



UNIVERSIDADE FRANCISCANA  
ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE MEDICINA

**Sthefani Jardim Viçosa**

Trabalho final de graduação II

**UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE TUMORES DE PELE MALIGNOS NO  
HOSPITAL CASA DE SAÚDE**

Santa Maria, RS

2021

**Sthefani Jardim Viçosa**

**UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE TUMORES DE PELE MALIGNOS NO  
HOSPITAL CASA DE SAÚDE**

Trabalho apresentado ao Curso de Medicina,  
Área de ciências da saúde, da Universidade  
Franciscana – UFN, como requisito parcial para  
aprovação na disciplina TFG II.

Orientador: Prof. Me. Dener Tambara Girardon

Santa Maria, RS

2021

**Sthefani Jardim Viçosa**

**UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE TUMORES DE PELE MALIGNOS NO  
HOSPITAL CASA DE SAÚDE**

Trabalho Final de Graduação apresentado ao Curso de Medicina, Área de Ciências da Saúde, da Universidade Franciscana - UFN, como requisito parcial para a obtenção do título de Médico.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Me. Dener Tambara Girardon - Orientador  
Médico Cirurgião do Aparelho Digestivo  
Universidade Franciscana

---

Prof. Ma. Dr<sup>a</sup>. Angela Regina Maciel Weinmann  
Médica Pediatra – Vice-coordenadora do curso de Medicina - UFN  
Universidade Franciscana

---

Prof. Lucas Feijó Pereira  
Médico Cirurgião Oncológico – Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica regional Rio Grande do Sul  
Universidade Franciscana

Santa Maria,RS

2021

## SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	4
RESUMO .....	4
ABSTRACT .....	6
LISTA DE TABELAS .....	7
LISTA DE ABREVIACÕES .....	8
1 INTRODUÇÃO .....	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	10
3 METODOLOGIA .....	15
3.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA .....	15
3.2 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO .....	15
3.3 COLETA DE DADOS .....	16
3.4 ANÁLISE DOS DADOS .....	16
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	16
4 RESULTADOS .....	17
5 DISCUSSÃO.....	23
6 CONCLUSÃO .....	26
REFERÊNCIAS .....	28
Apêndice A – Instrumento para coleta de dados.....	30
Apêndice B – Parecer substanciado do CEP .....	31
Apêndice C – Termo de confidencialidade do pesquisador .....	32

## RESUMO

**Introdução:** Os tumores malignos de pele são os mais frequentes no Brasil, correspondem a 30% de todos os cânceres registrados no país, desses o câncer de pele melanoma representa 3% das neoplasias de pele. Os cânceres de pele não melanoma mais frequentes são o carcinoma basocelular, seguido do carcinoma espinocelular. O principal fator de risco dos cânceres de pele é a exposição crônica aos raios solares, além de indivíduos de pele clara. A pesquisa tem como variáveis a serem analisadas: idade do paciente, gênero, cor de pele, profissão, comorbidades prévias, diagnóstico anatomopatológico e sítio acometido, para que a partir dos dados epidemiológicos analisados sejam investidas campanhas de prevenção.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com análise dos prontuários e das fichas de atendimento ambulatoriais do Hospital Casa de Saúde, no período que compreendeu janeiro de 2017 a março de 2021.

**Resultados:** Foram analisados os prontuários eletrônicos de 491 pacientes que realizaram procedimentos cirúrgicos no HCS, 46 pacientes obtiveram o diagnóstico anatomopatológico de câncer de pele e participaram da pesquisa. A idade média dos pacientes com câncer de pele foi de 64 anos, com a prevalência do gênero masculino sob o feminino. A cor branca acometeu 97,8% dos pacientes analisados, assim como a principal origem foi Santa Maria/RS. Sobre aqueles que informaram as profissões, os agricultores, serventes de obras e os trabalhadores do lar obtiveram as maiores porcentagens. As principais comorbidades descritas foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tabagismo (65,8%, 23,7% e 23,7% respectivamente). Os CBC's obtiveram, nesse estudo, o predomínio das lesões acometendo 30 pacientes (65,2%), sendo 2 ulcerados (6,7%). Ademais, suas principais localizações foram: cabeça/face e tronco anterior/posterior. Já os CEC's totalizaram 13 casos (28,3%), localizados em cabeça/face, tronco anterior/posterior e membros inferiores. Os tumores de pele melanômicos estiverem presentes em 3 casos (6,5%), 2 deles em membros inferiores e o restante em tronco anterior/posterior.

**Conclusão:** O maior número de câncer de pele foi analisado em áreas mais expostas ao sol, ratificando a importância da prevenção primária e o uso de FPS alto, além das medidas comportamentais. Através dos resultados obtidos sugere-se maiores estudos com maiores amostras populacionais para melhor avaliação dos fatores de risco relacionados a essa patologia.

**Palavras-chave:** câncer de pele; melanômicos; carcinoma basocelular (CBC); carcinoma espinocelular (CEC); prevenção;

## ABSTRACT

**Introduction:** Malignant skin tumors are the most frequent in Brazil, corresponding to 30% of all cancers registered in the country, of which melanoma skin cancer represents 3% of skin neoplasms. The most frequent non-melanoma skin cancers are basal cell carcinoma, followed by squamous cell carcinoma. The main risk factor for skin cancers is chronic exposure to sunlight, in addition to fair-skinned individuals. The research has as variables to be analyzed: patient's age, gender, skin color, profession, previous comorbidities, pathological diagnosis and affected site, so that prevention campaigns can be invested from the analyzed epidemiological data. **Methodology:** It was an observational, retrospective and descriptive study, with analysis and records of outpatient care records of Hospital Nursing Home, in the period of January 2017 to March 2021. **Results:** We analyzed the electronic medical records of 491 patients who underwent surgical procedures at the hospital. 46 patients obtained the pathological diagnosis of skin cancer and participated in the research. The mean age of patients with skin cancer was 64 years, with the prevalence of males than females. The white color was affected in 97.8% of the analyzed patients, as well as the main origin was Santa Maria/RS. Regarding those who informed the professions, farmers, construction workers and “home workers” obtained the highest percentages. The main comorbidities described were systemic arterial hypertension, diabetes mellitus and smoking (65.8%, 23.7% and 23.7% respectively). The BCCs were linked like the predominant lesion in the study, affecting 30 patients (65.2%), 2 of which were ulcerated (6.7%). Furthermore, its main locations were head/face and anterior/posterior trunk. On the other hand, SCC's totaled 13 cases (28.3%), located in the head/face, anterior/posterior trunk and lower limbs. Melanomic skin tumors were present in 3 cases (6.5%), 2 of them in the lower limbs and the rest in the anterior/posterior trunk. **Conclusion:** The greatest number of skin cancers was analyzed in areas more exposed to the sun, confirming the importance of primary prevention and the use of high SPF, in addition to behavioral measures. The results obtained suggest further studies with larger population samples for a better assessment of risk factors related to this pathology. **Keywords:** skin cancer; melanomics; basal cell carcinoma (BCC); squamous cell carcinoma (SCC); prevention;

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Características gerais dos pacientes estudados

Tabela 2 – Principais comorbidades nos pacientes estudados

Tabela 3 – Diagnóstico anatomopatológico das lesões de pele

Tabela 4 – Localização das lesões de pele

Tabela 5 – Variáveis analisadas segundo o gênero dos pacientes estudados

Tabela 6 – Variáveis analisadas segundo o resultado anatomopatológico das lesões de pele

## **LISTA DE ABREVIACOES**

CBC - Carcinoma Basocelular

CEC - Carcinoma espinocelular

DM - Diabetes Mellitus

FPS - Fator de Proteção Solar

HAS – Hipertensão Arterial Sistmica

HCS - Hospital Casa de Saúde

INCA - Instituto Nacional do Câncer

PET-CT - Tomografia por Emissão de Psitrns

RNM - Ressonância Magnética

TNM - Classificação de Tumores Malignos

## 1 INTRODUÇÃO

Os tumores de pele, ou câncer de pele, são os mais frequentes no Brasil, correspondem a 30% de todos os tumores malignos registrados no país (INCA, 2020). Podem ser subdivididos em não melanomas e melanomas (SIMONETI et. al, 2016). O câncer de pele não melanoma mais frequente é o carcinoma basocelular, seguido do carcinoma epidermóide (INCA,2020).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de pele melanoma é estimado em 8.450 novos casos no Brasil no ano de 2020, sendo 4.200 homens e 4.250 mulheres. No entanto, ele representa apenas 3% das neoplasias de pele. E ainda, é considerado o tipo mais grave de neoplasias malignas de pele, devido sua alta taxa de disseminação para outros órgãos. Já os tumores de pele não melanomas, carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular ou epidermóide (CEC), têm elevada prevalência e incidência – 176.930 novos casos, sendo 83.770 homens e 93.160 mulheres –. Embora apresentem baixos índices de mortalidade (SIMONETI et.al, 2016).

A epidemiologia do melanoma cutâneo torna-se diferenciada de outros tipos de câncer, pois, frequentemente, afeta indivíduos mais jovens com idade média de 50 anos (FERRARI et.al, 2008), entretanto a faixa etária dos tumores não melanômicos está descrita em diferentes estudos como acima de 60 anos (SIMONETI et.al,2016) associada a exposição crônica à raios solares, descrita como a principal causa de CEC e CBC (BROETTO et.al, 2012).

O carcinoma basocelular (CBC), localiza-se preferencialmente nos dois terços superiores da face e tem como fator de risco mais importante à exposição à luz solar dos indivíduos, predominantemente, de pele clara, olhos claros e cabelos loiros ou ruivos. Assim como o CBC, o carcinoma espinocelular também acomete indivíduos de pele clara. (HOFF, P. M. G. et al, 2018)

Nesse contexto, torna-se necessária a avaliação da epidemiologia loco regional, ao serem analisadas variáveis como: idade do paciente, gênero, cor de pele, profissão, comorbidades prévias, diagnóstico anatomopatológico, e sítio acometido para identificarmos os principais fatores de risco e qual a maior prevalência dos cânceres de pele tanto melanômicos quanto não melanômicos, em comparação com os dados nacionais. E a partir dessa avaliação, desenvolver possíveis estratégias preventivas de forma a conscientizar e elucidar à população o problema causal da doença.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Foram no início do século 20, as primeiras iniciativas para controle do câncer no Brasil, tendo em vista somente o diagnóstico e tratamento. Em 1921, a Reforma Carlos Chagas, já previa a elaboração de estatísticas sobre o câncer. Contudo, somente em 1983 implantou-se o primeiro local de registro hospitalar do câncer, no Instituto Nacional do Câncer. Já em 1998, devido ao sucesso do Programa de Oncologia (PRO-ONCO), foi consolidado ao passar para a coordenação de Programas de Controle do Câncer do INCA, e desde então, programas de controle do câncer e campanhas de prevenção e conscientização foram instituídas no INCA, as quais foram principiantes na “luta contra o câncer”, presentes atualmente, em diferentes sociedades de caráter médico as quais visam a prevenção da doença (BARRETO E.M.T, 2005).

Para o desenvolvimento da expressão das patologias torna-se fundamental a importância o desenvolvimento de estudos epidemiológicos. Nesse contexto a epidemiologia estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde e possui diferentes variáveis como indicadores de saúde. A incidência trata-se do número de casos novos da doença que iniciaram no mesmo local e período, em suma, alta incidência significa alto risco coletivo de adoecimento. Já a prevalência é o número total de casos de uma doença existentes em um determinado período e local (ROUQUAYROL et.al, 2018).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o câncer de pele não melanoma corresponde 30% de todos os tumores malignos registrados no país, sendo o mais frequente no Brasil, no entanto o câncer de pele melanoma corresponde a 3% das neoplasias malignas de pele, com pouca frequência, mas alta letalidade devido ao seu potencial de provocar metástase, estima-se a existência de 3,89 casos para 100 mil homens e 2,84 casos para 100 mil mulheres no Rio Grande do Sul. A estimativa de novos casos de câncer de pele não melanoma inclui-se 176.930 casos novos no Brasil, sendo 83.770 homens e 93.160 mulheres, já o câncer de pele melanoma tem a estimativa de 8.450 novos casos, sendo 4.200 homens e 4.250 mulheres, em 2020. Tendo em vista a mortalidade dos cânceres de pele, o melanoma foi responsável por 1.791 mortes, segundo o Atlas de Mortalidade por câncer em 2018, já os cânceres de pele não melanômicos foram responsáveis por 2.329 mortes. Nesse âmbito torna-se visível a letalidade do câncer de pele melanoma em comparação ao câncer de pele não-melanômico.

Os cânceres de pele não melanomas, são classificados como carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC). O CBC, responsável por 70% dos tumores de malignos de pele, constitui-se de células semelhantes às células da membrana basal da

epiderme, trata-se do tumor maligno mais benigno dos tumores de pele, pode ser considerado incapaz de originar metástases e os casos em que estas foram descritas são exceções. O diagnóstico é clínico, e a apresentação mais comum é o epitelioma basocelular nódulo-ulcerativo, o qual se apresenta inicialmente como uma pápula rosa, perlácea e torna-se um nódulo. A histopatologia do CBC, tem como finalidade a confirmação diagnóstica, é composta por diferentes padrões histológicos, mas a característica fundamental é a presença de massas de células basalóides dispostas em paliçadas (RIVITTI, Evandro A. et. Al, 2014). De outra forma, o CEC, responsável por cerca de 15% das neoplasias epiteliais malignas, é originado dos queratinócitos, células diferenciadas do tecido epitelial (PRATI; Silva, 2018), constituído por proliferação atípica de células espinhosas, de caráter invasor, capaz de originar metástases. Segundo Rivitti, a apresentação clínica na pele trata-se de área queratósica infiltrada e dura, ou nódulo, a lesão pode aumentar e tornar-se uma ulceração, vegetante ou córnea. Ele desenvolve-se com frequência a partir de lesões pré-cancerosas, por esse motivo, devido aos variados diagnósticos diferenciais torna-se necessário realizar a confirmação diagnóstica através da histopatologia, está sendo composta por células espinhosas atípicas e células diferenciadas que formam centros córneos.

Segundo Hoff, P.M.G et. al (2018),o fator de risco mais importante e prevalente para o desenvolvimento de tumores não melanômicos torna-se a exposição à luz solar. Sendo assim, pessoas de pele clara, olhos claros, cabelos claros, sensíveis à ação dos raios solares, ou com doença cutânea prévia são as principais vítimas. O gene p53 o qual realiza a supressão tumoral pode sofrer mutação, esta induzida pela exposição à luz solar, fato que explicaria a alta incidência de tumores em áreas expostas a radiação ultravioleta. Algumas terapias podem levar o aparecimento tardio de CBC, como a radioterapia e a fototerapia, assim como a exposição ao arsênio e tabagismo também aumentam seu risco. Úlceras crônicas e cicatrizes predispõem o surgimento de carcinoma espinocelular (CEC). A dermatoscopia do CBC é típica, com grandes ninhos ovoides cinza-azulados, áreas tipos folhas, área de raio de roda, ulceração e vasos arboriformes.

O tratamento do CBC é baseado em diferentes fatores, sendo de extrema importância a biópsia para confirmação do tipo histológico. Tumores menores que 2 cm, que não sejam do tipo esclerodermiforme ou micronodular, a curetagem associada à eletrocoagulação até 98% de cura (HOFF, P. M. G et al, 2012). Contudo, existem contraindicações como: realizar em áreas com muitos folículos pilosos, de recidiva, de invasão profunda e na zona “H” da face (lábio superior, nariz, região orbicular, região zigomática, região pré-auricular e retro-auricular, têmpora até o arco da mandíbula). Já a exérese cirúrgica pode ser indicada para todos os tipos

e localizações do CBC, e o índice de cura varia entre 83 a 97%. CBC's com margens bem definidas, de padrão não esclerodermiforme, até 2 cm de diâmetro, uma margem de 0,4 cm seria suficiente, mas para maiores que 2 cm de diâmetro ou com padrões histológicos mais agressivos e recidivas, uma margem de 0,5 a 1,5 cm seriam suficientes. Tumores pequenos a exérese devem ser feita até o subcutâneo já para tumores mais agressivos deve ser feita a incisão até planos mais profundos. A conduta para tumores agressivos é diferente das descritas acima, tumores esclerodermiformes, micronodular, recidivas, em áreas de risco, com invasão perineural, com incisão incompleta, grandes e invasivos deve ser realizada a cirurgia micrográfica de Mohs (CMM), a qual permite a preservação do tecido com controle de margens no intra-operatório. Como tratamentos alternativos, o uso de 5-FU tópico e o creme imiquimod a 5%, utilizados CBC's superficiais, além disso, a terapia fotodinâmica utilizada para tumores superficiais e menores que 2 mm, a qual consiste na aplicação de ácido aminolevulínico, este tem afinidade por células atípicas destruindo-as e preservando as normais, no entanto essa alternativa não pode ser usada em outros tipos de CBC's. A criocirurgia pode ser utilizada em tumores menores que 2 cm, com limites definidos, não recidivados e múltiplos, mais comumente usada em tumores sobre cartilagens. E por fim, utiliza-se a radioterapia em tumores inoperáveis e em pacientes idosos sem condições de procedimentos cirúrgicos (HOFF, P. M. G et al, 2018). O acompanhamento do CBC deve ser feito por 5 anos, com exame dermatológico completo pois cerca de 30 a 50% dos pacientes apresentarão recidivas em 5 anos (HOFF, P. M. G et al, 2018).

O carcinoma espinocelular, diferente do basocelular têm potencial metastático ainda que baixo. A incidência de metástase aumenta em lábios e orelhas, assim como com o tamanho da lesão e com o grau de imunossupressão do paciente, as lesões sobre cicatrizes e locais onde ocorreram inflamações são mais propensas a metástases. Com a progressão da malignidade o tumor é classificado, em grau I (diferenciação maior que 75%), grau II (diferenciação maior que 50%), grau III (diferenciação maior que 25%) e grau IV (tumor altamente indiferenciado). O estadiamento pode ser feito através de exames como o PET-CT, biópsia linfonodal guiada pelo ultrassom e pesquisa de linfonodo sentinela. Majoritariamente os CEC's cutâneos não são metastáticos na época do diagnóstico, sendo assim o estadiamento é baseado nas características da lesão primária, já o estadiamento da lesão metastática é feito baseado na classificação TNM (HOFF, P. M. G et al, 2018). O tratamento também é feito assim como o basocelular, de acordo com tipo de lesão, lesões recentes e menores que 1 cm na pele podem ser tratadas com eletrocoagulação e curetagem, as maiores devem ser excisadas. A recomendação da margem cirúrgica para lesões de baixo risco no tronco e extremidades é de 4 mm. Para lesões maiores

que 2 cm com invasão do tecido subcutâneo e em localização de alto risco a margem cirúrgica recomendada é de 6 mm (RIVITTI, Evandro A. et al, 2014). A crioterapia pode ser utilizada para CEC in situ, já a cirurgia micrográfica de Mohs é realizada para carcinomas indiferenciados, mal diferenciados, acantolíticos, de células fusiformes e com invasão perineural e perivascular e em casos os quais a preservação do tecido torna-se necessária. As opções não cirúrgicas para tratar CEC cutâneo incluem: quimioterapia tópica (5FU), creme imiquimod a 5%, terapia fotodinâmica, radioterapia e quimioterapia sistêmica. O prognóstico do CEC é favorável em casos de diagnóstico precoce, mesmo assim os pacientes devem ser examinados a cada 6 a 12 meses, pacientes com tumores de alto risco necessitam de exame de pele e de linfonodos a cada 3 a 6 meses, pelo menos até 2 anos após o diagnóstico (HOFF, P. M. G et al, 2013).

O melanoma cutâneo tem aumentado sua incidência nos últimos anos, o diagnóstico precoce tem sido a estratégia de tratamento e prognóstico mais eficaz (VILANOVA CMA et. Al, 2010). Como os melanomas podem ocorrer em qualquer parte da pele, particularmente nas plantas e a face, e podem até atingir as mucosas, quando surgem pápulas ou nódulos irregulares pigmentados, deve ser realizada a biópsia dessas lesões para verificar possível invasão da derme. Além do critério ABCD (assimetria, bordas irregulares, coloração heterogênea, diâmetro superior a 6 mm), existem outros critérios de avaliação como: diâmetro maior que 1 cm, alteração no sensorio, forma de crescimento (velocidade), inflamação, e sangramentos locais. O diagnóstico definitivo é realizado através do exame histopatológico, a exérese da lesão suspeita com margens torna-se mais adequada a uma biópsia parcial, esta sendo restrita para casos os quais as lesões são muito grandes e necessitam de uma maior intervenção cirúrgica (RIVITTI, Evandro A. et. Al, 2014).

O estadiamento torna-se o conjunto de avaliações: da pele, das cadeias linfonodais e dos possíveis órgãos que ocorrem metástases. Para a classificação da espessura da lesão primária usa-se Breslow, pois esta apresenta maior reprodutibilidade e maior correlação com o prognóstico. A classificação de Clark avalia qualitativamente as lesões, baseando-se nos níveis de invasões. No entanto, para um estadiamento completo torna-se necessário avaliar linfonodos loco-regionais e possíveis metástases (hepáticas, pulmonares e no sistema nervoso central) (WAINSTEIN, Alberto JA. Et. Al, 2004). Nos estádios I e II, sem necessidade de pesquisa de linfonodo sentinela, considera-se realizar exames de tórax e ultrassonografia da cadeia linfonodal para pacientes com tumores primários avançados. Estádio III de baixo risco realiza-se tomografias de tórax e abdome e em risco intermediário ou alto além das tomografias de tórax e abdome, pode ser incluso pelve ou pescoço dependendo da localização do tumor

primário e ainda PET-CT, não deixando de lado a possibilidade de metástases no cérebro e para isso realizar ressonância magnética do crânio. Em estágio IV realiza-se tomografia de tórax, abdome e RNM do crânio, PET-CT em pacientes com potencial para ressecção cirúrgica, exames laboratoriais a ser incluso desidrogenase láctica e quando houver lesão suspeita deve-se considerar a possibilidade de biópsia para comprovação de lesão metastática (GERSHENWALD JE et. al, 2016).

Quando for feita a biópsia, é preferível já realizá-la de modo a ser excisional, com margens tridimensionais de 1 a 2 mm (HOFF, P. M. G et al, 2013). O tratamento do tumor primário é feito através da ampliação de margens, de acordo com a classificação de Breslow, este sendo in situ amplia-se 0,5 a 1 cm, até 1 mm retira-se 1 cm, de 1 mm a 2 mm de 1 a 2 cm e a partir de 2 mm ampliar 2 cm. Essa ampliação é tridimensional, deve-se remover o tecido subcutâneo até a fáscia muscular. No entanto, alguns critérios de acordo com a classificação de Breslow também envolvem fatores de piores prognósticos, como: ulceração, regressão e índice mitótico elevado; padrão de crescimento vertical; tipo clínico e histológico desmoplásico; localização em cabeça e pescoço, seguida de tronco e por último os membros. Já quando houver linfonodo suspeito ou de histologia comprovada torna-se necessário realizar linfadenectomia terapêutica (cervical, axilar ou ilioinguinal). Dessa forma as indicações para pesquisa de linfonodos sentinelas são: lesões primárias com espessura maior que 0,76 mm, lesões menores que 0,76 mm, mas associadas a fatores de pior prognóstico. Quando há presença de metástases tanto extra regionais quanto viscerais, o prognóstico torna-se pobre com menos de 10% de sobrevida em 5 anos, contudo o tratamento cirúrgico ainda é uma opção, desde que selecionado cautelosamente. A sobrevida em 5 anos é cerca de 20% em metástases pulmonares e 28 a 41% após ressecção completa de metástases gastrointestinais.

O tratamento da doença metastática tem um prognóstico ruim, com sobrevida média menor que 1 ano se doença não tratada. A pesquisa de mutação do gene BRAF (presente em casos de melanoma não-familiar) deve ser realizada, pois o tratamento será específico. Tanto a imunoterapia quanto as terapias-alvo, são inovações no tratamento do melanoma avançado. Sendo assim, na ausência do gene BRAF são usados imunoterápicos como: Nivolumabe, Pembrolizumabe, Ipilimumabe, no entanto na presença de mutação BRAF utilizam-se terapias-alvo como: Dobrafenibe em associação ao Trametinibe, Vemurafenibe associado ao Cobimetinibe, mas também são testados e usados os imunoterápicos citados acima (SCHACHTER J et.al, 2017). A radioterapia torna-se efetiva ao serem usadas doses altas de radiação, e ainda melhora da resposta quando são usadas hipertermia como coadjuvante, está indicada após a linfadenectomia quando há múltiplos linfonodos comprometidos, em especial

em região cervical e parotídea e nos casos de recidiva linfonodal (RIVITTI, Evandro A. et. al, 2014).

Por fim, mas não menos importante, a prevenção primária do câncer de pele torna-se essencial, principalmente em casos de predisposição genética, exposição solar ocupacional, cor de pele e fâneros claros, doenças imunossupressoras e queimaduras solares prévias. Sendo assim a fotoproteção prévia, ou seja, antes da exposição à luz solar torna-se a estratégia primária de proteção mais adotada pela população. Atualmente, existem evidências científicas as quais comprovam que o uso de alto FPS pode prevenir ceratoses actínicas, que são as lesões precursoras do carcinoma espinocelular. Outro fato importante a ser abordado, são as medidas comportamentais as quais deveriam ser adotadas pela população como: usar camisas de mangas longas ao ser feita exposição solar, usar boné, chapéus, guarda-sol; se possível utilizar óculos solar e evitar máxima exposição solar intensa entre 10 e 16 horas, devido a alta incidência de raios ultravioleta nesses horários. E como prevenção secundária, o diagnóstico precoce deve ser realizada, por esse motivo ao serem perceptíveis manchas na pele ou ainda mudança nas “pintas” já existentes, torna-se necessário procurar o médico especialista para que sejam feitos exames complementares e auxiliares no possível diagnóstico, como por exemplo, a dermatoscopia e o mapeamento da pele (COSTA, Caroline Sousa, 2012).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DELINEAMENTO DE PESQUISA**

Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, com análise dos prontuários e das fichas de atendimento ambulatoriais do Hospital Casa de Saúde, no período que compreendeu janeiro de 2017 a março de 2021. Foram revisadas as fichas de atendimento ambulatoriais dos pequenos procedimentos e posterior os prontuários dos pacientes submetidos aos procedimentos cirúrgicos no Hospital Casa de saúde, situado em Santa Maria/RS (FONTELLES, et.al 2009).

#### **3.2 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO**

A amostra incluiu todos os pacientes submetidos à exérese de tumores de pele, em que o procedimento ocorreu entre janeiro de 2017 a março de 2021. Levantamento realizado no setor de Estatística do Hospital Casa de Saúde mostrou que no ano de 2020 foram realizadas

156 exéreses de tumores de pele. Nessa pesquisa, obteve-se o total de 491 pacientes analisados, no decorrer de 4 anos, correspondentes aos dados estatísticos levantados. Foram excluídos aqueles tumores que após a análise anatomopatológica não foram malignos, além daqueles os quais os prontuários eletrônicos estiveram com ausência total de dados.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos através da consulta das fichas de atendimento ambulatoriais do Hospital Casa de saúde. Foram analisadas as seguintes variáveis: idade, gênero, cor de pele, profissão, diagnóstico anatomopatológico, comorbidades prévias e sítio acometido de cada um dos pacientes inclusos na amostra.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram inicialmente tabulados em um banco de dados com o uso do Microsoft Excel 2016. 3.4, os dados gerados a partir dos prontuários eletrônicos e armazenados na planilha do pesquisador foram analisados através da comparação da variável idade (quantitativa, contínua), de acordo com o sexo, utilizando o teste T-Student (comparação de duas médias), e para o tipo de tumor de pele (como eram 3 tipos) foi utilizada uma Anova. Na comparação das variáveis categóricas (qualitativas), segundo o sexo (Teste Exato de Fisher) e segundo o tipo de tumor (Teste do Qui-quadrado de Pearson).

### 3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Inicialmente o projeto de pesquisa foi enviado a COMIC do Hospital Casa de Saúde, foi aprovado e enviado para análise e aprovação do CEP da UFN (cadastrado através da Plataforma Brasil). A pesquisa somente teve início após parecer favorável à sua realização.

Ressalta-se que, por se tratar de pesquisa realizada a partir de prontuários clínicos, ou seja, análise de dados secundários, sem qualquer contato direto com os participantes, não há obrigatoriedade de apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como não são previstos riscos, exceto pela possibilidade de quebra de sigilo. Por esta razão, o pesquisador responsável se compromete ao cumprimento deste, através da assinatura do Termo de Confidencialidade, ressaltando que as informações coletadas serão mantidas de modo confidencial, e utilizadas, única e exclusivamente, para fins de execução da

pesquisa. Salienta-se, no entanto, que poderão ser divulgadas de forma totalmente anônima em trabalhos científicos, com o objetivo de contribuir para o maior conhecimento das lesões malignas de pele, beneficiando a população em geral. Os dados serão armazenados após a conclusão da pesquisa por um período de aproximadamente cinco anos e após, serão destruídos.

Quanto aos riscos relacionados a pesquisa, destaca-se que, por envolver coleta de dados em prontuários clínicos, apenas, sem contato direto com os pacientes envolvidos, não estão previstos riscos. Em relação aos benefícios, avaliar a epidemiologia de tumores de pele, no Hospital Casa de Saúde, traz benefícios a população local, pois através da análise epidemiológica poderão ser desenvolvidos projetos de prevenção aos tumores de pele para um público-alvo, além das intervenções já realizadas.

#### **4 RESULTADOS**

Foram analisados os prontuários eletrônicos de 491 pacientes os quais realizaram procedimentos cirúrgicos no Hospital Casa de Saúde, sob responsabilidade do ambulatório de pequenos procedimentos, de janeiro de 2017 a março de 2021, desses, foram excluídos todos aqueles pacientes com os prontuários eletrônicos incompletos, além daqueles que não possuíam lesões malignas de pele após o diagnóstico anatomopatológico. Ao total, 46 pacientes obtiveram o diagnóstico anatomopatológico de lesões malignas de pele e participaram da pesquisa, representantes de aproximadamente 10% dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, ou seja, a cada 10 pacientes operados um foi diagnosticado com neoplasia de pele.

Os dados gerados a partir dos prontuários eletrônicos e armazenados na planilha do pesquisador foram analisados através da comparação da variável idade (quantitativa, contínua), de acordo com o sexo, utilizando o teste T-Student (comparação de duas médias), e para o tipo de tumor de pele (como eram 3 tipos) foi utilizada uma Anova. Na comparação das variáveis categóricas (qualitativas), segundo o sexo (Teste Exato de Fisher) e segundo o tipo de tumor (Teste do Qui-quadrado de Pearson).

As características gerais dos pacientes analisados (Tabela 1), mostra-nos as variáveis analisadas e sua prevalência na população estudada. A idade média dos pacientes com tumores malignos de pele foi de 64 anos, com a prevalência, mesmo que pouca, do gênero masculino sob o feminino. A cor branca acometeu majoritariamente (97,8%) os pacientes analisados, assim como a principal procedência foi Santa Maria/RS. Sobre as profissões dos pacientes, a maioria estava com prontuário incompleto mas daqueles que informaram, os agricultores,

serventes de obras e os que trabalham em suas próprias residências obtiveram as maiores porcentagens. Apenas oito pacientes (17,4%) não tinham comorbidades prévias do total de quarenta e seis.

Tabela 1 – Características gerais dos pacientes estudados.

<b>Variáveis</b>	<b>Média ± dp</b>	<b>% (N=46)</b>
<b>Idade (anos)</b>	64 (±14,2)	
<b>Gênero</b>		
Masculino		56,5 (26)
Feminino		43,5 (20)
<b>Cor</b>		
Branco		97,8 (45)
Não branco		2,2 (1)
<b>Procedência</b>		-
Santa Maria		84,6 (39)
Itaara		2,2 (1)
Agudo		2,2 (1)
São Pedro do Sul		2,2 (1)
Mata		4,4 (2)
Júlio de Castilhos		4,4 (2)
<b>Profissão</b>		
Do lar		17,4 (8)
Agricultor/Aplica pesticidas em lavoura		13 (6)
Servente de obras		8,8 (4)
Mecânico		4,4 (2)
Carpinteiro		2,2 (1)
Costureira		2,2 (1)
Funcionária Pública		2,2 (1)
Caminhoneiro		2,2 (1)

Recepcionista	2,2 (1)
Corretora de imóveis	2,2 (1)
Não informado	43,2 (19)

### **Presença de comorbidades**

Uma	43,5 (20)
Duas ou mais	39,1 (18)
Ausência de comorbidades	17,4 (8)

As principais comorbidades descritas (Tabela 2) foram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e tabagismo (65,8%, 23,7% e 23,7% respectivamente), sendo que trinta e oito pacientes possuíam doenças prévias, e desses, dezoito pacientes com mais de duas. Quando analisadas patologias que acometem o tecido cutâneo, a psoríase esteve presente em um paciente e outros tumores prévios, neles inclusos: pele, mama e cólon, contabilizaram ao total três pacientes.

Tabela 2 – Principais comorbidades nos pacientes estudados

<b>Comorbidades</b>	<b>% (N=38)</b>
Hipertensão Arterial Sistêmica	65,8 (25)
Diabetes Mellitus	23,7 (9)
Obesidade	2,6 (1)
Tabagismo	23,7 (9)
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	5,3 (2)
Doença Cardíaca (Valvulopatias, Arritmias)	5,3 (2)
Depressão	10,5 (4)
Câncer pregresso (pele, mama, cólon)	7,9 (3)
Psoríase	2,6 (1)
Fibromialgia	2,6 (1)
Hipotireoidismo	2,6 (1)
TAG	2,6 (1)

Transtorno de Personalidade

2,6 (1)

---

Obs: 18 pacientes com mais de duas comorbidades.

O diagnóstico anatomopatológico (Tabela 3) dos pacientes estudados foram proporcionalmente semelhantes a maioria dos estudos epidemiológicos sobre tumores de pele. Os carcinomas basocelulares obtiveram, nesse estudo, o predomínio das lesões acometendo 30 pacientes (65,2%), sendo 2 ulcerados (6,7%). Ademais, suas principais localizações foram: cabeça/face e tronco anterior/posterior (Tabela 4). Já os carcinomas espinocelulares (CEC) estiveram um pouco acima da média nacional (15%) (INCA,2020), pois totalizaram 13 casos (28,3%), localizados em cabeça/face, tronco anterior/posterior e membros inferiores, na maioria (Tabela 4). Os tumores de pele melanômicos estiverem presentes em 3 casos (6,5%), 2 deles em membros inferiores e o restante em tronco anterior/posterior (Tabela 6).

Tabela 3 – Diagnóstico anatomo-patológico das lesões de pele, nos pacientes estudados

---

<b>Anátomo-patológico das lesões</b>	<b>% (N=46)</b>
Carcinoma Basocelular	65,2 (30)
Carcinoma Basocelular ulcerado	6,7 (2)
Carcinoma Espinocelular	28,3 (13)
Melanoma	6,5 (3)

---

Tabela 4 – Localização das lesões de pele nos pacientes estudados

---

<b>Localização das lesões</b>	<b>% (N=46)</b>
Cabeça/Face	47,8 (22)
Tronco anterior/posterior	39,1 (18)
Membros superiores	15,2 (7)
Membros inferiores	13 (6)

---

Obs: 7 pacientes com lesões em dois sítios ou mais.

Tabela 6 – Variáveis analisadas, segundo o resultado anatomo-patológico das lesões de pele.

---

<b>Variáveis</b>	<b>Anátomo-patologia das lesões de pele</b>
------------------	---

---

	<b>CBC (N=30)</b>	<b>CEC (N=13)</b>	<b>Melanoma (N=3)</b>	<b>p</b>
<b>Idade (anos)</b>	63 (±14,8)	68,4 (±11,6)	55,3 (±17,9)	0,02
<b>Gênero (%)</b>				0,826
Masculino	61,5 (16)	30,8 (8)	7,7 (2)	
Feminino	70 (14)	25 (5)	5 (1)	
<b>Cor (%)</b>				0,761
Branco	64,4 (29)	28,9 (13)	6,7 (3)	
Não branco	100 (1)	-	-	
<b>Procedência (%)</b>				0,745
Santa Maria	64,1 (25)	28,2 (11)	7,7 (3)	
Outra cidade	71,4 (5)	28,6 (2)	-	
<b>Profissão (%)</b>				0,342
Maior exposição solar	80 (8)	20 (2)	-	
Menor exposição solar	70,6 (12)	17,6 (3)	11,8 (2)	
Não informado	52,6 (10)	42,1 (8)	5,3 (1)	
<b>Comorbidades (%)</b>				0,066
Presente	50 (4)	25 (2)	25 (2)	
Ausente	68,4 (26)	28,9 (11)	2,7 (1)	
<b>Sítio da lesão (%)</b>				0,056
Cabeça/Face	78,9 (15)	21,1 (4)	-	
Tronco anterior/posterior	64,7 (11)	29,4 (5)	5,9 (1)	
Membros superiores	75 (3)	25 (1)	-	
Membros inferiores	16,7 (1)	50 (3)	33,3 (2)	

Legenda: CBC: carcinoma basocelular; CEC: carcinoma espinho-celular

Profissão:

1. Maior exposição: Servente obras/agricultor/aplica pesticidas lavoura
2. Menor exposição: as demais

Ao ser feita a análise dos pacientes conforme o gênero: o masculino obteve a idade

média de 67 anos enquanto o feminino 59 anos. Praticamente a totalidades dos casos possuíam a cor branca, apenas um caso masculino de cor não branca. Quando informadas as profissões, pode ser concluído, que o sexo masculino com maior número de casos recebe maior exposição solar, enquanto o sexo feminino a menor exposição solar. Além disso, o sexo masculino maior ausência de comorbidades em relação ao feminino. E, por fim, o sexo masculino em comparação com os três diagnósticos anatomopatológicos analisados, sempre obtiveram maior número de casos que as mulheres.

Tabela 5 – Variáveis analisadas, segundo o gênero dos pacientes estudados.

Variáveis	Gênero		p
	Masculino (N=26)	Feminino (N=20)	
<b>Idade (anos)</b>	67,4 (±13,2)	59,6 (±14,7)	0,033
<b>Cor (%)</b>			0,56
Branco	55,6 (25)	44,4 (20)	
Não branco	100 (1)	-	
<b>Procedência (%)</b>			0,020
Santa Maria	64,1 (25)	35,9 (14)	
Outra cidade	14,3 (1)	85,7 (6)	
<b>Profissão (%)</b>			0,042
Maior exposição solar	90 (9)	10 (1)	
Menor exposição solar	41,2 (7)	58,8 (10)	
Não informado	52,6 (10)	47,4 (9)	
<b>Comorbidades (%)</b>			0,51
Ausente	62,5 (5)	37,5 (3)	
Presente	55,3 (21)	44,7 (17)	
<b>Anatomo-patológico da lesão (%)</b>			0,89
Carcinoma basocelular	53,3 (16)	46,7 (14)	
Carcinoma espinocelular	61,5 (8)	38,5 (5)	

Melanoma	66,7 (2)	33,3 (1)	
<b>Sítio da lesão</b>			1,00
Cabeça/Face	57,9 (11)	42,1 (8)	
Tronco anterior/posterior	58,8 (10)	41,2 (7)	
Membros superiores	50 (2)	50 (2)	
Membros inferiores	50 (3)	50 (3)	

---

## 5 DISCUSSÃO

A idade média dos pacientes analisados na pesquisa foi de 64 anos, sendo 67 anos para o sexo masculino e 59 anos para o sexo feminino, considerando a alta prevalência dos tumores de pele não melanômicos, os quais, segundo Simoneti et. al (2016) possuem idade superior a 60 anos, e não isolando a comparação em tumores melanômicos, os resultados dessa pesquisa corroboram com os estudos anteriores nesse tema. Ou seja, evidencia-se a importância de uma investigação semiológica dos tumores de pele nos pacientes com idade superior a 60 anos, pois pelos dados obtidos nessa pesquisa a cada 10 pacientes operados 1 possuía neoplasia de pele.

Quase a totalidade desse estudo, foi com pacientes de pele branca (97,8%), fato que confirma a alta incidência de tumores cutâneos em pele clara (HOFF, P. M. G. et al, 2018). O sexo feminino resultou em menor exposição solar, pois a maior exposição solar foi considerada para serventes de obras e agricultores/aplica pesticidas em lavoura, nesse caso 58,8% das pacientes com pouca exposição solar tiveram câncer de pele em comparação ao sexo masculino que obteve 41,2% dos casos com pouca exposição ao sol. O sexo masculino obteve 90% da maior exposição solar ao sexo feminino com 10%. Torna-se válido ressaltar que 43,2% do total de pacientes não tinham sua profissão informada em prontuário eletrônico, não sendo passível de análise. Ao considerar esse fato, percebe-se que o maior número de tumores de pele não está relacionado com a exposição solar, nesse estudo, pois 15 pacientes com tumores de pele não melanômicos faziam parte do grupo de menor exposição solar, em comparação a 10 pacientes com maior exposição solar, desse modo, não ratifica a maioria dos estudos prévios, já que segundo Broetto, et.al (2012), a exposição crônica a raios solares foi descrita como a principal causa de CEC e CBC. Ficam os questionamentos: a falta de informações dos prontuários eletrônicos corroboraram para a alteração desses resultados; Ou então, o grupo de trabalhadores

do lar deveria estar incluso na maior exposição solar; Ou ainda, o grupo selecionado como maior exposição solar realizava algum tipo de fator protetivo a pele;

Segundo Hoff, P.M.G et. al (2018), o tabagismo aumenta o risco de aparecimento tardio de CBC, assim como a radioterapia, a fototerapia e a exposição crônica a arsênio, contudo outras comorbidades crônicas não estão descritas em seus estudos. Úlceras crônicas e cicatrizes são mais comuns o aparecimento de CEC. Na pesquisa acima, 43,5% dos pacientes analisados tinham uma doença crônica prévia e 39,1% tinham duas ou mais, ao considerar que apenas 17,8% dos pacientes não obtinham nenhuma comorbidade, foi imprescindível analisar quais as principais doenças associadas, foram elas: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus e Tabagismo. O sexo masculino resultou em 55,3% de presença de comorbidades enquanto o feminino 44,7%, na comparação de ausência de comorbidades o sexo masculino representou 62,5% enquanto o feminino 37,5%. A hipertensão arterial sistêmica atinge um quarto da população brasileira adulta (Malta, Deborah Carvalho et al, 2018), desse modo, a população do estudo sendo formada em sua totalidade por adultos, corrobora com os parâmetros nacionais de hipertensão arterial sistêmica, mesmo que esta não tenha associações com tumores de pele malignos como fator causal. A prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil é de 7,5% (Flor, Luisa Sorio e Campos, Monica Rodrigues,2017), em comparação aos resultados desse estudo que foram de 23,7%. No entanto, em vários estudos populacionais epidemiológicos, a alta associação de Hipertensão Arterial Sistêmica ao DM está descrita. Por outro lado, a única comorbidade associada ao CBC, antes descrita por estudos de tumores de pele malignos, é o tabagismo, e assim, ficam os questionamentos sobre a HAS e o DM, pois devido à alta prevalência na população brasileira, eles poderiam ter alguma associação ao tumores malignos de pele, ou seus altos índices apenas estariam associados a faixa etária de acometimento dessa população.

Segundo do Instituto Nacional do Câncer (2020), o melanoma corresponde a 3% das neoplasias malignas de pele, nos pacientes dessa pesquisa os resultados foram maiores, proporcionalmente, pois foram de 6,5% o que corresponde a 3 pacientes do total de 46 analisados. Embora o número total de pacientes não seja relevante para mais afirmações, a porcentagem de melanoma desse estudo correspondeu ao dobro da média nacional. Dessa forma, torna-se importante fomentar estudos os quais tenham uma amostra populacional maior, para que seja analisada a prevalência de tumores de pele melanômicos na população local. As localizações dos tumores melanômicos nesse estudo foram 1 caso tronco anterior/posterior e 2 casos em membros inferiores, desse modo indagar a localização de melanomas também é de extrema relevância, a análise do corpo como um todo seria ideal para mais resultados. Contudo,

a quantidade de pacientes dessa pesquisa não pode ser comparada com os dados nacionais do INCA, mas é sabido que a quantidade de melanomas está aumentando. Já o Carcinoma Basocelular é responsável por 70% das neoplasias malignas cutâneas, representados nesse estudo por 32 pacientes (69,5%), resultados compatíveis com a média nacional (INCA,2020). Os casos de CEC foram no total de 13 (28,3%), um pouco acima dos valores descritos em artigos anteriores, os quais corresponderam 15% dos tumores malignos de pele (PRATI; Silva, 2018).

Os tumores de pele não melanômicos são responsáveis por acometerem áreas de exposição à radiação ultravioleta (HOFF, P. M. G et al, 2018), os resultados desse estudo mostraram que 18 pacientes (39,1%) tiveram o acometimento de tronco, área a qual tem menos exposição solar. Os 28 pacientes restantes tiveram acometimento em cabeça/face e em membros superiores e inferiores, também é válido ressaltar que 7 pacientes tiveram lesões malignas em mais de uma região corporal. Desse modo, o maior número de câncer de pele estão em zonas corpóreas de maior exposição solar, fato que ratifica os estudos e publicações citados anteriormente. Por esse motivo, a prevenção primária torna-se essencial, como o uso de alto FPS e medidas comportamentais: usar camisas de mangas longas ao ser feita exposição solar, usar boné, chapéus, guarda-sol; se possível utilizar óculos solar e evitar máxima exposição solar intensa entre 10 e 16 horas, devido a alta incidência de raios ultravioleta nesses horários (COSTA, Caroline Sousa, 2012). Esse estudo não foram obtidas localizações de pele específicas, pela grande variabilidade topográfica dessa patologia, assim optando-se por realizar a localização por segmentos: face, tronco, membro (RIVITTI, Evandro A. et. Al, 2014).

Os tumores de pele melanômicos acometem de forma igualitária o sexo feminino e o masculino, já os tumores de pele não melanômicos acometem mais o sexo feminino (INCA,2020), os resultados obtidos nesse estudo foram diferentes dos nacionais, pois de forma geral o sexo masculino foi mais acometido por tumores malignos cutâneos com 26 casos, enquanto o sexo feminino com um total de 20 pacientes. Os casos de melanomas mesmo que poucos, o maior número (2 pacientes) é do sexo masculino e o restante (1 paciente) do sexo feminino. Sobre os tumores não melanômicos, foram descritos 16 casos de carcinomas basocelulares (53,3%) em homens e 14 casos em mulheres (46,7%), já os carcinomas espinocelulares resultaram em 8 casos para o sexo masculino (61,5%) e 5 casos para o feminino (38,5%).

Por fim, embora o município de Santa Maria tenha a abrangência de 32 municípios, a qual compreende a 4ª Coordenadoria Regional de saúde, apenas outros 5 municípios encaminharam seus pacientes para a exérese de tumor cutâneo no Hospital Casa de Saúde, eles

são: Itaara (1 caso), Agudo (1 caso), Júlio de Castilhos (2 casos), São Pedro do sul (1 caso) e Mata (2 casos). Os outros 39 pacientes restantes são residentes do município de Santa Maria. Os questionamentos abrangem contextos relacionados a saúde pública, pois esse estudo não tem como avaliar a prevalência em outras cidades devido ao baixo número de pacientes analisados. As consultas e encaminhamentos estariam sendo dissipadas para outros hospitais locais, o número de casos de tumores de pele em outras cidades é reduzido, ou talvez Santa Maria receba um alto índice de radiação ultravioleta; ou ainda, a falta de diagnóstico e acompanhamentos estaria subestimando o número de casos em outras cidades;

## **6 CONCLUSÃO**

Com resultados dessa pesquisa, pode ser concluído que a faixa etária dos pacientes analisados está em concordância com os resultados nacionais e pesquisas anteriores. Além da concordância da faixa etária, a cor da pele branca a qual foi praticamente a totalidade dos casos, também confirma a revisão bibliográfica do estudo. Também é importante ressaltar a maior prevalência de casos na população maior de 60 anos, dessa forma a investigação semiológica cutânea nesses pacientes torna-se essencial, ao serem considerados os resultados dessa pesquisa que a cada 10 pacientes operados 1 obteve o diagnóstico anatomopatológico de câncer de pele.

Embora 43,2% dos pacientes não tiveram sua profissão informada, o maior número de tumores de pele não foi relacionado com a maior exposição solar, resultado que não mostrou conformidade com os estudos anteriores, mesmo que o grupo escolhido para alta exposição solar tenham sido serventes de obras, agricultores e profissionais que aplicam pesticidas em lavouras.

A associação de comorbidades crônicas prévias e câncer de pele foi bastante associada ao tabagismo em estudos anteriores. Já os resultados desse estudo mostraram outras doenças associadas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, além do tabagismo que foi representado por um total de 9 casos dos 46 analisados.

O diagnóstico anatomopatológico, mostrou a prevalência dos carcinomas basocelulares em comparação aos carcinomas espinocelulares e os melanomas. O resultado dos CBC, foram correspondentes aos valores nacionais, pois nesse estudo foram um total de 32 casos (69,5%), sendo a média nacional de 70% (INCA,2020). Enquanto os carcinomas espinocelulares resultaram valores acima dos citados em artigos anteriores, estes sendo aproximadamente 15% dos tumores malignos de pele, no estudo acima obteve-se 28,3% dos casos. Já os melanomas estão descritos como 3% das neoplasias malignas de pele, nesse estudo

resultaram em 6,5% (com um n=3), correspondentes ao dobro da média nacional, ressaltando a importância de estudos com um número maior de pacientes para que esses dados sejam comparados de forma fidedigna a média nacional.

Quando analisadas as localizações dos tumores de pele, o maior número de câncer de pele foi analisado em áreas mais expostas ao sol, fato que ratifica a importância da prevenção primária e o uso de FPS alto além das medidas comportamentais. Também pode ser concluído que nesse estudo o sexo masculino foi mais acometido por tumores malignos cutâneos, diferente dos resultados nacionais que ressaltavam o sexo feminino como o mais acometido nos tumores não melanômicos, e nos melanômicos a igualdade de acometimento entre os sexos.

Para finalizar, embora Santa Maria receba pacientes de 32 municípios, apenas 5 cidades participaram do estudo com 7 casos de neoplasias cutâneas do total de 46 analisados.

Através dos resultados obtidos sugere-se maiores estudos com maiores amostras populacionais para melhor avaliação dos fatores de risco relacionados a essa patologia, frente aos achados como a alta incidência de melanoma comparada as médias nacionais.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, E. M. T. **Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil:** Instituto Nacional de Câncer (INCA). Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51,3, p. 267-275, dez./2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de câncer: Câncer de pele não melanoma.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma> . Rio de Janeiro: INCA; 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de câncer: Câncer de pele melanoma.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma>. Rio de Janeiro: INCA; 2020
- BROETTO, Júlia; FREITAS, José Octávio de Gonçalves. **Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga.** Revista brasileira de Cirurgia Plástica. Rev Bras Cir Plást. 2012;27(4):527-30
- COSTA, Caroline Sousa. **Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção.** Revista Diagnóstico & Tratamento: UNIFESP, 05/2012
- FERRARI, Nelson Marcos; MULLER, Helena. **Cutaneous melanoma: descriptive epidemiological study: Dermatology Service, Melanoma Unit, Irmandade da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, Brazil.** Associação Paulista de Medicina. São Paulo Med J. 2008;126(1):41-7.
- FLOR, Luisa Sorio e Campos, Monica Rodrigues. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional.** Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2017, v. 20, n. 01, pp. 16-29. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980->
- FONTELLES, M.J *et al.* **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa.** Revista Paraense de Medicina, v. 23, n. 3, 2009.
- GERSHENWALD, J. E, Scoyler RA, Hess KR et al. **AJCC Cancer Staging Manual.** 8th Edition, 2016.
- HOFF, P. M. G. et al. **Manual de condutas em oncologia.** 3. ed. [S.l.]: Editora Atheneu, 2018.
- HOFF, P. M. G et al. **Tratado de oncologia.** Editora Atheneu, 2013.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. **Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde.** Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2018, v. 21, suppl 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>>.

PRATI, wesley joventino; SILVA, f. c. d; . **Levantamento demográfico e epidemiológico do câncer de pele no estado de Rondônia**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research: BJSCR, MASTER EDITORA, v. 24, n. 1, p. 13-16, nov/2018.

RIVITTI, Evandro A.; **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti**. 1. ed. São Paulo : Editora Artes Médicas Ltda., 2014. p. 525-530.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Rouquayrol - Epidemiologia e saúde**. 8. ed. [S.l.]: MedBook, 2018.

SCHACHTER, J. RIBAS, A. LONG, G. V. et.al. **Pembrolizumab versus ipilimumab for advanced melanoma: final overall survivor results of a multicentre, randomised, open-label phase 3 study** (KEYNOTE-006). Lancet. 2017; 392 (10105): 1853-1862.

SIMONETI, Fernanda; CUNHA, Larrissa Olm. **Perfil epidemiológico de pacientes com tumores cutâneos malignos atendidos em ambulatório de cirurgia plástica de serviço secundário no interior de São Paulo**. Revista da Faculdade de Ciências médicas de Sorocaba 2016;18(2):98-102.

VILANOVA, C. M. A. et al. **Epidemiological and histopathological profile of cutaneous melanoma at a center in northeastern Brazil from 2000 to 2010**. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 88, n. 4, p. 545-553, 2013.

WAINSTEIN, Alberto JA; BELFORT, Francisco A. **Conduta para o melanoma cutâneo**. Rev. Col. Bras. Cir. Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, pág. 204-214, junho de 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010069912004000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010069912004000300011&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 01 de dezembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912004000300011> .

## Apêndice A – Instrumento para coleta de dados

1 – Dados do paciente:

Número: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Cor da pele: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Municípios/distritos de origem: \_\_\_\_\_

Comorbidade(s) prévias: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s) anatomopatológico: \_\_\_\_\_

Sítio acometido: \_\_\_\_\_

## Apêndice B – Parecer substanciado do CEP



UNIVERSIDADE  
FRANCISCANA



Continuação do Parecer: 4.733.985

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1719885.pdf	12/05/2021 22:30:52		Aceito
Outros	cartarespostaoCEP.docx	12/05/2021 22:30:21	STHEFANI JARDIM VICOGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TFG1FORMATADOenvio12052021.pdf	12/05/2021 22:29:00	STHEFANI JARDIM VICOGA	Aceito
Cronograma	Cronogramamalo.pdf	03/05/2021 19:40:22	STHEFANI JARDIM VICOGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.jpg	12/04/2021 20:44:38	STHEFANI JARDIM VICOGA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_comic.pdf	12/04/2021 19:05:48	STHEFANI JARDIM VICOGA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/03/2021 17:13:24	STHEFANI JARDIM VICOGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 25 de Maio de 2021

---

Assinado por:  
Alethéa Peters Bajotto  
(Coordenador(a))

Endereço: R. dos Andradas, 1514 - Prédio da Reitoria - Campus I - 5ª andar  
Bairro: Centro CEP: 97.010-032  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (51)3225-1200 Fax: (51)3225-5484 E-mail: cep@ufn.edu.br

## Apêndice C – Termo de confidencialidade do pesquisador

### ANEXO A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Um estudo epidemiológico sobre tumores de pele em Hospital Casa de Saúde no período de janeiro de 2017 à dezembro de 2019.

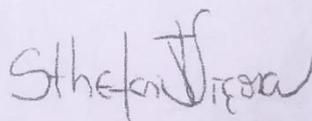
Pesquisador responsável: Orientador – Prof. Dr, Dener Tambara Girardon e aluna orientada – Sthefani Jardim Viçosa

Instituição/departamento: Universidade Franciscana

Telefone para contato: (55) 996716735 (aluna – Sthefani) (55) 999449876 (professor – Dener)

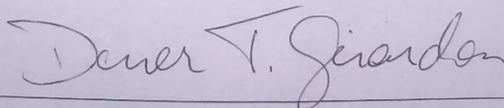
Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio da revisão de prontuários no HCS. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, únicas exclusivamente, para execução do presente projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no HCS, por um período de 6 meses, o qual será o tempo utilizado para realização da pesquisa, sob a responsabilidade do Professor Dener Tambara Girardon. Após esse período os dados não serão mais utilizados.



---

Sthefani Jardim Viçosa  
Acadêmica de Medicina



---

Prof.MD. Dener Tambara Girardon  
Orientador