

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

BRENDA VEIGA DE ALMEIDA
CAROLINA FIOROTTI TEDESCO
ÍCARO PRATTI SARMENGI

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM PROGRAMA DE TRIAGEM DE CÂNCER DE
PELE DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA
2021

BRENDA VEIGA DE ALMEIDA
CAROLINA FIOROTTI TEDESCO
ÍCARO PRATTI SARMENGI

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM PROGRAMA DE TRIAGEM DE CÂNCER DE
PELE DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como
requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientadora: Karina Demoner de Abreu Sarmenghi

VITÓRIA
2021

BRENDA VEIGA DE ALMEIDA
CAROLINA FIOROTTI TEDESCO
ÍCARO PRATTI SARMENGI

**ESTUDO RETROSPECTIVO DE UM PROGRAMA DE TRIAGEM DE CÂNCER DE
PELE DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de
Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para
obtenção do grau de médico.

Aprovado em 01 de Outubro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Msc. Karina Demoner de Abreu Sarmenghi
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Orientadora)

Karla Spelta
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Avaliadora)

Ademar Schultz Junior
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Avaliador)

Aos nossos pais, que sempre estiveram conosco na realização de nossos sonhos e objetivo. Amamos vocês eternamente.

Aos nossos familiares,
Pais, avós, tios, primos, que sempre oraram por nós, torceram pelo nosso sucesso e nos incentivaram a lutar pelos nossos objetivos.

Aos nossos amigos,
Que sempre buscaram nos entender e por sempre buscarem trazer alegria aos nossos dias e serem os melhores que poderíamos ter.

Aos professores,
A todos os professores que contribuíram para que chegássemos até aqui e em especial à Professora Dr^a Karina Demoner de Abreu Sarmenghi e ao Professor Dr. João Basílio de Souza Filho por serem referências como educadores e profissionais.

Àqueles que colaboram para a execução do “Salve Sua Pele”,
A toda comunidade do bairro Ibes, à Associação Albergue Martim Lutero, à Igreja Presbiteriana Unida do Ibes e à equipe de coordenação adjunta do projeto que é realizada pela ADE (Ação Diaconal Ecumênica) de Vila Velha, sob representação da Igreja Católica Santa Mãe de Deus do IBES, Igreja evangélica de Confissão Luterana da Comunidade Bom Pastor de Vila Velha.

“A persistência é o caminho do êxito.”

Charles Chaplin

RESUMO

Objetivo: Definir o perfil dos pacientes em um programa de triagem de câncer de pele no Espírito Santo. **Método:** Estudo retrospectivo, descritivo e misto, a partir da análise documental de dados dos atendimentos do programa de triagem de câncer de pele, realizado por um Serviço de Dermatologia do Espírito Santo, entre março a dezembro de 2019 e março de 2020. Na análise dos dados utilizou-se cálculo de frequências e testes estatísticos com significância de 5%. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer consubstanciado nº 4.238.973. **Resultado:** Dos 1360 pacientes, havia 60,07% mulheres, com idade média de 63,47 anos, 66,32% sem histórico de câncer de pele, 63,82% sem história familiar de câncer de pele, 74,19% sem uso de fotoproteção, 46,91% dos casos com evolução menor que um ano, 36,40% com lesões na cabeça, 18,16% nos membros superiores e 12,50% no tronco. Do total, 28,46% pacientes com câncer não melanoma, 0,66% câncer melanoma e 24,56% pré-neoplasias. Houve associação significativa do câncer não melanoma com homens, brancos e histórico pessoal de câncer de pele e de melanoma com mulheres, pardas e sem histórico de câncer de pele. **Conclusão:** O perfil de pacientes mostrou predomínio de mulheres, acima de 60 anos, cor branca, sem uso de fotoproteção, com lesão de evolução menor que um ano e predomínio do câncer de pele não melanoma. Apesar dos fatores de risco para câncer de pele serem esclarecidos, observa-se baixa adesão aos meios de fotoproteção, contribuindo para aumento do risco desta neoplasia.

Palavras-chave: Câncer de pele melanoma. Câncer de pele não melanoma. Atenção primária. Exposição solar. Programa de Triagem Diagnóstica.

ABSTRACT

Objective: To define the profile of patients in a skin cancer screening program in Espírito Santo. **Method:** Retrospective, descriptive and mixed study, based on documental analysis of data from a skin cancer screening program carried out by a Dermatology Service in Espírito Santo, from March to December 2019 and March 2020. In data analysis it was used frequency calculation and statistical tests with a significance of 5%. Approved by the Research Ethics Committee under number 4.238.973. **Results:** Within the 1360 patients, there were 60.07% women, 66.32% without skin cancer historic, 63.82% without family history of skin cancer and 74.19% without photo-protection use, 46.91% cases with lesions evolution less than one year old, 36.40% located in the head, 18.16% in the arms and 12.50% in the chest. 28.46% of the patients with non-melanoma skin cancer, 0.66% with melanoma skin cancer and 24.56% with pre-neoplasms. There was significant association between non-melanoma skin cancer and men, white race and personal history of skin cancer and between melanoma and women, mixed race and absence of skin cancer historic. **Conclusion:** Patient's profile identified predominance of women, age over 60 years old, white race, absence of photo-protection use, skin lesion with less than 1 year old evolution and predominance of non-melanoma skin cancer. Although skin cancer risk factors are clarified, there is low adherence to photo-protection means, contributing to the increased risk of this neoplasm.

Keywords: Melanoma skin cancer. Non-melanoma skin cancer. Primary attention. Sun exposure. Diagnostic Screening Programs.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Ceratoses actínicas: lesões pré-neoplásicas de pele, eritemato-descamativas, decorrentes da exposição solar excessiva. A: Ceratose actínica no antebraço. B: Ceratose actínica hipertrófica no dorso da mão. C: Ceratoses actínicas no antebraço. D: Lesão hiperkeratótica na fronte sobre campo de cancerização.21
- Figura 2 - CBC. A: CBC nódulo-ulcerado, infiltrativo, no sulco nasogeniano. B: CBC ulcerado, sangrante, no sulco nasogeniano. C: CBC nodular, com brilho perláceo e telangiectasias características. D: CBC exulcerado, friável.....25
- Figura 3 - A: Lesão hiperkeratótica compatível com corno cutâneo. B, C e D: Lesões nodulares, eritemato-infiltradas, com centro ulcerado e hiperkeratótico, compatíveis com ceratoacantoma, localizado no membro superior. E: Lesão em placa, infiltrada, verrucosa, no dorso da mão compatível CEC. F: Lesão pápulo-nodular, eritematosa, com crosta central, no lábio inferior. G: CEC invasivo no couro cabelo. H: CEC invasivo no membro inferior.....26
- Figura 4 - Lesões sugestivas de CPM. A: Lesão em placa, infiltrada, com pigmento irregular e centro atrófico, com bordas irregulares, sugestiva de melanoma, no couro cabeludo. B: Lesão infiltrada, enegrecida, com brilho azulado, assimétrica, com bordas irregulares, sugestiva de melanoma, no tronco. C: Lesão tumoral, exofítica, com múltiplas cores, superfície irregular e com hemorragia na borda, sugestiva de melanoma. D: Lesão pápulonodular, enegrecida sobre base eritemato-acastanhada, com bordas irregulares e lesões satélites, sugestiva de melanoma com metástase local.26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tempo de evolução da lesão de pele.....	22
Gráfico 2 - Distribuição das condutas realizadas	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis faixa etária, cor, histórico de câncer de pele, história familiar de câncer de pele, razão de exposição, exposição solar e diagnóstico clínico segundo gênero	20
Tabela 2 - Detalhamento e análise em relação à idade e ao gênero dos pacientes	21
Tabela 3 - Localização das lesões.....	23
Tabela 4 - Correlação da exposição solar e diagnóstico clínico dos pacientes	23
Tabela 5 - Correlação da histórico pessoal de câncer de pele e diagnóstico clínico	24
Tabela 6 - Correlação da história familiar de câncer de pele e diagnóstico clínico	24
Tabela 7 - Relação dos diagnósticos clínicos dos subtipos de câncer de pele de acordo com o gênero dos pacientes	25
Tabela 8 - Associação das variáveis avaliadas dos pacientes com o diagnóstico clínico de câncer de pele	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCDE	Mnemônico para prevenção do melanoma
CBC	Carcinoma Basocelular
CEC	Carcinoma Espinoelular
CPM	Câncer de Pele Melanoma
CPNM	Câncer de Pele Não Melanoma
FPS	Fator de Proteção Solar
HSCMV	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
NM	Nevos Melanocíticos
QA	Queratoacantoma
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
UV	Ultravioleta

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	15
1.1.1 Objetivos gerais	15
1.1.2 Objetivos específicos	15
1.2 JUSTIFICATIVA	15
2 MÉTODO	16
2.1 TIPO DE ESTUDO	16
2.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO.....	16
2.2.1 Funcionamento do projeto	16
2.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	17
2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	17
2.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS	17
2.6 POPULAÇÃO ESTUDADA	18
3 RESULTADO	19
4 DISCUSSÃO	29
5 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A – PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP	38
ANEXO B – PLANILHA DE COLETA DE DADOS DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NO SALVE SUA PELE (ESPÍRITO SANTO)	41

1 INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil, ^{1,2} correspondendo a cerca de um terço dos tumores malignos do país, com estimativa de 200 mil novos casos por ano, sendo até quatro vezes mais frequente que o câncer de mama e o de próstata.¹ Classifica-se em duas diferentes linhagens: câncer de pele melanoma (CPM) e o câncer de pele não melanoma (CPNM), sendo que o CPNM tem como principais tipos o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC).³ No mundo, o câncer de pele também é o mais comum, sendo o CBC, o CEC e o melanoma os tipos mais frequentes da doença.^{4,5}

O CPNM é o tipo mais frequente e trata-se de um tumor de crescimento lento, localmente invasivo e de bom prognóstico se tratado de forma adequada e oportuna.³ Trata-se do carcinoma mais incidente em homens na maior parte do Brasil (sul, sudeste e centro-oeste), sendo que nas outras regiões encontra-se em segundo lugar. Já entre as mulheres, é o mais incidente em todas as regiões do país.¹ Ressalta-se que, apesar de ser curável na maioria dos casos e apresentar menor agressividade,⁵ possui ocorrência de óbitos em proporção semelhante ao melanoma, devido à sua alta incidência na população. Para o ano de 2020, as estimativas são de 176.930 casos de CPNM, sendo 83.770 homens e 93.160 mulheres, já em número de óbitos, em 2015, os CPNM registraram um total de 1958, sendo 1137 homens e 821 mulheres.¹

O CPM é menos frequente e mais grave, devido ao seu maior potencial metastático, com elevada mortalidade.³ Cálculos e projeções do Inca indicam que, para o Brasil em 2020, foram estimados 8.450 novos casos de CPM, sendo 4.200 homens e 4.250 mulheres;¹ o número total de óbitos por esta causa, no ano de 2015, constatou-se 1.547 óbitos, sendo 903 homens e 644 mulheres.⁶

No Espírito Santo, para o ano de 2020, o Inca estima 71,54 casos a cada cem mil homens e 106,34 a cada 100 mil mulheres de CPNM e 1,42 casos a cada cem mil homens e 2,06 casos a cada cem mil mulheres de casos de CPM.¹

Além da alta incidência do câncer de pele, também há uma elevada mortalidade relacionada a essa neoplasia. Assim, apesar da maioria dos casos ser prevenível e passível de tratamento quando diagnosticado precocemente, o câncer de pele ainda é uma doença de extrema relevância na prática médica.⁷⁻⁹

O principal fator de risco para os cânceres de pele é a exposição excessiva à radiação solar ultravioleta (UV), principalmente a UVB.^{7,10,11} Além disso, pode-se destacar que os fatores relacionados à susceptibilidade pessoal são, principalmente, a pele e os olhos claros, a história familiar ou pessoal de câncer de pele, a idade maior que 50 anos, a imunossupressão, o tabagismo e os fatores genéticos.^{7,10,11} Outros fatores predisponentes relevantes são as câmaras de bronzeamento artificial, que expõem o indivíduo a altos níveis de radiação UV,^{1,7,12} bem como a exposição ambiental e ocupacional, como a exposição ao arsênio.¹²

Morar em países tropicais, como o Brasil, durante um mês por ano, já é considerado fator de risco para o câncer de pele.¹² No entanto, é importante ressaltar que as regiões geográficas do Brasil, por sua heterogeneidade cultural, demográfica, socioeconômica e política, têm suas populações submetidas a fatores de risco diferentes.¹¹

Dessa forma, como o desenvolvimento do câncer de pele é intimamente relacionado à exposição solar, a fotoproteção torna-se a principal medida preventiva para essa patologia, tendo como objetivo minimizar tanto os efeitos agudos quanto os danos tardios da exposição ao sol, como a carcinogênese e o envelhecimento cutâneo.¹⁴ Diante desse cenário, os hábitos cotidianos são extremamente importantes na prevenção à essa doença, principalmente o uso de filtro solar e de métodos de barreira.^{7,10,12} Além disso, é essencial desencorajar a prática do bronzeamento artificial e orientar a suspensão do tabagismo.¹⁵

No entanto, muitos indivíduos não aderem às recomendações de proteção individual, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção secundária, visando o diagnóstico precoce.¹⁶ Atualmente não há evidências suficientes para a recomendação do rastreamento populacional para o câncer de pele, porém o autoexame da pele e o exame médico periódico são medidas importantes para identificação das lesões cutâneas malignas em estágios iniciais.¹

Esse trabalho desenvolveu-se baseado em dados de um projeto comunitário de rastreamento e tratamento de câncer de pele, com o objetivo de levantar dados sobre a população assistida e seu perfil, fatores de risco relacionados ao câncer de pele.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivos gerais

Analisar os atendimentos realizados no Projeto Acadêmico de Extensão “Salve Sua Pele” de março a dezembro de 2019 e março de 2020.

1.1.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil dos pacientes de acordo com a distribuição dos atendimentos realizados no projeto de triagem de câncer de pele segundo sexo, idade, exposição solar, fotoproteção, tipo de exposição, história familiar e história pregressa pessoal de câncer de pele, local da lesão, diagnóstico ou conduta;

Enumerar os diagnósticos realizados no programa.

1.2 JUSTIFICATIVA

O projeto “Salve Sua Pele” traz luz à atenção primária em relação ao câncer de pele, oportunizando à comunidade, uma melhoria na sua qualidade de vida. Para isso, as informações epidemiológicas contidas nesse projeto, junto à população envolvida, irão reportar informações científicas o reconhecimento de possíveis lesões compatíveis com câncer de pele, seu diagnóstico e tratamento precoce. Nesse cenário, é de suma importância a elaboração de estudos que demonstrem os dados sobre os programas de triagem de câncer de pele, buscando incentivar a implementação destes em outras regiões do país, bem como incentivar estudos científicos voltados para a prevenção e diagnóstico precoce desta neoplasia.

2 MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo retrospectivo, misto, descritivo, a partir da análise documental de dados dos atendimentos realizados no Projeto de Extensão “Salve Sua Pele”, que é um programa de triagem diagnóstica de câncer de pele, realizado por um Serviço de Dermatologia do Espírito Santo, entre março e dezembro de cada ano, sendo investigados, neste presente trabalho, um total de onze meses, de março a dezembro de 2019 e março de 2020, paralisado neste mês em decorrência da pandemia da Covid-19.

Para levantamento de informações técnicas sobre o tema, utilizou-se livros e compêndios nas versões atualizadas, através do Google acadêmico, Medline (PubMed), Literatura LatinoAmericana em Ciência da Saúde (LILACS)/Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Descritores em Ciências da Saúde (DECs/BIREME). Foram utilizadas para pesquisa os termos “câncer de pele não melanoma”, “câncer de pele”, “carcinoma basocelular”, “carcinoma espinocelular” e “melanoma maligno”.

2.2 LOCAL DA INVESTIGAÇÃO

O Projeto é realizado no bairro Ibes, no município de Vila Velha, região metropolitana de Vitória (ES) e estruturado na Igreja Presbiteriana do Ibes, com organização realizada pelo Serviço de Dermatologia do HSCMV e da EMESCAM.

2.2.1 Funcionamento do projeto

O projeto “Salve Sua Pele” é um projeto de extensão acadêmico do HSCMV e EMESCAM criado há 20 anos, com o objetivo de ampliação dos conhecimentos acadêmicos e para atender à população da comunidade do bairro Ibes, sendo realizado no primeiro sábado de cada mês, entre março e dezembro de cada ano, com atendimentos médicos voltados para diagnóstico de lesões de pele, com enfoque principal no diagnóstico precoce de neoplasias cutâneas e seu tratamento, quando indicado.

Para seu desenvolvimento, o projeto conta com a participação dos acadêmicos de medicina da EMESCAM, residentes de dermatologia do HSCMV e médicos dermatologistas, preceptores

do serviço de dermatologia do HSCMV, sendo o coordenador do projeto o Professor Doutor João Basílio de Souza Filho.

Os pacientes possuem toda organização de agendamento das consultas feito, conforme a realização do programa, pela Associação Albergue Martim Lutero, e a coordenação adjunta é de responsabilidade da EMESCAM junto à ADE (Ação Diaconal Ecumênica) de Vila Velha, sob representação da Igreja Católica Santa Mãe de Deus do IBES, Igreja evangélica de Confissão Luterana da Comunidade Bom Pastor de Vila Velha.

2.3 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo encontra-se em consonância com os princípios estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no qual, por se tratar de uma pesquisa com coleta de informações de atendimentos médicos, possui liberação de carta de anuência do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e liberação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM com parecer número 4.238.973 (Anexo A).

2.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados das planilhas dos atendimentos (Anexo B) que são preenchidas durante a realização do projeto e são armazenadas no serviço de Dermatologia do HSCMV em arquivos físicos, divididos por meses.

2.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados em planilhas foram transcritos, uniformizados e agregados em um único banco de dados, que foi codificado, processado e analisados no programa *IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 27.

As variáveis estudadas foram sexo (masculino e feminino), idade (agregados por faixa etária de 0-20 anos, 21-40 anos, 41-60 anos, 61 a 80 anos e maior que 80 anos), cor (branco, pardo, negro e amarelo), exposição solar (com proteção, sem proteção e não se expõe), razão da exposição (lazer, profissional e ambas), histórico de câncer de pele (sim ou não), história familiar de câncer de pele (sim ou não), diagnóstico clínico (CBC, CEC, melanoma, outros tumores malignos, pré-neoplasias, outras dermatoses e ausência de dermatoses), evolução (menor que

um ano, um a dois anos, dois a três anos e maior que quatro anos), localização (cabeça, tronco, membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII)) e conduta (agendamento em serviço, biópsia, encaminhamento para outro serviço, cirurgia e orientação).

Os diagnósticos de câncer de pele foram agregados em CPM (melanomas malignos), CPNM (CBC, CEC e outras neoplasias malignas), pré-neoplasias, outras dermatoses e ausência de dermatoses.

Como as variáveis apresentam natureza categórica, foram organizadas por meio de frequências e percentuais. As associações foram realizadas pelo teste qui-quadrado ou Exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que cinco). Quando a associação foi significativa ($p < 0,05$) foi realizada análise de resíduo para verificar as categorias que contribuíram na associação (valores de resíduos maiores do que 1,96 contribuem positivamente para a associação, ou seja, indicam que ocorre uma frequência maior do que deveria acontecer se existe independência entre as categorias). Associações e comparações serão consideradas significativas no caso de valor- $p < 0,05$.

2.6 POPULAÇÃO ESTUDADA

O presente estudo compreende um total de 1360 pacientes atendidos no Projeto de Extensão “Salve Sua Pele” entre março e dezembro de 2019 e março de 2020.

3 RESULTADO

Durante o estudo foram realizadas 1408 consultas, todavia, foram excluídos 48 casos por incompletude dos dados. Dessa forma, a amostra final contempla 1360 pacientes, sendo 543 (39,9%) homens e 817 (60,1%) mulheres.

As variáveis faixa etária, cor, histórico de câncer, história familiar de câncer de pele, exposição solar e razão de exposição observadas no estudo podem ser analisadas quanto ao sexo conforme a Tabela 1.

Em relação à faixa etária dos pacientes, 18 (1,32%) possuíam menos de 20 anos, 77 (5,66%) entre 21 e 40 anos, 421 (30,96%) entre 41 e 60 anos, 668 (49,12%) entre 61 e 80 anos e 176 (12,94%) mais de 81 anos. Entre os menores de 20 anos, havia sete homens (0,51%) e 11 mulheres (0,81%); entre 21 e 40 anos, 34 homens (2,5%) e 43 mulheres (3,16%); entre 41 e 60 anos, 149 homens (10,96%) e 272 mulheres (20%); entre 61 e 80 anos, 274 homens (20,15%) e 394 mulheres (28,97%) e, por fim, entre os maiores de 81 anos havia 79 homens (5,81%) e 97 mulheres (7,13%).

Quanto à cor, pode-se observar que a maioria dos pacientes se declarava como branca (994 pacientes; 73,09%), seguida da cor parda (302 pacientes; 22,21%), negra (63 pacientes; 4,63%) e amarela (um paciente; 0,07%). Dentre os homens, houve 394 brancos (72,56%), 125 pardos (23,02%), 23 negros (4,24%) e um amarelo (0,18%). Já entre as mulheres eram 600 brancas (73,44%), 177 pardas (21,66%) e 40 negras (6,90%).

Em relação à exposição solar, houve relato de uso de proteção por 257 pacientes, entre os quais havia 93 homens (36,19%) e 164 mulheres (63,81%), enquanto 1009 pacientes (74,19%) relataram exposição solar sem uso de proteção, entre os quais 420 eram homens (41,63%) e 589 eram mulheres (58,37%). Além disso, 94 pacientes referiram não possuir hábito de se expor ao sol (30 homens e 64 mulheres).

Referente à história pessoal do câncer de pele, 902 pacientes (66,32%) não possuíam história pregressa de câncer de pele, enquanto os demais 458 pacientes (33,68%) relataram diagnóstico anterior desta neoplasia.

No que se concerne à história familiar de câncer de pele, pode-se notar que 492 pacientes (36,18%) possuíam história familiar de câncer de pele, enquanto 868 pacientes (63,82%), que correspondem a maioria dos casos, não possuíam familiares com esse diagnóstico.

Outro levantamento importante é a razão de exposição solar, sendo que 561 pacientes (41,45%) relataram exposição profissional, 500 pacientes (36,76%) relataram exposição por lazer e 299 pacientes (21,99%) relataram exposição em ambas as situações.

Tabela 1–Variáveis faixa etária, cor, histórico de câncer de pele, história familiar de câncer de pele, razão de exposição, exposição solar e diagnóstico clínico segundo gênero

Variáveis		Gênero				Total	
		Masculino		Feminino		N	%
		N	%	N	%		
Faixa etária	0 a 20 anos	7	1,29	11	1,35	18	1,32
	21 a 40 anos	34	6,26	43	5,26	77	5,66
	41 a 60 anos	149	27,44	272	33,29	421	30,96
	61 a 80 anos	274	50,46	394	48,23	668	49,12
	Mais de 80 anos	79	14,55	97	11,87	176	12,94
Cor	Amarela	1	0,18	0	0,00	1	0,07
	Branca	394	72,56	600	73,44	994	73,09
	Parda	125	23,02	177	21,66	302	22,21
	Negra	23	4,24	40	4,90	63	4,63
Histórico de câncer de pele	Presente	193	35,54	265	32,44	458	33,68
	Ausente	350	64,46	552	67,56	902	66,32
História familiar de câncer de pele	Presente	184	33,89	308	37,70	492	36,18
	Ausente	359	66,11	509	62,30	868	63,82
Razão de exposição	Profissional	269	49,54	292	35,74	561	41,25
	Lazer	153	28,18	347	42,47	500	36,76
	Ambas	121	22,28	178	21,79	299	21,99
Exposição solar	Com proteção	93	17,13	164	20,07	257	18,90
	Sem proteção	420	77,35	589	72,09	1009	74,19
	Não se expõe	30	5,52	64	7,83	94	6,91
Diagnóstico clínico	Ausência de dermatoses	36	6,63	101	12,36	137	10,07
	CPNM	187	34,44	200	24,48	387	28,46
	CPM	1	0,18	8	0,98	9	0,66
	Outras dermatoses	179	32,97	314	38,43	493	36,25
	Pré-neoplasias	140	25,78	194	23,75	334	24,56
Total		543	39,93	817	60,07	1360	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Ao correlacionar o diagnóstico com o gênero é possível constatar que, entre os pacientes com CPNM, havia 187 homens (48,32%) e 200 mulheres (51,68%); já entre os casos de CPM, um era homem (11,11%) e oito eram mulheres (88,89%). Em relação às pré-neoplasias, como demonstradas pela Figura 1, havia 140 homens (41,92%) e 194 mulheres (58,08%). Ao analisar os diagnósticos no sexo masculino, havia 34,44% casos de CPNM, 0,18% de CPM, 25,78% de pré-neoplasias, 6,63% com ausência de dermatoses e 32,97% com outras dermatoses; já no sexo feminino havia 24,48% casos de CPNM, 0,98% de CPM, 23,75% de lesões pré-neoplásicas, 12,36% com ausência de dermatoses e 38,43% com outras dermatoses.

Figura 1 - Ceratoses actínicas: lesões pré-neoplásicas de pele, eritemato-descamativas, decorrentes da exposição solar excessiva. A: Ceratose actínica no antebraço. B: Ceratose actínica hipertrófica no dorso da mão. C: Ceratoses actínicas no antebraço. D: Lesão hiperkeratótica na frente sobre campo de cancerização.



Fonte: Serviço de Dermatologia do HSCMV

Na tabela 2 pode-se identificar que a maior idade foi 101 anos, tanto para homens quanto para mulheres, enquanto a menor foi 5 entre os homens e 6 entre as mulheres. A média de idade foi de 63,46 anos, sendo 63,81 anos entre os homens e 63,23 anos entre as mulheres. O percentil 25 demonstra 56 anos nos homens e 55 anos nas mulheres, o que implica que 75% dos pacientes atendidos no projeto possuíam mais de 56 e 55 anos, respectivamente. O percentil 75 ainda revela que 25% dos pacientes homens eram maiores que 75 anos e 25% das mulheres eram maiores que 73 anos.

Tabela 2 - Detalhamento e análise em relação à idade e ao gênero dos pacientes

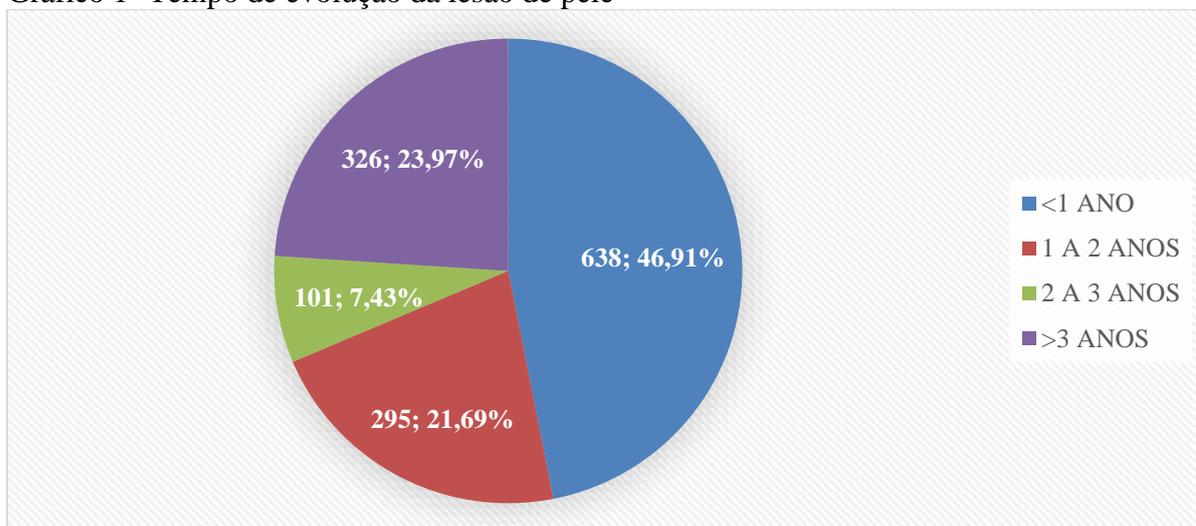
Gênero	Idade (anos)							
	Mín.	Máx.	Média	Moda	Mediana	DP	P25	P75
Masculino	5	101	63,81	62	65	15,50	56	75
Feminino	6	101	63,24	69	64	14,68	55	73
Total	5	101	63,47	65	64	15,01	55,5	74

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Legenda: Mín, mínimo; Máx, máximo; DP, Desvio padrão; P25, percentil 25; P75, percentil75.

Quanto ao tempo de evolução das lesões, como demonstra o gráfico 1, verifica-se que 638 dos pacientes (46,91%) apresentavam com evolução menor que um ano, 295 (21,69%) com evolução de um a dois anos, 101 (7,43%) com evolução de dois a três anos e 326 (23,97%) com evolução maior que quatro anos. Nesta categoria considerou-se a lesão com maior tempo de evolução relatada pelo paciente, visto que este poderia conter mais de uma lesão, com tempos de evolução diferentes.

Gráfico 1- Tempo de evolução da lesão de pele



Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

No que diz respeito à localização das lesões, como evidenciado na tabela 3, identifica-se que em 495 pacientes (36,40%) as lesões eram situadas na cabeça, em 149 pacientes (10,96%) na cabeça e nos MMSS, em 70 pacientes (5,15%) na cabeça e no tronco e, em 64 pacientes (4,71%), na cabeça, no tronco e nos MMSS. Além disso, 58 pacientes (4,26%) apresentavam lesão apenas nos MMII, 247 pacientes (18,16%) apenas nos MMSS, 170 pacientes (12,50%) apenas no tronco e 47 pacientes (3,46%) em outras variações.

Relativo à análise da relação entre a exposição solar e o diagnóstico das lesões de pele, como demonstra a tabela 4, pode-se observar que, entre os pacientes diagnosticados com CPNM, 292 (75,45%) relataram exposição solar sem proteção, 78 (20,16%) relataram exposição solar com proteção e 17 (4,39%) relataram não se expor ao sol. Quanto aos casos de CPM, sete casos (77,78%) relataram não utilizar proteção solar, um caso (11,11%) relatou utilizar proteção solar e um caso (11,11%) relatou não se expor ao sol. Já entre os pacientes com pré-neoplasias, 266

(79,64%) relataram exposição solar sem uso de proteção, 54 (16,17%) relataram exposição solar com proteção e 14 (4,19%) relataram não se expor ao sol.

Tabela 3 – Localização das lesões

Localização da lesão	Valores	
	N	%
Cabeça	495	36,40
MMSS	247	18,16
Tronco	170	12,50
Cabeça e MMSS	149	10,96
Cabeça e tronco	70	5,15
Cabeça, tronco e MMSS	64	4,71
Tronco e MMSS	60	4,41
MMII	58	4,26
Outras variações ¹	47	3,46
Total	1360	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

¹ MMSS e MMII (15); Cabeça e MMII (9); Cabeça e membros (9); Tronco e MMII (5); Todas as regiões (4); Cabeça, tronco e MMII (3); Tronco e membros (2).

Tabela 4 - Correlação da exposição solar e diagnóstico clínico dos pacientes

Diagnóstico clínico	Com proteção			Não se expõe			Sem proteção			Total	
	N	%	%total	N	%	%total	N	%	%total	N	%
Ausência de dermatoses	35	13,62	25,55	15	15,96	10,95	87	8,62	63,50	137	10,07
CPNM	78	30,35	20,16	17	18,09	4,39	292	28,94	75,45	387	28,46
CPM	1	0,39	11,11	1	1,06	11,11	7	0,69	77,78	9	0,66
Outras dermatoses	89	34,63	18,05	47	50,00	9,53	357	35,38	72,41	493	36,25
Pré-neoplasias	54	21,01	16,17	14	14,89	4,19	266	26,36	79,64	334	24,56
Total	257	100,00		94	100,00		1009	100,00		1360	100

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

No que se refere ao histórico pessoal de câncer de pele, a tabela 5 demonstra que, entre os casos de CPNM, 221 pacientes (57,11%) apresentavam histórico presente e 166 pacientes (42,89%) apresentavam histórico ausente, enquanto entre os casos de CPM, 2 (22,22%) casos possuíam história prévia e sete casos (77,78%) não possuíam história prévia. No que diz respeito às pré-

neoplasias, 131 pacientes (39,22%) possuíam diagnóstico anterior de câncer de pele e 203 (60,78%) não possuíam.

Ao correlacionar a história familiar e os diagnósticos presuntivos constata-se, na tabela 6, que 163 pacientes (42,12%) com CPNM relataram história familiar positiva, enquanto 224 (57,88%) negaram história familiar. Entre os CPM, observa-se três casos (33,33%) com história positiva e seis (66,67%) com história negativa. Nos pacientes com pré-neoplasias, 197 (58,98%) não possuíam história familiar e 137 (41,02%) possuíam. Ao se analisar os casos que apresentam história familiar de câncer de pele, é possível constatar 163 casos (33,13%) nos pacientes com CPNM, três casos (0,61%) nos pacientes com CPM, 154 casos (31,30%) nos pacientes com outras dermatoses e 137 casos (27,85%) nos pacientes com pré-neoplasias.

Tabela 5 - Correlação da histórico pessoal de câncer de pele e diagnóstico clínico

Diagnóstico clínico	Histórico Pessoal de Câncer de Pele						Total	
	Ausente			Presente			N	%
	N	%	%total	N	%	%total		
Ausência de dermatoses	120	13,30	87,59	17	3,71	12,41	137	10,07
CPNM	166	18,40	42,89	221	48,25	57,11	387	28,46
CPM	7	0,78	77,78	2	0,44	22,22	9	0,66
Outras dermatoses	406	45,01	82,35	87	19,00	17,65	493	36,25
Pré-neoplasias	203	22,51	60,78	131	28,60	39,22	334	24,56
Total	902	100,00		458	100,00		1360	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Tabela 6 - Correlação da história familiar de câncer de pele e diagnóstico clínico

Diagnóstico clínico	História familiar de câncer de pele						Total	
	Ausente			Presente			Nº	%
	Nº	%	%total	Nº	%	%total		
Ausência de dermatoses	102	11,75	74,45	35	7,11	25,55	137	10,07
CPNM	224	25,81	57,88	163	33,13	42,12	387	28,46
CPM	6	0,69	66,67	3	0,61	33,33	9	0,66
Outras dermatoses	339	39,06	68,76	154	31,30	31,24	493	36,25
Pré-neoplasias	197	22,70	58,98	137	27,85	41,02	334	24,56
Total	868	100,00		492	100,00		1360	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Os subtipos de câncer de pele e sua distribuição entre o sexo masculino e feminino podem ser observados na Tabela 7. Do total de 396 casos de câncer de pele, 323 casos (81,57%) eram de CBC, sendo 79,79% nos homens e 83,17% nas mulheres, podendo se apresentar como tipo nodular, ulcerado, pigmentado, esclerosante ou superficial, como demonstrado pela Figura 2. Além disso, 2,27% (nove casos) dos pacientes que tinham lesões compatíveis com CBC e CEC, 41 casos (10,35%) eram lesões sugestivas de CEC, demonstradas pela Figura 3, podendo apresentar-se em fases iniciais ou mais avançadas, e nove casos (2,27%) eram de MM, como demonstra a Figura 4, podendo apresentar-se como melanoma extensivo superficial, melanoma nodular, melanoma acral e o melanoma lentigo maligno, além de haver 14 casos (3,54%) com outros tumores malignos.

Tabela 7 – Relação dos diagnósticos clínicos de subtipos de câncer de pele de acordo com o gênero dos pacientes

Subtipo de Câncer de Pele	Masculino			Feminino			Total	
	N	%	%total	N	%	%total	N	%
CBC	150	79,79	46,44	173	83,17	53,56	323	81,57
CBC e CEC	7	3,72	77,78	2	0,96	22,22	9	2,27
CEC	24	12,77	58,54	17	8,17	41,46	41	10,35
MM	1	0,53	11,11	8	3,85	88,89	9	2,27
Outros tumores malignos	6	3,19	42,86	8	3,85	57,14	14	3,54
Total	188	100,00		208	100,00		396	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Figura 2 - CBC. A: CBC nódulo-ulcerado, infiltrativo, no sulco nasogeniano. B: CBC ulcerado, sangrante, no sulco nasogeniano. C: CBC nodular, com brilho perláceo e telangiectasias características. D: CBC exulcerado, friável.



Fonte: Serviço de Dermatologia do HSCMV

A tabela 8 demonstra a associação das variáveis com os diagnósticos clínicos de câncer de pele, no qual observa-se que há associação significativa ($p < 0,05$) de diagnóstico de CPNM com o sexo masculino e do CPM com o sexo feminino ($p = 0,039$). Ao analisar a variável cor, houve

associação significativa da cor branca com CPNM e cor parda com CPM (p 0,006). Em relação ao histórico pessoal de câncer de pele, identificou-se associação da presença de história pessoal com CPNM e ausência de história pessoal com CPM (p 0,046).

Figura 3 - A: Lesão hiperkeratótica compatível com corno cutâneo. B, C e D: Lesões nodulares, eritemato-infiltradas, com centro ulcerado e hiperkeratótico, compatíveis com ceratoacantoma, localizado no membro superior. E: Lesão em placa, infiltrada, verrucosa, no dorso da mão compatível CEC. F: Lesão pápulo-nodular, eritematosa, com crosta central, no lábio inferior. G: CEC invasivo no couro cabelo. H: CEC invasivo no membro inferior.



Fonte: Serviço de Dermatologia do HSCMV

Figura 4 - Lesões sugestivas de CPM. A: Lesão em placa, infiltrada, com pigmento irregular e centro atrófico, com bordas irregulares, sugestiva de melanoma, no couro cabeludo. B: Lesão infiltrada, enegrecida, com brilho azulado, assimétrica, com bordas irregulares, sugestiva de melanoma, no tronco. C: Lesão tumoral, exofítica, com múltiplas cores, superfície irregular e com hemorragia na borda, sugestiva de melanoma. D: Lesão pápulonodular, enegrecida sobre base eritemato-acastanhada, com bordas irregulares e lesões satélites, sugestiva de melanoma com metástase local.



Fonte: Serviço de Dermatologia do HSCMV

Além disso, observa-se que não houve diagnóstico clínico de câncer de pele em menores de 20 anos, enquanto entre 20 e 41 anos houve nove casos (2,27%), entre 41 e 60 anos houve 99 casos (25,00%), entre 61 e 80 anos houve 207 casos (52,27%) e, por fim, acima de 81 anos houve 81 casos (20,45%). Na análise da faixa etária entre os diagnósticos de CPM, um paciente (11,11%) apresentava entre 21 e 40 anos, quatro pacientes (44,44%) entre 41 e 60 anos, três pacientes

(33,33%) entre 61 e 80 anos e um paciente (11,11%) mais de 81 anos. Ao avaliar o CPNM, oito casos (2,07%) correspondiam a faixa etária de 21 a 40 anos, 95 casos (24,55%) de 41 a 60 anos, 204 casos (52,71%) de 61 a 80 anos e 80 casos (20,67%) acima de 81 anos.

Tabela 8 - Associação das variáveis avaliadas dos pacientes com o diagnóstico clínico de câncer de pele

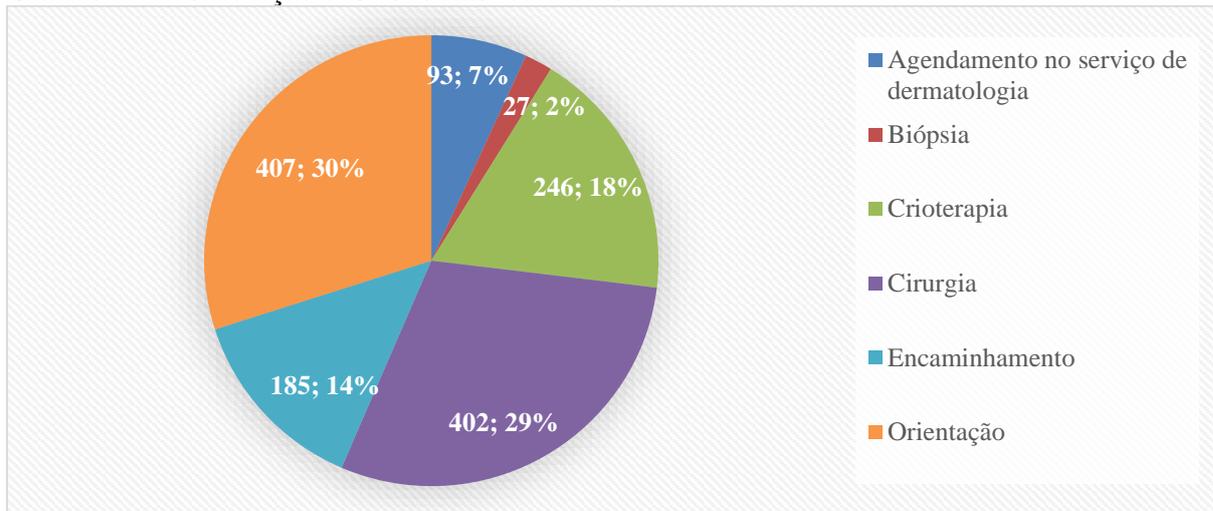
Características		Diagnóstico clínico de câncer de pele				P
		CPNM		CPM		
		N	%	N	%	
Gênero	Masculino	187 ^c	48,3	1	11,1	0,039 ^b
	Feminino	200	51,7	8 ^c	88,9	
Cor	Branca	326 ^c	84,2	4	44,4	0,006 ^a
	Parda	52	13,4	4 ^c	44,4	
	Negra	9	2,3	1	11,1	
Histórico de câncer de pele	Presente	221 ^c	57,1	2	22,2	0,046 ^b
	Ausente	166	42,9	7 ^c	77,8	
História familiar de câncer de pele	Presente	163	42,1	3	33,3	0,740 ^b
	Ausente	224	57,9	6	66,7	
Razão de exposição	Profissional	188	48,6	3	33,3	0,517 ^a
	Lazer	107	27,6	4	44,4	
	Ambas	92	23,8	2	22,2	
Exposição solar	Com proteção	78	20,2	1	11,1	0,538 ^a
	Sem proteção	292	75,5	7	77,8	
	Não se expõe	17	4,4	1	11,1	
Faixa etária	0 a 20 anos	0	0,0	0	0,0	0,134 ^a
	21 a 40 anos	8	2,1	1	11,1	
	41 a 60 anos	95	24,5	4	44,4	
	61 a 80 anos	204	52,7	3	33,3	
	Mais de 80 anos	80	20,7	1	11,1	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

Legenda: a - Teste qui-quadrado; b - Teste Exato de Fisher; c - Resíduo maior que |1,96|.

Em relação às condutas realizadas, observa-se um total de 93 (6,84%) agendamentos no serviço de dermatologia do HSCMV, 27 (1,99%) biópsias, 246 (18,09%) crioterapias, 402 (29,56%) cirurgias, 185 (13,60%) encaminhamentos e 407 (29,93%) casos no qual foram realizadas apenas orientações médicas, como demonstra o gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição das condutas realizadas



Fonte: Elaborado pelos autores (2021)

4 DISCUSSÃO

O aumento do número de diagnósticos de câncer de pele é observado anualmente no Brasil,¹ principalmente em decorrência da exposição solar sem proteção por parte dos indivíduos, influenciada especialmente pela cultura do bronzamento, além de haver casos frequentes relacionados à exposição solar excessiva durante o exercício da profissão.^{17,18}

A maior incidência do câncer de pele é um fator alarmante aos serviços de saúde, uma vez que esta neoplasia apresenta mortalidade significativa e gastos consideráveis para o sistema de saúde, que podem ser minimizados com a implantação de medidas preventivas eficazes, buscando reduzir fatores de risco evitáveis, além da ampliação de ações que visam diagnóstico e tratamento precoce.¹

O presente estudo compreende uma população atendida em um programa de triagem de câncer de pele no Espírito Santo, sendo esta majoritariamente branca, idosa (com destaque para a faixa etária de 61 a 80 anos) e com baixa adesão à fotoproteção. A maioria apresenta lesões com evolução de até dois anos, mais frequentes na cabeça e nos MMSS, além de história familiar e histórico pessoal de câncer de pele em cerca de um terço dos pacientes avaliados. Importante destacar, no histórico familiar, os casos de CPNM, pré-neoplasias e outras dermatoses, com aproximadamente 30% cada e, no histórico pessoal desta neoplasia em relação aos diagnósticos, a representatividade de 50% dos casos com histórico de CPNM.

A faixa etária dos pacientes com câncer da pele revelou dados semelhantes a achados nacionais,^{18,19-21} que determinam a maior frequência de CPNM pacientes acima de 60 anos, sendo que, no presente estudo, identificou-se a maior incidência de casos na faixa etária acima de 61 anos (284 pacientes; 73,38%). Já o CPM é mais incidente em pacientes acima de 40 anos, fato concordante com o atual estudo, no qual oito entre os nove pacientes (88,89%) apresentavam idade maior que 41 anos.

Houve associação significativa de CPNM com o sexo masculino, cor branca e a presença de história pessoal pregressa de câncer de pele, sendo possível perceber a concordância dos dados observados neste estudo com os fatores de risco já conhecidos para o câncer de pele.^{16,24} Já o CPM apresentou associação significativa com o sexo feminino, a cor parda e a ausência de história familiar. Apesar do atual estudo não encontrar associação com o sexo masculino, a

presença de história familiar, cor branca e a exposição solar, sabe-se que estes são fatores de risco importantes e já bem estabelecidos para câncer de pele. Vale ressaltar que a amostra reduzida de pacientes com melanoma no presente trabalho possui pouca representatividade da população geral, não podendo, desta forma, excluir tais fatores de risco como expressivos na fisiopatologia da doença.

No que concerne ao uso de fotoproteção, observou-se que mais de 70% dos pacientes se expõem ao sol sem proteção. Assim, urge a implantação de medidas educativas e ações de conscientização quanto à diminuição do tempo de exposição solar, principalmente nos horários de maior incidência dos raios UV (entre 10 e 16 horas), bem como quanto ao uso de protetores solares e de métodos de barreira, como óculos escuros, chapéus e vestimentas protetoras.⁷

Acerca do número de diagnósticos de câncer de pele, o CPNM representou 97,73% dos casos, enquanto o CPM representou 2,27% dos casos, evidenciando uma maior incidência do CPNM, dado semelhante ao observado na população geral, em que o CPM representa menos de 5% das neoplasias de pele, de acordo com as projeções brasileiras.¹

O diagnóstico clínico foi realizado com base principalmente nas características clínicas das lesões. Para identificação de lesões suspeitas de melanoma, pode-se utilizar a regra do ABCDE, em que a presença de dois ou mais critérios indica uma lesão altamente suspeita, sendo: “A” de assimetria, “B” de bordas irregulares, com contornos mal definidos ou presença de reentrâncias e saliências, “C” de coloração heterogênea da lesão, com presença de várias cores em uma mesma lesão, “D” de diâmetro da lesão superior a seis milímetros e “E” de evolução, que consiste em um critério dinâmico, no qual avalia-se a expansão ou a mudança do aspecto da lesão.^{1,2,22} Esses parâmetros podem ser acrescidos de outros critérios de avaliação, como a alteração sensorial, o padrão de pigmentação e a presença de inflamação.¹⁸

A paralisação do projeto no ano de 2020 em decorrência da pandemia de Covid-19 implicou na diminuição do número de atendimentos de triagem de câncer de pele e, conseqüentemente, em uma possível redução do número de diagnósticos e tratamentos das lesões. Segundo dados da SBD, no Brasil houve queda significativa da procura por atendimento dermatológico, de mais de 50% em quase todas as faixas etárias durante o período de pandemia em 2020.²⁵

Pode-se destacar que a diminuição do número de atendimentos provavelmente impactará negativamente na evolução das condições clínicas, podendo resultar na identificação de lesões mais graves, com maior diâmetro e maior espessura, o que já foi observado em outros países que também apresentaram medidas restritivas relacionadas à pandemia, como a Espanha.^{26,27} Assim, o diagnóstico tardio pode resultar em lesões em estágios mais avançados, com maior risco de metástase, menor possibilidade de tratamento e menor sobrevida.

5 CONCLUSÃO

Observa-se o predomínio de mulheres em ambos os tipos de câncer de pele, com idade acima de 60 anos e cor branca, como evidenciado no presente estudo. É essencial conhecer o perfil de pacientes acometidos pelo câncer de pele, pois permite a formulação de estratégias preventivas voltadas para os grupos de maior risco, além de atentar os profissionais de saúde para a maior necessidade em buscar lesões suspeitas nesses pacientes. Esse conhecimento também é fundamental para melhoria do sistema de informação em saúde e do planejamento e monitoramento das ações preventivas.

É inquestionável que o câncer de pele é um importante problema de saúde pública, porém, como evidenciado no atual estudo, observa-se alto índice de exposição solar e baixa adesão às medidas de fotoproteção por parte dos indivíduos. Dessa forma, com o objetivo de reduzir a incidência do câncer de pele e melhorar a qualidade de vida da população, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias de prevenção, como a conscientização da população sobre a diminuição da fotoexposição e sobre a importância do uso de protetores solares. Essas medidas devem ser direcionadas principalmente à população jovem, pois, apesar dos dados mostrarem uma maior incidência em indivíduos maiores de 60 anos, sabe-se que as alterações cutâneas são progressivas e cumulativas, se iniciando desde uma idade precoce.

Dessa forma, diante da importância do câncer de pele na saúde brasileira, torna-se necessária a instituição de ações mais eficazes para evitar o surgimento dessa neoplasia, que é amplamente prevenível, bem como a melhoria da assistência médica aos pacientes de maior risco.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2019: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2020. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acessado em: 23 de abril de 2021.
2. Vargas, ALBSJ. Secretaria Municipal de Saúde. Câncer da pele: identificação e conduta. Rio de Janeiro: Inaiara Bragante, 2016. 24 p. Disponível em:<http://subpav.org/download/prot/guia_pele.pdf>. Acessado em: 23 de abril de 2021.
3. Bomfim SS, Giotto AC, Silva AG. Câncer de pele: conhecendo e prevenindo a população. Rev. Cient. Sena Aires.2018; 7(3): 255-9.
4. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP.Fitzpatrick's color atlas ET synopsis of clinical dermatology. 7thEdition. New York: The McGraw-Hill Global Education Holdings, LLC; 2013.
5. Sampaio APS. Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti. 1ª Edição. São Paulo: Artes Médicas. 2014.
6. Ministério da Saúde (BR) - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Informativo: Detecção Precoce. Boletim ano 7, nº3. Rio de Janeiro. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Setembro/Dezembro 2016. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-deteccao-precoce-3-2016.pdf>>. Acessado em: 15 de maio de 2021.
7. Watson M, Holman DM, Maguire-Eisen M. Ultraviolet Radiation Exposure and Its Impact on Skin Cancer Risk. Seminars In Oncology Nursing, [S.L.], v. 32, n. 3, p. 241-254, ago. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2016.05.005>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5036351/>>. Acessado em: 28 de maio de 2021.

8. Munhoz R et al. MELANOMA CUTÂNEO. Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. 2020. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/images/diretrizes/diretrizes_pdfs/2020/lote5/Diretrizes-SBOC-2020---Melanoma-PS-PUBLICAO.pdf>. Acessado em: 04 de março de 2021.
9. Telich-Tarriba JE et al. Diagnóstico e tratamento dos tumores malignos de pele. Acta méd. Grupo Ángeles, México, v. 15, n. 2, p. 154-160, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032017000200154&lng=es&nrm=iso>. Acessado em: 24 de abril de 2021.
- 10 Lira GA, Delfino MM. Fotoproteção: conhecimentos e hábitos da população: Revisão de Literatura. Revista Saúde em Foco. 2019. 11: pp. 1321-1326. Disponível em: <<https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/11/FOTOPROTEÇÃO-CONHECIMENTOS-E-HÁBITOS-DA-POPULAÇÃO-1321-a-1336.pdf>>. Acessado em: 02 de março de 2021.
11. Francisco PMSB et al. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e200023, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023>>. Acessado em: 23 de agosto de 2021.
12. Imanichi D, Filho JLG, Moraes CF, Sotero RC, Gomes LO. Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil. Diagn Tratamento 2017;22(1):3-7. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832424/rdt_v22n1_3-7.pdf>. Acessado em: 15 de julho de 2021.
13. Castilho IG, Sousa MPAL, Rubens MS. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. Anais Brasileiros de Dermatologia [online]. 2010, v. 85, n. 2, pp. 173-178. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000200007>>. Acessado em: 20 de março de 2021.
14. Colombo NM, Fontana PB, Medeiros FD. Conhecimentos e cuidados sobre a exposição solar dos agricultores de Forquilha – SC e Treze de Maio – SC. Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnologia em Cosmetologia e Estética da Universidade do Sul de Santa Catarina –

UNISUL), Tubarão, 2019. Disponível em: <<http://www.riuni.unisul.br/handle/12345/7514>>. Acessado em: 05 de abril de 2021.

15. Linos E, Katz KA, Colditz GA. Skin Cancer-The Importance of Prevention. *JAMA Intern Med.* 2016;176(10):1435-1436. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5008.

16. Lopez AT, Carvajal RD, Geskin L. Secondary Prevention Strategies for Nonmelanoma Skin Cancer. *Oncology (Williston Park).* 2018;32(4):195-200. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29684233/>>. Acessado em: 10 de setembro de 2021.

17. Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Piexak DR, Kowalczyk S, Vaz JC, & Borges AM (2015). Câncer de pele em trabalhadores rurais: conhecimento e intervenção de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 0564-0571. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000400005>>. Acessado em: 15 de agosto de 2021.

18. Dalcin MM, Krause GC, Scherer CM, Ceolin S, Lautenschleger G, Badke MR. Skin cancer in rural workers: photoexposure and guidance on risk factors. *RSD [Internet]*. 2021Jan.6 [cited 2021Aug.30];10(1):e15110111594. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11594>>. Acessado em: 09 de agosto de 2021.

19. Costa GLG. Estudo retrospectivo dos casos de câncer de pele diagnosticados no Hospital de Câncer de Mato Grosso [Dissertação (mestrado) – Curso de Pós-Graduação em Ciências]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente em Oncologia em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer (AMCC); 2017. 37 p. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/963711/giovannalgcosta.pdf>>. Acessado em: 05 de agosto de 2021.

20. Itaya GC. Incidência de Câncer da Pele e Fatores Associados em Santa Catarina em 2018: Registros da Rede Catarinense de Telemedicina [Trabalho de Conclusão de Curso]. Palhoça: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2019. 19 p. Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/9381/1/TCC%20Gabriela%20Itaya.pdf>>. Acessado em: 23 de setembro de 2021.

21. Frasson PHL, Duque DS, Pinto EB, Dalvi GC, Madalon SZ, Nunes TA, Vargas PRM, et al. Panorama do câncer da pele em comunidades de imigrantes pomeranos do Estado do Espírito Santo. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2017; 44(2):187- 93. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912017000200187&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acessado em: 03 de agosto de 2021.
22. Saiyed FK, Hamilton EC, Austin MT. Pediatric melanoma: incidence, treatment, and prognosis. *Pediatric Health Med Ther.* 2017;8:39-45. Disponível em: <<https://doi.org/10.2147/PHMT.S115534>>. Acessado em: 23 de março de 2021.
23. Câncer da pele - Sociedade Brasileira de Dermatologia [Internet]. Sbd.org.br. 2017 [citado 2021 Ago 30]. Disponível em: <<https://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/cancer-da-pele/64>>. Acessado em: 15 de agosto de 2021.
24. Fidelis MC, Stelini RF, Staffa LP, Moraes AM, Magalhães RF. Carcinoma Basocelular com Margens Comprometidas: estudo retrospectivo de condutas, evolução e prognóstico. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Campinas, 96(1):17-26, 01 jan. 2021. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-carcinoma-basocelular-com-margens-comprometidas-articulo-S2666275220303556?referer=buscador>>. Acessado em: 23 de agosto de 2021.
25. Câncer de pele: médicos alertam para queda de 48% em exames de diagnóstico - Sociedade Brasileira de Dermatologia [Internet]. Sbd.org.br. 2020 [citado 2021 Aug 30]. Disponível em: <<https://www.sbd.org.br/dezembroLaranja/noticias/cancer-de-pele-medicos-alertam-para-queda-de-48-em-exames-de-diagnostico/>>. Acessado em: 20 de setembro de 2021.
26. Canedo MIF, Martín TM, Ruíz FR. Impact of SARS-CoV-2 pandemic on the early diagnosis of melanoma. *Medicina Clínica* [Internet]. 2021; 156 (7):356-357. doi: 10.1016/j.medcli.2020.12.011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775321000191>>. Acessado em: 03 de Setembro de 2021.

27. Tejera-Vaquerizo A, Nagore E. Estimated Effect of COVID-10 Lockdown on Melanoma Thickness and Prognosis: a rate of growth model. *J of the European Academy of Dermatology and Venereology* [Internet]. 2020; 34 (8):351-353. doi: 10.1111/jdv.16555. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jdv.16555>>. Acessado em: 05 de Agosto de 2021.

ANEXO A – PARECER COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FOTOPROTEÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE LESÕES NEOPLÁSICAS E PRÉ-NEOPLÁSICAS DE CÂNCER DE PELE.

Pesquisador: Karina Demoner de Abreu Sarmenghi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36008820.5.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.238.973

Apresentação do Projeto:

A pesquisa irá descrever e correlacionar dados de câncer de pele encontrados nos atendimentos médicos a uma população carente no município de Vila Velha (ES) por um período retrospectivo de 2 anos, a fim de orientar e conscientizar a população geral e comunidade de profissionais de saúde quanto a importância da fotoproteção e dos fatores de risco para câncer de pele.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Descrever os dados dos atendimentos realizados no projeto Salve Sua Pele por um período de 2 anos, entre março de 2018 e março de 2020.

Específicos:

- a) Identificar a distribuição dos atendimentos segundo sexo, idade, exposição solar, fotoproteção, tipo de exposição, história familiar e história pregressa pessoal de câncer de pele, local da lesão, diagnóstico ou tratamento;
- b) Analisar e enumerar os atendimentos com as intervenções realizadas;
- c) Comparar os dados encontrados por ano e por categoria estudada entre si e com a população geral.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza

CEP: 29.045-402

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3334-3586

Fax: (27)3334-3586

E-mail: comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 4.238.973

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador cita não haver riscos físicos diretos relacionados à realização da pesquisa, mas que existe risco de quebra do sigilo médico durante a coleta de dados em prontuário e das tabelas. Para minimizar este risco, os pesquisadores se comprometem a não divulgar dados pessoais que possam identificar um participante de pesquisa, utilizando os dados clínicos somente com fins científicos e nos meios apropriados de divulgação, como congressos de saúde e revistas científicas especializadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa irá produzir informações que poderão contribuir para planejamento de intervenções com ênfase no levantamento do perfil epidemiológico da população assistida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios são apresentados de acordo com a legislação vigente.

O pesquisador pede dispensa de TCLE e justifica que pela impossibilidade de contato com os participantes em assinarem o termo, uma vez que nem todos permanecem no serviço de atendimento tornando inviável a obtenção do documento.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existe nenhuma pendência ou inadequação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 4.238.973

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1574899.pdf	02/08/2020 14:05:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Completo.docx	02/08/2020 14:03:30	Karina Demoner de Abreu Sarmenghi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	10/06/2020 16:53:54	Karina Demoner de Abreu Sarmenghi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia.pdf	10/06/2020 13:15:30	Karina Demoner de Abreu Sarmenghi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 26 de Agosto de 2020

**Assinado por:
 PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
 (Coordenador(a))**

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

