

ESTUDO RETROSPECTIVO DOS CASOS DE CANCER DE PELE DIAGNOSTICADOS NO HOSPITAL DE CANCER DE MATO GROSSO

GIOVANNA LAURA GALVAO COSTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente em Oncologia em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC para obtenção do Título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Oncologia

Orientador: Prof. Dr. Fernando Augusto Soares

Co-Orientador: Dra. Gisele Gargantini Rezze

São Paulo

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da Fundação Antônio Prudente

Costa, Giovanna Laura Galvao

Estudo restrospectivo dos casos de câncer de pele diagnosticados no Hospital de Câncer de Mato Grosso / Giovanna Laura Galvao Costa – São Paulo; 2017.

37p.

Dissertação(Mestrado)-Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC

Curso de Pós-Graduação em Ciências - Área de concentração: Oncologia.

Orientador: Fernando Augusto Soares

Descritores: 1. Neoplasias Cutâneas/Skin Neoplasms. 2. Carcinoma Basocelular/Carcinoma, Basal Cell. 3. Estudos Retrospectivos/Retrospective Studies. 4. Carcinoma de Células Escamosas/Carcinoma, Squamous Cell. 5. Fatores de Risco/Risk Factors. 6. Raios Ultravioleta/Ultraviolet Rays

DEDICATÓRIA

Dedico esta conquista primeiramente à Deus. Aos meus maravilhosos pais, Benedito Bom Despacho Galvão Costa e Noemil Dias Galvão Costa.

Dedico especialmente ao grande amor da minha vida, o meu amado esposo Denarci Luiz Brognoli, por ser o meu porto seguro, sempre me apoiar e por saber que posso sempre contar com ele.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela sua imensa misericórdia e amor, que esteve presente em todos os momentos da minha vida, me guiando e me ajudando a atravessar os obstáculos.

Ao meu esposo Denarci Luiz Brognoli, pelo seu amor, carinho e companheirismo.

Aos meus amados pais, Benedito Bom Despacho Galvão Costa e Noemil Dias Galvão Costa que são os meus maiores exemplos de vida e dedicação, pelo incentivo e confiança que sempre me deram.

À minha querida avó Irene Maria Galvão e tia-avó Jovita de Matos Galvão pelo imenso carinho e amor dedicado as suas netas e bisnetos.

Às minhas irmãs Gabriele Laura Galvão Costa Gonçalves, Grazianne Laura Galvão Costa Biancardini, Graciely Laura Galvão Costa e Valdina Antônia da Silva.

Aos meus sobrinhos, Jéssica Fernanda da Silva, Jamil Antônio Galvão Lopes, Jamila Antônio Galvão Lopes, Jamile Antônio Galvão Lopes, Evandro Corbelino Biancardini.

À minha sogra Dionira Isabel Brognoli.

Agradeço de modo especial agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Fernando Soares, pela paciência, pelo exemplo profissional e ensinamentos que me permitiram cumprir mais uma etapa na minha carreira acadêmica.

À Professora Dra. Gisele Gargantini Rezze, pelas orientações.

À Pós-Graduação da Fundação Antônio Prudente, Prof. Dr. Fernando Soares e ao Hospital de Câncer de Mato Grosso.

Aos colegas e professores da Pós-Graduação que compartilharam seus conhecimentos.

Aos pacientes, que permitiram o uso de suas informações para a execução desse estudo.

À Ana Maria Rodrigues e à Suely Francisco do A.C. Camargo Cancer Center que estiveram nos auxiliando sempre com atenção e cuidado nessa trajetória.

RESUMO

Costa GLGC. **Estudo restrospectivo dos casos de câncer de pele diagnosticados no Hospital de Câncer de Mato Grosso**. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (MINTER) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC].

Introdução: O câncer de pele é o tipo de câncer mais comum na população mundial. Os tipos mais frequentes de CPNM são o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), esses cânceres ocorrem com frequências respectivas de 70% e 25% no Brasil. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos pacientes portadores de câncer de pele atendidos no Hospital de Câncer em Mato Grosso, e saber quais os principais fatores de risco associados nessa população. **Material e método:** Estudo do tipo descritivo retrospectivo, através da revisão de prontuários dos pacientes com diagnostico de câncer de pele. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados as seguintes variáveis, histologia, sexo, idade, procedência (capital e interior), grau de escolaridade, estado civil, profissão (com exposição solar e sem exposição solar), história patológica familiar e pessoal de câncer de pele, fototipos de pele (classificação de Fitzpatrick), e localização do tumor. Realizado análise comparativa entre os dados obtidos e outros estudos, através de levantamento de artigos científicos nas bases de dados Google acadêmico, Google Books, PubMed, Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde (LILACS), e Descritores em Ciências da Saúde (DECS/BIREME). **Resultados:** Foram diagnosticados 8.311 casos de câncer de pele. Sendo 6.091 CBC (73,28%), 2.024 CEC (24,36%) e 196 MM (2,36%). A maior incidência de câncer de pele foi encontrada no sexo masculino com 57%, já o sexo feminino apresentou 43% dos casos. O CBC e CEC foram encontrados nas mulheres em 51,4% e 24,32%, respetivamente, em relação aos homens 48,6% e 75,6%. No MM temos 63,8% no sexo masculino e 36,17% no sexo feminino. Em relação ao

grau de escolaridade, 20% eram analfabetos, 40% possuíam o ensino fundamental, 31% o ensino médio, e 9% o ensino superior. Quanto à faixa etária não foram registrados indivíduos menores de 30 anos. Apenas 12 casos (0,15%) tinham exatamente 30 anos. Entre 31 e 40 anos, 914 casos (11%); entre 41 e 50 anos, 1.733 casos (20,85%). E a grande maioria, 5.652 casos (68%), possuíam idade superior aos 50 anos. Quanto ao fototipo (classificação de Fitzpatrick), houve predomínio em indivíduos de pele clara, sendo fototipo I com maior incidência com 4.272 (51,40%), fototipo II com 2.377 (26,60%), fototipo III com 998 (12%), fototipo IV com 581 (7%), fototipo V com 83 (1%) e o fototipo VI não apresentou nenhum caso. Quanto à profissão 6.100 casos (73,40 %) apresentavam atividade profissional com exposição solar diária, enquanto 2.211 casos (26,60%) não tinham exposição solar diária. De acordo com estado civil apenas 507 pacientes (6,10%) eram solteiros, 5.110 (61,50%) casados, 1.214 (14,60%) viúvos e 1.480 (17,80%) com união estável. Na capital foram diagnosticados com câncer de pele 1.279 pacientes (15,40%) e a grande maioria no interior com 7.031 pacientes (84,60%). No estudo 6.682 pacientes (80,4%) tinham antecedente pessoal de câncer de pele, enquanto 1.628 dos casos (19,60%) não apresentaram histórico pessoal. Quanto ao antecedente familiar de câncer de pele, 5.817 casos (70%) apresentaram histórico familiar positivo e 2.494 casos (30%) não tinham antecedente familiar. Em relação a localização das lesões, a grande maioria dos casos foram encontrados em áreas mais expostas ao Sol, compreendendo 5.402 pacientes (65%) com lesões na cabeça, 1.233 casos em tronco (14,84%), 1.409 casos (16,95%) em MMSS e 267 casos (3,21%) em MMII. **Conclusão:** o estudo permitiu concluir que houve maior prevalência do CBC, em homens, brancos, com idade avançada, casados, com certo grau de escolaridade, com lesões acometendo mais áreas expostas ao Sol, com história pessoal e familiar de câncer de pele, e atividade laborativa associada à exposição solar. Esse perfil encontrado assemelhou-se ao obtido em outros estudos, tendo a agricultura e pecuária como as principais atividades laborais encontradas nos pacientes estudados, mostrando que o principal fator de risco encontrado para CPNM foi a exposição à radiação UV e a exposição solar de caráter ocupacional.

SUMMARY

Costa GLGC. **[Retrospective study of the cases of cancer from skin diagnosed in the Hospital of Cancer of Mato Grosso]**. São Paulo; 2017. [Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação Interinstitucional (MINTER) em Oncologia da Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC].

Introduction: The skin cancer is the commonest type of cancer in the world-wide population. The most frequent types of CPNM are the carcinoma basocelular (CBC) and the carcinoma espinocelular (CEC). According to the National Institute of the Cancer (INCA), these cancers take place with respective frequencies of 70 % and 25 % in Brazil. **Objectives:** To study the profile of the patient bearers of cancer from skin attended in the Hospital of Cancer in Mato Grosso, and knowledge which main factors of risk associated in this population. **Material and methods:** Study of the retrospective descriptive type, through the revision of handbooks of the patients with diagnosis of cancer from skin. One used like instrument of collection of data the next variables, histology, gender, age, origin (capital and interior), degree of schooling, marital status, profession (with solar exhibition and without solar exhibition), familiar and personal pathological history of cancer from skin, phototypes from skin (classification of Fitzpatrick), and location of the tumor. When comparative analysis was carried out between the obtained and different data studies, through lifting of scientific articles in the bases of data academic Google, Google Books, PubMed, Scientific Eletronic Library Online Latin (SciELO), American Literature in Science of the Health (LILACS), and Descritores in Sciences of the Health (DECS/BIREME). **Resulted:** There were diagnosed 8.311 cases of cancer from skin. Being a 6.091 CBC (73,28%), 2.024 CEC (24,36%) and 196 MM (2,36%). The biggest incidence of cancer from skin was found in the masculine sex with 57%, the feminine sex already presented 43 % of the cases. The CBC and CEC were found in the women in 51,4 % and 24,32 %, respectively, regarding the men 48,6 % and 75,6 %. In the MM we have 63,8 % in the masculine sex and 36,17 % in the feminine sex. Regarding the degree of schooling, 20% was illiterate, 40

% had the basic teaching, 31 % the secondary education, and 9 % the superior teaching. As for the age group individuals younger than 30 years were not registered. Only 12 cases (0,15%) had exactly 30 years. Between 31 and 40 years, 914 cases (11%); between 41 and 50 years, 1.733 cases (20,85%). And the great majority, 5.652 cases (68%), they had age superior to 50 years. As for the phototype (classification of Fitzpatrick), there was predominance in individuals from clear skin, when phototype is I with bigger incidence with 4.272 (51,40%), phototype II with 2.377 (26,60%), phototype III with 998 (12%), phototype IV with 581 (7 %), phototype V with 83 (1%) and the phototype VI did not present any case. As for the profession 6.100 cases (73,40%) were presenting professional activity with daily solar exhibition, while 2.211 cases (26,60%) had not daily solar exhibition. In accordance with marital status only 507 patients (6,10%) were unmarried, a 5.110 (61,50%) married, 1.214 (14,60%) widowers and 1.480 (17,80%) with stable union. In the capital there were diagnosed with skin cancer 1.279 patients (15,40%) and the great majority in the interior with 7.031 patients (84,60%). In the study 6.682 patients (80,4 %) had preceding people of cancer of skin, while 1.628 of the cases (19,60 %) did not present historical people. As for the preceding relative of cancer from skin, 5.817 cases (70%) presented historical positive relative and 2.494 cases (30%) had not preceding relative. Regarding location of the injuries, great most of the cases were found in areas more exposed in the Sun, when there are understanding 5.402 patients (65%) with injuries in the head, 1.233 cases in trunk (14,84%), 1.409 cases (16,95%) in MMSS and 267 cases (3,21%) in MMII.

Conclusion: the study allowed to conclude that there was bigger predominance of the CBC, in men, white, with advanced age, married, with certain degree of schooling, with injuries attacking more areas exposed in the Sun, with personal and familiar history of cancer from skin, and activity laborativa associated to the solar exhibition. This considered profile was likened to an obtained one in other studies, taking the agriculture and cattle-raising as the main activities you labor found in the studied patients, showing that the main factor of risk found for CPNM went to exhibition to the radiation UV and the solar exhibition of occupational character.

LISTA DE QUADRO E FIGURAS

Quadro 1	Classificação dos fototipos de pele proposta por Fitzpatrick....	2
Figura 1	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a histologia, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	17
Figura 2	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com o sexo, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	18
Figura 3	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com o sexo e histologia, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	19
Figura 4	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a escolaridade, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	20
Figura 5	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a faixa etária, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	20
Figura 6	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a classificação de Fitzpatrick, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	21

Figura 7	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a atividade profissional relacionada à exposição solar, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	22
Figura 8	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com o estado civil, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	23
Figura 9	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a procedência, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	23
Figura 10	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com antecedente pessoal de câncer de pele, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	24
Figura 11	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com antecedente familiar de câncer de pele, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	25
Figura 12	Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a localização das lesões, distribuídas em cabeça, tronco, MMSS e MMII, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.....	25

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

%	Porcentagem
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CBC	Carcinoma Basocelular
CEC	Carcinoma Espinocelular
CPNM	Câncer de Pele Não Melanoma
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MM	Melanoma
MMSS	Membros superiores
MMII	Membros inferiores
MT	Estado do Mato Grosso
RUV	Radiação Ultravioleta
RCBP	Registro de Câncer Base Populacional
UV	Ultravioleta

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	A Pele	1
1.2	Câncer de Pele.....	3
1.2.1	Câncer de Pele não Melanoma.....	5
1.2.1.1	Carcinoma Basocelular	6
1.2.1.2	Carcinoma Espinocelular.....	7
1.2.2	Câncer de Pele Melanoma.....	8
1.3	Fatores de Risco	9
1.4	Justificativa.....	10
2	OBJETIVOS	11
3	METODOLOGIA	12
3.1	Materiais e Métodos	12
3.1.1	Análise de Dados	13
3.1.2	População.....	13
3.1.3	Amostra	13
3.1.4	Variáveis do Estudo.....	13
3.1.5	Local de Estudo.....	14
4	RESULTADOS.....	17
5	DISCUSSÃO	26
6	CONCLUSÃO	32
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	35

APÊNDICE

Apêndice 1 Termo de Solicitação de Dispensa de Termo de
Consentimento Livre e Esclarecido (TDTCLE) à
Coordenação do CEP

1 INTRODUÇÃO

1.1 A PELE

A pele é um órgão complexo que protege o corpo do meio em que ele vive, ao mesmo tempo em que permite a interação dele com o meio. A pele, cútis ou tegumento representa 15% do peso corpóreo e confere múltiplas funções ao organismo. Uma das principais é a barreira de proteção contra traumas, radiação ultravioleta, temperaturas extremas, toxinas e bactérias. Outras funções estão relacionadas à termorregulação, sensorial, secreção de hormônios entre outras. A pele é dividida em três camadas: epiderme, derme e hipoderme. A epiderme ou camada externa é um epitélio estratificado formado por quatro camadas celulares: camada germinativa ou basal, que possui alguns tipos celulares, as células basais ou queratocíticas, os melanócitos ou células claras de Masson, e as células de Merkel; camada espinhosa ou malpighiana; camada granulosa e camada córnea, composta por queratina. É variável conforme a região, sendo mais espessa nas regiões palmoplantares. A derme ou córion é um importante leito para os vasos sanguíneos e nervos e representa o local onde se desenvolvem as defesas contra agentes nocivos, que venceram a primeira barreira protetora, a epiderme. A hipoderme ou tecido celular subcutâneo é rica em tecido adiposo e representa importante reserva calórica para o organismo.

Em 1976, FITZPATRICK classificou a pele humana em 6 tipos de acordo com o fenótipo cutâneo e etnia, variando do tipo I (pele mais branca) ao tipo VI (pele negra). A classificação de Fitzpatrick tem sido o método utilizado para caracterizar a sensibilidade cutânea a radiação ultravioleta. Logo é útil descrever a sensibilidade da pele ao sol de acordo com o fenótipo cutâneo. Pele de cor clara, cabelo louro ou ruivo, olhos azuis ou verdes, tendência a sardas proeminentes e propensão à queimadura solar com fenótipo cutâneo Fitzpatrick I-II são características associadas a aumento do risco de melanoma. O melanoma ocorre de forma infrequente na pele de tipos V-VI, sugerindo que o pigmento cutâneo desempenha papel protetor (FITZPATRICK 2011). Conforme representado no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificação dos fototipos de pele proposta por Fitzpatrick

	<i>Grupo</i>	<i>Eritema</i>	<i>Pigmentação</i>	<i>Sensibilidade</i>
I	Branca	Sempre se queima	Nunca se bronzeia	Muito sensível
II	Branca	Sempre se queima	Às vezes se bronzeia	Sensível
III	Morena clara	Queima moderado	Bronzeia moderado	Normal
IV	Morena moderada	Queima pouco	Sempre se bronzeia	Normal
V	Morena escura	Queima raramente	Sempre se bronzeia	Pouco sensível
VI	Negra	Nunca se queima	Totalmente pigmentada	Insensível

1.2 CANCER DE PELE

O câncer de pele é o tipo de câncer mais comum na população mundial. Sua incidência tem aumentado em todo o mundo nas últimas três décadas. De acordo com a Sociedade Americana de Câncer, a cada ano há mais casos novos de câncer de pele do que a somatória da incidência dos cânceres de mama, próstata, pulmão e cólon (American Cancer Society-ACS 2012).

De acordo com FITZPATRICK (2011) o fotoenvelhecimento e o câncer de pele são consequências da exposição crônica à radiação ultravioleta. O câncer de pele é causado largamente pelo dano direto ao DNA, levando à mutações genéticas específicas.

O câncer de pele é o tipo de câncer mais comum e representa mais da metade dos diagnósticos de câncer. São estimados 181.430 novos casos no Brasil em 2016, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (Ministério da Saúde 2016).

Há dois tipos básicos de câncer de pele, os não-melanoma, geralmente das células basais ou das escamosas, e os melanomas, que têm origem nos melanócitos, as células produtoras de melanina.

Os carcinomas basocelular e espinocelular (ou epidermóide) são também conhecidos como câncer de pele não melanoma, tipo mais frequente de câncer de pele (MILLER e WEINSTOCK1994).

No Brasil o tipo mais frequente de câncer de pele é o não melanoma, que se apresenta sob a forma de carcinoma basocelular e carcinoma

epidermóide, com 70% e 25 % dos casos, respectivamente (ROCHA et al. 2002).

Segundo o INCA no Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, indicam 576 mil novos casos de câncer, deste total, já o câncer de pele do tipo não melanoma terá uma incidência de 182 mil casos novos e será o mais incidente na população brasileira. Esperam-se 98.420 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 83.710 nas mulheres. O câncer de pele não melanoma é o mais incidente em homens nas regiões Sul (159,51/ 100 mil), Sudeste (133,48/ 100 mil) e Centro-Oeste (110,94/ 100 mil). Nas regiões Nordeste (40,37/ 100 mil) e Norte (28,34/ 100 mil), encontra-se na segunda posição. Nas mulheres, é o mais frequente em todas as regiões. Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é baixa (2.960 casos novos em homens e 2.930 em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na região Sul (Ministério da Saúde 2014).

O tipo não melanoma é de fácil diagnóstico, sendo frequentemente identificado no exame de inspeção da pele (GUIMARÃES et al. 2008).

A dermatoscopia, também chamada de microscopia de superfície, dermoscopia ou microscopia de epiluminescência, é um método auxiliar clínico não invasivo in vivo tendo como principal indicação a realização do diagnóstico das lesões pigmentadas cutâneas como benignas, altamente suspeitas ou malignas e a monitorização de lesões melanocíticas, principalmente em pacientes de risco para o desenvolvimento de melanoma cutâneo (MACHADO 2008).

O prognóstico do melanoma cutâneo está relacionado à detecção da lesão em fase inicial e sua excisão. A acurácia diagnóstica do exame clínico a olho nú para o melanoma cutâneo quando realizada pelo dermatologista é estimada em 75 a 80%. No entanto, este diagnóstico quando associado a dermatoscopia pode alcançar uma acurácia diagnóstica de quase 90%. Obviamente, a acurácia diagnóstica está associada à experiência do observador e ao bom emprego e treinamento dos critérios dermatoscópicos. Atualmente, a dermatoscopia tornou-se uma técnica útil e imprescindível na abordagem clínica das lesões pigmentadas da pele, tendo papel fundamental na identificação precoce das lesões pigmentadas malignas(melanoma cutâneo) (MACHADO 2008).

1.2.1 Cancer de Pele Não-Melanoma

Os tumores cutâneos não melanomas representam aproximadamente 96% dos casos de câncer de pele. Os tipos mais comuns são o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC).

Os cânceres de pele não melanoma possuem bom prognóstico, com altas taxas de cura quando tratados de forma precoce e adequada. Todavia, a demora no diagnóstico pode acarretar em ulcerações, bem como deformidades físicas graves (Ministério da Saúde 2014).

O principal fator de risco para o câncer de pele, tanto para melanoma quanto para não melanoma, é a exposição excessiva à radiação solar. Para o tipo não melanoma, em particular para o carcinoma epidermoide, a incidência aumenta com a idade, sendo mais frequente na população

masculina do que na feminina. Em geral, o carcinoma de células escamosas está associado ao acúmulo das doses de exposição ao sol, enquanto o carcinoma basocelular parece mais associado a uma exposição intermitente para altas doses de radiação solar. As populações de pele clara possuem um risco aumentado para o desenvolvimento do câncer de pele não melanoma, principalmente ao se exporem à radiação ultravioleta do sol. Pessoas que realizam bronzamento artificial também possuem o risco aumentado, especialmente em idades jovens (Ministério da Saúde 2016).

1.2.1.1 Carcinoma Basocelular

O carcinoma basocelular (CBC) é o tipo de câncer mais comum entre as neoplasias cutâneas malignas. Possui maior incidência em indivíduos idosos. Sendo mais prevalente no sexo feminino. Tem origem na camada basal da epiderme, podendo surgir como um nódulo perolado pequeno, translúcido e brilhante de coloração amarelo-palha. De maneira geral pode apresentar dor e/ou sangramento, com pequenos vasos telangiectásicos na superfície da lesão (CBC nodular) que eventualmente pode se apresentar corada (CBC pigmentado) (PARRO 2013).

A patogênese envolve exposição à luz ultravioleta, principalmente do espectro do tipo B que induz mutação em genes supressores do tumor. Outros fatores que parecem estar envolvidos na patogênese são as mutações nos genes regulatórios, exposição às radiações ionizantes e alterações na vigilância imunológica. Existe ainda uma propensão ao desenvolvimento de múltiplos CBCs em alguns indivíduos, que pode ser

hereditária. O papel do sistema imunológico na patogênese do câncer de pele ainda não está completamente entendida. Pacientes alcoólatras crônicos imunossuprimidos tendem a desenvolver CBCs infiltrativos com maior frequência.

Os subtipos de CBC mais agressivos podem se manifestar como placas endurecidas, amareladas ou esbranquiçadas, planas ou levemente deprimidas, das quais as margens (tipicamente indiferenciáveis) se associam a um maior potencial de disseminação, podendo ulcerar ou não. Este tipo de lesão surge geralmente em pele sã, sem comprometimento ganglionar ou sistêmico, preferencialmente na região cefálica, tronco e membros. Na presença de metástases há disseminação para os ossos, pulmões e linfonodos (SOBER et al. 2008).

1.2.1.2 Carcinoma Espinocelular

O carcinoma espinocelular (CEC) é originário das células da pele e mucosa, anteriormente lesadas por queimaduras e/ou exposição solar. Geralmente ocorre na cabeça, no pescoço e membros superiores. Acomete mais o sexo masculino na proporção de 2:1. Caracteriza-se por crescimento progressivo e muito rápido, quando comparado aos carcinomas basocelulares. Possui neurotropismo por terminações nervosas adjacentes à lesão primária, podendo acarretar déficit motor e paralisia local. As lesões apresentam-se como um nódulo duro, sobrelevado de bordas irregulares, com área central incrustada ou ulcerada que podem também apresentar sangramento espontâneo (PARRO 2013). Para SOBER et al. (2008) a

frequência metastática desta neoplasia é mais encontrada nos linfonodos regionais.

1.2.2 Cancer de Pele Melanoma

O melanoma cutâneo origina-se dos melanócitos. É o mais maligno e o menos comum dos tumores cutâneos. Existem quatro tipos de melanomas: melanoma de disseminação superficial ou radial, melanoma nodular, melanoma maligno lentigo e melanoma lentiginoso acral (PARRO 2013). As metástases ocorrem por via linfática, nas adjacências do tumor (microssatelitose e lesões-satélite) e nos gânglios regionais. Já as metástases por via sanguínea, atingem com maior frequência a pele, os pulmões, o fígado e encéfalo frequentemente. O melanoma pode advir de lesão pré-existente ou surgir desde o início em pele sã. As lesões precursoras são lentigo maligno, nevo melanocítico congênito, nevos displásicos, nevus spilus e proliferações melanocíticas de mucosas e extremidades ou névicas. “Modificações indicadoras de malignização são: sensação de prurido, alterações da pigmentação e do tamanho da lesão, inflamação, ulceração e sangramento; um sinal indubitável é o derrame de pigmento além das bordas da lesão” (AMARAL et al. 2006).

O câncer de pele melanoma é o mais frequente em populações de pele clara e expostas à radiação solar. Indivíduos de pele escura possuem menor risco de apresentá-lo. Seu prognóstico é bom para os tumores localizados, enquanto, para melanomas metastáticos, é reservado (Ministério da Saúde 2014).

O câncer de pele melanoma é o mais agressivo tipo de câncer de pele, apesar de ser menos frequente do que os outros tumores. A idade, o sexo e a susceptibilidade individual também são importantes no desenvolvimento desse tipo de câncer. Cerca de 20% a 30% dos melanomas está associada à presença de nevo melanocítico prévio. Além disso, pessoas com história familiar de melanoma ou melanoma prévio também possuem aumento no risco de desenvolver esse câncer. Sem contar os fatores genéticos, a radiação ultravioleta do Sol contribui para o desenvolvimento do melanoma. Aproximadamente 80% dos melanomas de pele estão associados a essa exposição, principalmente naquelas pessoas de pele sensível; ou seja, que se queimam com facilidade, pele clara e pele com múltiplas sardas. Indivíduos de pele escura possuem menor risco de apresentar melanoma de pele. O prognóstico desse câncer é considerado bom se os tumores forem diagnosticados e tratados, de forma adequada, em sua fase inicial. Quando os melanomas são diagnosticados em fases mais avançadas, principalmente com a presença de metástases, eles apresentam pior prognóstico (Ministério da Saúde 2016).

1.3 FATORES DE RISCO

Quanto aos fatores predisponentes ao câncer de pele, inúmeras causas têm sido apontadas: mudanças dos hábitos de vida com exposição solar excessiva, rarefação da camada de ozônio, envelhecimento populacional, cor de pele branca, maior quantidade de nevos, história de

neoplasia maligna, história familiar de câncer de pele, imunossupressão e exposição ocupacional (BORSATO et al. 2009).

A exposição excessiva ao Sol é o principal fator de risco para o surgimento dos cânceres de pele melanoma e não melanoma. Contudo a diferença está no fato de que o câncer não melanoma está associado à ação solar cumulativa, e o melanoma, a episódios intensos de exposição solar aguda que resultam em queimadura solar (ARMMING et al. 1997).

1.4 JUSTIFICATIVA

A partir das considerações apresentadas, o estudo proposto trata-se de uma pesquisa original. Motivada pela ausência de dados em relação à incidência do câncer da pele no estado de Mato Grosso. Este estudo visa conhecer a dimensão do câncer de pele em Mato Grosso e quais os fatores de risco associados, para que se possam criar estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce.

2 OBJETIVOS

- 1 Avaliar o perfil dos pacientes portadores de câncer de pele, bem como o tipo histológico encontrado, em um período de 4 anos, no Hospital de Câncer de Mato Grosso.
- 2 Determinar a incidência da patologia relativamente ao sexo, à idade, à profissão e ao histórico familiar e pessoal de câncer de pele.
- 3 Identificar a localização corporal preferencial deste câncer na população local.
- 4 Determinar a forma de apresentação histológica mais frequente.
- 5 Identificar o perfil da população acometida com a patologia e os fatores de risco associados.
- 6 Efetuar uma análise comparativa entre os dados obtidos e registrados na literatura nacional e estrangeira.

3 METODOLOGIA

3.1 MATERIAIS E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi baseado no estudo do tipo descritivo retrospectivo. A fonte de dados utilizada foi através da revisão de prontuários dos pacientes, que obtiveram o diagnóstico de câncer de pele por meio de laudo anatomopatológico, no período de 4 anos, de janeiro de 2011 a janeiro de 2015, no Hospital de Câncer de Mato Grosso.

O instrumento de coleta de dados foi dividido através das seguintes variáveis: idade, sexo, município de procedência, profissão (agricultores, demais trabalhos com exposição solar e trabalhos sem exposição solar), fenótipo cutâneo (classificação de Fitzpatrick), histologia (carcinoma basocelular, carcinoma epidermóide, melanoma), local do tumor (cabeça e pescoço, tronco, membros superiores, membros inferiores).

A parte inicial dessa dissertação, realizou-se uma revisão bibliográfica subjacente ao tema e, para isso, utilizando livros e compêndios nas versões atualizadas, complementados com uma pesquisa de base de dados, através do Google acadêmico, Google Books, Medline (PubMed), Literatura Latino Americana em Ciência da Saúde (LILACS)/Scientific Eletronic Library Online (SciELO), e Descritores em Ciências da Saúde (DECS/BIREME).

Foram utilizados os programas Microsoft Office 2010 – Excel, o Microsoft Office 2010 – Word.

3.1.1 Análise dos Dados

Os dados coletados foram agrupados, apresentados em gráficos, para expor resumidamente os resultados obtidos no estudo, buscando associação entre as variáveis analisadas com a literatura consultada.

3.1.2 População

Participantes (indiretos) com diagnóstico de câncer de pele.

3.1.3 Amostra

Composta por conveniência (não probabilística) por meio de participantes que atenderem aos critérios de inclusão, ou seja, participantes com diagnóstico de câncer de pele, através do anatomopatológico, na série histórica compreendida entre os anos de 2011 a 2015.

3.1.4 Variáveis do Estudo

De forma geral os dados extraídos dos prontuários tiveram como variáveis de sexo, faixa etária, a procedência dos participantes, aspectos socioeconomicos, aspectos clínicos, localização das lesões e fototipo de pele, estando estas variáveis dispostas na sequencia a seguir:

- Sexo: masculino e feminino;
- Faixa etária: de 0-30 anos, 31-40 anos, 41-50 anos, acima de 50 anos;
- Procedência: capital e interior;

- Variáveis socioeconômicas: grau de instrução, estado civil, atividade laboral (com ou sem exposição solar);
- Aspectos clínicos: história patológica familiar de câncer de pele e história patológica pessoal de câncer de pele;
- Localização das lesões (cabeça e pescoço, tronco, membros superiores, membros inferiores).
- Fenótipo cutâneo (classificação de Fitzpatrick) I, II, III, IV, V, VI.

3.1.5 Local do Estudo

Mato Grosso é um estado de povos diversos, uma mistura de índios, negros, espanhóis e portugueses que se miscigenaram nos primeiros anos do período colonial. Foi essa gente miscigenada que recebeu migrantes vindo de outras partes do país. Hoje, 41% dos moradores do estado nasceram em outras partes do país ou no exterior.

Segundo o último levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado em 2010, Mato Grosso possui 3.035.122 habitantes, o que representa 1,59% da população brasileira. Com estimativa de 3.305.531 (IBGE 2016). Vivem na zona urbana 81,9% da população, contra 18,1% da zona rural. O número de homens corresponde a 51,05%, sendo ligeiramente superior ao das mulheres, que representa 48,95%.

Mato Grosso é um estado de proporções gigantescas com diversas regiões inabitadas, o que interfere diretamente na taxa de densidade demográfica, que é de 3,3 habitantes por km². É o segundo mais populoso do Centro-Oeste, ficando atrás apenas de Goiás, que tem quase o dobro de

habitantes (6.003.788) e com pouco mais que Mato Grosso do Sul (2.449.341). A taxa de crescimento demográfico de Mato Grosso é de 1,9% ao ano.

A maior aceleração do domínio do território conquistado pela soja se dá a partir da década de 1970 com as políticas de colonização dos governos militares, na tentativa de minimizar as tensões sociais brasileiras e ocupar para futuramente explorar as potencialidades de regiões pouco dinamizadas economicamente. O Estado do Mato Grosso entra neste cenário, principalmente com a abertura de eixos rodoviários importantes na região, a exemplo da BR-163, ligando Cuiabá à Santarém. Deste modo surgiu o fenômeno da “venda de lotes de terras para colonos que perderam a capacidade de competição frente à mecanização da agricultura nos Estados sulistas (em especial do Paraná e do Rio Grande do Sul)” (SILVA 2005).

O estado de Mato Grosso é conhecido como o celeiro do país, campeão na produção de soja, milho, algodão e de rebanho bovino. Com crescimento “chinês” de seu Produto Interno Bruto, o estado iniciou um planejamento para atacar diversas frentes com potencialidades até então adormecidas. A estratégia vai permitir que sua produção seja diversificada para agregar valor a tudo aquilo que é produzido em terras mato-grossenses e que acaba abastecendo o Brasil e o mundo.

Em relação ao Hospital de Câncer de Mato Grosso, instituído em 1999 é cadastrado como Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) em Mato Grosso, considerado como porte “A” entre os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacons) do país, de acordo com a

portaria nº 2947. Possui alta tecnologia, seja na área de diagnóstico como de tratamento, oferecendo atendimento em diversas especialidades da oncologia. Localiza-se na Avenida Historiador Rubens de Mendonça, 5.500 - Cuiabá - Mato Grosso.

4 RESULTADOS

O estudo em questão compreende os casos de neoplasias cutâneas malignas diagnosticadas, no período de 4 anos, de janeiro de 2011 à janeiro de 2015, no Hospital de Câncer de Mato Grosso. Foram diagnosticados 8.311 pacientes com câncer de pele. A distribuição dos casos, segundo sua histologia, foi: 6.091 pacientes diagnosticados CBC, correspondendo a 73,28% do total; 2.024 pacientes diagnosticados CEC (24,36%) e 196 pacientes diagnosticados MM (2,36%). Conforme mostra a Figura 1.

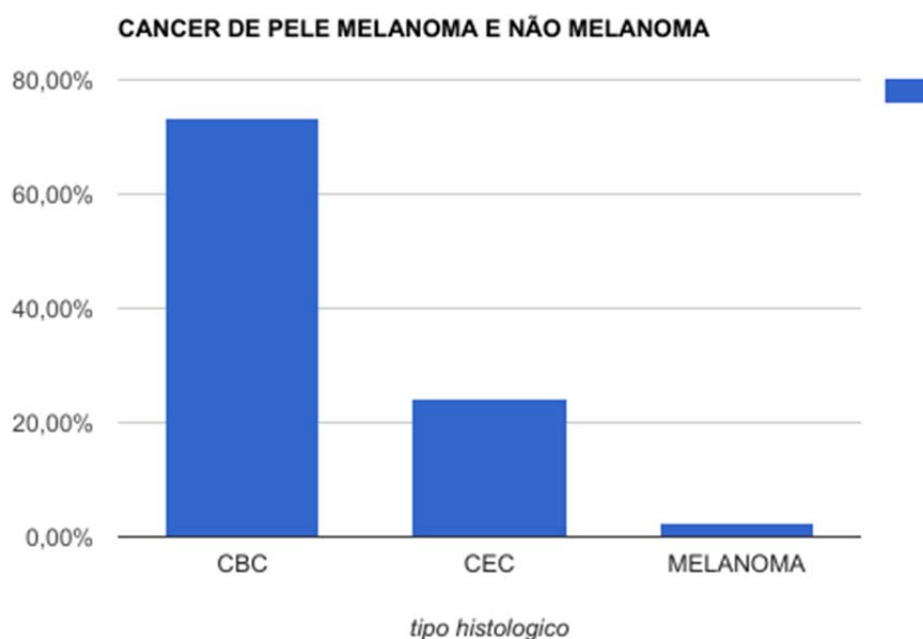


Figura 1 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a histologia, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

De acordo com o sexo, 57% dos pacientes diagnosticados com câncer de pele eram do sexo masculino, e 43% pertenciam ao sexo feminino. Conforme mostra a Figura 2.

SEXO

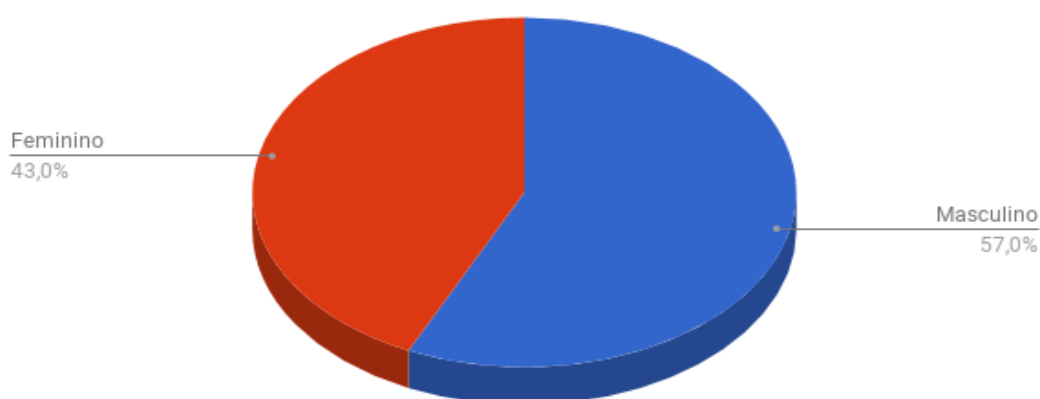


Figura 2 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com o sexo, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

Na distribuição dos casos diagnosticados com câncer de pele em relação ao sexo e histologia, no sexo feminino foram encontrados 51,4% CBC, 24,32% CEC e 36,17% Melanoma. No sexo masculino foram encontrados 48,6% CBC, 75,6% CEC e 63,8% Melanoma. Conforme mostra a Figura 3.

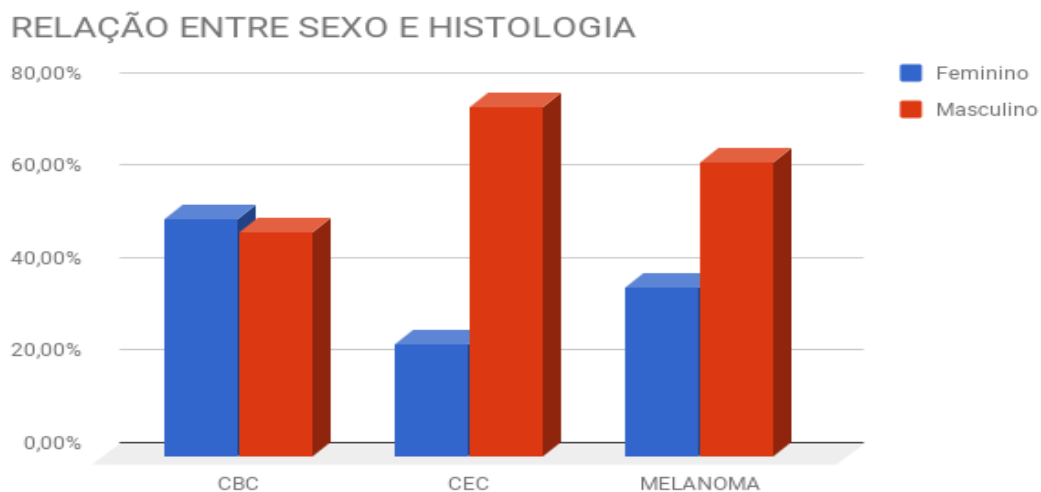


Figura 3 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com o sexo e histologia, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

Em relação ao grau de escolaridade dos pacientes atendidos, obtivemos os seguintes resultados, analfabetos 20%, primeiro grau do ensino fundamental 40%, segundo grau do ensino médio 31%, e os que possuem ensino superior 9%. Conforme mostra a Figura 4.

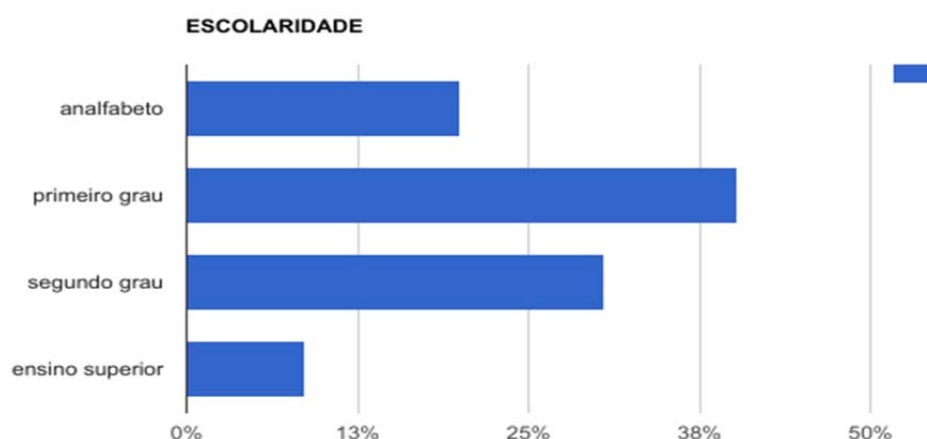


Figura 4 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a escolaridade, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

No que diz respeito à faixa etária não foram registrados indivíduos menores de 30 anos de idade. Foram encontrados indivíduos exatamente com 30 anos, 12 casos (0,15%). Entre 31 e 40 anos, 914 casos (11%); entre 41 e 50 anos, 1.733 casos (20,85%). E superior aos 50 anos de idade, 5.652 casos (68%). Conforme mostra a Figura 5.

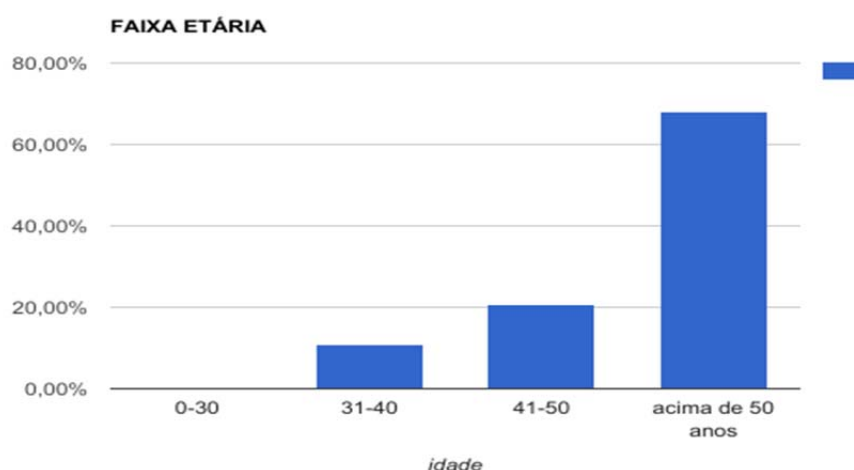


Figura 5 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a faixa etária, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

Em relação à pigmentação da pele, distribuímos a população estudada de acordo com o fenótipo cutâneo, seguindo a classificação de Fitzpatrick (Fototipo I – VI). Houve predomínio do fototipo I, representando 51,40% (4.272 casos). Fototipo II com 26,60% (2.377 casos), fototipo III com 12% (998 casos), fototipo IV com 7% (581 casos), fototipo V com 1% (83 casos) e o fototipo VI não apresentou nenhum caso dos pacientes atendidos. Conforme mostra a Figura 6.

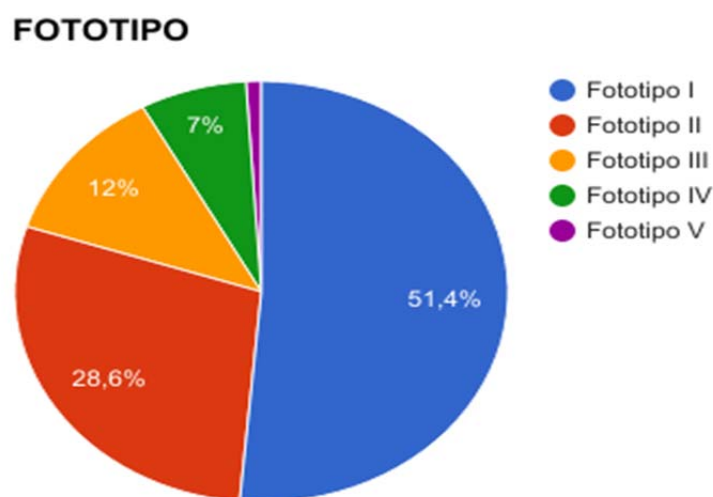


Figura 6 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a classificação de Fitzpatrick, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

Em se tratando da atividade ocupacional da população estudada, 6.100 casos (73,40 %) apresentavam atividade profissional com exposição solar diária. Já na população com atividade profissional sem exposição solar

diária, foram encontrados 2.211 casos (26,60%). Conforme mostra a Figura 7.

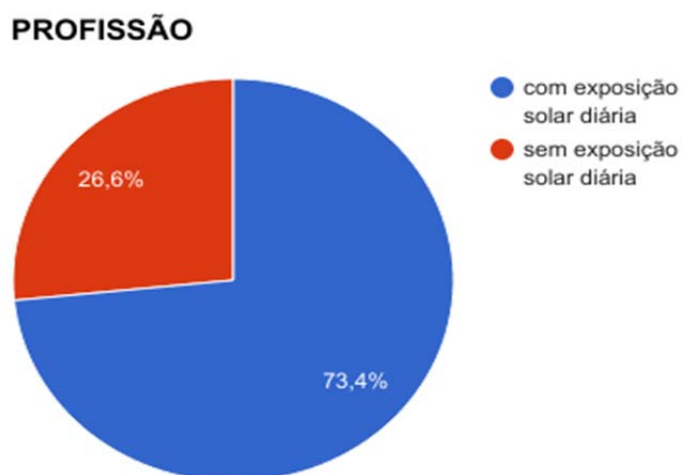


Figura 7 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a atividade profissional relacionada à exposição solar, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

No que diz respeito ao estado civil dos pacientes analisados no estudo foram descritos como solteiros apenas 6,10% dos casos (507 pacientes), casados 61,50% dos casos (5.110 pacientes), viúvos com 14,60% dos casos (1.214 pacientes) e denominado como união estável 17,80% dos casos (1.480 pacientes). Conforme mostra a Figura 8.

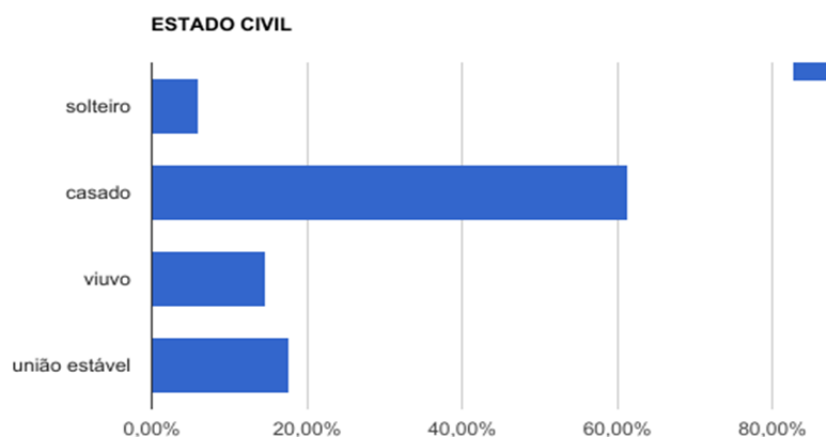


Figura 8 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com o estado civil, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

Em relação a procedência dos pacientes que foram atendidos no Hospital de Câncer, distribuímos entre capital e interior. Foram encontrados com câncer de pele na capital 15,40% dos casos (1.279 pacientes) e a grande maioria no interior com 84,60% dos casos de câncer de pele (7.031 pacientes). Conforme mostra a Figura 9.

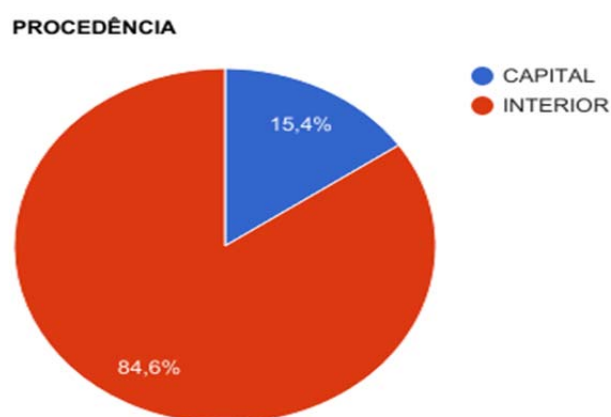


Figura 9 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a procedência, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

Em relação aos pacientes atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso, 80,4% (6.682) dos pacientes tinham antecedente pessoal de câncer de pele. E 19,60% (1.628) dos casos não apresentaram histórico pessoal de câncer de pele. Conforme mostra a Figura 10.

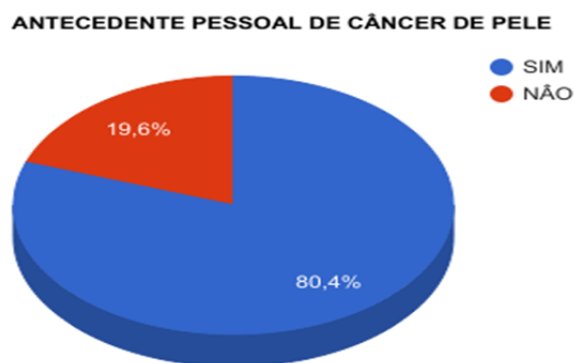


Figura 10 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com antecedente pessoal de câncer de pele, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

No que diz respeito aos pacientes com antecedente familiar de câncer de pele, 70 % (5.817) dos casos tinham o histórico familiar positivo para câncer de pele e 30% (2.494) dos casos não tinham antecedente familiar com câncer de pele. Conforme mostra a Figura 11.

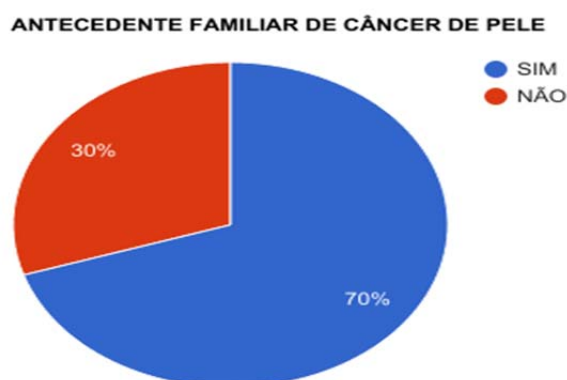


Figura 11 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com antecedente familiar de câncer de pele, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

Em relação à localização das lesões, a grande maioria dos casos foram encontrados na cabeça, compreendendo 65% dos casos (5.402), em tronco 14,84% dos casos (1.233), em MMSS 16,95% dos casos (1.409) e MMII 3,21% dos casos (267). Conforme mostra a Figura 12.

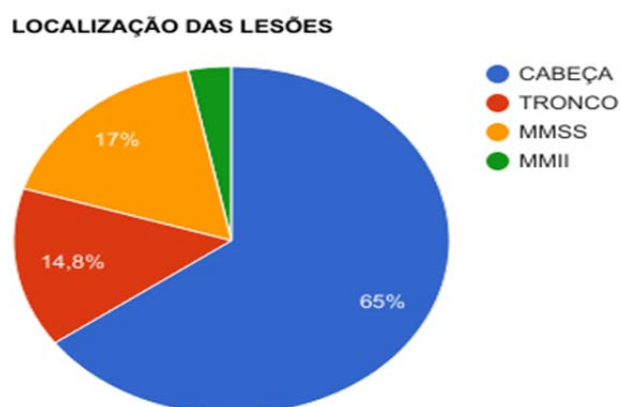


Figura 12 - Distribuição em porcentagem dos casos de câncer de pele de acordo com a localização das lesões, distribuídas em cabeça, tronco, MMSS e MMII, registrados no Estado de Mato Grosso, atendidos no Hospital de Câncer de Mato Grosso (jan/ 2011 à jan/ 2015). Cuiabá, 2017.

5 DISCUSSÃO

Segundo o INCA, esperam-se 80.850 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 94.910 nas mulheres no Brasil, em 2016 (Ministerio da Saúde 2016).

No período de 4 anos, de janeiro de 2011 à janeiro de 2015, foram diagnosticados 8.311 pacientes com câncer de pele, atendidos no Hospital de câncer de Mato Grosso. Em relação à sua histologia, foram encontrados 6.091 pacientes com diagnostico de CBC, correspondendo à 73,28% do total; 2.024 pacientes com diagnostico de CEC (24,36%) e 196 pacientes com diagnostico de Melanoma (2,36%). O CBC foi o câncer cutâneo de maior prevalência, representando em torno de 73% dos casos diagnosticados, mantendo a maior incidência, conforme literatura mundial.

Segundo o INCA há um risco estimado de 81,66 casos novos a cada 100 mil homens e 91,98 para cada 100 mil mulheres, do surgimento de câncer de pele em 2016. Revelando uma maior prevalência do câncer de pele não-melanoma no sexo feminino (Ministério da Saúde 2016).

No entanto, a literatura internacional baseada em inquéritos epidemiológicos, já realizados em vários outros países, relata que o câncer de pele não melanoma é mais comum no sexo masculino.

No presente estudo, 57% dos pacientes diagnosticados com câncer de pele são do sexo masculino, e 43% pertenciam ao sexo feminino. Perfil

semelhante ao encontrado em outros países, como nos Estados Unidos, por exemplo.

O carcinoma basocelular e espinocelular foram encontrados nas mulheres em 51,4% e 24,32%, respectivamente, em relação aos homens 48,6% e 75,6%. O CBC mostrou-se com uma maior frequência nos indivíduos do sexo feminino. e o CEC mais encontrado no sexo masculino.

No Melanoma temos 63,8% encontrados nos pacientes do sexo masculino e 36,17% no sexo feminino. Em relação ao sexo, os resultados deste estudo foram mais compatíveis à literatura internacional.

Esse fato corrobora com a necessidade de maior cuidado na atenção epidemiológica dispensada ao câncer de pele não melanoma no Brasil, principalmente quanto às condições que garantam o diagnóstico precoce.

De modo geral, os registros de câncer de pele, como Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), apresentado pelos órgãos governamentais, não evidencia uma totalidade dos casos. O próprio INCA, responsável pela realização de estatísticas de incidência de câncer no país, afirma existir um sub-registro em decorrência da sub-notificação.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria dos indivíduos haviam cursado os ensinos, fundamental (40%), médio (31%) e superior (9%). Logo, cerca de 80% dos casos tinham algum nível de instrução escolar. Sendo que 20% dessa população não possuíam escolaridade. Segundo GERBERT et al. (1996), em estudo realizado no Instituto Nacional do Câncer dos EUA, encontrou 77% dos participantes sabedores de que a

luz solar aumenta os riscos de câncer cutâneo. Entretanto, nesse mesmo estudo, apenas 10% dos respondentes reduziam ou evitavam a exposição solar. À medida que aumenta o nível de escolaridade, do ensino fundamental ao superior, eleva-se o percentual de indivíduos conhecedores dos danos ou conseqüências da fotoexposição.

Na análise da predominância do câncer de pele, de acordo com a faixa etária, não foram diagnosticados casos positivos antes da terceira década de vida. Porém a partir desta idade os números aumentam progressivamente, sendo registrados 12 casos (0,15%) em pacientes que tinham exatamente 30 anos, 914 casos (11%) em pacientes na faixa etária entre 31 e 40 anos, 1.733 casos (20,85%) em indivíduos na faixa etária entre 41 e 50 anos, e finalmente 5.652 casos (68%) nos pacientes que apresentavam idade superior à 50 anos de idade. A análise da idade média dos pacientes com diferentes tipos clínicos de câncer cutâneo revelou dados semelhantes aos da literatura, aproximadamente acima de 50 anos.

Muitos estudos apontam os fototipos claros (I, II e III pela classificação de Fitzpatrick) como mais susceptíveis ao câncer de pele. As pessoas de fototipo claro são mais propensas aos efeitos da radiação solar, por apresentarem baixa proteção, devido à reduzida concentração de melanina nos tecidos cutâneos. Logo, em pardos e negros os índices de câncer de pele são indubitavelmente reduzidos.

No entanto, segundo AZEVEDO (1992), há no país populações de maior risco para o câncer de pele, em geral, representadas por

descendentes de europeus. Nas regiões sudeste e sul, onde foi mais intensa a concentração de imigrantes da Europa Central, existem comunidades que, por razões geográficas, sociais e culturais sofreram pouca ou quase nenhuma miscigenação racial. Conseqüentemente, estas comunidades expressam risco importante, por suas características raciais, para o desenvolvimento de câncer de pele.

Em relação à pigmentação da pele, distribuímos a população estudada de acordo com o fototipo seguindo a classificação de Fitzpatrick (varia do tipo I ao VI). A cor de pele clara foi predominante, compreendendo mais de 90% dos casos. O fototipo I com 51,49% (4.272 casos). Fototipo II com 26,60% (2.377 casos), fototipo III com 12% (998 casos), fototipo IV com 7% (581 casos), fototipo V com 1% (83 casos) e o fototipo VI não apresentou nenhum caso.

Segundo ROEWERT-HUBER et al. (2007) afirmaram que pessoas com pele clara tem risco maior de desenvolver CBC que aquelas de pele escura, mesmo vivendo na mesma região.

A exposição a determinados fatores ambientais (principalmente RUV) e a determinação genética de uma população são fatores de risco ao aparecimento do câncer da pele.

Em se tratando da atividade laboral dos pacientes, verificou-se alta incidência de tumores cutâneos em profissionais com exposição solar diária, apresentando 6.100 casos, compreendendo 73,40 % da população estudada. Tendo como exemplo dessa população na zona rural, os trabalhadores agrícolas e da pecuária, e na zona urbana, profissionais da

construção civil e agentes comunitários de saúde. Em consideração a população com atividade profissional sem exposição solar diária, foram encontrados 2.211 casos (26,60%).

A agricultura foi a ocupação predominante entre os pacientes estudados. Isso talvez possa ter ocorrido pelas características econômicas da região de Mato Grosso, além de ser exercida, na maioria das vezes, por homens que se expõem ao sol constantemente e muitas vezes sem proteção solar. Alguns estudos apontam trabalhadores rurais e trabalhadores do comércio informal como grupos de risco para ocorrência de neoplasias malignas de pele, pois além da exposição excessiva ao sol, esses indivíduos desconhecem os efeitos do mesmo no processo neoplásico e apresentam dificuldades de proteção decorrentes das condições socioeconômicas.

A amostra foi estratificada ainda quanto ao estado civil, resultando a grande maioria em casados 61,50% dos casos (5.110 pacientes), seguidos de união estável com 17,80% dos casos (1.480 pacientes). Os viúvos com 14,60% dos casos (1.214 pacientes) e os solteiros foram a minoria da população com apenas 6,10% dos casos (507 pacientes).

Em relação à procedência, local de origem atual dos pacientes, foram encontrados com câncer de pele na capital 1.279 casos (15,40%), com a grande maioria no interior, compreendendo 7.031 casos (84,60%). Corroborando com a informação referente à alta incidência de pacientes exercendo atividade agrícola no estado de Mato Grosso.

No presente estudo pode-se confirmar a afirmação de OKIDA et al. (2001), que indivíduos que se expõem ao sol por tempo prolongado e aqueles que possuem história pessoal ou familiar de tumor da pele são indicados como de risco para o desenvolvimento do câncer da pele. A maioria dos pacientes apresentaram antecedente pessoal de câncer de pele, 6.682 dos casos (80,4%) e antecedente familiar positivo com 5.817 dos casos (70%). Em contrapartida, 1.628 dos casos (19,60%) não apresentaram histórico pessoal de câncer de pele, e 2.494 dos casos (30%) não tinham antecedente familiar positivo para câncer de pele.

Quanto à localização primária do tumor, a cabeça mostra-se como a principal área acometida, foram encontrados 5.402 pacientes representando 65% dos casos. O CPNM aparece predominantemente em regiões do corpo que sofrem exposição frequente ao sol e normalmente não recebem nenhum tipo de proteção. Os resultados de SILVA et al. (2008) demonstraram que mais de 65% das lesões cutâneas ocorrerem na cabeça, mostrando resultados semelhantes ao estudo supracitado. No tronco foram encontrados 1.233 pacientes compreendendo 14,84% dos casos, em MMSS 1.409 pacientes com 16,95% dos casos e MMII 267 pacientes com 3,21% dos casos. As distribuições semelhantes a outros levantamentos estatísticos.

6 CONCLUSÃO

Os registros de câncer de pele são de fundamental importância para o acompanhamento da evolução dessa enfermidade, já que a identificação do perfil epidemiológico se torna elemento imprescindível para o desenvolvimento de ações em busca do seu controle e cura.

No Brasil, o câncer de pele não melanoma continua sendo o tumor mais incidente em ambos os sexos. No presente estudo, foi encontrado dados semelhantes, porém com maior incidência no sexo masculino.

O estudo proposto conseguiu mapear mais detalhadamente sobre o câncer de pele em Mato Grosso através das informações coletadas. Visto que não haviam dados com as seguintes variáveis propostas na pesquisa para serem comparadas ao presente estudo na região. Vale ressaltar que é provável que exista um sub-registro dessa neoplasia em função do subdiagnóstico, podendo assim subestimar as taxas de incidência e os números esperados de casos novos.

Estas informações servirão de alerta à população, principalmente na região agrícola do estado. Pois Mato Grosso passou por um processo político de colonização na década de 70, levando a migração de sulistas ao estado. Sendo essa população de pele clara com fototipo cutâneo (Fitzpatrick) I e II, com risco potencialmente elevado para desenvolver o câncer de pele na fase adulta.

A faixa etária avançada, bem como a cor da pele clara, na população

estudada demonstrou ser importante agravante em relação ao câncer de pele. Porém a atividade laboral na agricultura e pecuária revelaram ser o principal fator de risco encontrado para CPNM devido a exposição à radiação UV e a exposição solar de caráter ocupacional.

Dessa forma, a atividade ocupacional com exposição diária a radiação UV, mostrou ser um grande vilão na determinação do surgimento da neoplasia cutânea, devido ao potencial risco carcinogênico. Os percentuais registrados podem ser atribuídos às significativas mudanças nos padrões culturais da população, das políticas migratórias principalmente com o surgimento e intensificação do agronegócio no estado de MT. Logo, é importante a realização de mais estudos que esclareçam a relação entre a exposição ocupacional e o CPNM em nosso estado.

Sabe-se que o efeito da radiação solar sobre a pele é cumulativa, de modo que se observou alta incidência de tumores cutâneos em indivíduos acima dos cinquenta anos com surgimento de lesões em áreas mais expostas à radiação solar. A exposição a determinados fatores ambientais (principalmente RUV) e a determinação genética de uma população são fatores de risco ao aparecimento do câncer da pele.

Os CPNM têm uma grande importância no cenário da saúde pública do país, uma vez que causam elevada morbidade e são um dos cinco tipos de câncer que mais oneram os sistemas de saúde pública. O principal fator de risco para CPNM é a exposição a raios UV, e a exposição solar de caráter ocupacional é também fator de risco independente, tanto para CEC como para CBC.

A recomendação é para que a população geral, com fatores de risco associados, procure assistência médica, ao primeiro sinal de surgimento de novas manchas ou sinais na pele, ou modificações na cor, no tamanho e nas bordas de lesões antigas. A realização do auto-exame da pele permite a identificação de possíveis lesões precursoras ou até mesmo de cânceres em estágios iniciais, propiciando diagnóstico e tratamento precoce.

Logo a educação em saúde através de ações de estímulo à proteção individual contra a luz solar e a sistematização do auto-exame da pele, poderão ser altamente efetivos e de custo relativamente baixo para a prevenção primária do câncer de pele, inclusive os melanomas. A detecção precoce do CPNM e do melanoma se baseia na premissa que, quanto mais cedo forem diagnosticados, maiores as chances de cura, sobrevida e a qualidade de vida do paciente, além de trazer uma melhor relação efetividade/custo, seja para o serviço privado ou público.

O estudo dessa população permitiu a identificação de elementos comportamentais e a configuração de grupos de risco ao câncer de pele. Essas informações nos permitiram medidas sanitárias de prevenção primária na população, intensificando as campanhas de detecção, aperfeiçoando os incentivos a promoção de programas educacionais nas escolas e comunidades, otimizando as ações de saúde pública e saúde do trabalhador, diminuindo, conseqüentemente, morbidade e gastos do sistema de saúde pelo reconhecimento e tratamento precoces das lesões.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[ACS] American Cancer Society. **Cancer facts e figures 2012**. Available from: <URL:http://uacc.arizona.edu/sites/default/files/acs_2012.pdf>[2017 fev 12]

Amaral ACN, Azulay DR, Azulay RD. Neoplasias epiteliais. In: Azulay DR, Azulay DR, Azulay-Abulafia L, editores. **Dermatologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.549-66.

Armmings SR, Tripp MK, Hermann NB. Approaches to the prevention and control of skin cancer. **Cancer Metastasis Rev** 1997; 16:309-22.

Azevedo G, Mendonça S. Risco crescente de melanoma de pele no Brasil. **Rev Saúde Pública** 1992; 26:290-4.

Borsato FG, Nunes EFPA. Neoplasia de pele não melanoma: um agravo relacionado ao trabalho. **Ciênc Cuid Saúde** 2009; 8:600-6.

Gerbert B, Jonhston K, Bleecker T, Mcphee S. Attitudes about skin cancer. prevention: a qualitative study. **J Cancer Educ** 1996; 11:96-101.

Guimarães JL, Miranda R, Dornelles D. **Rotinas em oncologia**. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.424-8.

Hospital de Câncer de Mato Grosso. **Quem somos**. Disponível em: <URL:<http://www.hcancer.com.br/sobre-nos/>> [2017 mai 17]

[IBGE] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estado**. Disponível em: <URL:<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt>> [2017 mai 17]

Machado EDBA. Histórico e fundamentos da dermatoscopia. In: Rezze GG, Sá BCS, Never RI, editores. **Atlas de dermatoscopia aplicada**. São Paulo: Lemar; 2008. p.18-20.

Miller DL, Weinstock MA. Nonmelanoma skin cancer in the United States: incidence. **J Am Acad Dermatol** 1994; 30:774-8.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2016.

Okida F, Madalosso G, Souza TL, Pouza CET, Scaff A, Romiti N. Estudo da prevalência de casos de câncer da pele e análise da eficácia da proteção solar na prevenção de lesões causadas por radiação ultravioleta em uma amostra da população. **An Bras Dermatol** 2001; 76:403-12.

Paek SC, Sober AJ, Tsao H, Mihm MC, Johnson TM. Melanoma cutâneo. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paurer AS, Leffell DJ, editores. **Fitzpatrick tratado de dermatologia**. 7ª ed. São Paulo: Revinter; 2011. p.1134-5.

Parro FHS. Carcinomas cutâneos. In: Lopes A, Chammas R, Iyeyasu H, editores. **Oncologia para a graduação**. 3ª ed. São Paulo: Lemar, 2013. p.516-27.

Rocha FP, Menezes AMB, Hiram Jr. LA, Tomasi E. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. **Rev Saúde Pública** 2002; 36:101-6.

Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. **Br J Dermatol** 2007; 157(Suppl 2):47-51.

Silva AC, Tommaselli JT, Corrêa MP. Estudo retrospectivo dos casos novos de câncer de pele diagnosticados na região oeste do estado de São Paulo, Brasil. **Hygeia Rev Bras Geografia Médica Saúde, Uberlândia** 2008; 4:1-14.

Sober AJ, Tso H, Washington CV. Câncer de pele. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al. editores. **Harrison medicina interna**. 17^a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2008. p.541-8.

Silva CAF. A transnacionalização do grupo André Maggi a partir do cerrado mato-grossense. **Rev Geo-Paisagem** [periódico on-line] 2005; 4(7). Disponível em: <URL:<http://www.feth.ggf.br/Maggi.htm>> [2017 mai. 11]

Apêndice 1 – Termo de Solicitação de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TDTCLE) à Coordenação do CEP

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente ao projeto de pesquisa intitulado “Estudo retrospectivo dos casos de câncer de pele diagnosticados no Hospital de Câncer de Mato Grosso, sob minha responsabilidade, sendo eu discente do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Fundação Antônio Prudente - Área de Oncologia – Nível Mestrado.

Esta solicitação se faz necessária uma vez que se trata de uma pesquisa retrospectiva, fundamentada em fontes documentais primárias oriundas dos participantes do estudo, através de: prontuários e laudos anatomopatológicos. Ressalta-se que haverá como instrumento de coleta de dados variáveis socioeconômicas, idade, sexo, município de procedência, profissão (agricultores, demais trabalhos com exposição solar e trabalhos sem exposição solar), raça (brancos, negros, pardos e desconhecidos), histologia (carcinoma basocelular, carcinoma epidermóide, melanoma e associações entre eles), número de lesões cancerosas e local do tumor (cabeça e pescoço, tronco, membros superiores, membros inferiores ou em mais de uma topografia).

A dificuldade de obtenção do TCLE deve-se às diversas causas em efetuar contato com os participantes (incipientes dados de registro de meios de contato, difícil localização dos participantes, mudança de endereço), registro de falso endereço, e ainda pelo fato de que por muitas vezes ocorreu o óbito dos participantes do estudo.

Certa da compreensão deste conceituado CEP.

Atenciosamente

Giovanna Laura Galvao Costa