

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

**BIANOR TERRA NETO
BRUNA ANCHIETA DE CARVALHO ZORZANELLI
GABRIELA SAVAZZINI DE OLIVEIRA**

**ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM UM
PROGRAMA DERMATOLÓGICO DE CÂNCER DE PELE DESENVOLVIDO EM
UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA/ES**

VITÓRIA
2024

BIANOR TERRA NETO
BRUNA ANCHIETA DE CARVALHO ZORZANELLI
GABRIELA SAVAZZINI DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM UM
PROGRAMA DERMATOLÓGICO DE CÂNCER DE PELE DESENVOLVIDO EM
UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA/ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Medicina
da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Medicina.

Orientadora: Prof^a. Me. Francine Alves Gratal
Raposo

VITÓRIA
2024

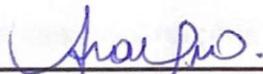
BIANOR TERRA NETO
BRUNA ANCHIETA DE CARVALHO ZORZANELLI
GABRIELA SAVAZZINI DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM UM
PROGRAMA DERMATOLÓGICO DE CÂNCER DE PELE DESENVOLVIDO EM
UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA/ES**

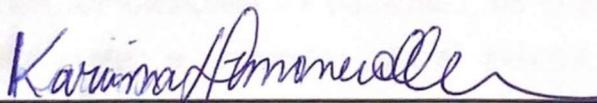
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Aprovada em 04 de junho de 2024

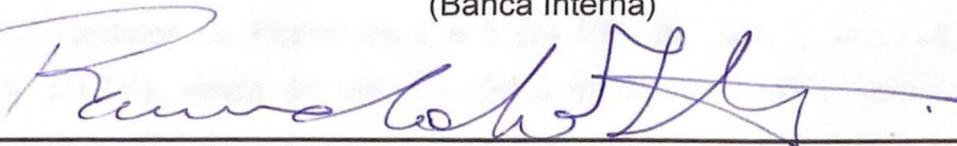
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Mestre Francine Alves Gratival Raposo
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof^a. Mestre Karina Demoner de Abreu Sarmenghi
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)



Mestre Raimundo Luiz Inocêncio dos Santos
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – HSCMV
(Banca Externa)

RESUMO

Introdução: O câncer da pele é a neoplasia maligna mais incidente entre os brasileiros, tornando-se um importante problema de saúde pública. O tipo não melanoma corresponde 30% de todos os casos de tumores malignos registrados no país, sendo 70% desses diagnósticos representados pelo carcinoma basocelular e 25% pelo carcinoma espinocelular. Logo, é importante compreender o perfil epidemiológico dessa doença a fim de aprimorar sua prevenção, diagnóstico e tratamento. **Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico e a incidência de infecção em cirurgias de exérese de lesões suspeitas de câncer de pele em pacientes de um programa desenvolvido em um hospital filantrópico de Vitória/ES. **Método:** Trata-se de um estudo unicêntrico observacional longitudinal prospectivo do tipo coorte. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação ativa de questionário entre julho e dezembro de 2023, nos pacientes assistidos pelo programa Salve sua Pele, durante fila de espera para consulta no ambulatório de dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Além disso, foi feita uma busca ativa nos prontuários dos pacientes no período de janeiro a fevereiro de 2024, de forma a verificar os diagnósticos histopatológicos das biópsias realizadas e a ocorrência ou não de infecção. A partir das informações obtidas, criou-se uma base de dados no programa Microsoft Excel®, a qual foi utilizada no software Power BI® para o cálculo de incidências, frequências e percentuais, de acordo com os objetivos deste estudo. **Resultados:** Foram entrevistados 77 pacientes, os quais apresentaram 83 lesões retiradas cirurgicamente e enviadas para biópsia. Em termos de perfil sociodemográfico e fatores clínicos, a população de estudo se apresentou como maioria do sexo feminino (58,4%), faixa etária predominante de 66 a 75 anos (40,3%), fototipos de Fitzpatrick 2 e 3 (74,1%), descendência predominantemente italiana (59,7%), renda de até 5 salários mínimos (97,4%), com 1 a 5 anos de escolaridade (37,7%), exposição solar majoritariamente ocupacional (49,4%) e sem proteção (81,8%), ausência de vícios em álcool (62,3%) e tabaco (67,5%), maioria expressiva da localização de lesões suspeitas em face (57,1%), com grande parte dos diagnósticos histopatológicos de CBC (67,5%), pouco mais da metade dos pacientes com história pessoal pregressa positiva para câncer de pele (51,9%) e 48,1% com história familiar positiva para câncer de pele. Observou-se ainda alta taxa de hipertensão arterial (53,2%), seguida de diabetes mellitus tipo 2 (16,9%) como

comorbidades relatadas. Em relação ao desfecho infecção de sítio cirúrgico, obteve-se uma incidência de 8,43%, cujos fatores de risco com relação possivelmente positiva avaliados neste estudo foram etilismo atual, cirurgia de malignidade (principalmente CEC) e localização da lesão em membros superiores, membros inferiores, dorso ou colo. Nenhuma comorbidade avaliada, bem como outros fatores associados ao paciente (sexo, idade, fototipo, renda, escolaridade, tabagismo e uso crônico de anticoagulantes) tiveram impacto relevante na ocorrência de infecção de ferida pós-operatória. **Conclusão:** Este estudo mostrou novas evidências que podem nortear a estratégia de cuidado com os pacientes submetidos a cirurgias dermatológicas, principalmente no que se refere a risco de desenvolvimento de ISC e necessidade de profilaxia antibiótica.

Palavras-chave: neoplasias cutâneas; epidemiologia; infecção da ferida cirúrgica; fatores de risco.

ABSTRACT

Introduction: Skin cancer is the most common malignancy among Brazilians, becoming an important public health problem. The non-melanoma type matches 30% of all cases of malignant tumors registered in the country, with 70% of these diagnoses represented by basal cell carcinoma and 25% by squamous cell carcinoma. Therefore, it is important to understand the epidemiological profile of this disease in order to improve its prevention, diagnosis and treatment. **Objective:** To identify the epidemiological profile and incidence of infection in excision surgeries for lesions suspected of skin cancer in patients from a program developed in a philanthropic hospital in Vitória/ES. **Method:** This is a single-center observational longitudinal prospective cohort study. Data collection was carried out through the active application of a questionnaire between July and December 2023, among patients assisted by the Salve sua Pele program, during the waiting list for consultation at the dermatology outpatient clinic at Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Furthermore, an active search was carried out in the patient's records in the period of January and February 2024, in order to verify the histopathological diagnosis of the biopsies performed and the occurrence or not of infection. From the collected data, a database was created in the Microsoft Excel® program, which was used in the Power BI® software to calculate incidences, frequencies and percentages, in accordance with the objectives of this study. **Results:** 77 patients were interviewed, who had 83 lesions removed surgically and sent for biopsy. In terms of sociodemographic profile and clinical factors, the study population was mostly female (58.4%), the predominant age range was 66 to 75 years old (40.3%), Fitzpatrick phototypes 2 and 3 (74.1%), of predominantly Italian descent (59.7%), income of up to 5 minimum wages (97.4%), with 1 to 5 years of schooling (37.7%), sun exposure mostly occupational (49.4%) and without protection (81.8%), absence of addictions to alcohol (62.3%) and tobacco (67.5%), a significant majority of suspicious lesions being located on the face (57.1%), with a large part of the histopathological diagnoses of BCC (67.5%), just over half of the patients with a positive past personal history of skin cancer (51.9%) and 48.1% with a positive family history of skin cancer. There was also a high rate of reported hypertension (53.2%), followed by reported type 2 diabetes mellitus (16.9%) as comorbidities. Regarding the surgical site infection outcome, an incidence of 8.43% was obtained, whose risk factors with a possibly positive relationship evaluated in this

study were current alcoholism, malignant surgery (mainly CPB) and location of the lesion in the upper limbs, lower limbs, back or neck. No comorbidity assessed, as well as other factors associated with the patient (gender, age, phototype, income, education, smoking and chronic use of anticoagulants) had a relevant impact on the occurrence of postoperative wound infection. **Conclusion:** This study showed new evidence that can guide the care strategy for patients undergoing dermatological surgery, especially with regard to the risk of developing Surgical Site Infection and the need for antibiotic prophylaxis.

Keywords: skin neoplasms; epidemiology; surgical wound infection; risk factors.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema do fluxo de pacientes no Programa Dermatológico Salve Sua Pele.....	18
Figura 2 – Diagrama da relação entre uso de anticoagulantes ou antiplaquetários e infecção de sítio cirúrgico, incluindo uso de antibioticoterapia profilática e medicação tópica.....	27
Figura 3 – Diagrama da relação entre tabagismo e infecção de sítio cirúrgico, incluindo uso de antibioticoterapia profilática.....	28
Figura 4 – Diagrama da relação entre etilismo e infecção de sítio cirúrgico, incluindo uso de antibioticoterapia profilática.....	30
Figura 5 – Diagrama da relação entre uso de antibiótico profilático e medicação tópica com o desfecho de infecção.....	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ciclo de vida de maior exposição solar: número absoluto de respostas relativas a cada categoria.....	24
Gráfico 2 – Prevalência de comorbidades na população atendida no Programa Salve sua Pele, de julho a dezembro de 2023	24
Gráfico 3 – Prevalência do uso de anticoagulantes ou antiplaquetários na população de estudo.....	27
Gráfico 4 – Prevalência do tabagismo na população de estudo	28
Gráfico 5 – Prevalência do etilismo na população de estudo	29
Gráfico 6 – Prevalência dos locais de lesão suspeita e incidência de infecção de sítio cirúrgico	31
Gráfico 7 – Prevalência dos tipos de câncer de pele na população de estudo e a incidência de infecção de sítio cirúrgico por diagnóstico das lesões.....	32
Gráfico 8 – Antibioticoprofilaxia na população de estudo de acordo com diagnóstico histopatológico e desfecho de infecção de sítio cirúrgico	32
Gráfico 9 – Prevalência de uso de antibioticoprofilaxia pela população de estudo, com destaque para a incidência de ISC em cada grupo.....	33
Gráfico 10 – Uso de analgésicos pela população de estudo, de acordo com o desfecho de ISC	34
Gráfico 11 – Prevalência de HAS na população de estudo, com destaque para a incidência de ISC em cada grupo	35
Gráfico 12 – Prevalência de diabetes tipo 2 na população de estudo, com destaque para a incidência de ISC em cada grupo	35

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Perfil epidemiológico da população atendida no Programa Salve sua Pele, de julho a dezembro de 2023 (número absoluto e porcentagens)21
- Tabela 2 – Características clínicas dos pacientes com infecção de sítio cirúrgico....25
- Tabela 3 – Números e percentuais de lesões com ou sem infecção de sítio cirúrgico, de acordo com as características sociodemográficas da amostra26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CA	Ceratose Actínica
CBC	Carcinoma basocelular
CEC	Carcinoma epidermoide
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DB	Doença de Bowen
DM 2	Diabetes mellitus tipo 2
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
DRC	Doença renal crônica
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
ES	Espírito Santo
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
ISC	Infecção de sítio cirúrgico
MMII	Membros inferiores
MMSS	Membros superiores
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UVA	Radiação ultravioleta A
UVB	Radiação ultravioleta B

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 MÉTODO	17
4 RESULTADOS	21
4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	21
4.2 ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO	25
4.3 RELAÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO COM O PERFIL DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	26
4.3.1 Características sociodemográficas.....	26
4.3.2 Uso Crônico de Anticoagulantes ou Antiplaquetários.....	27
4.3.3 Tabagismo.....	28
4.3.4 Etilismo.....	29
4.3.5 Local da Lesão.....	30
4.3.6 Diagnóstico Histopatológico	31
4.3.7 Uso de Medicação Pós-operatória	33
4.3.8 Comorbidades.....	34
5 DISCUSSÃO	37
5.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO	37
5.2 INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO.....	43
6 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	58
APÊNDICE A – Questionário Utilizado para Entrevista de Coleta de Dados	59

APÊNDICE B – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Aplicado aos Participantes da Pesquisa	61
APÊNDICE C – Distribuição Geográfica da População Atendida no Programa Salve Sua Pele, de Julho a Dezembro de 2023.	64
ANEXOS	65
ANEXO A – Certificado de Aprovação do CEP	66

1 INTRODUÇÃO

O câncer da pele é a neoplasia maligna mais incidente entre os brasileiros, tornando-se um grave problema de saúde pública. Pode ser expresso de diversas formas, sendo as mais frequentes o carcinoma basocelular (CBC), de origem nas células basais da epiderme; o carcinoma epidermóide (CEC), de desenvolvimento nas células da camada mais superficial da pele; e o melanoma, de origem nos melanócitos, que são as células produtoras de melanina e determinam a cor da pele de um indivíduo (American Cancer Society, 2020 *apud* INCA, 2021).

O câncer de pele do tipo não melanoma representa 30% de todos os casos de tumores malignos registrados no país, sendo 70% desses diagnósticos representados pelo CBC, geralmente menos agressivo, e 25% pelo CEC (Pires *et al.*, 2018). Já o câncer de pele do tipo melanoma representa apenas 4% das neoplasias malignas do órgão, porém é o tipo mais grave devido a sua alta capacidade de metástase, podendo levar à morte principalmente se não houver detecção precoce (INCA, 2022).

De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (Ministério da Saúde, 2022), o número de mortes por câncer de pele não melanoma no Brasil, em 2022, foi de 3164 casos, sendo 1801 homens e 1362 mulheres, enquanto por melanoma foi de 1959, sendo 1102 homens e 857 mulheres. No Espírito Santo, segundo o INCA (2022), as estimativas eram de 90 casos de câncer tipo melanoma e 5410 do tipo não melanoma por 100.000 habitantes para o ano de 2023, sendo essa última a maior incidência entre todas as categorias de câncer.

Esses dados demonstram a importância de compreender o perfil epidemiológico dessa doença a fim de aprimorar sua prevenção, diagnóstico, tratamento, além do planejamento de ações de promoção à saúde voltadas principalmente aos grupos de populações mais afetadas.

Conforme publicação do INCA (2021), o principal agente causal do câncer de pele é a radiação ultravioleta (UV), que induz a lesões no DNA, sendo a exposição solar crônica associada principalmente ao CEC e as exposições durante a infância, com história de

uma ou mais queimaduras solares, associadas ao CBC e melanoma. Menciona ainda outros fatores que podem aumentar o risco de câncer de pele, como a presença de ceratose actínica (lesões pré-malignas que podem evoluir para carcinoma espinocelular); pele, cabelos e olhos claros; sistema imune debilitado (em razão de doença ou uso de imunossupressores); presença de vários nevos atípicos; história familiar ou pessoal de câncer de pele. Por fim, destaca fatores ambientais e ocupacionais como possíveis agentes relacionados ao desenvolvimento de câncer de pele, referindo a exposição a produtos utilizados em metalurgia, agricultura, refino de petróleo e outras indústrias químicas.

A população capixaba, por suas peculiaridades demográficas e históricas, é suscetível ao câncer de pele, já que há alta incidência solar no território e no século XIX, o estado do Espírito Santo (ES) recebeu grupos de imigrantes italianos e alemães, em especial pomeranos, emigrados dos conflitos bélicos na Europa, que se assentaram em diversas regiões (Franceschetto, 2014), principalmente na zona rural do estado.

Perante esse cenário demográfico e a incidência elevada das neoplasias cutâneas no Estado, foi criado o Programa Dermatológico Salve Sua Pele, uma parceria entre Instituições religiosas, Secretaria Estadual de Saúde, Albergue Martinho Lutero, Instituições filantrópicas, Instituição de Ensino e Hospital. Um dos constituintes desse Programa é o projeto de Extensão Universitário Salve sua Pele, que reúne alunos de graduação em Medicina, residentes de Dermatologia, Médicos Dermatologistas, Cirurgiões Plásticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e voluntários para promover mutirões mensais de atendimento à população. Nesses mutirões, o escopo clínico realiza a triagem e diagnóstico de lesões suspeitas de câncer de pele e o escopo cirúrgico efetua a biópsia para análise histopatológica das lesões, quando indicado.

Diante do tratamento mais empregado para o câncer de pele ser a exérese das lesões suspeitas, sabe-se que uma das possíveis complicações é a infecção do sítio cirúrgico (ISC). A ocorrência de ISC em cirurgias dermatológicas é uma condição que confere morbidade significativa para os pacientes, como retardo da cicatrização, prejuízos aos resultados estéticos e geração de infecções mais profundas, além de aumentar os custos e o consumo de recursos de saúde (Heal *et al.*, 2016).

A taxa aceitável de infecção após cirurgias dermatológicas, consideradas como Classe 1, é $< 5\%$ (Heal *et al.*, 2012), mas para alguns pacientes “em risco” essa taxa pode ser maior, o que poderia justificar o uso de antibióticos profiláticos. No entanto, ainda não há uma definição clara dos fatores de risco associados à infecção em cirurgias dermatológicas (Penington, 2010), pois a maioria dos dados sobre incidências e preditores de ISC são baseados em estudos de procedimentos cirúrgicos gerais.

Desse modo, os autores esperam que esse estudo forneça aos profissionais de saúde subsídio científico para a caracterização da população submetida a exérese de lesões suspeitas de câncer de pele no programa Salve sua Pele, possibilitando o desenvolvimento de técnicas de cuidado que atendam às necessidades específicas desses pacientes. Dentre elas, destaca-se a identificação de grupos de risco e fatores predisponentes para o desenvolvimento de infecção de sítio cirúrgico, as quais almeja-se que esse trabalho esclareça a partir da correlação desse desfecho com as características sociodemográficas, clínicas e histopatológicas dos pacientes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o perfil epidemiológico e a incidência de infecção em cirurgias de exérese de lesões suspeitas de câncer de pele em pacientes de um programa desenvolvido em um hospital filantrópico de Vitória/ES.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

- a. Identificar a população de estudo quanto a características demográficas, socioeconômicas e clínicas;
- b. Definir incidência de tipos de câncer de pele na população de estudo;
- c. Calcular a incidência de infecção de sítio cirúrgico na população estudada;
- d. E correlacionar o perfil epidemiológico da população de estudo e a incidência de infecção de sítio cirúrgico.

3 MÉTODO

Este trabalho trata-se de um estudo unicêntrico observacional longitudinal prospectivo do tipo coorte. A coleta de dados foi realizada entre julho de 2023 e dezembro de 2023, com a população assistida pelo Programa Dermatológico Salve sua Pele, que é promovido pelo Serviço de Dermatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV, junto a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - EMESCAM, Instituições religiosas, Secretaria Estadual de Saúde do ES, além de Instituições Filantrópicas.

Um dos constituintes desse programa é o Projeto de Extensão Universitário Salve Sua Pele, que reúne acadêmicos de medicina, médicos dermatologistas e cirurgiões plásticos voluntários.

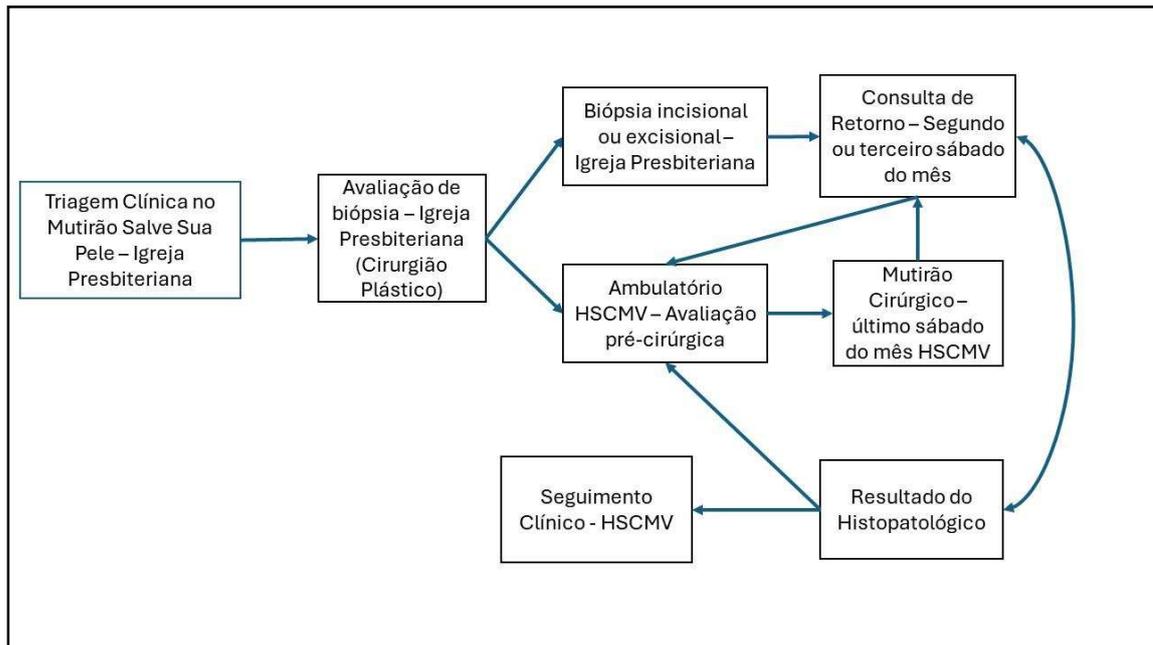
O atendimento acontece em forma de mutirões, que ocorrem no primeiro sábado de cada mês, de março a dezembro de cada ano. Os pacientes com lesões suspeitas de neoplasia cutânea são triados clinicamente e submetidos a procedimento cirúrgico de biópsia excisional ou biópsia incisional, seguido de envio do material para análise histopatológica. Quando identificada necessidade de procedimentos maiores, como enxerto ou retalhos cutâneos, o paciente é encaminhado para o mutirão no centro cirúrgico do HSCMV, que ocorre no último sábado do mês. As biópsias com possibilidade de sutura simples são feitas no mesmo dia do atendimento inicial, na Igreja Presbiteriana Unida do Ibes em Vila Velha, Espírito Santo, que conta com um centro cirúrgico para pequenas cirurgias.

Em um segundo momento, geralmente no segundo ou terceiro sábado do mês, de 7 a 14 dias após a realização das biópsias, os pacientes passam por consulta no ambulatório de dermatologia do HSCMV, em que são atendidos pelos mesmos voluntários que realizaram as cirurgias. Neste momento, avalia-se a cicatrização cirúrgica, a possibilidade de retirada de pontos e a ocorrência de complicações.

Em aproximadamente 40 dias após a biópsia, os pacientes retornam ao ambulatório do HSCMV e recebem o resultado da análise histopatológica, e de acordo com isso avalia-se a necessidade de agendamento de cirurgia para exérese total da lesão (caso

biópsia incisional com resultado positivo para malignidade ou margem comprometida) ou encaminhamento para seguimento clínico (caso tratamento curativo por meio biópsia excisional sem margem comprometida). Todo esse fluxo está representado na figura 1.

Figura 1 – Esquema do fluxo de pacientes no Programa Dermatológico Salve Sua Pele



Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

Desta forma, para a coleta de dados, os pesquisadores deste trabalho aplicaram um questionário (apêndice A) contendo perguntas de múltipla escolha relacionadas a informações epidemiológicas e clínicas, sendo as entrevistas realizadas na fila de espera da consulta de retorno no ambulatório de dermatologia do HSCMV.

Antes do início das entrevistas, os pesquisadores empregaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), disponível no apêndice B, disposto em duas vias, sendo uma para o paciente e outra para o pesquisador. Realizou-se a leitura do termo junto ao participante, ressaltando os objetivos da pesquisa, métodos, entrevistas e observações acerca do estudo ao qual fariam parte, em que estes puderam ou não participar de acordo com seu consentimento.

Sendo assim, os participantes desta pesquisa foram incluídos de acordo com os seguintes critérios: ter sido submetido a procedimento cirúrgico nos mutirões do

Programa Dermatológico Salve Sua Pele e estar presente na consulta de retorno, 7 ou 14 dias após a cirurgia, no ambulatório de dermatologia do HSCMV ou ter resultado de biópsia incisional positivo para malignidade ou biópsia excisional com margens comprometidas e estar presente na consulta de retorno no ambulatório de dermatologia do HSCMV para marcação de novo procedimento cirúrgico. Destaca-se que os pacientes submetidos a cirurgia em um período de 40 dias ou mais anteriores a aplicação do questionário tiveram dados referentes a ferida operatória e cuidados pós-operatórios coletados dos prontuários (como por exemplo presença de sinais flogísticos, febre e uso de medicação pós-operatória).

É importante ressaltar que o Programa Dermatológico Salve Sua Pele não atende pacientes menores de 18 anos, logo não foi necessário definir a idade como um critério de inclusão deste trabalho. Como critérios de exclusão, definiu-se: ausência de assinatura no TCLE ou interrupção da entrevista por motivos diversos que impediu o preenchimento do questionário de forma completa.

Nos mutirões de retorno dos meses de julho, agosto, outubro, novembro e dezembro de 2023, o questionário foi aplicado em 79 pacientes, no entanto dois questionários não foram completamente respondidos, sendo esses pacientes excluídos da pesquisa. Desta forma, 77 pacientes foram incluídos neste trabalho, tendo sido coletadas 83 respostas, pois 6 pacientes apresentaram mais de uma lesão dermatológica e, por isso, participaram duas vezes do projeto no período de estudo.

Para a variável localização da lesão, considerou-se como face para lesões localizadas em rosto e orelhas; membros superiores para lesões localizadas em mãos, braços e ombros; membros inferiores para lesões localizadas em pernas, pés e nádegas; colo para lesões em região cervical anterior e em tórax; dorso para lesões em região posterior, da nuca até região sacral; e abdome para lesões localizadas entre as regiões epigástrica e inguinal.

Posteriormente à aplicação do questionário, foi feita uma busca ativa nos prontuários dos pacientes conforme protocolos da instituição HSCMV, no período de janeiro e fevereiro de 2024, de forma a verificar o resultado das biópsias realizadas, com ênfase nos seus diagnósticos histopatológicos, que foram classificados como CBC, CEC,

melanoma ou outros. Vale ressaltar que a categoria "outros" envolve tanto diagnósticos benignos como malignos.

Além disso, foi coletado também dos prontuários a ocorrência ou não de infecção, definida a partir de descrição em exame físico de presença de sinais flogísticos locais e prescrição de antibioticoterapia em consulta realizada no ambulatório de Dermatologia do HSCMV no período de até 30 dias após o procedimento. Logo, a ISC não foi diagnosticada pelos pesquisadores deste trabalho, mas sim pelos clínicos do Projeto ou pelos médicos dermatologistas que atendem no HSCMV.

Para a organização dos dados coletados, foi realizada pelos pesquisadores a transcrição dos questionários para uma base de dados utilizando o software Microsoft Excel® 2018. Em seguida, foi utilizado o software Power BI® para cálculo e apresentação de incidências, frequências e percentuais, de acordo com os objetivos deste estudo.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da EMESCAM, sob parecer consubstanciado número 6.145.687 (anexo A).

4 RESULTADOS

4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

A partir da aplicação do questionário (apêndice A) durante o mutirão de retorno dos pacientes no Programa Salve sua Pele, foram obtidos dados epidemiológicos dessa população, que estão apresentados a seguir na tabela 1.

Foram entrevistados 77 pacientes, os quais apresentaram 83 lesões retiradas cirurgicamente e enviadas para biópsia. Portanto, para fins de avaliação do perfil epidemiológico, foi considerado o número total de pacientes, já para avaliação de fatores possivelmente relacionados à infecção de sítio cirúrgico, foi considerado o número total de lesões.

Tabela 1 – Perfil epidemiológico da população atendida no Programa Salve sua Pele, de julho a dezembro de 2023 (número absoluto e porcentagens)
(continua)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	45	58,4%
Masculino	32	41,6%
Faixa Etária		
20-45 anos	1	1,3%
46-55 anos	8	10,4%
56-65 anos	13	16,9%
66-75 anos	31	40,3%
76-85 anos	17	22,1%
86-100 anos	7	9,1%
Fototipo		
1	13	16,9%
2	29	37,7%
3	28	36,4%
4	7	9,1%
5 e 6	0	0%
Descendência		
Alemã	17	22,1%
Pomerana	3	3,9%
Italiana	46	59,7%

Variáveis	(continuação)	
	n	%
Outras	14	18,2%
Renda		
Até 1 salário	35	45,5%
1-5 salários	40	51,9%
5 ou mais salários	2	2,6%
Escolaridade		
Não estudou	6	7,8%
1-5 anos	29	37,7%
5-10 anos	19	24,7%
10-15 anos	10	13,0%
Mais que 15 anos	13	16,9%
Exposição Solar		
Ocupacional	38	49,4%
Lazer	17	22,1%
Ambos	20	26,0%
Não houve	2	2,6%
Uso de Proteção Solar		
Sim	12	15,6%
Não	63	81,8%
Não se expõe	2	2,6%
Tabagismo		
Atual	7	9,1%
Passado	18	23,4%
Nunca fumou	52	67,5%
Etilismo		
Atual	14	18,2%
Passado	15	19,5%
Nunca bebeu	48	62,3%
História pessoal pregressa de câncer de pele		
Sim	40	51,9%
Não	33	42,9%
Desconhece	4	5,2%
História familiar de câncer de pele		
Sim	37	48,1%
Não	32	41,6%
Desconhece	8	10,4%
Local da lesão		
Couro Cabeludo	1	1,3%

Variáveis	n	(conclusão)
		%
Face	44	57,1%
Membros superiores	10	13,0%
Membros inferiores	8	10,4%
Colo	7	9,1%
Abdome	0	0,0%
Dorso	7	9,1%
Diagnóstico Histopatológico		
CBC	56	67,5%
CEC	12	14,5%
Melanoma	0	0,0%
Outros	15	18,0%

Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

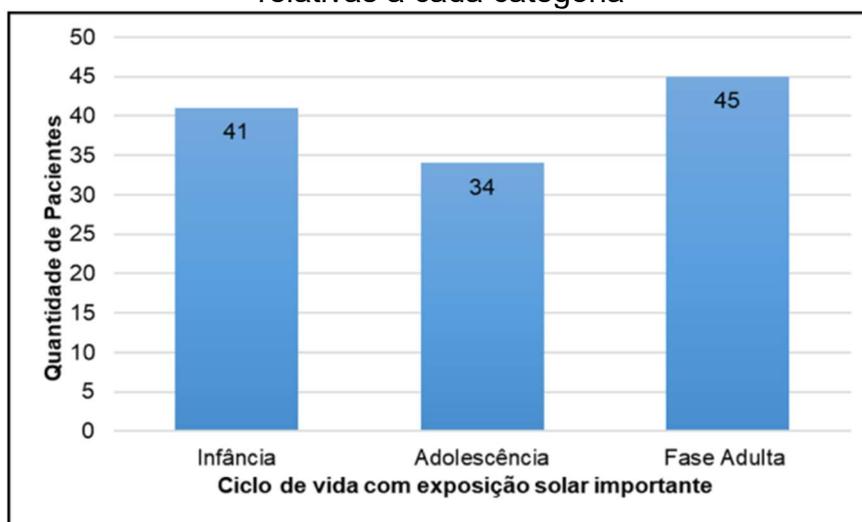
A análise da tabela 1 nos mostra que a população de estudo apresentou as seguintes características em termos sociodemográficos e fatores clínicos: maioria do sexo feminino, faixa etária predominante de 66 a 75 anos, fototipos de Fitzpatrick 2 e 3, descendência predominantemente italiana, renda de até 5 salários mínimos, com 1 a 5 anos de escolaridade, exposição solar majoritariamente ocupacional e sem proteção, ausência de vícios em álcool e tabaco, maioria expressiva da localização de lesões suspeitas em face, com grande parte dos diagnósticos histopatológicos de CBC, pouco mais da metade dos pacientes com história pessoal pregressa positiva para câncer de pele e 48,1% com história familiar positiva para câncer de pele.

Com relação à variável descendência, dois pacientes declararam ascendentes italianos e alemães e um paciente referiu antepassados pomeranos e italianos. Assim, esses pacientes foram contabilizados para as duas categorias de acordo com seus relatos.

Acerca do ciclo de vida em que ocorreu a maior exposição solar, muitos pacientes responderam mais de uma entre as opções de infância, adolescência ou fase adulta. Por isso, a frequência das respostas está demonstrada no gráfico 1, que considera quantas vezes as opções foram escolhidas entre os 77 entrevistados. Destaca-se que 19 pacientes (24,7%) relataram exposição solar importante em todos os ciclos de vida (infância, adolescência e fase adulta), sendo 63,2% desses por motivo ocupacional.

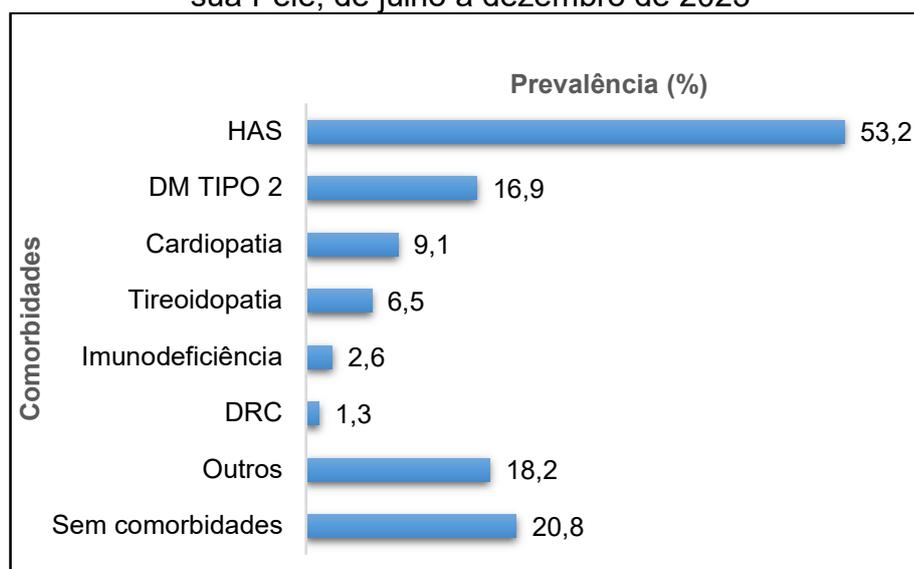
Outra característica demográfica avaliada foi o local de moradia dessa população, apresentada no apêndice C. Verificou-se que 93,5% da população atendida no Programa Salve Sua Pele é moradora da região metropolitana denominada Grande Vitória, composta pelos municípios de Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Guarapari, Viana e Fundão.

Gráfico 1 – Ciclo de vida de maior exposição solar: número absoluto de respostas relativas a cada categoria



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Gráfico 2 – Prevalência de comorbidades na população atendida no Programa Salve sua Pele, de julho a dezembro de 2023



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

A respeito das características clínicas da população de estudo, foi avaliada a prevalência de algumas comorbidades, cujos resultados estão apresentados no gráfico 2. Observou-se alta taxa de hipertensão arterial, com prevalência de 53,2%, seguida de diabetes mellitus tipo 2, com 16,9% de prevalência. Em contrapartida, 20,8% dos participantes da pesquisa negaram comorbidades. Na categoria “outros” estão inclusas dislipidemia, demência de Alzheimer, fibromialgia, adenomiose, glaucoma, artrite reumatoide, asma e DPOC.

4.2 ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Neste estudo, considerou-se o desfecho infecção de sítio cirúrgico para pacientes que foram avaliados nos mutirões de retorno e apresentaram sinais flogísticos no local da intervenção, resultando em prescrição de antibiótico, ou para pacientes que retornaram ao ambulatório de dermatologia do HSCMV num período de até 30 dias após a cirurgia realizada em mutirão na Igreja Presbiteriana ou mutirão no HSCMV, apresentando sinais flogísticos e com consequente prescrição de antibioticoterapia.

A amostra populacional estudada apresentou incidência de 8,43% de infecção de sítio cirúrgico. A tabela 2 apresenta as características clínicas presentes nas lesões infectadas. Vale ressaltar que cada lesão pertencia a pacientes diferentes.

Tabela 2 – Características clínicas dos pacientes com infecção de sítio cirúrgico

n	Febre	Hiperemia	Calor	Secreção purulenta
1	Não	Sim	Não	Não
1	Não	Sim	Sim	Não
5	Não	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

É importante destacar que a prescrição de antibióticos e medicações tópicas profiláticas no pós-operatório é uma prática comum no Projeto Salve Sua Pele, uma vez que a dinâmica de atendimento nos mutirões na Igreja Presbiteriana torna ineficaz a antibioticoterapia pré ou perioperatória. Além disso, por ser um ambiente de ensino com alunos voluntários, a susceptibilidade à contaminação possivelmente é maior e o controle da antisepsia conforme os padrões da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pode ficar prejudicado. Ademais, as características

epidemiológicas e clínicas dos pacientes e das lesões, como idade avançada, presença de comorbidades, imunossupressão, lesões ulceradas e/ou contaminadas, também predispõe o desfecho de ISC. Desse modo, os resultados apresentados a seguir destacam o uso de antibioticoterapia pós-operatória para cada característica estudada.

4.3 RELAÇÃO DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO COM O PERFIL DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

4.3.1 Características sociodemográficas

Os resultados obtidos quanto às características sociodemográficas dos pacientes que apresentaram infecção de sítio cirúrgico são apresentados na tabela 3. Observamos que 6 eram do sexo feminino, as faixas etárias de maior incidência foram de 46-55 anos e 56-65 anos, a maioria apresentava fototipo de Fitzpatrick 3, renda de até 5 salários-mínimos e escolaridade maior que 15 anos.

Tabela 3 – Números e percentuais de lesões com ou sem infecção de sítio cirúrgico, de acordo com as características sociodemográficas da amostra

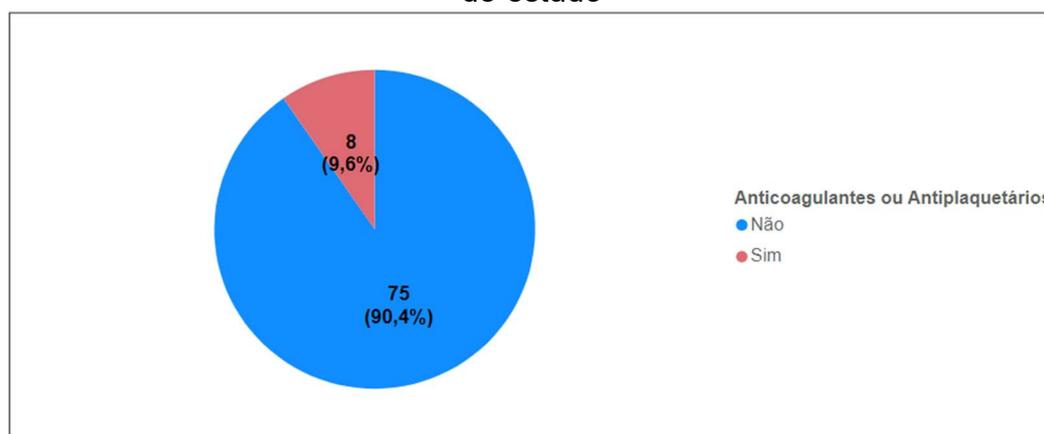
Infecção	Sim n (%)	Não n (%)
Sexo		
Feminino	6 (12,5%)	42 (87,5%)
Masculino	1 (2,9%)	34 (97,1%)
Faixa etária		
20-45	1 (100%)	0 (0%)
46-55	2 (25%)	6 (75%)
56-65	2 (13,4%)	13 (86,6%)
66-75	1 (2,9%)	34 (97,1%)
76-85	0 (0%)	17 (100%)
86-100	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Fototipo de Fitzpatrick		
I	0 (0%)	14 (100%)
II	2 (6,5%)	29 (93,5%)
III	5 (16,1%)	26 (83,9%)
IV	0 (0%)	7 (100%)
Renda		
Até 1 salário	3 (7,9%)	35 (92,1%)
1-5 salários	3 (7,0%)	40 (93%)
5 salários ou mais	1 (50%)	1 (50%)
Escolaridade		
Não estudou	0 (0%)	6 (100%)
1-5 anos	2 (6,9%)	27 (93,1%)
5-10 anos	1 (4,3%)	22 (95,7%)
10-15 anos	0 (0%)	12 (100%)
Mais que 15 anos	4 (23,5%)	13 (76,5%)

Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

4.3.2 Uso Crônico de Anticoagulantes ou Antiplaquetários

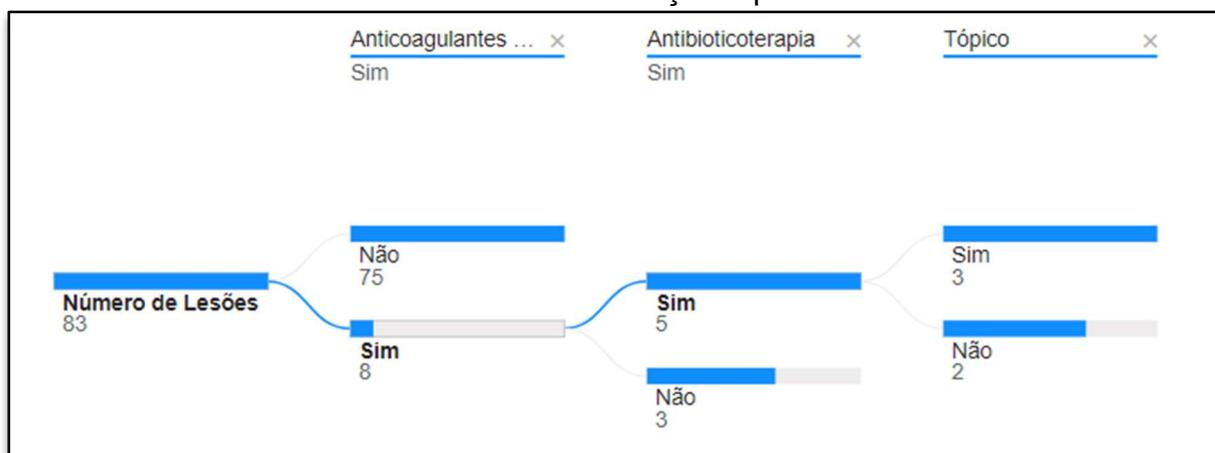
A prevalência do uso de anticoagulantes ou antiplaquetários na população de estudo está representada no gráfico 3. Nesse item do questionário, 8 participantes responderam afirmativamente quanto ao uso contínuo de uma das seguintes medicações: ácido acetilsalicílico, rivaroxabana ou dabigatrana. Verificou-se que nenhum deles apresentou infecção de sítio cirúrgico. No entanto, 5 entre 8 pacientes utilizaram antibiótico oral profilático pós-operatório e, dentre esses, 3 pacientes utilizaram também medicação tópica (figura 2).

Gráfico 3 – Prevalência do uso de anticoagulantes ou antiplaquetários na população de estudo



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Figura 2 – Diagrama da relação entre uso de anticoagulantes ou antiplaquetários e infecção de sítio cirúrgico, incluindo uso de antibioticoterapia profilática e medicação tópica

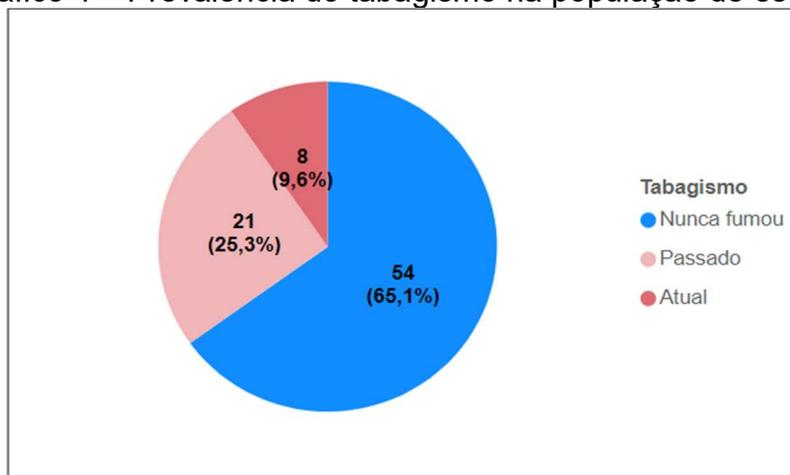


Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

4.3.3 Tabagismo

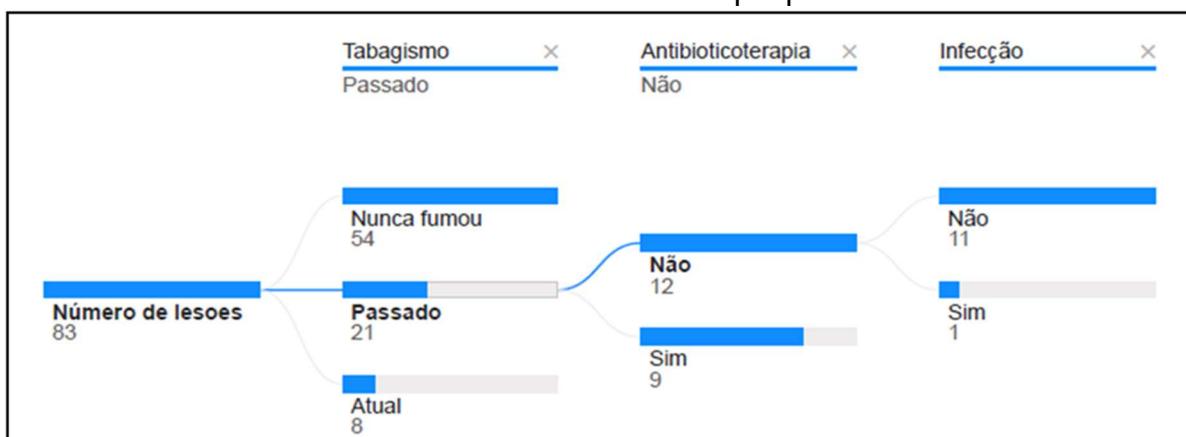
O gráfico 4 apresenta a prevalência do tabagismo atual e passado na população de estudo. 8 pacientes se declararam fumantes ativos, dentre os quais nenhum apresentou infecção de sítio cirúrgico, porém 50% deles utilizou antibiótico no pós-operatório. 21 pacientes declararam tabagismo passado, dos quais 9 (42,9%) utilizaram antibioticoterapia profilática e, dentre esses, 2 apresentaram sinais flogísticos na ferida operatória (hiperemia, calor e secreção purulenta) sem presença de infecção. Ainda dentre os que referiram tabagismo passado, 1 (4,8%) apresentou infecção de sítio cirúrgico e não usou antibioticoterapia pós-operatória (figura 3).

Gráfico 4 – Prevalência do tabagismo na população de estudo



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Figura 3 – Diagrama da relação entre tabagismo e infecção de sítio cirúrgico, incluindo uso de antibioticoterapia profilática



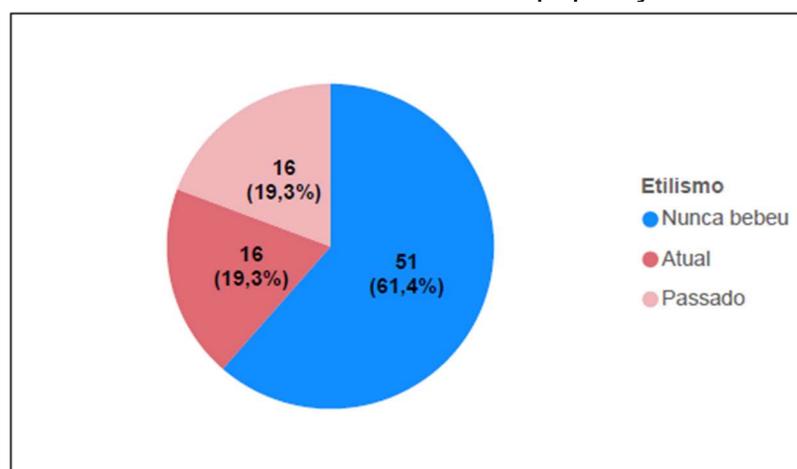
Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

Quanto à ausência de tabagismo na história atual ou pregressa, dos 54 pacientes que responderam afirmativamente a essa proposição, 6 desenvolveram ISC (11,1%). Desse modo, neste estudo a incidência de ISC foi maior na população não tabagista em comparação à população tabagista ou com história de tabagismo.

4.3.4 Etilismo

O gráfico 5 mostra a prevalência do etilismo atual e passado na amostra populacional desta pesquisa.

Gráfico 5 – Prevalência do etilismo na população de estudo



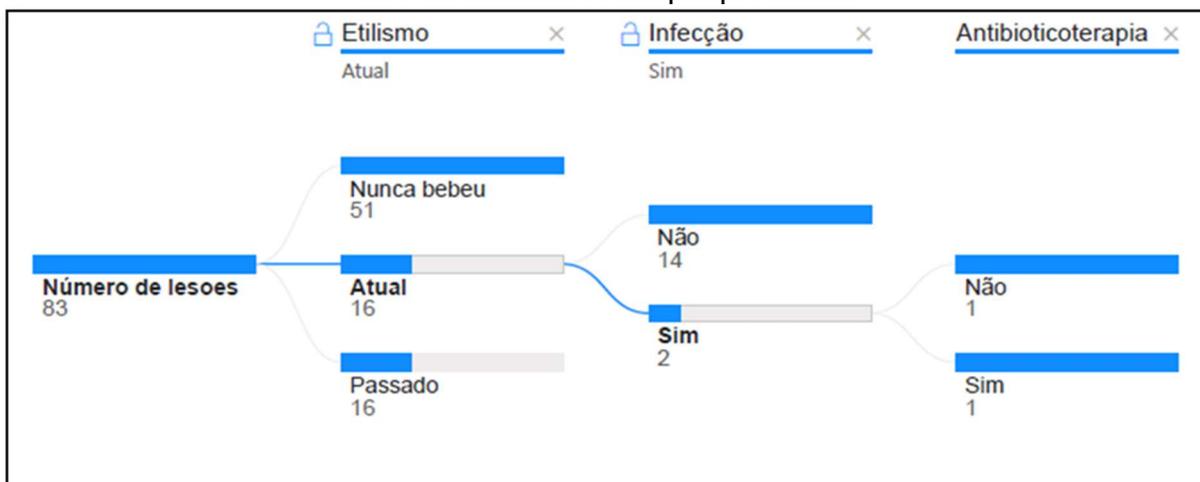
Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

O etilismo atual foi mencionado 16 vezes, com incidência de 12,5% de ISC. Dentre os 2 pacientes que desenvolveram ISC, 1 utilizou antibiótico no pós-operatório (figura 4). Já dentre os etilistas atuais que não desenvolveram ISC (14 pacientes), 21,4% fizeram uso de antibioticoprofilaxia.

O etilismo passado foi relatado também por 16 vezes, com 6,25% de ISC (1 paciente) sem uso de profilaxia antibiótica. Entre as 15 lesões que não apresentaram ISC, o uso de antibiótico profilático foi relatado em 46,7% delas.

Dentre os pacientes que negaram etilismo, a incidência de ISC foi de 7,8%, sem uso de antibióticos profiláticos por nenhum deles.

Figura 4 – Diagrama da relação entre etilismo e infecção de sítio cirúrgico, incluindo uso de antibioticoterapia profilática



Fonte: Elaborada pelos autores (2024)

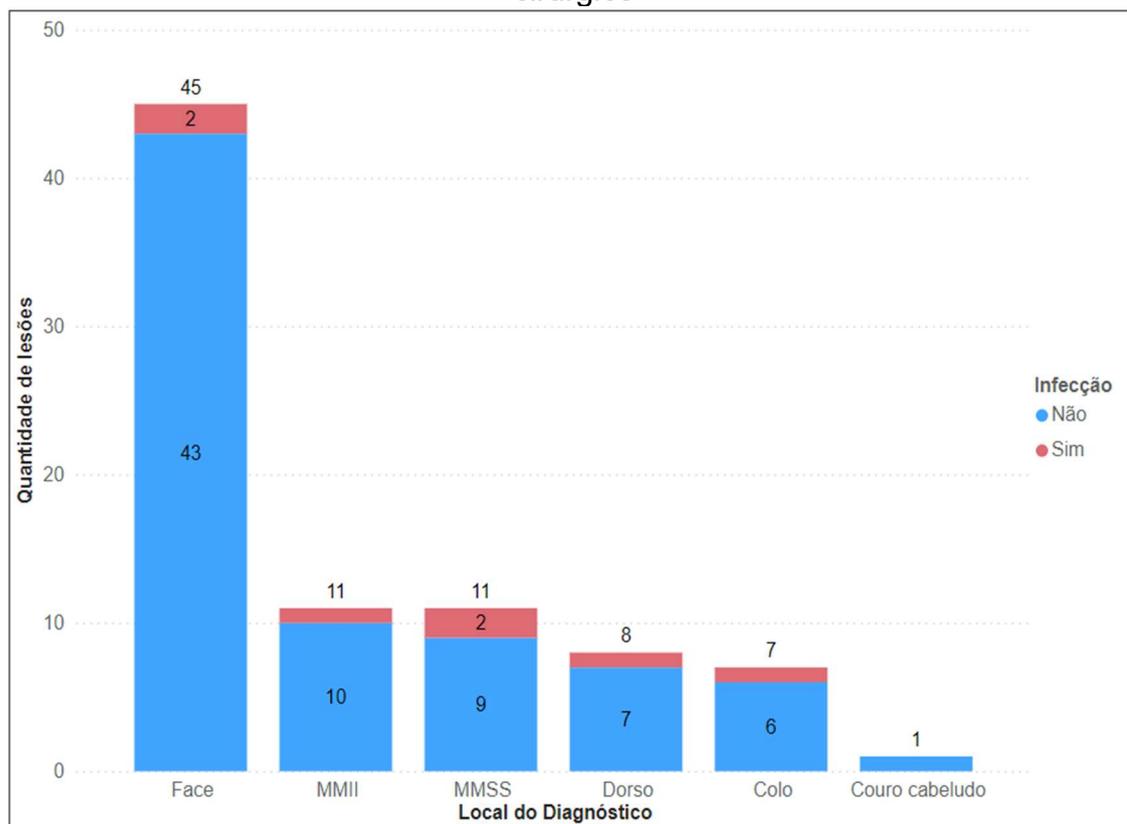
4.3.5 Local da Lesão

Os locais das lesões avaliados pelos pesquisadores foram classificados em seis grandes regiões, mostradas no gráfico 6, o qual também representa a incidência de ISC de acordo com essa classificação. Vale lembrar que se considerou como “face” as lesões localizadas em rosto e orelhas; como “membros superiores” as lesões localizadas em mãos, braços e ombros; como “membros inferiores” as lesões localizadas em pernas, pés e nádegas; como “colo” as lesões em região cervical anterior e em tórax; como “dorso” as lesões em região posterior, da nuca até região sacral; e como “abdome” as lesões localizadas entre as regiões epigástrica e inguinal.

Nota-se que a maior incidência de ISC foi em membros superiores (MMSS), com valor de 18,2%. As localizações membros inferiores (MMII), dorso e colo também apresentaram incidências maiores que 5%.

Apesar da incidência de ISC em lesões de face ter apresentado valor de 4,4%, vale ressaltar que dentre os pacientes com lesão nessa localização que não apresentaram infecção, 34,9% utilizaram antibioticoterapia profilática.

Gráfico 6 – Prevalência dos locais de lesão suspeita e incidência de infecção de sítio cirúrgico



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

*MMSS: membros superiores; MMII: membros inferiores.

4.3.6 Diagnóstico Histopatológico

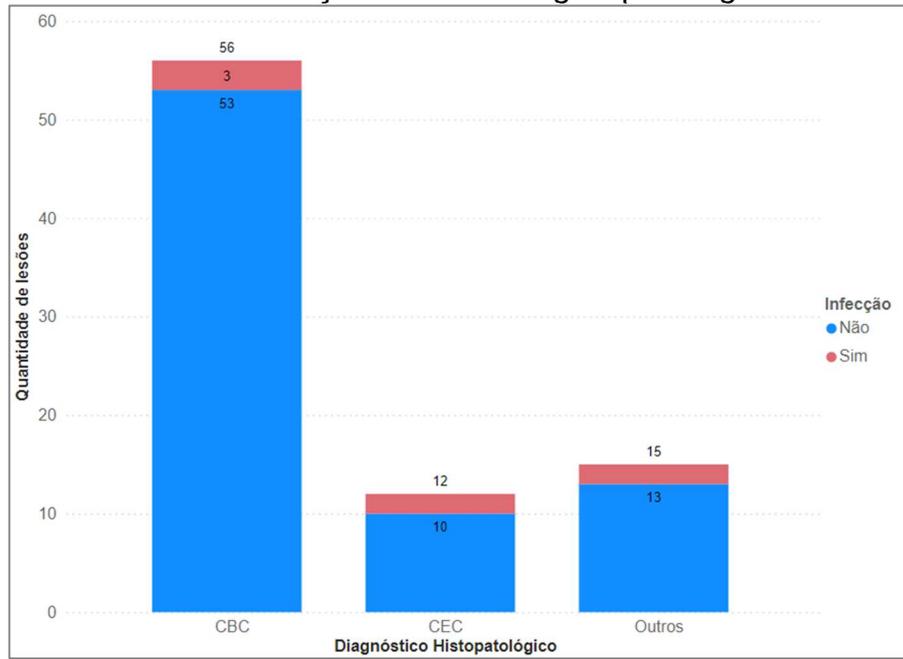
O gráfico 7 representa a prevalência dos tipos de câncer de pele na população de estudo. Verifica-se que nenhum melanoma foi diagnosticado. É importante salientar que a classificação “outros” também envolve resultados positivos para malignidades exceto CBC, CEC e melanoma.

Observa-se ainda no gráfico 7 a incidência de ISC de acordo com o diagnóstico histopatológico da lesão. Para o diagnóstico de CBC, a incidência de ISC foi de 5,4%; para o diagnóstico de CEC, obteve-se o resultado de 16,7%; para outros diagnósticos, a incidência de ISC foi de 13,4%.

Embora o resultado para CBC tenha se mostrado menor em relação aos outros diagnósticos, o gráfico 8 nos mostra que nesse grupo, 22 pessoas (39,3%) fizeram

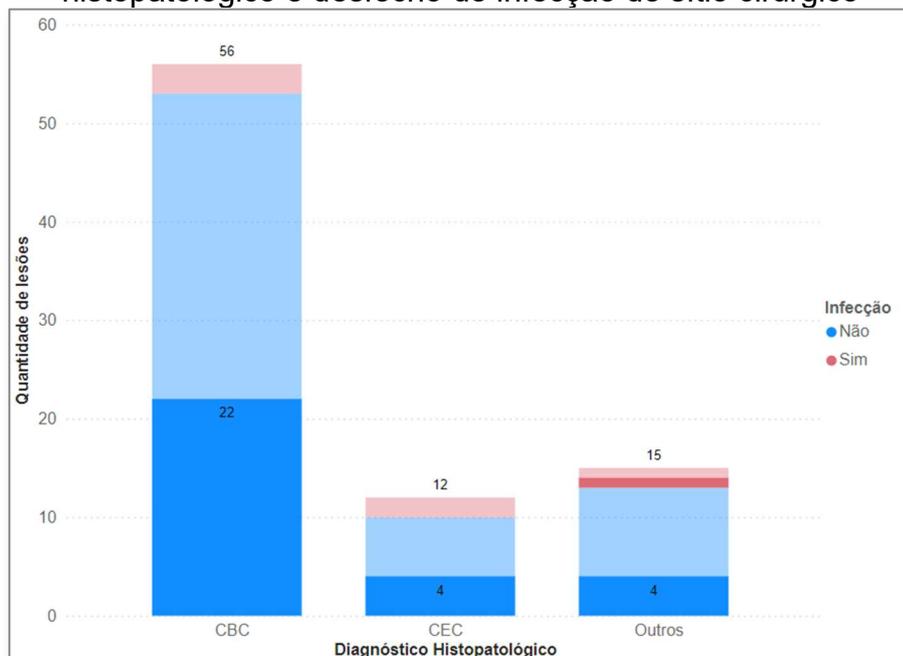
uso de antibiótico profilático. Dentre esses, 50% também associaram uso de medicação tópica.

Gráfico 7 – Prevalência dos tipos de câncer de pele na população de estudo e a incidência de infecção de sítio cirúrgico por diagnóstico das lesões



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Gráfico 8 – Antibioticoprofilaxia na população de estudo de acordo com diagnóstico histopatológico e desfecho de infecção de sítio cirúrgico



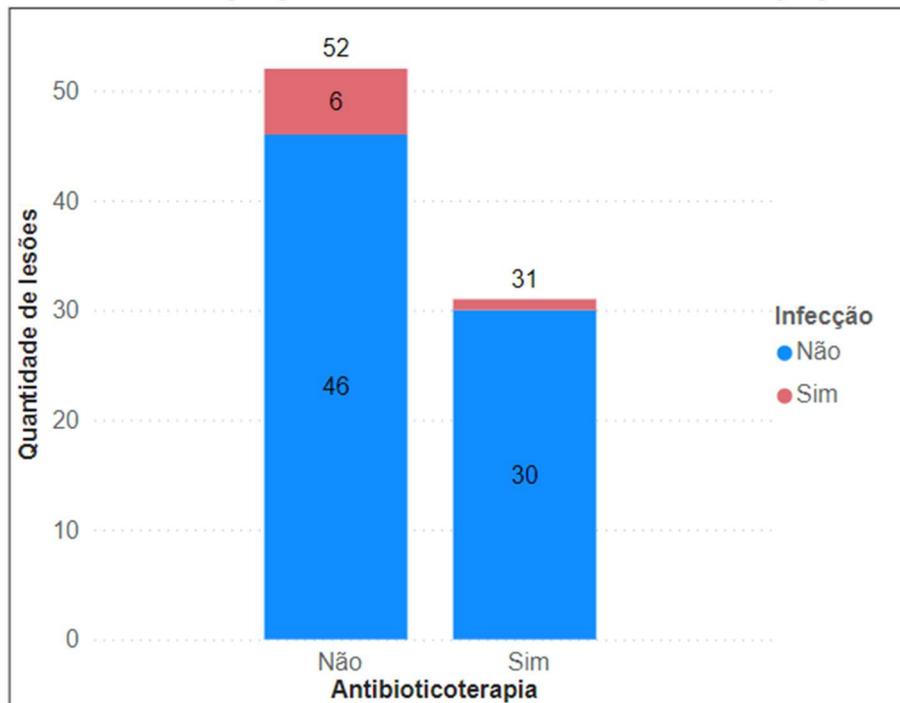
Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

*O destaque no gráfico é relativo à quantidade de pacientes que usaram antibiótico no pós-operatório. Na categoria "Outros", 1 paciente com infecção usou antibioticoprofilaxia.

4.3.7 Uso de Medicação Pós-operatória

O uso de antibiótico profilático na população de estudo está representado no gráfico 9, em que podemos observar também a incidência de ISC em destaque para cada grupo. De acordo com os valores apresentados nesse gráfico, a prescrição de antibióticos foi realizada para 37,3% do total de lesões.

Gráfico 9 – Prevalência de uso de antibioticoprofilaxia pela população de estudo, com destaque para a incidência de ISC em cada grupo



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Figura 5 – Diagrama da relação entre uso de antibiótico profilático e medicação tópica com o desfecho de infecção

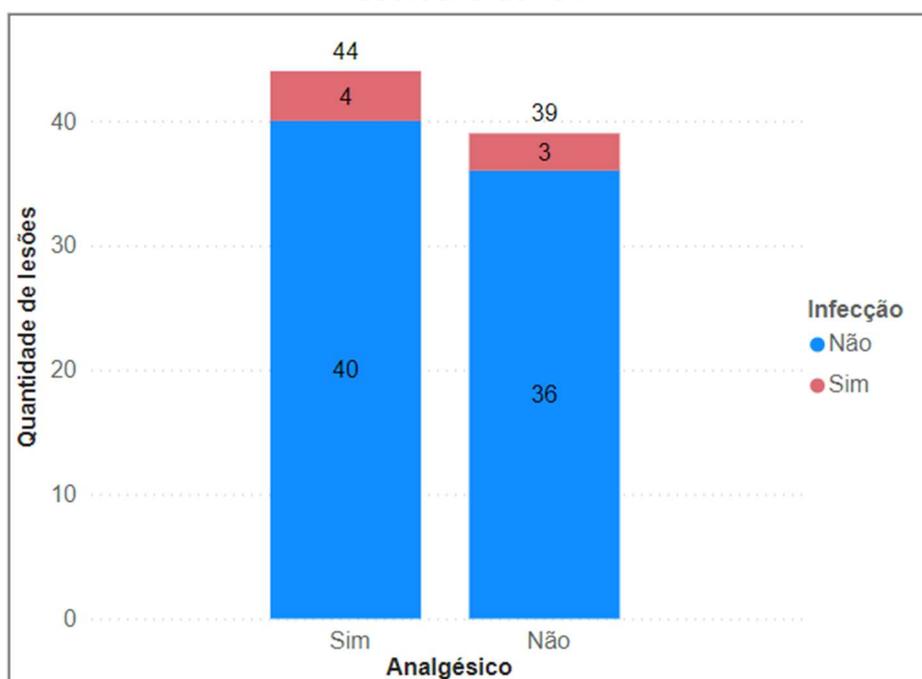


Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

Além da antibioticoterapia profilática, um total de 11 pacientes relataram também o uso de medicação tópica associada, com nenhum desfecho positivo para ISC. Apenas 1 paciente utilizou medicação tópica isoladamente no pós-operatório e apresentou resultado negativo para ISC. Dentre os pacientes com desfecho positivo para ISC, 85,7% negaram uso de antibiótico oral e medicação tópica (figura 5).

Já em relação ao uso de analgésicos (gráfico 10), os dados mostram que foi significativo tanto no grupo com desfecho negativo para infecção (52,6%) quanto no grupo com desfecho positivo (57,1%). Logo, esse tipo de medicação pós-operatória parece não interferir no desenvolvimento de ISC.

Gráfico 10 – Uso de analgésicos pela população de estudo, de acordo com o desfecho de ISC



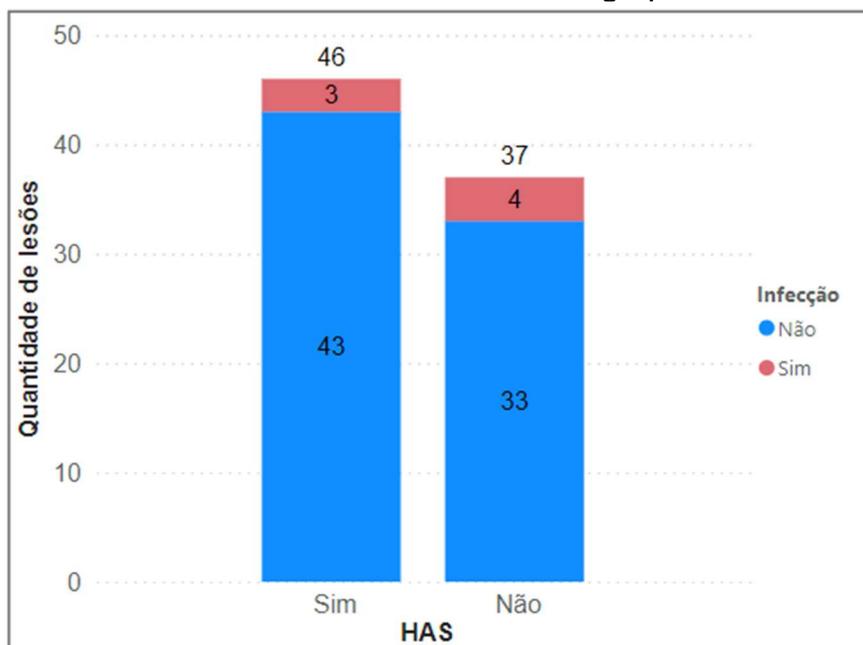
Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

4.3.8 Comorbidades

Dentre os pacientes que desenvolveram ISC, o aspecto comorbidades apresentou-se bastante diverso. Dos 7 pacientes com diagnóstico de ISC, 2 relataram apenas HAS, 1 referiu HAS associada a diabetes tipo 2 e dislipidemia, 2 relataram outros tipos de comorbidades e 2 negaram ter diagnóstico de doenças crônicas.

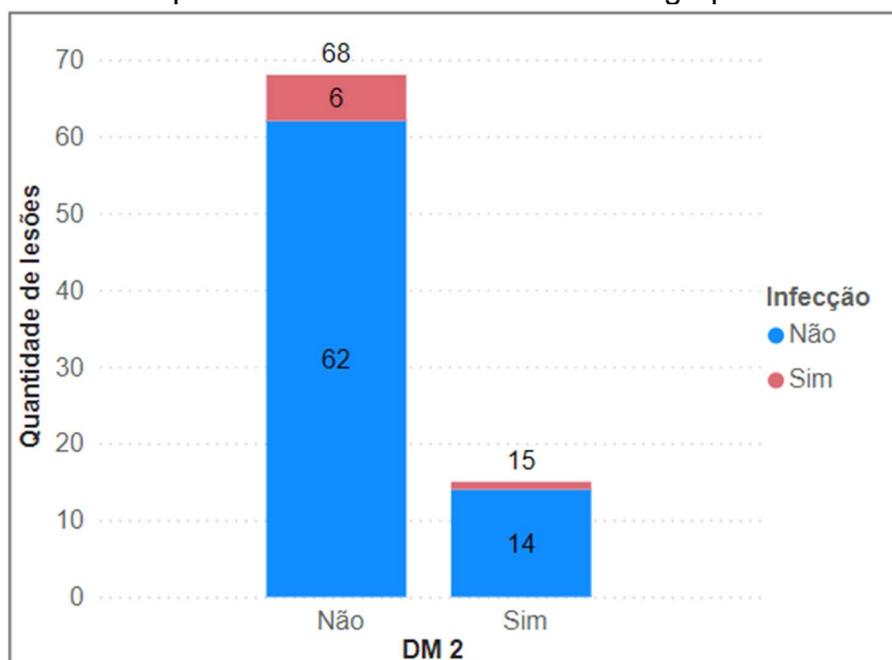
Diante disso, devido a relevância da HAS na população de estudo como um todo (prevalência de 53,2%), avaliou-se no gráfico 11 a incidência de ISC de acordo com essa comorbidade, obtendo-se taxas maiores de ISC no grupo dos não hipertensos (10,81%) em comparação ao grupo de hipertensos (6,52%).

Gráfico 11 – Prevalência de HAS na população de estudo, com destaque para a incidência de ISC em cada grupo



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Gráfico 12 – Prevalência de diabetes tipo 2 na população de estudo, com destaque para a incidência de ISC em cada grupo



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

O gráfico 12 traz a incidência de ISC de acordo com a prevalência de diabetes tipo 2, por ser essa uma comorbidade frequentemente associada ao risco de infecção no pós-operatório, além de outras complicações como deiscência de sutura e cicatrização tardia. No entanto, observa-se que o resultado obtido nesta pesquisa mostra o contrário, uma vez que a maioria dos pacientes que desenvolveram ISC não relataram diabetes tipo 2.

5 DISCUSSÃO

5.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Analisando os dados obtidos com este estudo, acerca do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no projeto Salve sua Pele, percebemos que a maioria dos pacientes atendidos são mulheres (58,4%). De acordo com dados do IBGE (2022), 51,22% da população do estado do Espírito Santo é do sexo feminino, sendo maior a proporção de mulheres em relação a homens em todas as cidades da região metropolitana. Dessa forma, a maior porcentagem de mulheres atendidas pode estar relacionada a esses dados demográficos, além do fato de que estas procuram mais os serviços de saúde no geral, por majoritariamente apresentarem tendência a uma maior preocupação com rastreios de saúde e alterações notáveis em sua fisiologia. Ainda, no estudo chinês de Huang *et al.* (2023), foi encontrada maior prevalência de diagnósticos em pessoas do sexo feminino, conforme encontrado no presente estudo.

A faixa etária predominantemente atendida foi de 66 a 75 anos. Esse resultado corrobora a fisiopatologia das neoplasias de pele, que têm como principal fator de risco a exposição solar prolongada durante a vida. Como o tempo completo do processo de carcinogênese não é determinável, com o passar dos anos, aumentam-se as chances de aparecimento dos tumores. Huang *et al.* (2023) também propuseram, após análise, que a idade mais avançada era o fator mais influente para o câncer de pele. Eles compararam pacientes entre 60 e 64 anos com outros grupos de faixas etárias mais altas. Foi observado que todas as faixas etárias maiores que o grupo de comparação tiveram razão de chances maior para diagnósticos.

A análise dos fototipos demonstrou maior presença de casos de câncer de pele em pacientes com fototipos de Fitzpatrick 2 e 3. Vale ressaltar que nenhum paciente com fototipo 4 e 5 foi atendido, o que pode ter influenciado a análise. Entretanto, a literatura demonstra que populações com fototipos mais altos têm menor prevalência de câncer de pele, como observado por Agbai *et al.* (2014), já que a maior quantidade de pigmento da melanina localizada na epiderme auxilia na redução da quantidade de raios ultravioleta absorvidos pela pele. Segundo Kaydbey *et al.* (1979), a melanina atua como um filtro, reduzindo os comprimentos de onda da radiação.

Em relação à ascendência da população de estudo, nota-se que a maioria relata vir de famílias italianas. Isso está relacionado à imigração de povos europeus para o Espírito Santo em meados do século XIX. Nessa época, ocorriam revoltas visando a unificação de Itália e Alemanha em um mesmo país, causando pobreza, fome e desemprego principalmente para a população camponesa. Assim, imigrantes italianos e alemães, principalmente, juntaram-se a portugueses, africanos e indígenas, tornando-se responsáveis pelos atuais traços culturais capixabas (Ventorim, 2016). Vale ressaltar que a importância epidemiológica desse fato para o câncer de pele está na maior suscetibilidade dos povos de origem caucasiana em desenvolver essa neoplasia. Kaidbey *et al.* (1979) verificou que a derme superior de caucasianos é atingida por uma média de cinco vezes mais raios UVA e UVB em relação à população negra.

No que se refere a renda mensal, os dados obtidos por este estudo demonstram que a maioria dos participantes da pesquisa se encontra dentro da classe média-baixa, com renda média de 1 a 5 salários-mínimos (em 2024: R\$1412,0 – R\$7060,0). Isso está em consonância com estimativas da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (2022), baseadas em estudos probabilísticos nacionais realizados em 2021 pelo DataFolha e pelo Ipec, que demonstram a maioria da população brasileira fazendo parte das classes C, D e E (75% da população). A menor renda associada a maior risco de câncer de pele pode estar correlacionada também à menor escolaridade da população e menor aporte financeiro para a aquisição de roupas com fator de proteção solar e protetores solares. Vale destacar ainda que esta pesquisa estudou uma população participante de um projeto voluntário vinculado ao atendimento pelo SUS, logo, pressupõe-se que, em sua maioria, seja uma população de baixa renda, sem acesso a serviços privados de saúde, sendo esse o principal motivo de procura por atendimento no Programa.

No presente estudo, a maior parte da população avaliada apresentou escolaridade de 1-5 anos (37,7%), equivalendo a um grau de instrução correspondente a ensino fundamental incompleto. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que a maioria dos pacientes relataram trabalhar em zona rural durante a infância e adolescência, o que também influencia na escolaridade, visto que a cultura nesses locais não era de incentivo a prolongados anos de estudo, além de que na maioria

das zonas rurais, o acesso à educação era dificultado por grandes distâncias e pouca disponibilidade de escolas e professores.

Além disso, é importante considerar também que, como consequência do baixo grau de instrução e informação, ocorria um desconhecimento dos riscos da exposição solar sem proteção na gênese do câncer de pele, na percepção de possíveis alterações e na falta de conscientização sobre a importância da avaliação clínica a despeito de lesões suspeitas presentes na pele. Em um estudo descritivo transversal de Iglesias-Puzas *et al.* (2023) concluiu-se que o desconhecimento da evolução temporal do tumor estaria associado a uma taxa menor de detecção pelos pacientes. Ainda, um autoexame de pele recorrente é bem considerado no aumento da detecção e tratamento precoces do melanoma, segundo Hamidi, Peng e Cockburn (2010).

No entanto, os resultados obtidos no presente estudo não se confirmam na análise de Li, Wu e Cao (2023), cuja análise multivariada não mostrou diferença significativa na probabilidade de câncer de pele naqueles com ensino superior, porém eles salientam que os participantes de sua pesquisa majoritariamente representavam força de trabalho industrial, sendo expostos à radiação ultravioleta independente de outros fatores.

Em relação ao momento de vida de maior exposição solar, os resultados demonstram que a maior parte dos pacientes relatou exposição solar importante na fase adulta (58,4%), porém a diferença não é expressiva em relação à infância (53,2%). É importante salientar que mais de um ciclo de vida poderia ter sido relatado, e que 19 pacientes afirmaram exposição tanto na infância, como na adolescência e na fase adulta. De acordo com Newlands *et al.* (2016), a exposição solar principalmente na infância é o maior fator de risco para a ocorrência de câncer de pele não melanoma. Outro estudo mais recente também encontrou associação causal significativa entre a ocorrência de queimaduras solares na infância e o risco de melanoma maligno, assim como de câncer de pele não melanoma (Li; Wu; Cao, 2023). Dessa maneira, acredita-se que queimaduras solares, principalmente na infância, podem estar associadas a um aumento do risco de câncer de pele.

A discussão acerca da exposição ocupacional à radiação ultravioleta (UV) é de extrema importância. Pega *et al.* (2023) afirma que em 2019, a nível mundial, um número de 1,6 milhões de trabalhadores estavam expostos à radiação UV devido ao trabalho, o que refletia 28,4% da população economicamente ativa. Neste estudo, a maioria dos pacientes relatou exposição solar em decorrência do trabalho (49,4%). Embora a ocupação não tenha sido uma variável presente no questionário utilizado pelos pesquisadores, os pacientes relataram durante as entrevistas exercerem atualmente ou no passado atividades autônomas como trabalho rural, pesca, trabalho como ambulante e comércio. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) atribuem à exposição profissional à radiação UV uma crescente carga de câncer de pele não melanoma (Pega *et al.*, 2023).

Isso demonstra a importância de campanhas de saúde que disseminem a prática do uso de proteção solar com roupas protetoras contra radiação ultravioleta e protetores solares, além da necessidade de trabalhadores da saúde abordarem essa questão nos respectivos atendimentos, sejam em unidades básicas de saúde ou em visitas domiciliares.

Ainda nesse contexto, um número alarmante de 81,8% de pacientes desta pesquisa relatou que as exposições solares ocorreram sem nenhum tipo de proteção. Avaliando este mesmo dado, Rukhsar *et al.* (2023) compôs um estudo transversal prospectivo e encontrou uma prevalência de 49% de uso de proteção solar, entretanto a maioria utilizava apenas ocasionalmente. Este estudo também avaliou fatores relevantes ao não uso de protetores solares, tendo sido mais frequentes o não uso devido questões financeiras, oleosidade do produto, dificuldade no uso e efeitos colaterais. Dessa maneira, acredita-se que a conscientização acerca dos benefícios do uso dos protetores solares, de maneira correta, aplicado 30 minutos antes da exposição solar, com possibilidade de uso de formulações controladoras de sebo para redução de efeitos colaterais, seja importante para fomentar o uso desses produtos. O fornecimento na rede pública de saúde também poderia ser avaliado, em se tratando de populações de baixa renda que não usufruem da possibilidade de aquisição.

Com relação ao estilo de vida, avaliou-se os hábitos do tabagismo e etilismo, para o qual a maioria dos participantes referiu nunca ter fumado (67,5%) e nunca ter bebido (62,3%). Logo, é possível que o álcool e o tabaco não estejam associados ao desenvolvimento de câncer de pele, embora sejam conhecidamente fatores de risco para diversos outros tipos de neoplasia.

Em relação aos estudos disponíveis sobre a associação entre tabagismo e câncer de pele, os dados mostram-se incertos. Uma meta-análise, realizada por Leonardi-Bee, Ellison e Bath-Hextall (2012), realizada com modelos de efeitos aleatórios, utilizando 25 estudos de 4 bases de dados eletrônicas, demonstrou que o tabagismo aumentou o risco de CEC, porém pareceu não modificar o risco de CBC. Entretanto, um outro estudo de coorte australiano não encontrou relação entre ocorrência de CEC em ex-fumantes e fumantes atuais ou não fumantes (McBride; Olsen; Green, 2011). Ainda nessa problemática, Metelitsa e Lauzon (2010) citam a relação entre tabagismo e menos atividade física associada a mais tempo em ambientes fechados (menos exposição ao sol), podendo resultar num fator de confusão para a menor ocorrência de câncer de pele.

Acerca da associação entre etilismo e câncer de pele, uma revisão de Paiva *et al.* (2023) encontrou dados que associaram o consumo de vinho branco ao maior risco de câncer de pele não melanoma e melanoma, sendo que cerveja e vinho tinto não mostraram essa associação, enquanto licor permaneceu com risco incerto. Já uma revisão sistemática e meta-análise de Lucerón-Lucas-Torres *et al.* (2023), analisou a associação entre consumo de vinho e o risco de desenvolver câncer em geral, demonstrando uma tendência protetora em relação ao risco de câncer de pele em especial.

No que concerne ao subtipo de câncer de pele, a maioria das lesões encontradas neste estudo tiveram como resultado anatomopatológico o carcinoma basocelular (67,5%), majoritariamente localizados na face (57,1%). Esses dados são consoantes com a pesquisa de Orthaber *et al.* (2017), que afirmam que o CBC é responsável por 80-85% dos casos de câncer de pele não melanoma, e corroboram o trabalho de Stătescu *et al.* (2023), segundo o qual o CBC é o câncer mais presente nas

populações descendentes de europeus, ocorrendo em áreas comumente expostas ao sol, sendo cabeça, pescoço e tronco os locais mais atingidos.

O CEC apresentou-se como a segunda malignidade mais frequente e, de acordo com Motaparathi *et al.* (2017), caracteriza-se como a forma de maior mortalidade dentre os cânceres de pele não melanoma. Esta variante anatomopatológica tem como locais de maior ocorrência também estruturas mais expostas ao sol, principalmente partes de cabeça e pescoço, como lábios, nariz, e orelhas, além de membros superiores (antebraço, dorso de mãos), membros inferiores e tronco (Stătescu *et al.*, 2023).

Outro importante aspecto avaliado neste trabalho foi a história patológica pregressa para câncer de pele, em que mais da metade (51,9%) respondeu afirmativamente, e a história familiar de câncer de pele, para a qual 48,1% dos pacientes relatou positividade. Isto demonstra a influência genética da gênese dos tumores. Conforme descrito por Stătescu *et al.* (2023), uma diversidade de genes supressores de tumor e proto-oncogenes são envolvidos na patogênese do CBC, e vias moleculares específicas desempenham papel significativo no CEC.

A análise das comorbidades relatadas pelos pacientes deste estudo demonstra que 53,2% dos participantes apresentavam hipertensão arterial e 16,9% relataram diabetes mellitus tipo 2. Essas percentagens foram maiores do que a prevalência geral na população brasileira, segundo dados da pesquisa Vigitel 2019, na qual a prevalência de HAS é de 24,5% e a prevalência de diabetes mellitus tipo 2 é de 7,4% (Ministério da Saúde, 2020). Isso possivelmente deve-se ao fato de os participantes do presente estudo serem majoritariamente idosos, faixa etária de maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

De acordo com Huang *et al.* (2023), as principais comorbidades presentes em pacientes com câncer de pele em seu estudo eram também a HAS (33,3%) e diabetes (11,5%). Outro estudo que corrobora os achados deste trabalho é a meta-análise de Gandini *et al.* (2018), que demonstrou maior incidência de câncer de pele em pacientes usuários de betabloqueadores (melanoma) e bloqueadores de canal de cálcio (melanoma e não melanoma), medicações comumente usadas como anti-hipertensivos. De acordo com os autores, essas drogas estão relacionadas a um

aumento de fotossensibilização, podendo este ser um fator mais brando relacionado à alta prevalência de HAS dentre os pacientes com câncer de pele.

Com relação a altas taxas de diabetes na população de estudo, Kim e Scherer (2021) sugestionam que distúrbios da fisiologia envolvidos na fisiopatologia do diabetes mellitus, como a dislipidemia e hiperinsulinemia, podem desenvolver um microambiente de maior risco de ocorrência de câncer, porém essa associação não é bem elucidada em relação ao câncer de pele especificamente, sendo necessários mais estudos.

5.2 INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

A incidência de infecção neste estudo (8,43%) mostrou-se maior que o valor esperado (<5%), considerando as cirurgias dermatológicas como Classe 1, e esse resultado pode estar subestimado, tendo em vista que muitos pacientes atendidos no mutirão de retorno no HSCMV são orientados a retirar os pontos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) cerca de 4 a 5 dias após a consulta de reavaliação. Portanto, é possível que alguns casos de ISC não tenham sido identificados pelos pesquisadores, uma vez que podem ter sido atendidos e manejados na UBS, ficando sem registro em prontuário do HSCMV.

Outros autores também têm obtido altas taxas de ISC em pesquisas de cirurgias de pele. Em um estudo observacional unicêntrico prospectivo realizado entre agosto de 2020 e maio de 2021 em Munique, Alemanha, a incidência de ISC encontrada foi de 6,1% (Schlager *et al.*, 2023). Um outro estudo observacional, porém, retrospectivo, no Hospital da Universidade de Tsukuba, entre janeiro de 2017 e agosto de 2020, avaliou 512 pacientes que receberam cirurgia ambulatorial para excisão de tumores de pele, com incidência global de ISC de 5,5% (Nakamura *et al.*, 2021). Heal, Buettner e Drobetz (2012) conduziram um trabalho observacional prospectivo em três consultórios de Mackay, North Queensland, Austrália, de junho de 2007 a março de 2008, com 972 pacientes, obtendo incidência de ISC de 8,7%.

Diante disso, torna-se clara a necessidade de investigação de fatores de risco associados ao desfecho de ISC em cirurgias dermatológicas. Neste trabalho,

características como sexo feminino e escolaridade > 15 anos apresentaram incidência aumentada de ISC, enquanto faixa etária de 66 a 85 anos e renda menor que 5 salários-mínimos parecem estar associados a menores taxas de ISC. Acredita-se que esses resultados demonstram uma população jovem e economicamente ativa mais suscetível a ISC em relação a população aposentada e com idade mais avançada. Essa inferência justifica-se nos cuidados pós-operatórios, uma vez que por serem considerados mais frágeis e suscetíveis a ISC, os idosos tendem a ser mais vigilantes com as medicações e orientações pós procedimentos cirúrgicos. Em contrapartida a esse raciocínio, para a população acima de 86 anos, a incidência de ISC mostrou-se aumentada, em consonância com outros estudos que avaliaram a relação de ISC com a idade (Heal; Buettner; Drobetz, 2012).

Por outro lado, trabalhos recentes não demonstraram associação estatística entre sexo ou idade e incidência de ISC (Schlager *et al*, 2023; Nakamura *et al*, 2021; Vieira, 2016).

Com relação ao uso crônico de agentes anticoagulantes ou antiplaquetários, este estudo sugere não aumentar o risco de desenvolvimento de ISC. Em concordância com esse achado, uma revisão bibliográfica que avaliou prevenção de complicações cirúrgicas no pré, intra e pós-operatório, mostrou que pacientes em uso de medicação anticoagulante ou antiplaquetária não apresentaram taxa de ISC estatisticamente maior (Strickler *et al.*, 2021). Esse estudo ainda recomenda que, em geral, os pacientes que usam antiplaquetários e/ou anticoagulantes não devem descontinuar suas medicações para cirurgias dermatológicas, pois os riscos de sangramento (isto é: hematoma pós-operatório) são pequenos, controláveis e apresentam menor risco de morbidade do que eventos tromboembólicos, mas ressalta que pode ser necessária uma gestão individualizada do risco do paciente.

Outro aspecto avaliado neste trabalho foi o tabagismo, cujo resultado demonstra não haver relação desse hábito, atual ou passado, com a ocorrência de ISC. Ainda que o tabaco seja conhecidamente um inibidor crucial da cicatrização de feridas devido a vasoconstrição causada pelo hábito de fumar, o que inibe a epitelização da ferida, reduz os níveis de oxigênio no leito e inibe a deposição de colágeno (Ebner; Maytin, 2010, p 96), outros trabalhos também concluíram não haver impacto significativo do

tabagismo sobre a taxa de infecção (Schlager *et al.*, 2023; Schlager *et al.*, 2022; Dixon *et al.*, 2006).

Todavia, ainda no espectro de hábitos e estilo de vida, o etilismo atual parece aumentar a taxa de ISC. Os resultados obtidos evidenciaram que para os pacientes com esse perfil, a ocorrência de ISC foi aumentada, incluindo um paciente em uso de antibiótico no pós-operatório. Vale ressaltar que avaliando-se individualmente esse paciente, nota-se que ele apresentou apenas o local da lesão (membros inferiores) como fator de risco adicional para desenvolvimento de ISC, tendo resposta negativa a todos os outros aspectos questionados neste estudo. A literatura traz a associação do etilismo ao desenvolvimento de ISC a partir do fato de que esse hábito leva a inibição da atividade qualitativa das plaquetas, gerando um maior risco de sangramento (Robison; Hruzza, 2003 *apud* Pimentel *et al.*, 2005, p 496), o que, por sua vez, aumenta a taxa de infecção pós-operatória.

A respeito de fatores intraoperatórios, este estudo avaliou a relação entre local da lesão e a ocorrência de ISC, com resultados que mostraram incidência maior que 5% em membros inferiores, membros superiores, colo e dorso. Heal, Buettner e Drobetz (2012), também avaliaram que excisões de pele nas extremidades superiores (12,9%) ou inferiores (coxas, 16,2%; pernas e pés, 18,8%) tiveram maior probabilidade de ISC, em consonância com este estudo. Schlager *et al.* (2023), obteve resultado semelhante, observando que cirurgias em extremidades inferiores estão associadas a maior risco de ISC. No entanto, esse autor também observou maiores taxas de ISC em procedimentos localizados na orelha, assim como Liu *et al.* (2017), que, avaliando ISC com uma definição mais estrita (sintomas clínicos com cultura positiva) e em cirurgias sem antibioticoprofilaxia pós-operatória, concluiu que o risco de adquirir ISC é aumentado em cirurgias realizadas na orelha.

Neste trabalho, as intervenções cirúrgicas de localização em face, que incluem orelha, embora tenham apresentado incidência de ISC dentro do esperado, em desacordo com os estudos mencionados anteriormente, tiveram prescrição significativa de antibioticoterapia no pós-operatório (34,9%). Com base nisso, acreditamos que a incidência de ISC nessa localização poderia ter sido maior neste estudo.

Em suma, mesmo que as taxas de infecção por localização corporal variem dependendo de cada relato, a maioria dos estudos classifica lábios, orelhas (região de face), área inguinal e extremidades inferiores (região de membros inferiores) como frequentemente associados a maior risco de ISC (Ishizuki; Nakamura, 2022).

No que se refere à relação entre diagnóstico histopatológico e ISC, os resultados sugerem que o câncer tipo CEC esteja associado a maiores taxas de ISC, em concordância com um estudo retrospectivo conduzido por Nakamura *et al.* (2021), no qual uma análise multivariada revelou que o CEC invasivo, a Doença de Bowen (DB) e a ceratose actínica (CA) eram fatores de risco independentes para o desenvolvimento de ISC, além de um teste qui-quadrado ter mostrado frequências mais de oito vezes maiores de ISC em CEC invasivo, DB e CA do que em outros tumores não CEC.

Já uma meta análise realizada por Schlager *et al.* (2022) concluiu que embora a excisão do CEC tenha mostrado uma tendência estatística para um maior risco de infecção da ferida, os estudos foram metodológica e clinicamente heterogêneos, a direção do efeito variou e a maioria dos dados baseou-se em estudos retrospectivos, por conseguinte permanece incerto se a excisão do CEC ou do CBC pode realmente afetar a taxa de ISC.

Contudo, é importante ressaltar que diversos trabalhos mostram tanto excisões de CBC como de CEC como fatores de risco independentes para ISC (Heal; Buettner; Drobetz, 2012; Heal; Buettner; Browning, 2006; Dettenkofer *et al.*, 2003). Avaliando a presença de malignidade de forma geral como fator de risco, este estudo traz que 71,4% dos pacientes que apresentaram ISC tiveram resultado positivo para câncer de pele no exame histopatológico, em concordância com o observado por Schlager *et al.* (2023). Logo, a alta suspeição de malignidade, principalmente se associada a outros fatores de risco, exige atenção maior dos médicos e pacientes quanto à possibilidade de ocorrência dessa complicação.

Uma ponderação importante a respeito dos resultados deste estudo está no uso de antibióticos no pós-operatório como profilaxia de ISC. Vários possíveis fatores de risco parecem ter sofrido com o viés da antibioticoterapia. No entanto, os estudos que

avaliam a antibioticoterapia perioperatória em cirurgias dermatológicas sugerem que o antibiótico deve ser utilizado em dose única, de 30 a 60 minutos antes do procedimento cirúrgico, uma vez que a medicação é mais eficaz antes da incisão e contaminação (Maragh *et al.*, 2005).

Num ensaio clínico randomizado realizado na Austrália, 154 pacientes submetidos a fechamento de retalho ou enxerto após excisão de câncer de pele na orelha ou nariz foram randomizados para profilaxia antibiótica perioperatória ou placebo, usando 2g de cefalexina e realizando a incisão inicial na pele de 40 a 60 minutos após a ingestão das cápsulas. Os autores obtiveram uma redução absoluta no risco de ISC de 10,2% (Rosengren *et al.*, 2018).

Em Munique, Alemanha, Kendziora *et al.* (2023), conduziram um estudo observacional prospectivo para avaliar a eficácia da profilaxia antibiótica perioperatória oral na prevenção de ISC definindo-a como a administração de antibióticos sistêmicos orais ou intravenosos dentro de 60 minutos antes da cirurgia ou durante o procedimento cirúrgico, utilizando aminopenicilinas, cefalosporinas, clindamicina ou doxiciclina. Nessa pesquisa, a administração de antibióticos perioperatórios foi realizada a critério dos cirurgiões plásticos responsáveis, que identificaram pacientes em risco de ISC com base em fatores de risco previamente descritos na literatura e na experiência clínica. No grupo de 23 pacientes que receberam profilaxia antibiótica perioperatória, 1 de 45 lesões (2,2%) foi diagnosticada com ISC, frente a 76 das 1.189 lesões (6,4%) no grupo de 735 pacientes que não receberam profilaxia antibiótica perioperatória.

Nesse contexto, embora a prescrição de antibioticoterapia neste estudo tenha sido expressiva, gerando um possível fator de confusão nos resultados, o protocolo praticado não está de acordo com os estudos mais atuais publicados relativos a esse tema, havendo, portanto, a possibilidade de baixa eficácia da profilaxia utilizada, o que pode ser corroborado pela alta taxa de ISC obtida (8,43%).

A OMS recomenda a realização de antibioticoterapia pré-operatória, com repetição de doses intraoperatórias dependendo da duração da cirurgia, para prevenir ISC, e destaca que antibióticos profiláticos prolongados após a cirurgia não são recomendados (Allegranzi *et al.*, 2016).

Similarmente, o Hospital Albert Einstein (HIAE, 2024), em seu manual farmacêutico de profilaxia antimicrobiana em cirurgia dermatológica e queimados, traz a seguinte recomendação:

Avaliar profilaxia antimicrobiana para os pacientes com pelo menos 2 fatores de risco relacionados ao paciente relevantes para o desenvolvimento de ISC (infecção de sítio cirúrgico): imunossupressão, tamanho da lesão > 4cm², fechamento da ferida com retalho cutâneo, localização nas extremidades inferiores ou orelhas, cirurgia em tumores ulcerados. Sugestão de profilaxia: cefazolina 2g EV apenas no intraoperatório.

Quanto ao uso de medicação tópica, os resultados deste estudo demonstram ser um possível fator de proteção para o desenvolvimento de ISC. Algumas pesquisas apoiam o uso de medicações tópicas à base de petrolato e gel de silicone, mostrando eficácia na cicatrização de feridas e prevenção de infecção (Benedetto *et al*, 2020; Saco *et al*, 2013). Logo, o uso de pomadas sem antibióticos pode ser uma alternativa à prescrição de antibioticoterapia pós-operatória, tópica ou não, como medida de prevenção de complicações.

Acerca da presença de comorbidades como fator de risco para ISC, este estudo constatou que a incidência de ISC foi maior em pacientes não hipertensos e não diabéticos. Além disso, nenhum paciente que relatou imunossupressão ou cardiopatia desenvolveu ISC. Esses resultados estão de acordo com um estudo prospectivo recente, o qual concluiu que nem diabetes, tabagismo, IMC alterado, doença arterial coronariana, história de câncer hematológico, HIV ou medicação imunossupressora tiveram impacto estatisticamente relevante na ocorrência de infecção pós-operatória (Schlager *et al.*, 2023).

Outro estudo prospectivo, também em consonância com esses resultados, foi conduzido por Vieira (2016), no Ambulatório de Cirurgia Dermatológica do Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM/SP), entre abril e julho de 2016, em que 114 pacientes foram acompanhados no pós-operatório para avaliação de complicações em até 30 dias após o procedimento, obtendo ausência de associação estatística entre comorbidades (diabetes tipo 2, HAS e imunodeficiência) e complicações como ISC.

Em termos apenas de HAS, uma revisão publicada por Strickler *et al.* (2021), mencionou um estudo com pacientes idosos submetidos à cirurgia de Mohs que demonstrou que a hipertensão leve a moderada não representava um risco significativo de sangramento intraoperatório, fator que está associado a ocorrência de complicações pós-cirúrgicas. Portanto, acredita-se que a presença de comorbidades não é um fator de risco para ISC em cirurgias dermatológicas.

Este trabalho tem certas limitações que se devem ao seu desenho de centro único, em período relativamente curto, e ao fato de não ter sido realizada análise estatística univariável e multivariável para definição de associação dos possíveis fatores de risco aqui avaliados com o desenvolvimento de ISC. Logo, os autores sugerem que esta análise seja realizada em trabalhos futuros para melhor elucidação dessas hipóteses. Ainda assim, muitos achados desta pesquisa são reforçados pela literatura e devem contribuir para o manejo dos pacientes submetidos a cirurgias para exérese de lesões de pele.

6 CONCLUSÃO

O câncer de pele é a neoplasia mais frequente entre os brasileiros, tornando o conhecimento de sua epidemiologia essencial para ações de promoção e prevenção em saúde, bem como diagnóstico e tratamento precoce. O Programa Dermatológico Salve Sua Pele está entre essas ações, pois oportuniza o acesso a atendimento especializado em dermatologia e cirurgia plástica a pacientes principalmente da Grande Vitória.

O presente estudo mostrou que a população atendida por esse projeto consta de maioria do sexo feminino, faixa etária predominante de 66 a 75 anos, fototipos de Fitzpatrick 2 e 3, descendência predominantemente italiana, renda de até 5 salários mínimos, com 1 a 5 anos de escolaridade, exposição solar majoritariamente ocupacional e sem proteção, ausência de vícios em álcool e tabaco, maioria expressiva da localização de lesões suspeitas em face, com grande parte dos diagnósticos histopatológicos de CBC, pouco mais da metade dos pacientes com história pessoal pregressa positiva para câncer de pele e 48,1% com história familiar positiva para câncer de pele. Esses achados são reforçados por dados epidemiológicos e pela literatura, e estão de acordo com o esperado, uma vez que no ES tem-se uma história de imigração caucasiana com importante exposição solar ocupacional na zona rural e faixa litorânea do estado, gerando o risco do desenvolvimento de câncer de pele. Com o avançar da idade, os indivíduos com história de exposição à queimaduras solares na infância, sem uso de proteção, associada a doenças crônicas como HAS e DM2, parecem estar mais propensos ao desenvolvimento de neoplasias dermatológicas.

Como o tratamento das lesões suspeitas de câncer baseia-se em procedimentos cirúrgicos que podem englobar desde uma simples biópsia incisional até grandes cirurgias com retalhos e enxertos de pele, este trabalho avaliou alguns fatores de risco possivelmente relacionados ao desenvolvimento de ISC, a qual é uma das complicações que podem ocorrer e traz altos índices de morbidade aos pacientes. Os resultados mostraram uma incidência de ISC de 8,43%, com fatores como etilismo atual e cirurgia de malignidade (principalmente CEC) possivelmente associados a maiores taxas de ISC. Os locais de alto risco para infecção incluíram membros

superiores, membros inferiores, dorso e colo. Nenhuma comorbidade avaliada, bem como outros fatores associados ao paciente (sexo, idade, fototipo, renda, escolaridade, tabagismo e uso crônico de anticoagulantes) tiveram impacto relevante na ocorrência de infecção de ferida pós-operatória.

A profilaxia antibiótica para prevenção de ISC utilizada nos pacientes participantes desta pesquisa mostrou-se inicialmente como um possível viés na interpretação dos resultados relativos aos fatores de risco avaliados. No entanto, a literatura mostrou que o protocolo praticado não está de acordo com os estudos mais atuais, havendo, portanto, a possibilidade de baixa eficácia da profilaxia utilizada, o que pode ser corroborado pela alta taxa de ISC obtida neste estudo.

Embora este trabalho se concentre num pequeno número de fatores, acredita-se que o verdadeiro risco de ISC provavelmente depende de uma combinação de vários fatores de risco, incluindo aspectos intraoperatórios, como a antisepsia, o tipo de cirurgia, o tempo cirúrgico e o tipo de fechamento, além de outros fatores mencionados na literatura, como clima e experiência dos cirurgiões, que não puderam ser considerados nesta pesquisa. Além disso, uma avaliação estatística univariável e multivariável desses fatores em relação ao desfecho de ISC deve ser considerada em trabalhos futuros.

Ainda assim, diante da relevância do tema, considera-se que os resultados aqui apresentados e discutidos trazem novas evidências que podem nortear a estratégia de cuidado com os pacientes submetidos a cirurgias dermatológicas, principalmente no que se refere a profilaxia antibiótica e risco de desenvolvimento de ISC.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2022. Disponível em: https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2022.pdf. Acesso em: 20 maio 2024.

AGBAI, O. N. *et al.* Skin cancer and photoprotection in people of color: a review and recommendations for physicians and the public. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 70, n. 4, p. 748-762, abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2013.11.038>. Acesso em: 19 abr. 2024.

ALLEGIANZI, B. *et al.* New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. **The Lancet Infectious Diseases**, v.16, n. 12, p. 288-303, nov. 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30402-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30402-9). Acesso em: 18 abr. 2024.

BENEDETTO, A.V. *et al.* Comparing the use of a novel antibiotic-free film-forming topical wound dressing versus a topical triple antibiotic in dermatologic surgical procedures including Mohs micrographic surgery. **Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology**, v. 35, n. 1, p. 247-255, 12 nov. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.16965>. Acesso em: 18 abr. 2024.

DETTENKOFER, M. *et al.* Surveillance of nosocomial infections in dermatology patients in a German university hospital. **British Journal of Dermatology**, v. 149, n. 3, p. 620-623, set. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2133.2003.05477.x>. Acesso em: 19 abr. 2024.

DIXON, A. J. *et al.* Prospective Study of Wound Infections in Dermatologic Surgery in the Absence of Prophylactic Antibiotics. **Dermatologic Surgery**, v. 32, n. 6, p. 819-827, 7 jun. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2006.32167.x>. Acesso em: 19 abr. 2024.

EBNER, J.A.; MAYTIN, E.V. Cicatrização de ferida cutânea. In: VIDIMOS A.T., AMMIRATI C.T., POBLETE-LOPEZ C. **Requisitos em Dermatologia: Dermatologia cirúrgica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010, p. 81-98. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=ID9Gig2IKsMC&pg=PA81&hl=pt-BR&source=gbs_toc_r&cad=1#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 14 maio 2024.

FRANCESCHETTO, C. **Italianos: base de dados da imigração italiana no Espírito Santo nos séculos XIX e XX**. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2014. Volume 1. 170 p. (Série Imigrantes Espírito Santo). Disponível em: <https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Livros/italianos.pdf>. Acesso em: 20 maio 2024.

GANDINI, S. *et al.* Anti-hypertensive drugs and skin cancer risk: a review of the literature and meta-analysis. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 122, p. 1-9, fev. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2017.12.003>. Acesso em: 15 abr. 2024.

HAMIDI, R.; PENG, D.; COCKBURN, M. Efficacy of skin self-examination for the early detection of melanoma. **International Journal of Dermatology**, v. 49, n. 2, p. 126-134, 21 jan. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2009.04268.x>. Acesso em: 18 abr. 2024.

HEAL, C. F. *et al.* Topical antibiotics for preventing surgical site infection in wounds healing by primary intention. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, n. CD011426, 7 nov. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd011426.pub2>. Acesso em: 17 abr. 2024.

HEAL, C.; BUETTNER, P.; BROWNING, S. Risk factors for wound infection after minor surgery in general practice. **Medical Journal of Australia**, v. 185, n. 5, p. 255-258, set. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00555.x>. Acesso em: 18 abr. 2024.

HEAL, C. F.; BUETTNER, P. G.; DROBETZ, H. Risk factors for surgical site infection after dermatological surgery. **International Journal of Dermatology**, v. 51, n. 7, p. 796-803, 20 jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05189.x>. Acesso em: 18 abr. 2024.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN – HIAE. **Profílix Antimicrobiana em Cirurgia: Cirurgia Dermatológica e Queimado**. São Paulo: HIAE, 2024. Disponível em: <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Termos.aspx?filtro=profílix+antimicrobiana&itemID=184>. Acesso em: 06 maio 2024.

HUANG, J. *et al.* An epidemiological study on skin tumors of the elderly in a community in Shanghai, China. **Scientific Reports**, v. 13, n. 4441, 17 mar. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-023-29012-1>. Acesso em: 19 abr. 2024.

IGLESIAS-PUZAS, Á. *et al.* Patients' Characteristics and Environmental Factors Affecting Skin Cancer Detection: a multicentre prospective study. **Acta Dermatovenereológica**, v. 103, n. adv11933, 22 ago. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2340/actadv.v103.11933>. Acesso em: 19 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2022: Panorama Espírito Santo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/index.html>. Acesso em: 20 maio 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Deteção precoce do câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. 72 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 14 maio 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA – INCA. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. 160 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 20 maio 2024.

ISHIZUKI, S.; NAKAMURA, Y. Evidence from Clinical Studies Related to Dermatologic Surgeries for Skin Cancer. **Cancers**, v. 14, n. 3835, 8 ago. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/cancers14153835>. Acesso em: 20 maio 2024.

KAIDBEY, K. H. *et al.* Photoprotection by melanina comparison of black and caucasian skin. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 1, n. 3, p. 249-260, set. 1979. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622\(79\)70018-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0190-9622(79)70018-1). Acesso em: 20 maio 2024.

KENDZIORA, B. *et al.* Antibiotic Prophylaxis of Surgical Site Infections in Cutaneous Surgery: a prospective observational study. **Acta Dermato-Venereologica**, v. 103, n. adv4469, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2340/actadv.v103.4469>. Acesso em: 20 maio 2024.

KIM, D.S.; SCHERER, P.E. Obesity, Diabetes, and Increased Cancer Progression. **Diabetes & Metabolism Journal**, v. 45, n. 6, p. 799-812, 30 nov. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4093/dmj.2021.0077>. Acesso em: 20 maio 2024.

LEONARDI-BEE, J.; ELLISON, T.; BATH-HEXTALL, F. Smoking and the Risk of Nonmelanoma Skin Cancer. **Archives of Dermatology**, v. 148, n. 8, p. 939-946, 1 ago. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archdermatol.2012.1374>. Acesso em: 19 abr. 2024.

LI, Y.; WU, J.; CAO, Z. Childhood sunburn and risk of melanoma and non-melanoma skin cancer: a mendelian randomization study. **Environmental Science and Pollution Research**, v. 30, n. 58, p. 122011-122023, 14 nov. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11356-023-30535-3>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LIU, X.; SPRENGERS, M.; NELEMANS, P. J.; MOSTERD, K.; & KELLEENERS-SMEETS, N. W. Risk Factors for Surgical Site Infections in Dermatological Surgery. **Acta Dermato Venereologica**, v. 98, n. 2, p. 246-250, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-2844>. Acesso em: 18 abr. 2024.

LUCERÓN-LUCAS-TORRES, M. *et al.* Association between wine consumption and cancer: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Nutrition**, v. 10, 4 set. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2023.1197745>. Acesso em: 19 abr. 2024.

MARAGH, S. L. *et al.* Antibiotic Prophylaxis in Dermatologic Surgery: updated guidelines. **Dermatologic Surgery**, v. 31, n. 1, p. 83-93, 21 mar. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2005.31014>. Acesso em: 18 abr. 2024.

MCBRIDE, P.; OLSEN, C.M.; GREEN, A.C. Tobacco Smoking and Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: a 16-year longitudinal population-based study. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 20, n. 8, p. 1778-1783, 1 ago. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.epi-11-0150>. Acesso em: 18 abr. 2024.

MESSINGHAM, M. J.; ARPEY, C. J. Update on the Use of Antibiotics in Cutaneous Surgery. **Dermatologic Surgery**, v. 31, n. 2, p. 1068-1078, ago. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1524-4725.2005.31832>. Acesso em: 18 abr. 2024.

METELITSA, A.I.; LAUZON, G.J. Tobacco and the skin. **Clinics in Dermatology**, v. 28, n. 4, p. 384-390, jul. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clindermatol.2010.03.021>. Acesso em: 18 abr. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ascom SE/UNA-SUS. **Diabetes, hipertensão e obesidade avançam entre os brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/diabetes-hipertensao-e-obesidadeavancam-entre-os-brasileiros#:~:text=Diabetes%2C%20hipertens%C3%A3o%20e%20obesidade%20avan%C3%A7am%20entre%20os%20brasileiros,-O%20maior%20aumento&text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20tra%C3%A7ou,20%2C3%25%20est%C3%A3o%20obesos>. Acesso em: 20 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 20 maio 2024.

MOTAPARTHI, K.; KAPIL, J.P.; VELAZQUEZ, E.F. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: review of the eighth edition of the american joint committee on cancer staging guidelines, prognostic factors, and histopathologic variants. **Advances in Anatomic Pathology**, v. 24, n. 4, p. 171-194, jul. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/pap.000000000000157>. Acesso em: 18 abr. 2024.

NAKAMURA, Y. *et al.* Invasive and in situ lesions of squamous cell carcinoma are independent factors for postoperative surgical-site infection after outpatient skin tumors surgery: a retrospective study of 512 patients. **The Journal of Dermatology**, v. 48, n. 4, p. 497-501, 9 fev. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/1346-8138.15782>. Acesso em: 19 abr. 2024.

NEWLANDS, C. *et al.* Non-melanoma skin cancer: united kingdom national multidisciplinary guidelines. **The Journal of Laryngology & Otology**, v. 130, n. 2, p. 125-132, maio 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s0022215116000554>. Acesso em: 19 abr. 2024.

ORTHABER, K. *et al.* Skin Cancer and Its Treatment: novel treatment approaches with emphasis on nanotechnology. **Journal of Nanomaterials**, v. 2017, n. 2606271, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2017/2606271>. Acesso em: 19 abr. 2024.

PAGUNG, C. *et al.* Câncer de pele não melanoma: uma análise do comprometimento de margens em excisões. **Brazilian Journal Of Plastic Sugery**, v. 38, n. 1, p. 1-5, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2023rbcp0666-pt>. Acesso em: 20 maio 2024.

PAIVA, M. *et al.* Coffee, Citrus, and Alcohol: a review of what we drink and how it may affect our risk for skin cancer. **The Yale Journal of Biology And Medicine**, v. 96, n. 2, p. 205-210, 30 jun. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.59249/evko3455>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PEGA, F. *et al.* Global, regional and national burdens of non-melanoma skin cancer attributable to occupational exposure to solar ultraviolet radiation for 183 countries, 2000–2019: a systematic analysis from the WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury. **Environment International**, v. 181, n. 108226, nov. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.envint.2023.108226>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PENINGTON, A. Ulceration and antihypertensive use are risk factors for infection after skin lesion excision. **Anz Journal of Surgery**, v. 80, n. 9, p. 642-645, 23 jun. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-2197.2010.05344.x>. Acesso em: 18 abr. 2024.

PIMENTEL, E.R. *et al.* Risk of complications during dermatologic surgery: protocol for excisional surgery. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 5, p.493-498, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/kntgpX69sRTHj6ZjLtFyjNC/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 14 maio 2024.

PIRES, C. A. A. *et al.* Câncer de pele: caracterização do perfil e avaliação da proteção solar dos pacientes atendidos em serviço universitário. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 1, p. 54-59, 13 dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i1.1433.p54-59.2018>. Acesso em: 18 abr. 2024.

ROSENGREN, H.; HEAL, C. F.; BUTTNER, P. G. Effect of a single prophylactic preoperative oral antibiotic dose on surgical site infection following complex dermatological procedures on the nose and ear: a prospective, randomised, controlled, double-blinded trial. **BMJ Open**, v. 8, n. e020213, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020213>. Acesso em: 18 abr. 2024.

RUKHSAR, S. *et al.* Prevalence of sunscreen usage and perception about sun exposure and sunscreen: a lower-middle-income country's perspective. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 73, n. 10, p. 2069-2072, 13 set. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47391/jpma.7752>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SCHLAGER, J. G. *et al.* Patient-dependent risk factors for wound infection after skin surgery: a systematic review and meta analysis. **International Wound Journal**, v. 19, n. 7, p. 1748-1757, mar. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.13780>. Acesso em: 18 abr. 2024.

SCHLAGER, J. G. *et al.* Surgical site infection in skin surgery: an observational study. **International Wound Journal**, v. 20, n. 9, p. 3514-3522, 8 maio 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/iwj.14224>. Acesso em: 18 abr. 2024.

STĂTESCU, L. *et al.* Advancing Cancer Research: current knowledge on cutaneous neoplasia. **International Journal Of Molecular Sciences**, v. 24, n. 11176, 6 jul. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/ijms241311176>. Acesso em: 18 abr. 2024.

STRICKLER, A. G. *et al.* Preventing complications in dermatologic surgery: presurgical concerns. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, v. 84, n. 4, p. 883-892, abr. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.10.099>. Acesso em: 18 abr. 2024.

VENTORIM, L. **Espírito Santo: História da Colonização**. Vitória: Governo do Estado do Espírito Santo, 2016. Disponível em: <https://www.es.gov.br/historia/colonizacao#:~:text=Vasco%20Coutinho%20desembarcou%20na%20capitania,terceira%20pessoa%20da%20Sant%C3%ADssima%20Trindade%3E>. Acesso em: 20 maio 2024.

VIEIRA, M. L. **Estudo de coorte prospectivo de avaliação da incidência de complicações pré-operatórias precoce em cirurgias dermatológicas no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo**. Orientadora: Dra. Letícia Arsie Contin. 2016. 66 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Dermatologia) - Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, 2016.

ZHAI, Z. *et al.* Ethanol, Metabolism and Melanoma. **Cancers**, v. 15, n. 1258, 16 fev. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/cancers15041258>. Acesso em: 18 abr. 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Utilizado para Entrevista de Coleta de Dados

**QUESTIONÁRIO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM UM PROGRAMA
DERMATOLÓGICO DE CÂNCER DE PELE DESENVOLVIDO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE
VITÓRIA/ES**

NOME COMPLETO: _____

SEXO: () F () M

FAIXA ETÁRIA: () 20-45 () 46-55 () 56-65 () 66-75 () 76-85 () 86-100

FOTOTIPO DE FITZPATRICK: () I () II () III () IV () V () VI

ENDEREÇO:

DESCENDÊNCIA: () ALEMÃ () POMERANA () ITALIANA () OUTRAS

RENDA: () ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO () 1-5 SALÁRIOS MÍNIMOS () 5 SALÁRIOS MÍNIMOS OU MAIS

ESCOLARIDADE: () 1-5 ANOS () 5-10 ANOS () 10 -15 ANOS () > 15 ANOS

A EXPOSIÇÃO SOLAR OCORRE/OCORREU EM QUAL MOMENTO DA VIDA?

() OCUPACIONAL () LAZER () AMBOS () NÃO SE EXPÕE

CICLO DE VIDA EM QUE OCORREU MAIOR EXPOSIÇÃO SOLAR:

() INFÂNCIA () ADOLESCÊNCIA () FASE ADULTA

USO DE PROTETOR SOLAR: () NÃO SE EXPÕE () SE EXPÕE COM PROTEÇÃO () SE EXPÕE SEM PROTEÇÃO

COMORBIDADES: () DM TIPO 1 () DM TIPO 2 () HAS () CARDIOPATIA
() TIREOIDOPATIA () IMUNODEFICIÊNCIA () DRC

USO CRÔNICO DE ANTICOAGULANTES: () SIM () NÃO

TABAGISMO: () ATUAL () PASSADO () NUNCA FUMOU

ETILISMO: () ATUAL () PASSADO () NUNCA BEBEU

HPP PARA CÂNCER DE PELE: () SIM () NÃO () DESCONHECE

HF PARA CÂNCER DE PELE (1º GRAU - PAI, MÃE OU IRMÃOS): () SIM () NÃO () DESCONHECE

LOCAL DO DIAGNÓSTICO: () COURO CABELUDO () FACE () MEMBROS SUPERIORES () MEMBROS INFERIORES () COLO () DORSO () ABDOME

MEDICAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA: () ANTIBIÓTICO () DAPIRONA () NÃO USOU () OUTROS:

APRESENTOU FEBRE NOS ÚLTIMOS 7 DIAS: () SIM () NÃO

APRESENTOU SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTA DA CICATRIZ CIRÚRGICA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS: ()
SIM ()NÃO

APRESENTOU VERMELHIDÃO EM REGIÃO DE CICATRIZ CIRÚRGICA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS:
() SIM () NÃO

APRESENTOU CALOR EM REGIÃO DE CICATRIZ CIRÚRGICA NOS ÚLTIMOS 7 DIAS:
() SIM () NÃO

PRESENÇA DE INFECÇÃO NO RETORNO EM 7 DIAS:
() SIM () NÃO

TIPO DE BIÓPSIA: () EXCISIONAL () INCISIONAL

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: () CEC () CBC () MELANOMA

APÊNDICE B – Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Aplicado
aos Participantes da Pesquisa



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM UM PROGRAMA DERMATOLÓGICO DE CÂNCER DE PELE DESENVOLVIDO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA/ES”, sob a responsabilidade de FRANCINE ALVES GRATIVAL RAPOSO.

JUSTIFICATIVA: Esse estudo poderá fornecer aos profissionais de saúde subsídio científico para reconhecer as características epidemiológicas da população submetida a retirada de lesões suspeitas de câncer de pele no Programa Dermatológico Salve Sua Pele, possibilitando o desenvolvimento de um perfil dessa população. Além disso, será possível avaliar a correlação do perfil epidemiológico com a incidência de infecção de sítio cirúrgico nessa população, uma vez que esse desfecho pode causar morbidade e/ou uso indiscriminado de antibióticos. Desse modo, estudos como esse são importantes para identificação de grupos de risco e manejo correto desses pacientes.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: O presente estudo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico e a incidência de infecção em cirurgias de retirada de lesões suspeitas de câncer de pele em pacientes assistidos por um projeto de extensão de um hospital filantrópico de Vitória/ES. Você estará em concordância quanto a responder um questionário aplicado pelos pesquisadores e quanto a acessarmos as suas informações contidas nos prontuários eletrônicos do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

PROCEDIMENTOS: Para a coleta de dados, será utilizado um questionário físico aplicado pelos pesquisadores no momento do retorno dos pacientes, 7 dias após a biópsia, no ambulatório de dermatologia do HSCMV. Portanto, para participar do estudo será necessário que o paciente tenha sido submetido a procedimento cirúrgico no mutirão do Programa Dermatológico Salve Sua Pele e esteja presente na consulta de retorno.

Posteriormente, será feita uma busca ativa nos prontuários dos pacientes conforme protocolos da instituição HSCMV de forma a verificar o resultado histopatológico das biópsias realizadas, com ênfase nos seus diagnósticos histopatológicos (CBC, CEC, melanoma). Essa informação será preenchida no mesmo questionário descrito anteriormente. Todas as informações coletadas serão digitadas pelos pesquisadores e armazenadas em um banco de dados no programa Microsoft Excel.

Estas coletas serão realizadas, apenas, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA:

A duração do estudo será de Julho de 2023 a Janeiro de 2024, sendo realizado de maneira presencial no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Rua Dr. João dos Santos Neves, 143 – Vila Rubim, Vitória – ES, 29025-023).

RISCOS E DESCONFORTOS: Considerando tratar de um estudo prospectivo em que as informações utilizadas serão a partir da análise da base de dados formulada previamente com os dados coletados a partir do preenchimento do questionário já citado e da análise do prontuário da base de dados do HSCMV, os riscos desse estudo serão mínimos e pontuais, sendo a única preocupação específica a quebra de sigilo das informações contidas nos prontuários e nas entrevistas. As informações serão sigilosas sobre os pacientes e essas terão garantia contra acesso indevido, quebra de sigilo e confidencialidade das informações coletadas, monitorado pelo pesquisador responsável.

BENEFÍCIOS: Os benefícios se encontram no enriquecimento do conhecimento científico, uma vez que se acredita que o estudo poderá contribuir para a caracterização da população submetida a retirada/cirurgia de lesões suspeitas de câncer de pele no Programa Dermatológico Salve Sua Pele, possibilitando o desenvolvimento de técnicas de cuidado que minimizem desfechos negativos para esses pacientes.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Você será garantido apoio e esclarecimento de todas as dúvidas que possam surgir durante esta pesquisa. Caso se apresente em alguma situação de risco, os pesquisadores irão instruir quanto ao local de segurança que você deve procurar. A assistência imediata e integral gratuita por danos decorrentes da pesquisa também será garantida.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: Esta pesquisa não prevê nenhum custo adicional por parte dos participantes em razão de sua participação. Portanto, não receberá nenhum incentivo financeiro para participar da pesquisa. Porém, caso o participante tenha alguma despesa necessária em razão de sua participação na pesquisa, esta será coberta pelos pesquisadores, sendo garantido seu ressarcimento.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora Francine Gratalval Raposo no telefone (27) 3334-3566, ou no endereço de Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. Você também pode contatar o Comitê de

Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde- EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada e rubricada em todas as páginas, por mim e pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante.

_____, ____ de _____ de 20__

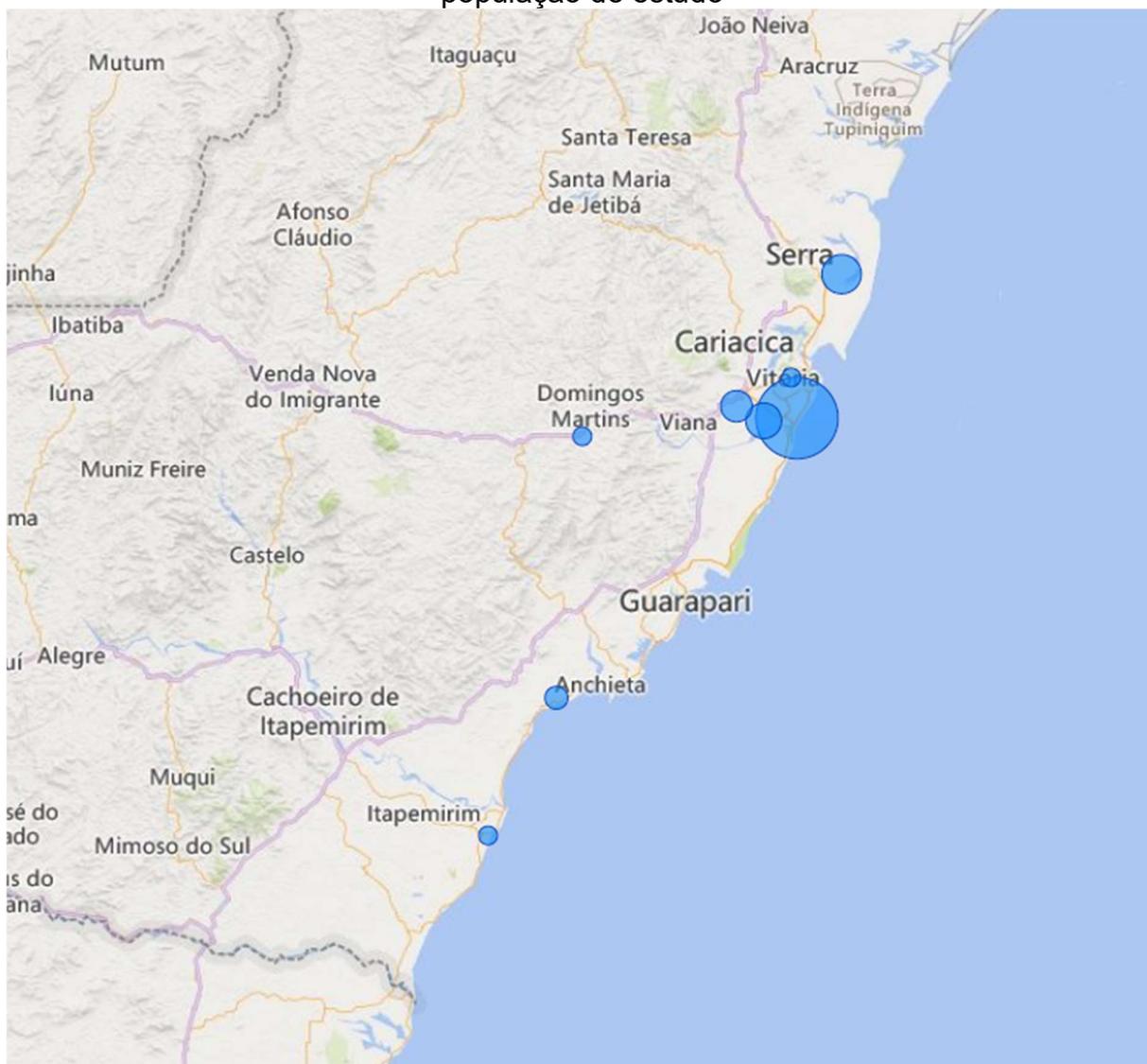
Participante da Pesquisa/Responsável Legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA EM UM PROGRAMA DERMATOLÓGICO DE CÂNCER DE PELE DESENVOLVIDO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE VITÓRIA/ES”, Francine Alves Grativall Raposo, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

APÊNDICE C – Distribuição Geográfica da População Atendida no Programa Salve Sua Pele, de Julho a Dezembro de 2023.

Figura 1 – Representação gráfica da distribuição geográfica de moradia da população de estudo

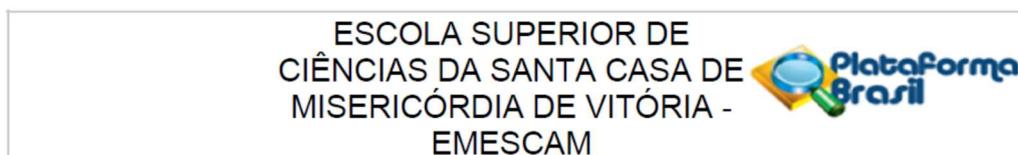


Fonte: elaborada pelos autores (2024).

*Quanto maior a circunferência sobre a região demográfica, maior é o número de pacientes moradores dessa região. Nota-se predominância de pacientes da cidade de Vila Velha, seguida de outras cidades da região metropolitana Grande Vitória.

ANEXOS

ANEXO A – Certificado de Aprovação do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Análise do Perfil de Pacientes Submetidos a Cirurgia em um Programa Dermatológico de Câncer de Pele Desenvolvido em um Hospital Filantrópico de Vitória/ES.

Pesquisador: Francine Alves Gratal Raposo

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69050623.5.0000.5065

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.145.687

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo prospectivo de abordagem quantitativa, com população que já é assistida pelo Programa Dermatológico Salve sua Pele (projeto de extensão que envolve alunos e professores da medicina), realizado com pacientes suspeitos de lesões de neoplasia cutânea, triados clinicamente e submetidos a procedimento cirúrgico de exérese ou biópsia incisional seguido de envio do material para análise histopatológica.

O estudo proposto será realizado com os pacientes durante consulta no ambulatório de dermatologia do HSCMV. A coleta de dados será feita por questionário físico aplicado pelos pesquisadores no momento do retorno dos pacientes e 7 dias após a biópsia, no próprio ambulatório de dermatologia do HSCMV. Também será feita uma busca nos prontuários dos pacientes de forma a verificar o resultado das biópsias realizadas, e diagnósticos histopatológicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral do estudo: Identificar o perfil epidemiológico e a incidência de infecção em cirurgias de exérese de lesões suspeitas de câncer de pele em pacientes assistidos por um programa

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190

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: 6.145.687

dermatológico de um hospital filantrópico de Vitória/ES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão relacionados à divulgação de dados confidenciais, anonimato, discriminação a partir do conteúdo revelado e perda do autocontrole e integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados. Quanto aos benefícios são descritos na forma de contribuição para a caracterização da população submetida a exérese de lesões suspeitas de câncer de pele, possibilitando o desenvolvimento de técnicas de cuidado que minimizem desfechos negativos para esses pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e de interesse científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as solicitações do parecer anterior foram atendidas.

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:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2113955.pdf	12/06/2023 13:38:38		Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
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: 6.145.687

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_CEP_alterado.pdf	12/06/2023 13:38:22	Francine Alves Gratival Raposo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_alterado.pdf	12/06/2023 13:38:05	Francine Alves Gratival Raposo	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEP_ajustado.pdf	10/06/2023 20:31:13	Francine Alves Gratival Raposo	Aceito
Outros	CARTA_de_ANUENCIA_ok.pdf	19/04/2023 11:21:42	Francine Alves Gratival Raposo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_ok.pdf	19/04/2023 11:10:40	Francine Alves Gratival Raposo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 27 de Junho de 2023

**Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))**

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190
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