



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE BIOMEDICINA**

**INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE PELE DIAGNOSTICADO EM USUÁRIOS DE
UM LABORATÓRIO DA REDE PRIVADA NA REGIÃO CENTRAL DE
GOIÂNIA.**

Incidência do câncer de pele.

Gleidson Gonçalves Costa

Lorrany Cristina Muniz

Nara Rúbia Paiva da Rocha

Orientadora: Prof^a. Me. Neuza Mariana Costa Dias

Trindade-GO

2018



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE BIOMEDICINA**

**INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE PELE DIAGNOSTICADO EM USUÁRIOS DE
UM LABORATÓRIO DA REDE PRIVADA NA REGIÃO CENTRAL DE
GOIÂNIA.**

Gleidson Gonçalves Costa

Lorrany Cristina Muniz

Nara Rúbia Paiva da Rocha

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Biomedicina.

Orientadora: Prof^ª. Me. Neuza Mariana Costa Dias

Trindade - GO

2018

INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE PELE DIAGNOSTICADO EM USUÁRIOS DE UM LABORATÓRIO DA REDE PRIVADA NA REGIÃO CENTRAL DE GOIÂNIA.

Gleudson Gonçalves Costa¹
Lorrany Cristina Muniz¹
Nara Rúbia Paiva da Rocha¹
Prof^ª. Me Neuza Mariana Costa Dias²
Dr. Adrian Barbosa Silveira³

RESUMO

Introdução: Estudos apontam que o Carcinoma basocelular (CBC), dos cânceres de pele, é o mais comum no Brasil ressaltando que é quatro vezes mais frequente que Carcinoma escamocelular (CEC). Segundo o INCA o número exato de indivíduos com CBC ou CEC não é conhecido porque na maioria dos países essas neoplasias não são relatadas nos registros de câncer

Objetivo: O presente estudo teve o objetivo de quantificar os casos novos de câncer de pele diagnosticados em pacientes de um laboratório da rede privada na região central de Goiânia no período de dois anos. **Metodologia:** Foram utilizados os registros dos laudos de biópsias anatomopatológicas e somente laudos que apresentaram diagnósticos de algum tipo histológico de câncer de pele Carcinoma Basocelular (CBC), Carcinoma Escamocelular (CEC), Carcinoma Sebáceo (CS) e/ou Melanoma Maligno no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 foram incluídos no estudo. Diagnósticos não associados a algum dos tipos de câncer de pele, resultados fora do período estipulado para a realização da pesquisa foram excluídos deste estudo. Considerou-se apenas um resultado com diagnóstico de câncer de pele para os pacientes que realizaram mais de uma biópsia. Foram usadas como variáveis: gênero, data de nascimento, idade no momento da coleta divididas em quatro grupos (20 a 39; 40 a 59; 60 a 79 e; acima de 80 anos), data da liberação do resultado do exame, diagnóstico e região do corpo. Calculou-se as incidências de acordo com a idade e o gênero mais acometido, o tipo mais frequente e a região do corpo mais afetada. A pesquisa cumpriu as diretrizes constantes nos incisos I, II, III, IV, V e VI da Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade União de Goyazes pelo parecer nº 03/2018-1. **Resultados:** Foram diagnosticados 453 casos novos de câncer de pele. Cerca de 75,1% (n=335) foram CBC, 22,5% (n=110) CEC, 0,8% (n=2) CS e 1,7% (n=6) MM. **Conclusão:** As mulheres foram as mais acometidas por essa neoplasia maligna com 60,49% (275) dos diagnósticos, onde o CBC 44,81% (203) apresentou maior número dos casos. A região do corpo mais afetada foi da cabeça em geral 60,49% (n= 274). A idade de maior prevalência foi entre a 6ª e 7ª décadas de vida para ambos os gêneros com 46,4% (n= 210), porém o feminino apresentou elevada incidência. Os pacientes com a cor da pele parda,

predominante na região Centro-oeste, apresentaram o maior número dos casos. Este estudo mostrou-se que o gênero feminino foi o mais acometido, porém quando se observa outros fatores, as mulheres devido a sua extrema vaidade, procuram mais atendimento médico, se preocupam mais com a saúde e tem um maior cuidado com a pele; enquanto os homens, em sua maioria, almejam o atendimento em última ocasião. Sugere-se que sejam realizadas campanhas preventivas contínuas para conscientizar a população sobre os fatores de riscos dessa morbidade para evitar os efeitos danosos a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Incidência. Câncer de Pele. Diagnosticado.

THE INCIDENCE OF SKIN CANCER DIAGNOSED IN USERS OF A LABORATORY IN THE PRIVATE NETWORK IN THE CENTRAL REGION OF GOIANIA.

ABSTRACT

Introduction: Basal Cell Carcinoma (CBC) of skin cancers is the most common in Brazil, emphasizing that it is four times more frequent than squamous cell carcinoma (SCC). According to INCA, the exact number of individuals with BCC or SCC is not known because in most countries these neoplasms are not reported in cancer registries. **Objective:** The present study aimed to quantify new cases of skin cancer diagnosed in patients with a laboratory of the private network in the central region of Goiania in the period of two years. **Methodology:** The records of the anatomopathological biopsy reports and only reports that presented diagnoses of some histological type of skin cancer Basal Cell Carcinoma (CBC), Squamous Cell Carcinoma (SCC), Sebaceous Carcinoma (CS) and / or Malignant Melanoma in the January 2016 through December 2017 were included in the study. Diagnoses not associated with any of the skin cancers, results outside the period stipulated for the conduct of the research were excluded from this study. Diagnoses not associated with any of the skin cancers, results outside the period stipulated for the conduct of the research were excluded from this study. It was considered only a result with diagnosis of skin cancer for patients who performed more than one biopsy. The following variables were used: gender, date of birth, age at collection, divided into four groups (20 to 39, 40 to 59, 60 to 79, and above 80 years), date of release of the test result, diagnosis, and region of the body. Incidence was calculated according to age and the most affected gender, the most frequent type and the region of the body most affected. The research complied with the guidelines contained in items I, II, III, IV, V and VI of Resolution No. 466 of December 12, 2012 and was approved by the Research Ethics Committee of the Uniao de Goyazes Faculty for opinion nº 03 / 2018- 1. **Results:** 453 new cases of skin cancer were diagnosed. Approximately 75.1% (n = 335) were BCC, 22.5% (n = 110) CEC, 0.8% (n = 2) CS and 1.7% (n = 6) MM. **Conclusion:** Women were the most affected by this malignant neoplasm with 60.49% (275) of the diagnoses, where CBC 44.81% (203) presented the highest number of cases. The region of the body most affected was head in general 60.49% (n = 274). The highest prevalence age was between the 6th and

7th decades of life for both genders with 46.4% (n = 210), but the female presented a high incidence. Patients with brown skin color, predominant in the Midwest, had the highest number of cases. This study showed that the female gender was the most affected, but when other factors are observed, women due to their extreme vanity, seek more medical care, are more concerned about health and have a greater skin care; while men, for the most part, yearn for care. It is suggested that continuous preventive campaigns be carried out to raise awareness among the population about the risk factors of this morbidity to avoid harmful effects on health.

KEYWORDS: Incidence. Skin cancer. Diagnosed.

¹ Acadêmico(a) do Curso de Biomedicina da Faculdade União de Goyazes;

² Orientadora: Prof^a. Mestre em Medicina Tropical;

³ Colaborador externo;

INTRODUÇÃO

Graças a nossa pele podemos nos relacionar com o meio ambiente, pois ela desempenha papel de vital importância atuando como uma barreira contra infecções e demais agentes agressores externos (BRYAN, 2014). Considerada o maior órgão de todo o corpo humano, é através dela que conseguimos perceber o frio ou calor, distinguir consistências, inúmeras texturas, reagir ao ser tocado e também sentir dor (BARBOSA, 2011).

O processo de formação do câncer é denominado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, acontece de forma progressiva, pode levar vários anos para que uma célula cancerosa se multiplique e dê origem a um tumor visível. As consequências cumulativas de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. A exposição a esses agentes cancerígenos, em uma dada constância e período de tempo, e pela interação entre eles é o que determina a carcinogênese. É importante considerar as características particulares, que promovem ou complicam a instalação do dano celular.

Três estágios compõem o processo de carcinogênese: *estágio de iniciação*, em que os genes sofrem o dano dos agentes cancerígenos; *estágio de promoção*, quando os agentes oncopromotores agem na célula já alterada; e *estágio de progressão*, em que ocorre a reprodução descontrolada e irreversível da célula. (INCA, 2011)

O crescimento irregular e descontrolado das células que compõem a pele pode ser sinônimo de câncer de pele, sendo que qualquer célula que a compõe pode iniciá-lo. Ao conjunto de mais de centenas de doenças que têm em comum o crescimento indiscriminado de células que invadem os tecidos e órgãos que podem além disso se expandir para outras regiões do corpo, dá-se o nome de câncer (INCA, 2015). A divisão dessas células tumorais é feita de forma rápida, agressiva, incontrolável e quando atinge a pele ou a mucosa recebe o nome de carcinoma (OLIVEIRA, 2016).

O câncer de pele pode ser classificado em dois grupos distintos: o melanoma - mais agressivo, porém menos comuns e o não melanoma - mais frequente e menos agressivo (ZINK, 2014). O melanoma cutâneo é dividido em

quatro tipos: melanoma expansivo superficial (MES) - que é o mais frequente, apresenta evolução crônica; o melanoma nodular (MN) é considerado o segundo mais comum - presente em pacientes do gênero masculino; o lentiginoso acral (MLA) é o tipo histológico mais agressivo dentre os melanomas sendo comum em indivíduos não-caucasianos, sem predileção por gênero; o melanoma lentigo maligno (MLM) é pouco constante, mais popular em idosos (SANGOI, FISCHER, RIGO e ALVES, 2011). Pesquisas evidenciam homogeneidade na ocorrência de melanoma cutâneo em ambos os gêneros no Brasil e uma investigação prospectiva realizada no Rio de Janeiro apresentou 65 casos onde 50,8% dos pacientes eram do gênero feminino e 49,2% masculino (L. GUILHERME, D. MATHEUS, B. HELENA, D. MATTOS A., 2015).

Já o não melanoma como: câncer basocelular (CBC) e câncer escamo celular (CEC) (MATHEUS e VERRI, 2015) são considerados - os mais frequentes - segundo alguns estudos realizados (POPIM e CORRENTE, 2008). Tanto o CBC quanto o CEC são tumores malignos originados a partir das células epiteliais ou glandulares, que tecidos vizinhos podem ser invadidos (PRADO, 2014).

Estudos apontam que o CBC, dos cânceres de pele, é o mais comum no Brasil (SOUSA COSTA, 2012) ressaltando que é quatro vezes mais frequente que CEC. Segundo o INCA o número exato de indivíduos com CBC ou CEC não é conhecido porque na maioria dos países essas neoplasias não são relatadas nos registros de câncer (GOMES DA COSTA e DE CEBALLOS, 2014).

Pesquisas relatam a existência de um câncer de pele misto – o Carcinoma Sebáceo (CS) que acomete principalmente a região da pálpebra. É considerado raro, maligno e letal, podendo originar-se das glândulas sebáceas das pálpebras ou ainda da pele da sobrancelha (YUGE E SOARES, 2005).

. Este tipo de carcinoma, em sua maioria, não apresenta etiologia definida, contudo ele pode se associar à síndrome de Muir-Torre, genodermatose autossômica dominante marcada por tumores sebáceos (benignos ou malignos) ou queratoacantomas anexos a malignidades viscerais (YUGE et al., 2005).

Em comparação às últimas décadas, essa neoplasia maligna apresenta crescente incidência e investigações revelam que a população com maior

escolaridade conhece os efeitos da radiação solar como fator de risco para câncer de pele (SILVA, GERTRUDES E PEREIRA, 2016).

O câncer de pele pode estar associado, ao mesmo tempo, com a constante exposição à luz do sol, a não utilização de protetores solares, alguns acessórios como bonés, manguito de proteção para motoqueiros (luva de braço) e outra vertente pode ser a falta de programas que conscientize a população sobre os riscos dessa morbidade (SILVA *et al.*, 2016).

Os raios solares são fontes de vitamina D, considerada um hormônio esteroide, essencial para manter a homeostase corporal, auxiliar também no relaxamento de vasos sanguíneos e controle das contrações musculares cardíacas, colaborando para o bombeamento do sangue para o resto do corpo. Importante para saúde óssea, diminui o risco de diabetes no período gestacional e evita inúmeras infecções auxiliando o sistema imunológico. Seus níveis séricos são influenciados por vários fatores como estação climática, envelhecimento, latitude, pigmentação cutânea elevada, ingestão alimentar, uso de bloqueador solar e período de exposição solar (BONETTI *et al.*, 2013).

Vale ressaltar que não é somente a exposição a luz solar que causa esse tipo de câncer. Existem outros fatores de risco, tais como: exposição à Radiação Ultravioleta (UV), pele clara, idade, gênero, exposição a produtos químicos, pele seca, tratamento da psoríase (doença inflamatória da pele), câncer de pele prévio, inflamação ou lesão grave, imunossupressão, Papiloma Vírus Humano (HPV), tabagismo (EQUIPE ONCOGUIA, 2015). Existem horários recomendados para que o uso da luz solar seja feito, pois a forma indiscriminada pode acarretar danos à saúde. Com a elevação dos casos dessa morbidade ocorre a necessidade de realizar estudos sobre sua incidência, classificando e descrevendo o tipo e, por fim quantificar a população acometida para que sejam elaboradas campanhas, ferramentas essenciais, para a prevenção desta enfermidade (SILVA *et al.*, 2016).

O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência do câncer de pele diagnosticado a partir de laudos anatomopatológicos em que foram analisadas as variáveis: tipo histológico, gênero, região da lesão, idade e cor da pele de usuários atendidos em um laboratório da rede privada na Região Central de Goiânia, Goiás, no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa retrospectiva, descritiva e qualitativa baseada na análise de um banco de dados com resultados de exames anatomopatológicos de peles do período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, de um Laboratório da rede privada da região central de Goiânia, solicitados mediante ofício enviado. Foram analisados todos os laudos anatomopatológicos excluindo os que não fossem câncer de pele. Dessa forma foram identificados 453 laudos com diagnóstico de câncer de pele, sendo cada laudo de um paciente.

Os resultados dos laudos foram liberados seguindo a indicação clínica e o tipo histológico. Para a execução dos exames anatomopatológicos foi realizada biópsia incisional onde retirou-se parte da lesão ou uma biópsia excisional – ela toda. Foi necessário, após o procedimento, cuidado com a pinça para que não causasse danos ao material o que poderia prejudicar a análise microscópica. Para a fixação do material foi adicionado formol a 10% que, obrigatoriamente, conteve de 10 a 20% do volume do espécime. Na análise macroscópica foram analisados o aspecto da lesão, tamanho e se havia comprometimento da margem cruenta; realizou-se cortes nas áreas suspeitas, separando, identificando as bordas e lesões para preparação da lâmina e investigação microscópica. Nesta etapa, o patologista examina e interpreta os achados histológicos, classificando o tipo de cada um (WERNER, 2009).

Análise e interpretação dos dados

Dados pessoais dos pacientes contidos nos laudos não foram divulgados e sendo apenas analisado: tipo histológico, gênero, região da lesão, idade e cor da pele. Estes conteúdos foram disponibilizados por um Laboratório da rede privada da região central de Goiânia em plataforma digital para a coleta de informações necessárias e análise, ressaltando que todos os resultados destes conteúdos foram deletados posteriormente evitando, assim, vestígios e/ou vazamento de informação dos pacientes.

Os conteúdos foram exportados mês a mês e digitados manualmente confeccionando um novo banco de dados a partir dos resultados no programa *Microsoft Office Excel®* emitidos no período mencionado tendo como variáveis:

gênero, data de nascimento, idade no momento da coleta divididas em três grupos (20 a 39 anos, 40 a 59 anos, 60 a 79 anos e acima de 80 anos), data da liberação do resultado do exame. A partir disso foram calculadas as incidências e os resultados disponibilizados na forma de gráficos e tabelas.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Somente laudos que apresentaram diagnósticos de algum tipo histológico de câncer de pele CBC, CEC, CS e/ou MM no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 foram incluídos no estudo. Aqueles com diagnósticos não associados a algum dos tipos de câncer de pele, resultados fora do período estipulado para a realização da pesquisa foram excluídos deste estudo. Alguns pacientes tiveram laudo referente a várias regiões do corpo e foi considerado o apenas o tipo de câncer mais prevalente. Considerou-se apenas um resultado com diagnóstico de câncer de pele para os pacientes que realizaram mais de uma biópsia.

Aspectos éticos e legais

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade União de Goyazes (CEP-FUG) da cidade de Trindade-GO e foi aprovado pelo protocolo nº 003/2018-1.

A pesquisa foi baseada em análise de dados, garantindo-se a manutenção do sigilo, da privacidade e das informações dos participantes da pesquisa durante todas as fases, sendo cumpridas as diretrizes constantes nos incisos I, II, III, IV, V e VI da Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, portanto não ofereceu nenhum risco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos laudos anatomopatológicos de câncer de pele compreendidos do período de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 e que preencheram os critérios de inclusão, 125 foram do ano de 2016 e 328 do ano de 2017, sendo um laudo para cada paciente.

Nas **Tabelas 1** e **1.1** observa-se a quantidade de laudos anatomopatológicos de janeiro de 2016 a dezembro de 2017 que após análise foram selecionados. Um total de 453 apresentaram diagnóstico de câncer de pele: não melanomas (CBC, CEC e CS) e melanoma (MM). A literatura revela que o CBC entre os cânceres de pele do tipo não melanoma é o de maior incidência (SOUSA COSTA, 2012). No presente estudo o tipo histológico mais encontrado foi o CBC, seguido pelo CEC, o que confere com a literatura.

Tabela 1. Incidência dos diagnósticos de CBC, CEC, CS e MM relacionados ao período e o tipo histológico de biópsias realizadas nos anos de 2016 e 2017, respectivamente. Laboratório da Rede privada, Região Central de Goiânia/GO, Brasil.

TIPO	PERÍODO/ANO			
	2016		2017	
	Nº	%	Nº	%
CBC	97	77,6	238	72,6
CEC	23	18,4	87	26,5
CS	2	1,6	0	0,0
MM	3	2,4	3	0,9
TOTAL	125	100	328	100

Fonte: Os autores

Um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele é a exposição solar, e a localização geográfica tem notável importância devendo ser considerada. (GOMES DA COSTA *et al.* 2014). As pessoas que vivem em países tropicais como Brasil que entre os cânceres - o de pele - é o de maior incidência e, Austrália onde se tem o maior registro de câncer de pele no mundo - estão mais expostas. (INCA, 2017).

A **Tabela 1.1** aponta de forma geral o número de novos casos de câncer de pele no público analisado. Cerca de 75,1% (n=335) foram CBC, 22,5% (n=110) CEC, 0,8% (n=2) CS e 1,7% (n=6) M.

TIPO HISTOLÓGICO	GERAL	
	Nº	%
<i>Carcinoma Basocelular</i>	335	75,1
<i>Carcinoma Escamocelular</i>	110	22,5
<i>Carcinoma Sebáceo</i>	2	1,2
<i>Melanoma Maligno</i>	6	1,3
TOTAL	453	100

Tabela 1. 1 Incidência dos diagnósticos de CBC, CEC, CS e MM e o tipo histológico de biópsias realizadas no biênio de 2016/2017. Laboratório da Rede privada, Região Central de Goiânia/GO, Brasil.

Fonte: Os autores

Na **Tabela 2** e **Figura 1** constam a quantidade de casos novos distribuídos entre os gêneros feminino, masculino e não informado. Nota-se que mulheres apresentaram 60,7% (275) dos diagnósticos, sendo 44,81% (203) com CBC, 14,57 (66) com CEC, 0,22% (1) CS e 1,10% (5) MM. Em homens evidenciou-se 38,63% (175) dos casos, com CBC 28,70% (130), CEC 9,49% (43), 0,22% (1) CS e 0,22% (1) MM. Os pacientes que não informaram o gênero tiveram 0,66% (3) diagnósticos com CBC 0,44% (2), CEC 0,22% (1) e não houve relato de CS e MM neste grupo.

Tabela 2. Incidência dos diagnósticos de CBC, CEC, CS e MM relacionados ao gênero em biópsias cutâneas de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Laboratório da Rede privada, Região Central de Goiânia/GO, Brasil.

GÊNERO	CBC		CEC		CS		MM		TOTAL
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
<i>Feminino</i>	203	44,81	66	14,57	1	0,22	5	1,10	275
<i>Masculino</i>	130	28,70	43	9,49	1	0,22	1	0,22	175
<i>NI</i>	2	0,44	1	0,22	0	0,00	0	0,00	3
TOTAL	335	74,0	110	24,3	2	0,4	6	1,32	453

Fonte: Os autores

Observa-se na **Figura 1** o percentual dos novos casos de câncer de pele distribuídos conforme gêneros e tipo histológico.

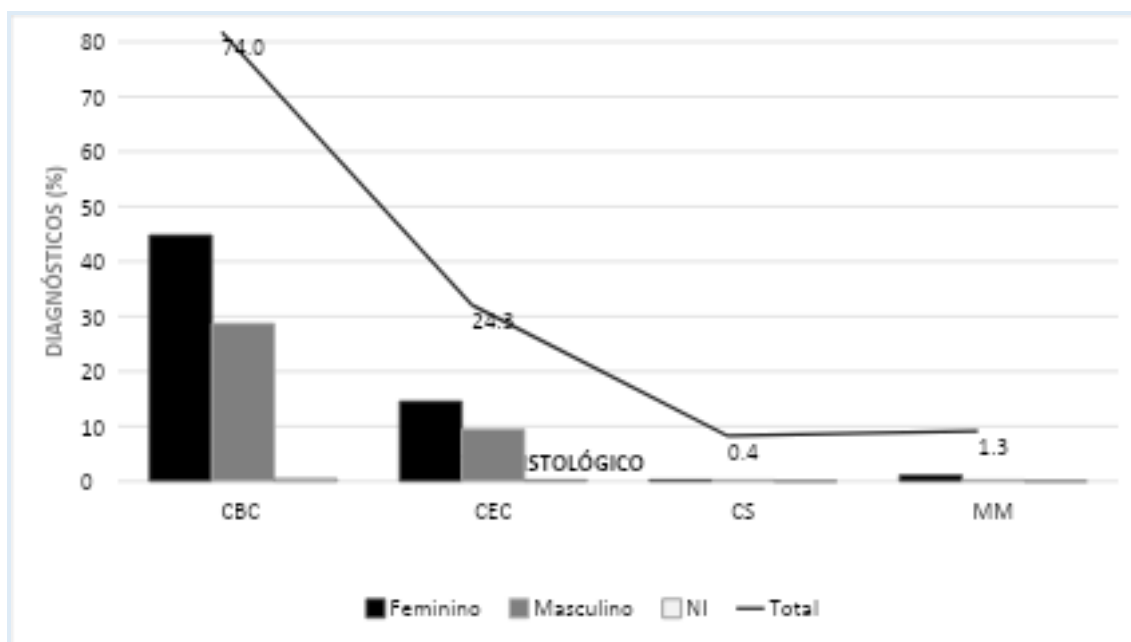


Figura 1. Incidência do câncer de pele tipo CBC, CEC, CS e MM relacionados ao gênero em biópsias cutâneas de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Laboratório da Rede privada, Região Central de Goiânia/GO, Brasil.

No presente estudo, verificou-se 175 laudos de câncer de pele no gênero masculino. Destes, 174 não melanomas e apenas um caso melanoma. Em mulheres 275 casos, em que 270 eram do tipo não melanoma e cinco melanoma (**Tabela 2 e Figura 1**).

No biênio de 2016/2017 no Brasil a estimativa de novos episódios de câncer de pele do tipo não melanoma foi de 420.310, sendo 205.960 nos homens e 214.350 nas mulheres. Se somados aos melanomas seriam 596.070 casos (INCA, 2016). Para o mesmo período no estado de Goiás a estimativa foi de 100 novos casos de melanomas e 3.140 não melanomas em homens; 50 casos de melanomas e 3.060 não melanomas em mulheres. Já para a capital Goiânia estimou-se 20 casos de melanomas e 410 não melanomas em homens. Nas mulheres não houve estimativa de nenhum caso novo de melanomas, mas haveriam 290 não melanomas. (INCA, 2015).

A estimativa de novos casos CBC em Goiânia no biênio de 2016/2017 seria maior em homens, porém nesta pesquisa, observou-se maior incidência em mulheres. Não havia estimativa de casos de melanoma na população

feminina, no entanto nesta pesquisa constatou-se cinco casos de MM nesse grupo. Sabe-se que existem várias outras clínicas na Capital e que estes números referem-se somente aos pacientes do laboratório da rede privada no qual o estudo foi realizado.

Investigações apontam que existe grande frequência do câncer de pele em homens decorrente da maior exposição industrial e o não uso de bloqueadores solares do que em mulheres. (MOREIRA et. al., 2015). Porém, dados da literatura revelam que a elevada prevalência em mulheres se deve a sua preocupação acerca de possíveis enfermidades cutâneas, procurar com frequência o prognóstico junto às equipes de saúde. (GOMES DA COSTA *et al.* 2014).

A população brasileira é formada com mais de 200 milhões de habitantes sendo que 12.262.362 vivem no Centro-Oeste. O IBGE no último censo realizado no ano de 2010 estimou-se que cerca de 1.301.892 pessoas (620.816 homens e 681.076 mulheres) vivem em Goiânia. A população feminina é de fato maior que a masculina. (IBGE, 2018)

O câncer de pele não melanoma é o primeiro mais incidente em homens nas regiões Sul, Centro-Oeste, Sudeste. Nas regiões Nordeste e Norte encontram-se na segunda posição. Já na região Norte ocupa a segunda posição. Quanto ao melanoma, sua letalidade é elevada, porém sua incidência é baixa (3.000 casos novos em homens e 2.670 casos novos em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na região Sul. (INCA, 2015)

Em um estudo realizado onde aborda o tema “por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?” expõe os homens como provedores do lar e relata que a justificativa pela não procura por serviços de saúde é o trabalho, pelo receio de perderem o emprego. Diz ainda que a busca pelo atendimento de saúde se dá quando a dor vai se tornando insuportável ou quando não é necessário ir ao trabalho, porém, a grande parte do público masculino tem dificuldade de expor o que sente e falar dos seus problemas de saúde. Isso significa, perante os outros – na visão deles - uma possível demonstração de fraqueza e de feminização (GOMES R., NASCIMENTO E. F., ARAÚJO F. C., 2007).

[...] o imaginário de ser homem pode aprisionar o masculino em amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de

autocuidado, pois à medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança; portanto, poderia aproximá-lo das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfiar acerca dessa masculinidade socialmente instituída. (GOMES R. et. al. 2007)

Neste estudo, observou-se que o gênero feminino apresentou elevada incidência dos casos. Isso se deu pela alta procura pelo diagnóstico precoce decorrente da preocupação com a saúde e o bem-estar da maioria das mulheres, o que ratifica o descrito na literatura.

A **Tabela 3** e **Figura 2** apresenta o gênero acometido de acordo com a faixa etária. Na faixa etária de 20-39 anos houve 3,3% (n= 15) casos; 22,5% (n = 102) na idade de 40-59 anos; 46,4% (n = 210) com idade entre 60-79 anos; 22,5% (n = 102) na faixa etária acima de 80 anos e; 5,3% (n = 24) não informaram a idade na data em que foi realizada a biópsia de pele.

Tabela 3. Incidência dos diagnósticos de CBC, CEC, CS e MM em relação ao gênero e a idade em biópsias cutâneas de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Laboratório da Rede privada, Região Central de Goiânia/GO, Brasil.

TIPO	HOMENS					MULHERES					NI				
	20/39 anos	40/59 anos	60/79 anos	> 80 anos	NI	20/39 anos	40/59 anos	60/79 anos	> 80 anos	NI	20/39 anos	40/59 anos	60/79 anos	> 80 anos	NI
CBC	1,1	8,2	14,8	2,9	1,8	1,5	10,4	19,6	11,3	2,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
CEC	0,2	1,3	4,4	2,9	0,7	0,2	1,8	6,6	5,1	0,9	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
CS	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MM	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
TOTAL	1,3	9,9	19,2	5,7	2,4	2,0	12,4	27,2	16,3	2,9	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0

Fonte: Os autores

A **Figura 2** apresenta os casos distribuídos conforme a faixa etária e tipo histológico.

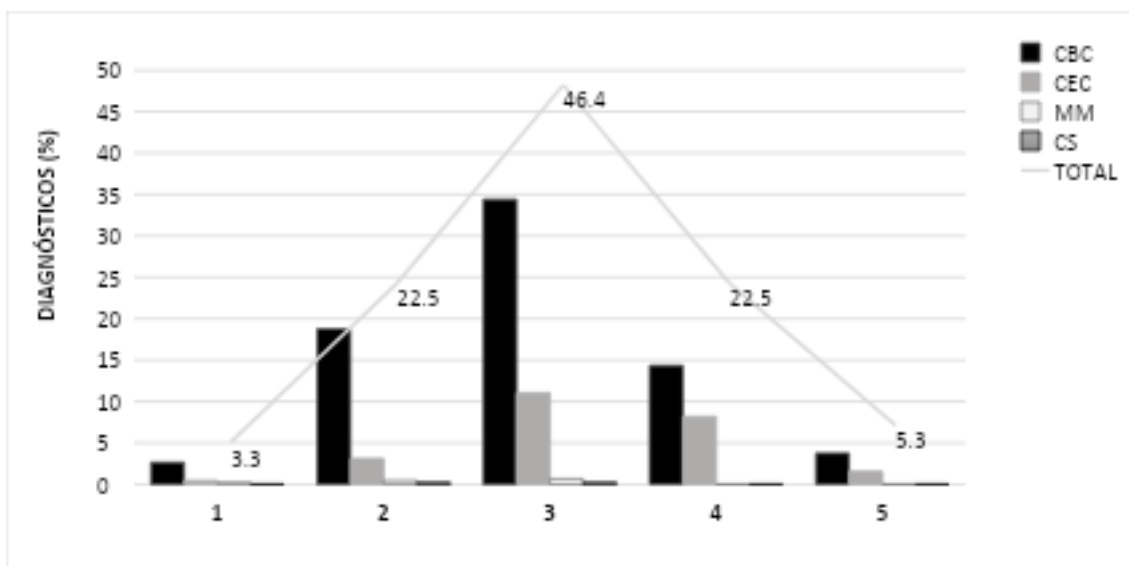


Figura 2. Incidência dos diagnósticos de CBC, CEC, CS e MM em relação ao gênero e a idade em biópsias cutâneas de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Laboratório da Rede privada, Região Central de Goiânia/GO, Brasil.

No presente estudo observou-se em homens e mulheres que a idade mais acometida foi de 60-79 anos, 46,4% (n= 210). Os cânceres do tipo não melanoma ocorrem geralmente após os 50 anos de idade. Como resultado do avanço da expectativa de vida da população e, da exposição solar cumulativa e desprotegida ao longo dos anos, tem-se observado o aumento dos casos de câncer não-melanoma entre as pessoas da faixa etária próximas dos 70 anos de idade (SBD, 2018). É importante ressaltar que tem aumentado a expectativa de vida da população brasileira, e com isso eleva-se a possibilidade de enfermidades decorrentes do desgaste natural, confirmando a maior prevalência em pessoas idosas, o que condiz com a base literária.

A **Figura 3** exibe o número de casos em relação ao gênero e região do corpo acometidas. As regiões mais afetadas foram: da cabeça em geral 60,49% (n= 274); a dos membros superiores e tórax apresentaram o mesmo percentual 6,40% (n= 29); membros inferiores 2,43% (n= 11) e genitais 0,44% (n= 2). Os laudos com os locais não informados foram 23,84% (n= 108).

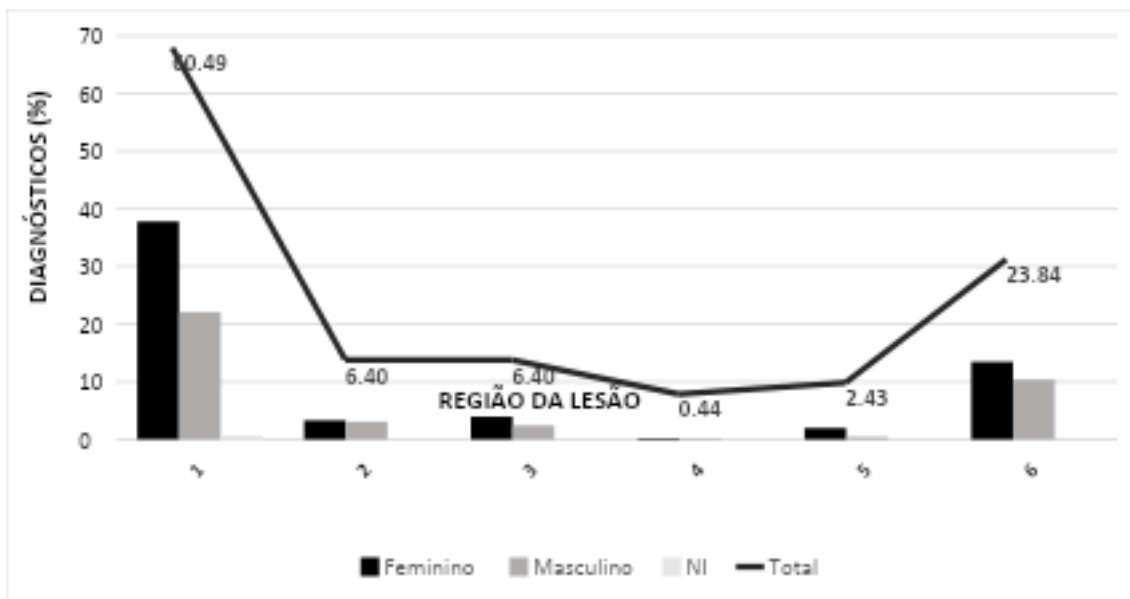


Figura 3. Incidência de diagnósticos de CBC, CEC, CS e MM em relação ao gênero e região do corpo em biópsias cutâneas de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Laboratório da Rede privada, Região Central de Goiânia/GO, Brasil.

O presente estudo mostrou que as regiões da cabeça em geral foram as mais afetadas devido à notável exposição, seguida de membros superiores e tórax que coincidiram o percentual. Segundo CARVALHO *et al.*, 2018, essas são as mais comprometidas pela suma sujeição a radiação solar.

Estudos apontam que a exposição solar, tanto prolongada quanto esporádica é o principal fator de risco para o desencadeamento do câncer de pele, e que as regiões da cabeça e dos membros superiores são as mais submetidas a radiação solar. (CARVALHO J. T. A., FIGUEIREDO R. P.C., VASCONCELOS R. C. F., 2018)

Na **Figura 4**, as variáveis foram classificadas de acordo com a cor da pele das seguintes formas: Esbranquiçada, Clara, Parda, Acastanhada e enegrecida.

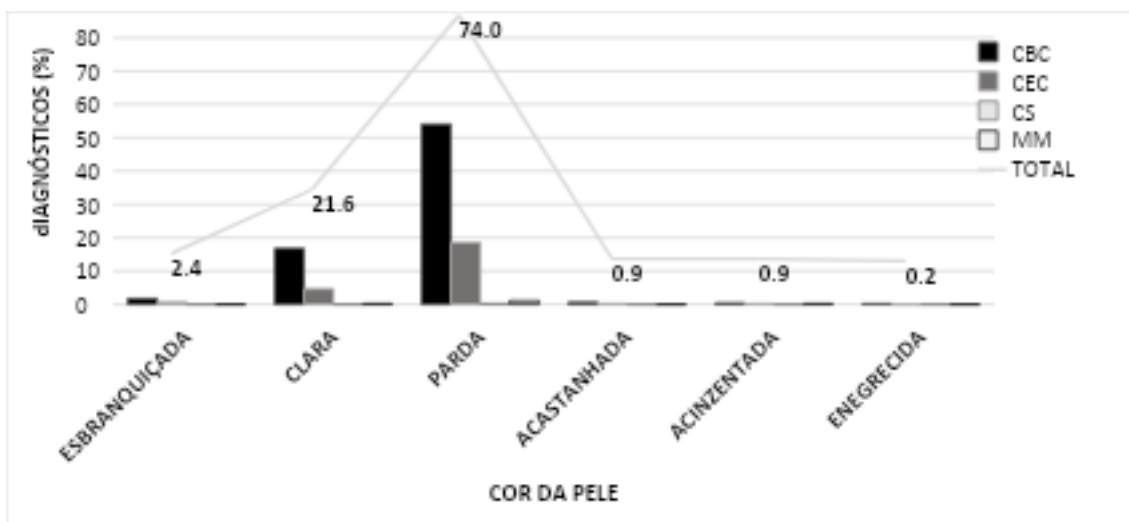


Figura 4. Incidência dos diagnósticos de CBC, CEC, MM e CS em relação a cor da pele em biópsias cutâneas de janeiro de 2016 a dezembro de 2017. Laboratório da Rede privada, Região Central de Goiânia/GO, Brasil.

Segundo a classificação de Fitzpatrick que trata dos fototipos de pele, indivíduos do grupo I e II de etnia caucasiana são mais susceptíveis a desenvolverem o câncer de pele, sendo este o mais prevalente. (CARVALHO J. T. A. et al., 2018). Neste estudo notou-se que 21,6% (n= 98) pertenciam ao grupo do fototipo I e II (pele esbranquiçada/clara), no entanto, o público mais afetado foi o do fototipo III (pele parda) 74% (n= 335), divergindo-se da literatura.

Pessoas com o fototipo I (cor branca) quando muito expostas a radiação solar são mais susceptíveis ao desenvolvimento do câncer de pele do tipo MM (CARVALHO J. T. A. et al., 2018). No entanto, nesta pesquisa, seis indivíduos apresentaram quadro de melanoma cutâneo, sendo quatro de pele parda (fototipo III), um de pele acinzentada e um de pele clara (fototipo I e II).

Uma publicação do IBGE no biênio de 2015/2016 mencionou que das mais ricas regiões do país, o Centro-oeste é a única que tem predominância de pardos em detrimento de brancos, informação essa que condiz com o resultado deste estudo. Essa divergência ocorre devido a miscigenação étnica que varia de uma região para outra.

Nota-se que o número de novos casos desta morbidade tem aumentado, não só no Brasil, mas em todo o mundo. Os anos de 2016 e 2017 foram considerados os anos mais quentes no país e essa elevação deve ser considerada, uma vez que um dos fatores de risco é a exposição solar

cumulativa, principalmente sem proteção. O carcinoma cutâneo apresenta sozinho mais casos do que os outros 17 tipos de tumores, ao contrário do que se observa em outros países, e abrange um número maior de mulheres que homens. Quando diagnosticado precocemente, e havendo um tratamento apropriado, ele possui altos índices de cura que pode chegar a 90% (INCA, 2016).

Pode-se ressaltar, a partir deste estudo, o considerável número de casos de câncer de pele, pois foram laudos obtidos em apenas uma unidade privada de diagnóstico.

CONCLUSÃO

Normalmente as pessoas costumam não dar a devida atenção quando o assunto é câncer de pele, visto que grande parte desses casos se resumem em não melanoma ou apenas uma simples lesão. Diante disso, a tendência desses episódios é aumentar e afetar cada vez mais a população idosa. Isso se deve aos longos anos de exposição solar ou até mesmo uma possível hereditariedade. Embora, neste estudo, os pacientes com idade entre 60 e 79 anos foram os que apresentaram mais casos é importante ressaltar que a população em geral está propensa a desenvolver algum tipo de câncer de pele.

Observou-se que o gênero feminino foi o mais acometido, porém quando se analisa outros fatores, as mulheres devido a sua extrema vaidade cuidam melhor da pele, procuram periodicamente o atendimento médico e se preocupam mais com sua saúde; enquanto aos homens, em sua maioria, buscam atendimentos médicos em última ocasião.

As regiões do corpo que estão sujeitas a alta exposição solar são mais propícias a desencadear lesões. Notadamente, verifica-se que da região cutânea que apresentou maior número de casos neste estudo foi a da cabeça. Quanto ao tipo de pele, os pacientes com o fototipo III (cor parda) característico da população goiana foram os mais acometidos pelo câncer de pele.

Sugere-se a realização de campanhas preventivas contínuas e não somente quando há a elevação da temperatura solar, ou mesmo quando a exposição apresentar perigo. Essas ações são para conscientizar a população sobre os fatores de riscos dessa morbidade e para evitar os efeitos danosos à saúde, a importância do uso de protetores, bloqueadores solares; hidratar-se constantemente também é uma medida preventiva, e sempre lembrar de procurar horários de menor insolação.

Deve-se também realizar o acompanhamento e tratamento dos pacientes diagnosticados, sendo necessários mais estudos no país comparando-se às demais pesquisas efetivadas em outros países. Tendo como objetivo a finalidade de pontuar as semelhanças, as diferenças e demais variáveis presentes para então desenvolver métodos ainda mais eficazes de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, F. de S. Modelo de impedância de ordem fracional para a resposta inflamatória cutânea. 2011. 119 f. Resumo da Dissertação apresentada à COPPE/UFRJ como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências (M.Sc.). **Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia/Universidade Federal do Rio de Janeiro**. COPPE/UFRJ, 2011.
2. BRYAN E. Anderson. Coleção Netter de Ilustrações Médicas. Frank H. Netter, Md. Sistema Tegumentar. **Elsevier Editora Ltda**, v. 4, 2014.
3. BONETI, R. Da S. *et al.* Vitamina D e Câncer. **Revista da AMRIGS**, v. 57, n. 1, p. 71–77, 2013.
4. CARVALHO J. *et al.* Incidência de câncer de pele em ambulatório de dermatologia na Região Sul de São Paulo. v. 46, n. 1, p. 17–21, 2018.
5. COSTA, C. S. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção. v. 17, n. 4, p. 206–208, 2012.
6. EQUIPE ONCOGUIA. **Fatores de risco do câncer de pele basocelular e espinocelular**. Fonte: GLOBOCAN (24/04/2015). Disponível em: < <http://www.oncoguia.org.br>>. Acesso em: 14 out 2018.
7. EQUIPE ONCOGUIA. **Estimativas de Câncer no Mundo**. Fonte: American Cancer Society (04/03/2015). Disponível em: < <http://www.oncoguia.org.br>>. Acesso em: 19 out 2018.
8. FERREIRA, F. R. *et al.* Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 4, p. 431–437, 2011.
9. GOMES DA COSTA, DE CEBALLOS, A. *et al.* Exposição Solar Ocupacional e Câncer de Pele Não Melanoma: Estudo de Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 608, n. 3, p. 251–25814, 2014.
10. GOMES, R. Por que os homens buscam menos os serviços. **Cad. saúde ...**, v. 23, n. 3, p. 565–574, 2007.
11. GON, I. *et al.* HYGEIA, **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** - www.hygeia.ig.ufu.br/ ISSN: 1980-172. v. 6, n. 11, p. 31–43, 1980.
12. GUILHERME, L. *et al.* Cast 60. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina - Número 3**, p. (p. 10-24), 2015.
13. HYPESCIENCE. **10 animais com pele incrível**. Fonte: Natasha Romanzoti (19/11/2013).

Disponível em: <<https://hypescience.com/10-animais-com-pele-incrivel/>>
Acesso em: 10 out 2018.

14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População brasileira**.
Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>> Acesso em: 20 nov 2018.
15. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. ABC DO CÂNCER - Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. p.22
16. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa de novos casos de câncer**. INCA, 2015/2016/2017
17. YUGE, S. *et al.* Caso para diagnóstico /. v. 80, n. 4, p. 431–432, 2005.
18. OLIVEIRA, L. *et al.* Câncer de Pele relacionado ao trabalho. Skin cancer related to work. v. 10, p. 37–40, 2016.
19. POPIM, R. C. *et al.* Câncer de Pele: Uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 13 (4), p. 1331–1336, 2008.
20. PRADO, B. B. F. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do Câncer. **Ciência Cultura**, v. 66, n. 1, p. 21–24, 2014.
21. SANGOI, R. *et al.* Melanoma Cutâneo: Revisão bibliográfica. Educação e ciência na era digital. **SEPE - Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão**, p. 4, 2011.
22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Câncer de pele**.
Disponível em: <<http://www.sbd.org.br>> Acesso em: 04 out 2018
23. SILVA, H. P. *et al.* Fotoexposição e fatores de risco para Câncer de Pele: Avaliação de hábitos e conhecimentos da população participante da Campanha de Prevenção ao Câncer de Pele em Morro Redondo/RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 60 (1), n. 1, P. 1–6, 2016.
24. ZINK, B. S. Câncer De Pele: A Importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 76–83, 2014.