

# **“Incidência e epidemiologia do câncer de pele em Cuiabá”**

**Pesquisador responsável**

Profa. Dra. Rosa Maria Elias

**Pesquisadores colaboradores**

Daniely Cristina Araújo Carvalho

Kathilc Kassia Prado de Souza

## **RESUMO**

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) registra, a cada ano, 135 mil novos casos e o câncer da pele responde por 25% de todos os diagnósticos de câncer no Brasil. Entre os fatores de risco que contribuem para a gênese das lesões de pele, fatores genéticos, etnia, tempo de exposição da pele, idade, história familiar de câncer da pele e quantidade de radiação ultravioleta (UV). A doença é provocada pelo crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele e a radiação ultravioleta é a principal responsável pelo seu desenvolvimento. Metodologia: Trata-se de um estudo observacional, descritivo com corte transversal. Os dados foram coletados a partir de prontuários médicos de pacientes com um histórico de câncer de pele tratadas no ITC em Cuiabá-MT. Dentre as variáveis, foram selecionadas informações como idade, tipos de pele, etnia, diagnósticos anteriores, estadiamento e tipo de tratamento sugerido durante o período. Foram observadas as alterações epiteliais classificadas como maligna e benigna, como melanoma e não melanoma. Os dados foram sumarizados em tabelas e gráficos conforme as variáveis categóricas de interesse para a descrição do perfil epidemiológico dos pacientes.

**Palavras-chave:** Neoplasias Cutâneas; Epidemiologia; Índice.

## **ABSTRACT**

The National Cancer Institute (INCA) registers 135,000 new cases each year and skin cancer accounts for 25% of all cancer diagnoses in Brazil. Among the risk factors that contribute to the genesis of skin lesions, genetic factors, ethnicity, skin exposure time, age, family history of skin cancer and amount of ultraviolet (UV) radiation. The disease is caused by abnormal and uncontrolled growth of the cells that make up the skin and ultraviolet radiation is primarily responsible for its development. Methodology: This is an observational, descriptive cross-sectional study. Data were collected from medical records of patients with a history of skin cancer treated at the ITC in Cuiabá-MT. Among the variables, information was selected such as age, skin types, ethnicity, previous diagnoses, staging and type of treatment suggested during the period. Epithelial changes classified as malignant and benign, such as melanoma and non-melanoma, were observed. The data were summarized in tables and graphs according to the categorical variables of interest for the description of the epidemiological profile of the patients.

**Keywords:** Cutaneous Neoplasms; Epidemiology; Index.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>04</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>06</b>
2.1 GERAL	06
2.2 ESPECÍFICOS	06
<b>3. METODOLOGIA DA PESQUISA</b>	<b>07</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>08</b>
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>13</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>14</b>

# 1. INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil. No Mato Grosso, a prevalência de câncer de pele não melanoma é ainda maior que os demais tipos de câncer (BRASIL, 2014).

A radiação ultravioleta é a principal responsável pelo desenvolvimento de tumores cutâneos, e a maioria dos casos está associada à exposição excessiva ao sol ou ao uso de câmaras de bronzamento. A radiação ultravioleta é proveniente do sol, lâmpadas e câmaras de bronzamento artificial, e está presente mesmo em clima frio ou dias nublados. O câncer de pele é mais comum em pessoas com idade mais avançada, acima de 40 anos, sendo relativamente raros entre crianças e negros, com exceção daqueles já portadores de doenças cutâneas anteriores (SGARBI; CARMO; ROSA, et al 2007). Pessoas de pele clara, sensível à ação dos raios solares, ou com doenças cutâneas prévias são as principais vítimas. O risco de desenvolver câncer de pele está relacionado à exposição frequente à radiação ultravioleta ao longo da vida. Por isso, a maioria dos casos de câncer de pele aparece depois dos 50 anos de idade, entretanto regiões de maior exposição de raios UV, podem apresentar uma incidência aumentada em indivíduos com idade mais precoce (CEBALLOS et al., 2014).

A luz ultravioleta é uma radiação invisível do sol que pode danificar o DNA, podendo dar origem a mutações gênicas, além de exercer um efeito supressor no sistema imune cutâneo. Portanto, a exposição excessiva à luz ultravioleta pode danificar o DNA nas células da pele e aumentar o risco da pessoa ao câncer de pele tanto do tipo melanoma, quanto o não-melanoma. O dano ao DNA é uma das formas pelas quais a célula perde controle sobre o crescimento e se tornar cancerosa. Entretanto, mutações no DNA também podem ser herdadas. (KOIFMAN; HATAGIMA, et al 2003). A utilização de foto protetor como forma efetiva de proteção tem sido amplamente discutida na literatura, sendo recomendada para prevenção de todas as neoplasias da pele. (URSI; GAVÃO, et al 2006). Pessoas de pele clara e de idade mais avançada também fazem parte do grupo de risco, principalmente quando se trata de índice de câncer de pele. Além disso, indivíduos com histórico familiar de câncer de pele também estão mais susceptíveis (POPIM et al., 2008).

Os jovens, em particular, constituem um grupo vulnerável à exposição solar inadequada, seja pela influência de fatores estéticos, seja pela maior atividade física ao

ar livre (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, et al 2001). A exposição das células à radiação ultravioleta provoca o crescimento anormal e descontrolado das células que compõem a pele. Estas células se dispõem formando camadas e, de acordo com a camada afetada, é possível definir qual é o tipo de câncer de pele (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, et al 2008). Os tipos mais comuns de câncer de pele não melanoma são os carcinomas basocelulares e os espinocelulares (SOUSA COSTA, et al 2012). O câncer de pele não melanoma é o câncer mais frequente no Brasil e corresponde a 25% de todos os tumores benignos registrados no país. Apresenta altos percentuais de cura, se for detectado precocemente. Entre os tumores de pele, o tipo não-melanoma é o de maior incidência e mais baixa mortalidade (BRASIL, et al 2014).

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou para 2016, 80.850 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e 94.910 em mulheres. No Mato Grosso a expectativa era de 2.530 casos não melanoma em homens e 1.590 em mulheres. Já para o câncer melanoma, que é considerado o mais agressivo, a perspectiva era de 30 casos novos em homens e 20 em mulheres (BRASIL, et al 2014).

Mais raro e letal que os carcinomas, o melanoma cutâneo é um tipo de câncer de pele que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina, substância que determina a cor da pele) e tem predominância em adultos brancos (DE SOUZA et al., 2011). O melanoma representa apenas 3% das neoplasias malignas, e é considerado mais grave e agressivo, devido à sua alta possibilidade de metástase. A estimativa de novos casos em 2016 foi de 5.670, sendo 3.000 homens e 2.670 mulheres, segundo o INCA. (BRASIL, et al 2014).

Se o prognóstico desse tipo de câncer pode ser considerado bom, se detectado nos estádios iniciais, deve ser trabalhada a divulgação científica e geral sobre critérios de diagnósticos precoces, casos suspeitos e os fatores de risco. Nos últimos anos, houve uma grande melhora na sobrevida dos pacientes com melanoma, principalmente devido à detecção precoce do tumor (WAINSTEIN; BELFORT, et al 2004).

Sendo assim, realizamos um levantamento de dados de pacientes com câncer de pele, selecionando os tipos mais prevalentes na clínica do Instituto de Tumores e Cuidados Paliativos (ITC), em Cuiabá-MT. Desta forma, esperamos que os nossos resultados possam contribuir com informações para sociedade, alertando a mesma sobre os fatores de riscos (idade avançada e sexo masculino) motivando as medidas de políticas de saúde, e sensibilizando a população sobre o assunto de grande importância, mas muitas vezes ignorado, o câncer de pele melanoma e não melanoma.

## **2 . OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Descrever o perfil dos pacientes que apresentaram diagnóstico de câncer de pele registrado no Instituto de Tumores e Cuidados Paliativos (ITC), em Cuiabá-MT nos período de 2013-2016, segundo variáveis selecionadas.

### **2.2 ESPECÍFICO**

(1) Descrever o perfil sociodemográfico como tipos de câncer, tipos de pele, idade e sexo.

(2) Identificar os tipos de câncer de pele mais prevalentes, o índice da porcentagem nos gêneros do sexo e idade dos pacientes.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo com corte transversal. Os dados foram coletados a partir de prontuários médicos de pacientes com um histórico de câncer de pele tratado no Instituto de Tumores e Cuidados Paliativos (ITC), em Cuiabá-MT, no período de janeiro de 2013 até dezembro de 2016. Os prontuários dos pacientes foram selecionados de acordo com os termos de inclusão e subdivididos de acordo com os critérios de classificação da lesão.

Dentre as variáveis, foram selecionadas informações como idade, tipos de pele, e sexo dos pacientes. E observadas as alterações epiteliais classificadas como maligna e benigna, como melanoma e não-melanoma. A associação entre as variáveis descritoras de interesse foi abordada com tabelas e gráficos.

Foram selecionados para este estudo, apenas pacientes com diagnóstico médico confirmado e histopatológico de câncer de pele melanoma e não melanomas atendidos no ITC em Cuiabá-MT.

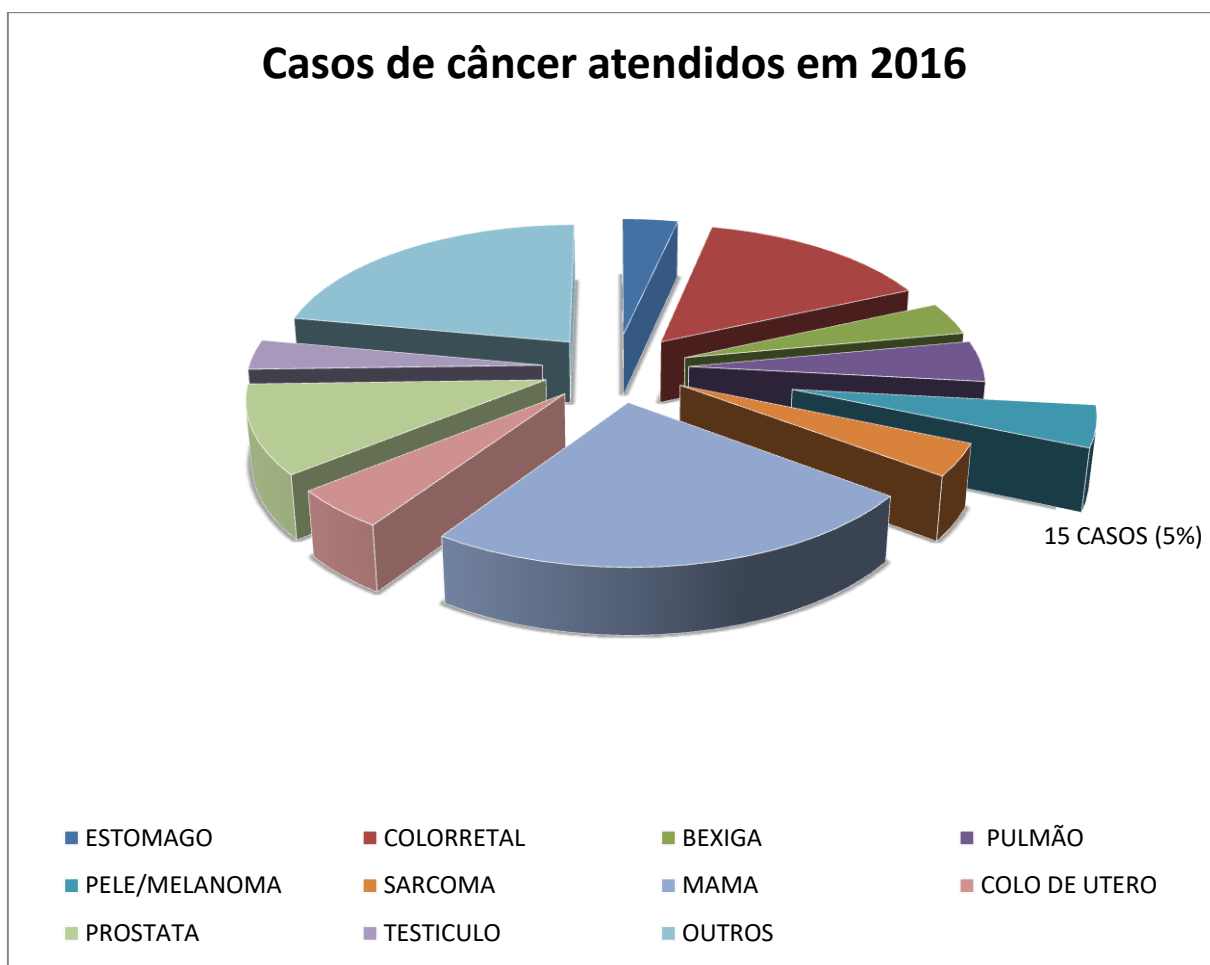
As variáveis avaliadas neste estudo foram coletadas, tabuladas e processados pelo Excel for Windows® para análise estatística descritiva. Sendo apresentados mediante distribuição das variáveis já citadas por gráficos e tabelas.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apresentados no gráfico 1, mostram que o diagnóstico de câncer de pele representa 5% (15 casos) de todos os tipos de câncer diagnosticados no ITC, no ano de 2016.

Segundo a distribuição dos tipos de câncer mais prevalentes diagnosticados em 2016, o perfil verificado coincide com outros estudos em que os casos por câncer de mama (24%), colón de reto (15%) e próstata (10%) são os que apresentam maiores registros. Já o câncer de pele apresentou 5% (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2008).

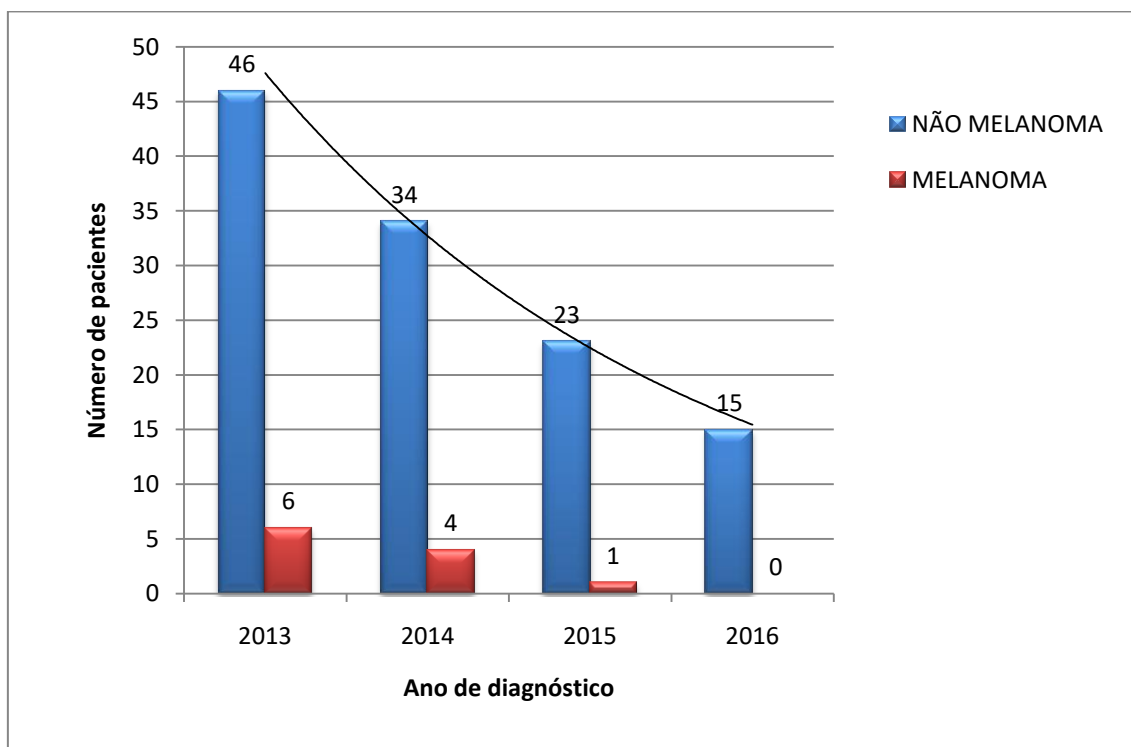
O perfil epidemiológico dos casos por diversos tipos de câncer em Cuiabá – MT é semelhante ao do Brasil, pois a maioria dos tipos apresentados resulta de câncer de pulmão, seguidos de mama, cólon e próstata, em que os mais acometidos são de sexo masculino e de faixa etária mais avançada (BRASIL, et al 2014).



**Gráfico 1-** Distribuição dos tipos mais comuns de câncer mais prevalentes diagnosticados em 2016.

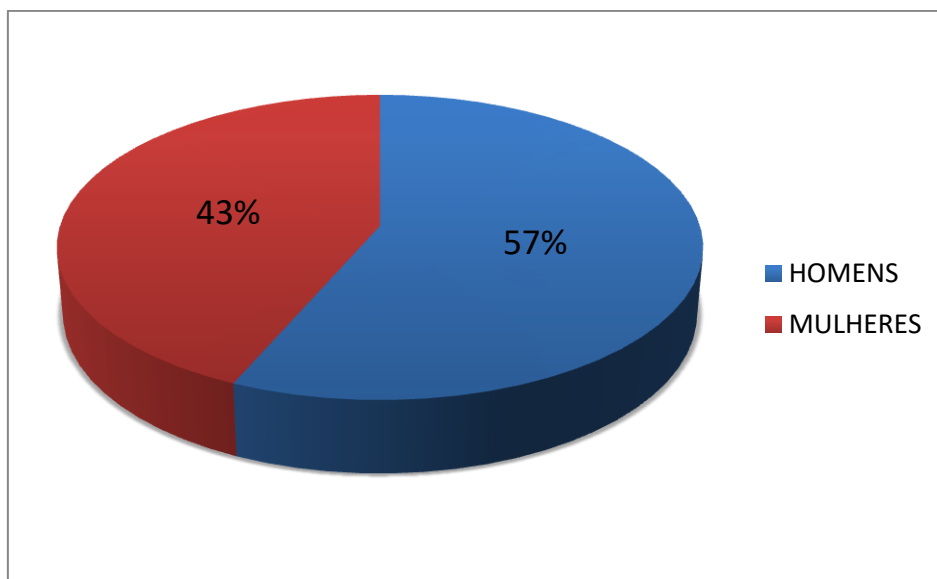
Foram diagnosticados 129 casos de câncer de pele, melanoma e não melanoma, no ITC, durante o período analisado (2013-2016), sendo que a maioria foram do tipo não melanoma (gráfico 2).

Dentro deste estudo os números apresentaram diferentes resultados quando comparados os dados entre os anos. O gráfico 2 ainda nos mostra que houve uma diminuição progressiva na distribuição no número de pacientes diagnosticados por câncer de pele, melanoma e não melanoma, nos últimos 4 anos. Ou seja, em 2013 foram diagnosticados 46 casos de câncer não melanoma, entretanto nos anos subsequentes estes números diminuíram gradualmente para 34 (em 2014), 23 (em 2015) e 15 (em 2016). O mesmo foi observado entre o número de diagnósticos confirmados de melanoma, que passaram de 6 em 2013, em 2014 ocorreram 4 casos, em 2015 apenas 1 caso, e em 2016 não houve nenhum caso registrado.



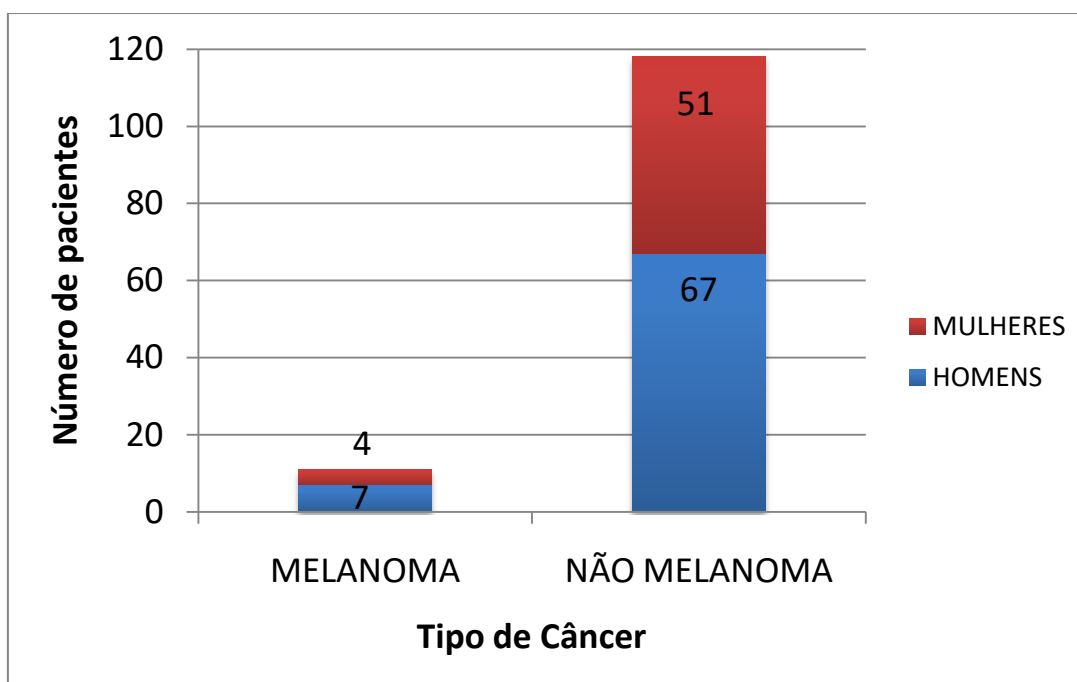
**Gráfico 2-** Distribuição dos tipos de câncer de pele nos últimos quatro anos.

Foram estudados 129 casos de pacientes atendidos e tratados no Instituto de Tumores e Cuidados Paliativos em Cuiabá – MT, ocorridos entre os anos de 2013 a 2016, sendo 74 do sexo masculino (57.4%) e 55 do sexo feminino (42,6%) (gráfico 3).



**Gráfico 3** – Distribuição de casos confirmados, seguindo o sexo do paciente.

Segundo o gráfico 4, na correlação entre a incidência de câncer de pele com diagnóstico confirmado no ITC, durante o período analisado, , observamos uma maior frequência de casos entre os homens, tanto para não melanoma (67 casos), quanto melanoma (7 casos), quando comparado aos números de casos entre as mulheres, que apresentaram 51 casos do tipo não melanoma e apenas casos 4 do tipo melanoma.



**Gráfico 4** - Distribuição dos tipos de câncer de pele e sexo.

Do total de casos estudados, chamou a atenção o percentual de câncer melanoma que foram de 8,53% quando comparado com os não melanomas que foram de maiores quantidades, 91,47% (Gráfico 4).

Ainda observou-se que a faixa etária mais prevalente de diagnóstico por câncer de pele foi entre 56 e 65 anos, sendo 14 homens e 6 mulheres, seguido pela faixa etária de 66 à 75 anos, onde 14 eram homens e 7 eram mulheres, depois de 76 à 85, onde 9 eram homens e 8 eram mulheres. Um dos fatores que podem ter influenciado no número de casos foi à idade avançada e que a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (BRASIL, 2014).

Durante o período analisado, apenas um paciente tinha idade na faixa etária de 06 à 15 anos (12 anos), no ano de 2015. Na faixa etária entre 16 à 25 anos, foram confirmados 3 diagnósticos de câncer de pele, 12 pacientes com idade entre 26 à 35 anos, 12 pacientes entre 36 à 45 anos, 16 pacientes entre 46 à 55 anos, 20 pacientes se encontravam na faixa de 56 à 65 anos, 21 pacientes de 66 à 75 anos, 17 pacientes entre 76 à 85 anos e por ultimo, 2 estavam dentro da faixa etária de 86 à 95 anos de idade.

Seguindo os resultados da tabela 1 foi possível observar que em 2013 foram um total de 23 casos em homens e 29 em mulheres. Em 2014 teve um total de 26 casos em homens e 12 em mulheres. Já em 2015 ocorreram 16 casos em homens e 8 em mulheres. E por fim, em 2016 foram 9 casos em homens e 6 em mulheres (BRASIL, 2014).

**Tabela 1** – Distribuição das médias de idade, por faixa etária, de acordo com o sexo entre 2013 e 2016.

<b>Idade</b>	<b>M</b>	<b>F</b>
06-15	1	-
16-25	3	-
26-35	5	7
36-45	7	5
46-55	6	10
56-65	14	6
66-75	14	7
76-85	9	8
86-95	1	1

<b>Total de casos</b>		
2013	23	29
2014	26	12
2015	16	8
2016	9	6

**\*Obs. No ano de 2013, apenas 24 pacientes foram relatados na tabela, 28 pacientes não tinham dados de faixa etária.**

As causas que resultam nesses números são constituídas de diversos fatores, por genética ou adquiridos. É necessário que haja uma combinação de medidas preventivas, educacionais, informativas, melhores condições socioeconômico, e atendimento de qualidade para minimizar as sequelas e aumentar a sobrevivência dos pacientes (BRASIL, 2014).

Vários fatores prognósticos podem aferir o risco potencial de metástase à distância no melanoma localizado. A análise de tais fatores é fundamental na seleção de paciente de tratamento para a doença local, bem como para tratamento para a adjuvante. Além disso, permite avaliar comparativamente os resultados de pesquisas em diferentes instituições, através da análise de resultados em subgrupos de pacientes específicos.

Também se faz necessário trabalhar a prevenção da doença para evitar mortes precoces, reduzindo gastos com internação e tratamentos, além das consequências emocionais e psicológicas para as famílias que passam pelo tratamento ou que perdem seus entes queridos, sobretudo adolescentes e jovens.

## **5. CONCLUSÃO**

O Câncer de pele é tipo de câncer com grande incidência em Cuiabá. Os possíveis fatores de risco incluem exposição à luz solar ou radiação ultravioleta (UV; por exemplo, câmaras de bronzeamento artificial), infecção viral (por exemplo, vírus do papiloma humano [HPV]), pele clara, idade avançada, presença de grandes números ou alguns tipos de nevos (verrugas), exposição a arsênico, imunossupressão, algumas doenças genéticas (por exemplo, xeroderma pigmentoso) e história familiar de câncer de pele e chegamos a conclusão de que a incidência do câncer de pele em Cuiabá é maior em pacientes de idade avançada, em homens, e o tipo de câncer que acometeu mais pacientes foi os cânceres não melanoma.

## 6. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. **Estimativa Incidência de câncer no Brasil**. 1. ed. Brasília: 2014, 2014. v. 1
2. 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. 251–258, 2014.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Fisiopatologia do câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**, p. 628, 2008.
4. KOIFMAN, S.; HATAGIMA, A. Exposição aos agrotóxicos e câncer ambiental. In: KOIFMAN, S. (Ed.). **É Veneno Ou É Remédio**. 1. ed. São Paulo: 2003, p. 75–100, 2003.
5. MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento : aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 1, p. 2–13, 2001.
6. POPIM, R. C. et al. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1331–1336, 2008.
7. SGARBI, F. C.; CARMO, E. D. DO; ROSA, L. E. B. Radiação ultravioleta e carcinogênese. **Revista de Ciências Médicas**, v. 16, n. 4–5, p. 245–250, 2007.
8. SOUSA COSTA, C. Orientações baseadas em evidências para os pacientes Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção. **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 206–8, 2012.
9. SOUZA, R. J. S. A. P. et al. Estimativa do custo do tratamento do câncer de pele tipo não-melanoma no estado de são paulo - Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 86, n. 4, p. 657–662, 2011.
10. URSI, E. S.; GAVÃO, C. M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 124–131, 2006.
11. WAINSTEIN, A. J. A.; BELFORT, F. A. Conduta para o melanoma cutâneo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 31, n. 3, p. 204–214, 2004.