFF, Fabian; LISBOA, Oscar Campos. A skin cancer prevention photoageing intervention for secondary schools in Brazil delivered by medical students: protocol for a randomised controlled trial. *Bmj Open*, [s.l.], v. 8, n. 3, mar. 2018. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018299>.

BRUNNSEN, Alicia; WALDMANN, Annika; EISEMANN, Nora; KATALINIC, Alexander. Impact of skin cancer screening and secondary prevention campaigns on skin cancer incidence and mortality: a systematic review. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, [s.l.], v. 76, n. 1, p. 129-139, jan. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.07.045>.

CHINEM, Valquiria Pessoa; MIOT, Hélio Amante. Epidemiologia do carcinoma basocelular. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, [s.l.], v. 86, n. 2, p. 292-305, abr. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0365-05962011000200013>.

EILERS, Steven; BACH, Daniel Q.; GABER, Rikki; BLATT, Hanz; GUEVARA, Yanina; NITSCHKE, Katie; KUNDU, Roopal V.; ROBINSON, June K.. Accuracy of Self-report in Assessing Fitzpatrick Skin Phototypes I Through VI. *Jama Dermatology*, [s.l.], v. 149, n. 11, p. 1289, 1 nov. 2013. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.6101>

KORNEK, Thomas; AUGUSTIN, Matthias. Skin Cancer Prevention. *J Dtsch Dermatol Ges*, -, v. 4, n. 11, p. 283-296, abr. 2013.

LINARES, Miguel A.; ZAKARIA, Alan; NIZRAN, Parminder. Skin Cancer. Primary Care: Clinics in Office Practice, [s.l.], v. 42, n. 4, p. 645-659, dez. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2015.07.006>.

SILVA, Elizabet Saes da; TAVARES, Roberto; PAULITSCH, Felipe da Silva; ZHANG, Linjie. Use of sunscreen and risk of melanoma and non-melanoma skin cancer: a systematic review and meta-analysis. *European Journal Of Dermatology*, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 186-201, mar. 2018. John Libbey Eurotext. <http://dx.doi.org/10.1684/ejd.2018.3251>.

SILVEIRA, Carlos; MAUAD, Edmundo. Analysis of a decade of skin cancer prevention using a mobile unit in Brazil. *Rural And Remote Health*, [s.l.], v. 2, n. 19, 5599, 15 maio 2019. Rural and Remote Health. <http://dx.doi.org/10.22605/rrh4599>.

WATSON, Meg; HOLMAN, Dawn M.; MAGUIRE-EISEN, Maryellen. Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk. *Semin Oncol Nurs*, v. 3, n. 32, p. 241-254, Aug. 2016.