



Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção

Caroline Sousa Costa¹

Centro Cochrane do Brasil, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)

Os cânceres de pele podem ser de dois tipos: não melanoma e melanoma. O câncer de pele não melanoma é o mais frequente no ser humano. O termo câncer de pele não melanoma abrange o carcinoma basocelular, mais frequente, e o espinocelular. Esses dois tumores malignos apresentam-se de forma diferente ao exame clínico e ao exame histopatológico. No entanto, ambos são muito parecidos quanto ao prognóstico: apresentam baixa letalidade, ou seja, raramente levam à morte e as metástases são raras.¹

A baixa mortalidade ainda constitui uma das causas apontadas para a subnotificação do câncer de pele não melanoma em todo o mundo, mesmo com a crescente incidência. Aqui no Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (Inca) recomenda que as estimativas anunciadas sejam consideradas como mínimas, pois há elevada probabilidade de subregistro e de subdiagnóstico.^{1,2} O impacto do câncer de pele não melanoma para a saúde pública é elevado e, apesar de não representar ameaça à vida, pode causar prejuízos estéticos significativos aos pacientes, pois surge com mais frequência na pele constantemente exposta ao sol, da região da cabeça e do pescoço e especialmente da face.^{1,3}

Segundo publicação do Inca, estima-se que no país ocorrerá cerca de 134 mil casos novos de câncer de pele não melanoma em 2012, o que o mantém como o mais incidente na população brasileira. Serão 62.680 novos casos de câncer de pele não melanoma entre homens e 71.490 entre mulheres. Os valores correspondem a um risco estimado de 65 casos novos a cada 100 mil homens e 71 a cada 100 mil mulheres.² 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.^{1,4} Esse fato corrobora 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 e acurado da condição, para que seja possível reduzir a subnotificação e manter registros de boa credibilidade.

O câncer de pele do tipo melanoma tem baixa incidência e alta letalidade, ou seja, aparece muito raramente, mas tem

repercussões mais graves para os pacientes, podendo levar à morte. A estimativa de novos casos no Brasil para 2012 está em torno de 3.200 casos (3.170 novos casos em homens e 3.060 novos casos em mulheres).^{2,5} O melanoma é a forma mais agressiva de câncer de pele, com prognóstico muito ruim quando há metástases ao diagnóstico.⁶

FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE PELE

A exposição excessiva e crônica ao sol constitui o principal fator de risco para o surgimento dos cânceres de pele não melanoma. Em relação ao melanoma, no geral, um maior risco inclui história pessoal ou familiar de melanoma, além da exposição esporádica e intensa ao sol com consequente queimadura solar em mais de um episódio. Outros fatores de risco para todos os tipos de câncer da pele incluem sensibilidade da pele ao sol (pessoas de pele mais clara são mais sensíveis à radiação ultravioleta do sol), doenças imunossupressoras e exposição solar ocupacional.^{2,4,5} Pacientes imunodeprimidos (como os transplantados e os pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida [aids], por exemplo) têm maior risco para o desenvolvimento do câncer de pele não melanoma, por apresentarem diminuição no controle carcinogênico da pele.⁷

PREVENÇÃO PRIMÁRIA: FOTOPROTEÇÃO

A proteção contra luz solar consiste na atitude mais eficaz à prevenção do câncer de pele. O uso de protetores solares aplicados à pele antes da exposição solar é a estratégia de proteção mais adotada pela população. O fator de proteção solar ou FPS vem descrito na embalagem dos protetores e consiste em um método bem aceito mundialmente para a avaliação da eficácia. Baseia-se na habilidade de proteger contra o eritema solar (vermelhidão após a exposição solar) e se expressa por meio de um número. O FPS de um protetor ter valor igual a 15, por exemplo, significa que, em laboratório, a aplicação de 2 mg do produto a uma área da pele com 1 cm² aumenta em 15 vezes a resistência dessa região à irradiação solar.^{8,9} As evidências científicas atualmente existentes permitem afirmar que o uso isolado

¹Médica dermatologista do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS do Governo do Estado de São Paulo. Doutoranda do Programa de Medicina Interna e Terapêutica da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM).

de protetores solares com alto FPS pode prevenir as ceratoses actínicas (lesões de pele consideradas precursoras do carcinoma espinocelular, um câncer de pele do tipo não melanoma) e o próprio carcinoma espinocelular, além do melanoma. No entanto, não existe ainda evidência suficientemente consistente para sugerir que, isoladamente, o uso de protetor solar com alto FPS previna o carcinoma basocelular, o mais comum dos cânceres de pele.¹⁰⁻¹² Quanto ao emprego de “protetores solares” por via oral, que são substâncias com suplementos nutricionais, vitaminas ou medicações em sua composição, não há ainda embasamento científico suficiente que o justifique quando o objetivo é a prevenção de qualquer um dos tipos de câncer de pele na população em geral.^{7,13,14}

Torna-se, portanto, imprescindível advertir a população de que a fotoproteção para prevenir o câncer de pele engloba não só o uso dos protetores solares, mas principalmente a prática de medidas comportamentais durante o período diurno, entre elas: usar camisas de manga longa, calças compridas e boné ou chapéu, estes últimos, com abas mais largas preferencialmente; utilizar óculos de sol, sombrinha ou guarda-sol; e evitar, sempre que possível, realizar atividades laborais ou recreativas ao ar livre durante as horas mais quentes do dia, ou seja, entre 10 horas e 16 horas. Nesse horário, os raios ultravioletas (UV) do sol incidem intensamente na atmosfera, em especial nas altitudes elevadas, baixas latitudes e no verão. O céu azul com poucas nuvens permite ampla incidência de raios UV. O céu nublado, entretanto, não bloqueia a chegada da irradiação UV à superfície: as medidas de fotoproteção devem ser mantidas mesmo em dias chuvosos ou nublados. A proteção deve ser ainda mais cuidadosa nas localidades mais equatoriais do globo terrestre e também nas áreas alpinas ou de praia, porque a neve e a areia aumentam, por reflexão, a intensidade da irradiação UV em até 85% e 25%, respectivamente.⁹

Vale lembrar que a fotoproteção, mesmo quando adotada de forma rotineira e para áreas extensas do corpo, não parece ser capaz de levar à deficiência de vitamina D na prática. Importante para a saúde dos ossos e na prevenção da osteoporose, a vitamina D é sintetizada na pele após a exposição aos mesmos raios ultravioletas do sol relacionados à indução do câncer de pele. No entanto, os níveis sanguíneos da vitamina D dependem também de outros fatores, além da exposição à irradiação solar, podendo ser citados a qualidade da dieta, o fototipo (cor da pele) e a idade do paciente.¹⁵

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA: DIAGNÓSTICO PRECOCE

O diagnóstico precoce e acurado de lesões iniciais e com dimensões menores implica menos chance de deformidades/cicatrices inestéticas e, até mesmo, de algum prejuízo funcional em decorrência do tratamento cirúrgico do câncer de pele não melanoma. Além disso, a habilidade de suspeição diagnóstica por parte do profissional de saúde em relação a esse câncer permite, muitas vezes, que o paciente

com múltiplos fatores de risco receba medidas educativas referentes à exposição solar mais precocemente.¹ No caso do melanoma, o diagnóstico precoce significa preservar a vida do paciente, uma vez que a presença de metástases associa-se à mortalidade elevada e o diagnóstico de lesões iniciais, com espessura ainda inferior a 1 mm, mostra-se como único tratamento realmente efetivo disponível na atualidade.¹⁶

O médico dermatologista deve ser procurado quando se perceber o surgimento de manchas ou pintas/sinais novos na pele, ou ainda de mudança nas características de manchas ou pintas antigas (mudança de tamanho, de forma ou de cor). É necessário atentar também às feridas que não cicatrizam em quatro semanas.² O diagnóstico do câncer de pele envolve principalmente o exame clínico, feito por meio da inspeção visual da pele do paciente, e a análise histopatológica por meio de biópsia da lesão, que está indicada quando, ao exame clínico, houver suspeita de câncer de pele não melanoma ou de melanoma. A dermatoscopia e a microscopia confocal são técnicas que podem atualmente ser utilizadas como ferramentas de auxílio no diagnóstico dos cânceres de pele.^{1,5,16}

REFERÊNCIAS

1. Quinn AG, Perkins W. Non-melanoma skin cancer and other epidermal skin tumors. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of dermatology*. 8th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2010. p. 52.1.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>. Acessado em 2012 (21 mai).
3. Bath-Hextall FJ, Perkins W, Bong J, Williams HC. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;24(1):CD003412.
4. Kütting B, Drexler H. UV-induced skin cancer at workplace and evidence-based prevention. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010;83(8):843-54.
5. Newton Bishop JA. Lentigos, melanocytic naevi and melanoma. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of dermatology*. 8th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2010. p. 54.1.
6. Crosby T, Fish R, Coles B, Mason MD. Systemic treatments for metastatic cutaneous melanoma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001215.
7. Bath-Hextall FJ, Leonardi-Bee J, Somchand N, et al. Interventions for preventing non-melanoma skin cancers in high-risk groups. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;17(4):CD005414.
8. Burnett ME, Wang SQ. Current sunscreen controversies: a critical review. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2011;27(2):58-67.
9. Hawk JLM, Young AR, Ferguson J. Cutaneous photobiology. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. *Rook's textbook of dermatology*. 8th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2010. p. 29.1.
10. Green A, Williams G, Neale R, et al. Daily sunscreen application and betacarotene supplementation in prevention of basal-cell and squamous-cell carcinomas of the skin: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1999;354(9180):723-9.
11. Darlington S, Williams G, Neale R, Frost C, Green A. A randomized controlled trial to assess sunscreen application and beta carotene supplementation in the prevention of solar keratoses. *Arch Dermatol*. 2003;139(4):451-5.
12. Green AC, Williams GM, Logan V, Strutton GM. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. *J Clin Oncol*. 2011;29(3):257-63.

13. Bailey HH, Kim K, Verma AK, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 skin cancer prevention study of {alpha}-difluoromethylornithine in subjects with previous history of skin cancer. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2010;3(1):35-47.
14. Dellavalle RP, Drake A, Graber M, et al. Statins and fibrates for preventing melanoma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;19(4):CD003697.
15. Reddy KK, Gilchrist BA. Iatrogenic effects of photoprotection recommendations on skin cancer development, vitamin D levels, and general health. *Clin Dermatol*. 2011;29(6):644-51.
16. Vestergaard ME, Macaskill P, Holt PE, Menzies SW. Dermoscopy compared with naked eye examination for the diagnosis of primary melanoma: a meta-analysis of studies performed in a clinical setting. *Br J Dermatol*. 2008;159(3):669-76.

INFORMAÇÕES

Esta seção é um serviço público da Revista Diagnóstico & Tratamento. As informações e recomendações contidas neste artigo são apropriadas na maioria dos casos, mas não substituem o diagnóstico do médico. Esta página pode ser fotocopiada não comercialmente por médicos e outros profissionais de saúde para compartilhar com os pacientes.

Endereço para correspondência:

Caroline Sousa Costa
Rua Doutor José Estéfano, 80 – apto 42
Jd. Vila Mariana – São Paulo (SP)
CEP 04116-060
Tel. (11) 5575-8558
E-mail: carolinescosta2@terra.com.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada

Conflitos de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 15 de maio de 2012

Data da última modificação: 15 de maio de 2012

Data de aceitação: 22 de maio de 2012