

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
CURSO DE MEDICINA**

**GALBA RAFAEL SANTIAGO DO NASCIMENTO**

**LORENA MORAIS NOGUEIRA**

**NIEDSON JOSÉ DE SIQUEIRA MEDEIROS**

**RAFAEL EUGENIO DE MACEDO MASON**

**ESTUDO RETROSPECTIVO DAS CAMPANHAS DE CÂNCER  
DE PELE EM CAMPINA GRANDE-PB**

**Campina Grande - PB**

**2014**

**GALBA RAFAEL SANTIAGO DO NASCIMENTO**

**LORENA MORAIS NOGUEIRA**

**NIEDSON JOSÉ DE SIQUEIRA MEDEIROS**

**RAFAEL EUGENIO DE MACEDO MASON**

**ESTUDO RETROSPECTIVO DAS CAMPANHAS DE CÂNCER  
DE PELE EM CAMPINA GRANDE – PB**

Trabalho apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

**Orientação:** Prof. MSc. Luciana Silveira Rabello de Oliveira

**CAMPINA GRANDE-PB  
2014**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do CCBS - UFCG

N224e

Nascimento, Galba Rafael Santiago do.

Estudo Retrospectivo das Campanhas de Câncer de pele em Campina Grande, PB/ Galba Rafael Santiago do Nascimento, Lorena Morais Nogueira, Niedson José Siqueira de Melo, Rafael Eugênio de Macedo Mason. -- 2014.

47 f. il.: Color.

Monografia (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Luciana Silveira Rabello de Oliveira, Ms.

1.Câncer de Pele. 2.Neoplasia cutânea. 3. Não-melanoma 4.Paraíba – Campanhas em Campina Grande I. Autor. II. Título.

CDU 616-006 (813.3)

**GALBA RAFAEL SANTIAGO DO NASCIMENTO**

**LORENA MORAIS NOGUEIRA**

**NIEDSON JOSÉ DE SIQUEIRA MEDEIROS**

**RAFAEL EUGENIO DE MACEDO MASON**

**ESTUDO RETROSPECTIVO DAS CAMPANHAS DE CÂNCER  
DE PELE EM CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho apresentado ao curso de Medicina da  
Universidade Federal de Campina Grande, Unidade  
Acadêmica de Ciências Médicas, para obtenção do  
título de Bacharel em Medicina.

Data da defesa: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Resultado: \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. MSc. Luciana Silveira Rabello de Oliveira  
(UFCG)

---

Prof. Dr. MSc. Ana Fábila da Mota Rocha Farias  
(UFCG)

---

Prof. MSc. Waldeneide Fernandes de Azevedo  
(UFCG)

Dedicamos esta Monografia ao público alvo do estudo: os pacientes do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, pessoas, em sua maioria, de condições humildes, que procuraram atendimento médico nos dias estabelecidos das campanhas, no intuito de curar ou melhorar suas afecções dermatológicas.

Agradecemos aos nossos pais, que sempre deram grande incentivo, fazendo-nos perceber nossa capacidade, mesmo quando nos sentíamos desanimados. Aos professores, que foram de fundamental importância para nossa formação, em especial a Dra. Luciana Silveira Rabello de Oliveira, que nos auxiliou desde a disciplina de Dermatologia e Projetos de Extensão até a conclusão desta monografia.

## RESUMO

**Introdução:** Segundo a Organização Mundial de Saúde, há anualmente 2 a 3 milhões de cânceres de pele no mundo. O câncer de Pele (CP) é ainda a neoplasia mais incidente no Brasil. Sua distribuição é universal apresentando-se sob três principais formas: melanoma, carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC). São fatores de risco associados frequentemente descritos na literatura: ausência de fotoproteção, fototipo da pele, radiação solar excessiva, idade avançada, deficiências nutricionais e nevus. A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) promove anualmente a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele (CNPCP), maior instrumento preventivo e diagnóstico de CP no mundo, segundo o *Guinness* (2009). Em Campina Grande (CG), a campanha é realizada há 5 anos, demonstrando grande importância no cenário local. **Objetivos:** Este estudo visa traçar o perfil sócio-demográfico e epidemiológico do público participante dos 5 anos de realização da Campanha no município de Campina Grande (2009-2013). Objetiva-se também fazer um comparativo com as principais estimativas nacionais e de alguns outros municípios, a exemplo de Porto Alegre - RS. **Materiais e métodos:** os instrumentos utilizados neste estudo foram os questionários padrão da campanha da SBD. Os dados analisados foram: incidência, sexo, cor da pele, exposição ao Sol, história pessoal e familiar, meio de divulgação e diagnóstico clínico. Os dados sociodemográficos avaliados foram computados e analisados pelos programas SPSS 22.0, Excel e Medcalc. A revisão do tema foi gerada a partir da consulta as bases de dados da BIREME, Pubmed, Scielo, MEDLINE e LILACS, além de fontes como o INCA, WHO, SBD e IBGE. O estudo é observacional, transversal, retrospectivo e descritivo, sendo o público alvo classificado pela triagem nas campanhas em CG, realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro. **Resultados:** No Brasil, participaram da CNPCP, de 2009 a 2013, um total de 161.171 pessoas, houve prevalência das mulheres (61,7%, n= 99.442). 26,95% (n=43.436) citou histórico familiar positivo de CP, 32,16% (n=61.729) relatou fotoproteção e 10,49% (n= 16.906) apresentou história pregressa positiva. Em CG, nesse mesmo período, houve a participação de 1.676 pacientes e prevaleceu o sexo feminino (61,3%, n= 1027). 20,22% (n=339) referiu história familiar, 31,68% (n= 530) relatou fotoproteção e 13,54% (n= 227) apresentou história pregressa. As incidências foram de 12% no Brasil, 18% em CG e 16% em Porto Alegre. O diagnóstico clínico mais comum em CG foi o de CBC, com 276 casos (17%); houve 12,35% (n= 207) de outras pré-neoplasias, 2,18% de CEC(n=37) e 1% de Melanoma Maligno (MM). A cor de pele predominante foi a pele clara (51,47%, n=863). **Conclusões:** Foram notáveis a fotoproteção inadequada, a alta

incidência em CG em comparação à Porto Alegre e ao Brasil, estatisticamente comprovada. O sexo feminino foi o gênero que mais procurou a Campanha. A televisão foi o meio de maior importância para a divulgação da Campanha, sendo ferramenta fundamental de orientação preventiva. O estudo aponta ainda que o evento promovido há 05 anos em CG apresenta grande importância resolutiva pelos elevados dados demonstrados nesse trabalho.

**Palavras-Chave:** câncer de pele, neoplasia cutânea, não melanoma, campanha



## ABSTRACT

**Introduction:** According to the World Health Organization, there are 2 to 3 million annually from skin cancers in the world. Skin cancer (PC) is still the most frequent neoplasia in Brazil. Its distribution is universal presenting itself in three main ways: melanoma, basal cell carcinoma (BCC) and squamous cell carcinoma (SCC). Associated risk factors are often described in the literature: lack of photoprotection, skin phototype, excessive solar radiation, age, nutritional deficiencies and nevus. The Brazilian Society of Dermatology (SBD) annually promotes the National Campaign to Prevent Skin Cancer (NSCLC), most preventive tool and diagnosis of PC in the world, according to Guinness (2009). In Campina Grande (CG), the campaign is held for 5 years, demonstrating great importance in the local scenario.

**Objectives:** This study aims to trace the socio-demographic and epidemiological profile of the participant of the 5 years of implementation of the campaign in the city of Campina Grande (2009-2013) public. The objective is to also make a comparison with the main national and some other municipalities, estimates the example of Porto Alegre - RS.

**Materials and methods:** the instruments used in this study were the standard questionnaires of the SBD campaign. The data analyzed were: sex incidence, skin color, sun exposure, personal and family history, means of dissemination and clinical diagnosis. Social and demographic data were computed and analyzed by SPSS 22.0, Excel and Medcalc programs. A review of the subject was generated from the query databases BIREME, SciELO, MEDLINE and LILACS, and sources such as INCA, WHO, SBD and IBGE. The study is observational, cross-sectional, retrospective and descriptive, with the target audience in screening campaigns rated by CG, performed at the University Hospital Alcides Carneiro.

**Results:** In Brazil, participated in NSCLC, from 2009 to 2013, a total of 161.171 pessoas, there was a prevalence of women (61.7%, n = 99 442). 26.95% (n = 43,436) cited positive family history of CP, 32.16% (n = 61,729) reported photoprotection and 10.49% (n = 16,906) had a positive past history. CG in the same period, there was the participation of 1,676 patients and prevailed females (61.3%, n = 1027). 20.22% (n = 339) reported family history, 31.68% (n = 530) reported photoprotection and 13.54% (n = 227) had a history. The incidences were 12% in Brazil, 18% in CG and 16% in Porto Alegre. The most common clinical diagnosis in CG was the CBC, with 276 cases (17%); was 12.35% (n = 207) of other pre-cancers, 2.18% CPB (n = 37) and 1% Malignant melanoma (MM). The predominant color

of skin was clear skin (51.47%, n = 863). **Conclusions:** There were notable inadequate photoprotection, the high incidence in CG compared to Port Alegre and Brazil, statistically proven. The female was the genus most sought Campaign, in the city though the diagnosis of cancer was more frequent in men. Television was the most important medium for the dissemination of the Campaign, with fundamental tool of preventive counseling. The study also shows that the event promoted for 05 years in resolute CG has great importance for high data presented in this work.

**Key words:** skin cancer, skin cancer, nonmelanoma, campaign

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Dispersão da idade dos pacientes atendidos nas Campanhas em Campina Grande (2009-2013) .....	21
Gráfico 2. Diagnóstico de câncer de pele de acordo com a cor, em Campina Grande, 2009-2013 .....	23
Gráfico 3. Diagnóstico de câncer de pele de acordo com o gênero nas Campanhas em Campina Grande (2009-2013) .....	26
Gráfico 4. Avaliação do diagnóstico do câncer de pele nas Campanhas no Brasil (2009-2013) .....	355
Gráfico 5. Avaliação do diagnóstico do câncer de pele nas Campanhas em Campina Grande (2009-2013) .....	35
Gráfico 6. Influência da divulgação na procura DNCCP - Brasil (2009-2013) .....	377
Gráfico 7. Influência da divulgação na procura DNCCP – Campina Grande (2009-2013).....	37

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Avaliação da cor de pele dos pacientes atendidos nas Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013).....	233
Tabela 2. Total de pacientes atendidos nas Campanhas no Brasil (2009-2013) .....	25
Tabela 3. Total de pacientes atendidos nas Campanhas em Campina Grande (2009-2013)..	266
Tabela 4 Avaliação da incidência de câncer de pele nas Campanhas no Brasil , em Campina Grande e Porto Alegre (2009-2013) .....	299
Tabela 5. Avaliação da história familiar de câncer de pele das Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013) .....	30
Tabela 6. Avaliação da história pregressa de câncer de pele nas Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013) .....	311
Tabela 7. Avaliação da fotoproteção nas Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013).....	32
Tabela 8. Avaliação do diagnóstico do câncer de pele nas Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013) .....	344

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CBC - Carcinoma Baso-Celular

CCNM - Câncer Cutâneo Não-Melanocítico

CEC - Carcinoma Espino-Celular

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CNPCP - Campanha Nacional de Câncer de Pele

CP – Câncer de Pele

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

DNCCP – Dia Nacional de Combate ao Câncer de Pele

HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Bioestatísticas

INCA-Instituto Nacional do Câncer

MM - Melanoma Maligno

SBD - Sociedade Brasileira de Dermatologia

UVA - Ultravioleta A

UVB - Ultravioleta B

UVC - Ultravioleta C

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 01 - Questionário Padrão do DNCCP

Anexo02 - Fotos da Campanha em Campina Grande

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	2
2.1 OBJETIVO GERAL .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	2
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	3
3.1 ÍNDICES E ESTIMATIVAS.....	3
3.2 ESCALA FITZPATRICK .....	4
3.3 FATORES DE RISCO.....	5
3.4 LESÕES PRÉ-MALIGNAS .....	6
3.5 LESÕES MALIGNAS.....	7
3.6 CARCINOMA BASOCELULAR.....	7
3.7 CARCINOMA ESPINOCELULAR.....	10
3.8 MELANOMA MALIGNO .....	13
3.9 PREVENÇÃO E CAMPANHAS .....	17
<b>4 MATERIAL</b> .....	18
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	19
5.1 DESENHO DO ESTUDO .....	19
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	19
5.3 PERÍODO DO ESTUDO.....	19
5.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	19
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	19
5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	20
5.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	20
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	20
6.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS .....	20

6.1.1 AVALIAÇÃO DA IDADE.....	20
6.1.2 COR.....	22
6.1.3 GÊNERO.....	24
6.1.4 AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE PELE.....	27
6.2 AVALIAÇÃO DO HISTÓRICO FAMILIAR.....	29
6.3 AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA PREGRESSA DE CANCER DE PELE.....	30
6.4 AVALIAÇÃO DA FOTOPROTEÇÃO.....	31
6.5 AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	32
6.6 AVALIAÇÃO DA MÍDIA.....	36
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>45</b>
ANEXO 01 – Questionário padrão.....	46
ANEXO 02 – Fotos ilustrativas.....	47



## 1 INTRODUÇÃO

Constituindo grave problema de saúde pública mundial, o câncer de pele representa 2 a 3 milhões de novas neoplasias anualmente, sendo a neoplasia de maior incidência no Brasil, conforme estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2014, totalizando 182.130 casos novos de câncer de pele não melanoma (carcinoma basocelular e espinocelular) e 5.890 de melanoma somando cerca de 32% dos casos novos de neoplasia no país, dos quais a Paraíba ocupa parcela de 0,4% (INCA, 2014; WHO, 2014).

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) promove anualmente a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele (CNPCP), maior instrumento de prevenção e diagnóstico de Câncer de Pele no Brasil, sendo realizado nesse contexto o Dia Nacional de Combate ao Câncer de Pele (DNCCP), que acontece há 14 anos no Brasil e há 5, em Campina Grande (ressalte-se ser a mesma campanha concomitantemente executada em todos os postos de atendimento nacionais) (SBD, 2013).

Atividades educativas, como aulas expositivas sobre fotoproteção e como suspeitar do Câncer da Pele, são algumas formas efetivas de proteção, que têm sido amplamente discutidas na literatura, sendo recomendadas para elucidação de neoplasias cutâneas. (INCA, 2009-2013).

O presente trabalho discute o tema câncer de pele quanto ao sexo, cor da pele, exposição ao Sol, história pessoal e/ou familiar da afecção, meio de divulgação da campanha e diagnóstico clínico, demonstrando que além da importância social, as campanhas podem ser alvo de estudos científicos.

O estudo visa fazer um levantamento epidemiológico dos dados das campanhas realizadas no município de Campina Grande-PB, comparando-os com dados nacionais e com a Capital do Rio Grande do Sul. Além disso, propõe-se elucidar melhor o tema “Câncer de Pele”, uma vez que é a neoplasia de maior incidência no Brasil.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVOS GERAIS:

Traçar o perfil epidemiológico local do público participante da Campanha Nacional de Câncer de Pele (CNCP) em Campina Grande-PB. Determinar a incidência de câncer de pele na população estudada.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Avaliar a influência das seguintes variáveis na população na Campanha realizada em Campina Grande (CG): idade, sexo, cor da pele, exposição ao Sol, história familiar, história pregressa, incidência e meios de divulgação da Campanha.

Comparar os dados locais obtidos com as principais estimativas realizadas por órgãos competentes no Brasil e os dados obtidos em CG com dados brasileiros e de outras cidades, a exemplo de Porto Alegre.

Alertar acerca dos fatores de risco envolvidos no câncer de pele, dos condicionantes secundários associados à nível educacional, sócio-cultural, comportamental, bem como a diversidades e singularidades regionais.

Enfatizar a Campanha como objetivo de estudo, além de promoção e prevenção à saúde.

Avaliar o papel da divulgação do evento e sua importância como método de difusão de informações e educação.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 ÍNDICES E ESTIMATIVAS

Globalmente, estima-se que a Austrália seja um dos líderes mundiais em incidência de neoplasias cutâneas não melanocíticas registradas. Nos Estados Unidos há subsídio literário que afirme que 1 em cada 5 americanos irá desenvolver algum tipo de câncer de pele durante sua vida e a cada ano são estimados 900.000 a 1.200.000 novos casos de câncer cutâneo, que são distribuídos em CBC (75%), CEC (20%) e MM (4%). (Martin, 1995; Rigel, 2002)

Dados nacionais do Instituto Nacional de Câncer (INCA), de 2014, relatam que o câncer de pele do tipo não melanoma será nesse mesmo ano o tipo mais frequente no Brasil, respondendo por 182 mil casos novos. Em sequência estariam os tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil).

No Brasil, o INCA estima para o ano de 2014, a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer de pele, incluindo os de não melanoma. Este tipo de neoplasia cutânea, hipoteticamente falando, acometerá 182 mil brasileiros e será o mais incidente em território nacional em ambos os sexos. É provável que exista um sub-registro dessa neoplasia, em função do subdiagnóstico. Conseqüentemente, as estimativas das taxas de incidência e dos números esperados de casos novos em relação a esse tipo de câncer devem ser consideradas como estimativas mínimas.

O câncer de pele é a neoplasia mais frequente no homem e é universal. A exposição excessiva ao sol é o principal fator de risco para o surgimento dos cânceres de pele melanoma e não melanoma. Para o melanoma, a presença de numerosos nevos cutâneos aumenta o seu risco, porém este é menos frequente que os outros tumores de pele, seu prognóstico é bom para os tumores localizados, enquanto, para melanomas metastáticos, é reservado. (AZULAY, 2006)

A neoplasia cutânea não melanoma é o mais incidente em homens nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Já as regiões Norte e Nordeste, encontram-se na segunda posição, porém, em todas as regiões, nota-se que as mulheres lideram dentre as mais afetadas pelos tumores cutâneos. A previsão é a ocorrência de 98.420 casos novos de câncer de pele não melanoma, nos homens e 83.710, nas mulheres. Para o estado da Paraíba se prever 60 casos de melanoma e 2.070 casos de câncer de pele não melanoma. Já para João Pessoa, capital

paraibana, a hipótese é de 20 casos de melanoma e 280 casos de câncer de pele não melanoma. (INCA, 2014)

### 3.2 ESCALA FITZPATRICK

A cor da pele está relacionada a uma série de fatores. Segundo Fitzpatrick, 2012, a cor natural da pele pode ser classificada de duas formas: constitutiva, em que os fatores genéticos determinam e atuam em todas as etapas da melanogênese, fornecendo as características específicas aos melanossomos pelos genes de pigmentação, e facultativa, em que a cor natural da pele é dependente da exposição ao Sol, dos hormônios e do processo de envelhecimento. Assim, dois componentes de pigmentação constituem a cor da pele. A cor constitutiva da pele é a melanina básica herdada geneticamente e sem interferência da radiação solar e a cor facultativa da pele é reversível e por ser induzida, resultando da exposição solar .

A mais famosa classificação dos fototipos cutâneos é a escala Fitzpatrick criada em 1976. A classificação da pele se baseia na capacidade de cada pessoa em se bronzear sob exposição solar e sua sensibilidade e tendência a ficar vermelha sob os raios solares. (VIVIER et al., 1997)

Escala Fitzpatrick:

-Fototipo I: Pessoas de pele branca que sempre se queimam e nunca se bronzeiam quando expostas a radiação solar, são muito sensíveis ao Sol.

-Fototipo II: Pessoas de pele branca que se bronzeiam muito pouco quando expostas a radiação solar, são sensível ao Sol.

-Fototipo III: Pessoas de pele morena clara que se queimam e se bronzeiam moderadamente quando expostas a radiação solar, sensibilidade normal ao Sol.

-Fototipo IV: Pessoas de pele morena moderada que se queimam pouco e sempre se bronzeiam quando expostas a radiação solar, sensibilidade normal ao Sol.

-Fototipo V: Pessoas de pele morena escura que raramente se queimam e sempre se bronzeiam quando expostas a radiação solar , são pouco sensíveis ao Sol.

-Fototipo VI: Pessoas de pele negra que nunca se queimam quando expostas a radiação solar e têm a pele totalmente pigmentada, insensíveis ao Sol. (FITZPATRICK, 2012)

### 3.3 FATORES DE RISCO

Os fatores de risco, que contribuem para o desenvolvimento dos cânceres cutâneos não melanoma, são etnia, idade, gênero, exposição crônica a agentes mutagênicos químicos e físicos, além de fatores genéticos. Compreender as atitudes que influenciam a proteção e a exposição aos raios solares é extremamente importante para a sua prevenção. O culto ao corpo e a valorização estética do bronzeamento, associados a mensagens veiculadas pela mídia (o belo em primeiro lugar), podem levar a exposição solar prolongada e, por vezes, desprotegida. Os jovens, em particular, constituem um grupo vulnerável a exposição solar inadequada, seja pela influência de fatores estéticos, seja pela maior atividade física ao ar livre. (MARTINEZ et al., 2006; SOUZA; FISCHER; SOUZA, 2004; SZKLO et al., 2007)

O rápido crescimento da incidência do carcinoma de pele está relacionado à combinação dos seguintes fatores: ação da luz UV solar agravada pela depleção da camada de ozônio, aumento da longevidade e mudanças no estilo de vida do homem moderno. Os fatores fenotípicos (tipo de pele, cor dos olhos e cabelo, tendência a bronzeamento, queimaduras e sardas), a história pessoal e/ou familiar de câncer de pele e a diminuição da capacidade de reparo do DNA também são fatores de risco. Em geral, no caso do melanoma, a história pessoal e/ou familiar dessa neoplasia representa o maior fator de risco. (CASTILHO; SOUSA; LEITE, 2010; SGARBI; CARMO; ROSA, 2007)

A radiação solar é inegavelmente o principal fator de risco para o aparecimento de câncer de pele. Exposição solar persistente é o fator ambiental que mais contribui para a ocorrência de alterações clínicas e histológicas na epiderme. A identificação de mutações específicas em oncogenes e genes supressores de tumor confirmam a ação mutagênica da radiação UV sobre o câncer de pele. A pele, quando exposta cronicamente à radiação solar, sofre mutações que levam ao surgimento de rugas, aspereza, ressecamento, telangiectasias, pigmentação irregular e uma variedade de lesões que podem ser benignas, pré-malignas ou malignas. O uso de protetor solar contra os raios UV é o meio mais efetivo para prevenir o câncer de pele. (RODRIGUES, 2012; SGARBI; CARMO; ROSA, 2007)

Os protetores solares são capazes de diminuir a quantidade de radiação UV que atinge a pele humana por absorção e/ou reflexão desta radiação. A eficácia dos protetores solares é dependente da sua capacidade de absorção da energia radiante, que é proporcional a sua concentração, intervalo de absorção e comprimento de onda onde ocorre absorção máxima. No Brasil, os protetores solares são considerados cosméticos, diferentemente dos Estados

Unidos da América, onde o FDA (Food and Drug Administration) considera esses produtos como medicamentos de venda livre. (KADUNC et al., 2012)

Vestimentas, óculos e chapéus são abordagens facilmente disponíveis e eficazes para defesa do organismo contra os efeitos nocivos da radiação UV. A Academia Americana de Dermatologia recomenda o uso de vestimentas apropriadas e óculos escuros para exposição prolongada ao sol. Entretanto, alguns tipos de tecido não proporcionam proteção suficiente. (BALOGH et al., 2011)

### 3.4 LESÕES PRÉ-MALIGNAS

As dermatoses pré-cancerosas são aquelas adquiridas ou genéticas, as quais podem evoluir para o câncer cutâneo. Tanto o câncer de pele como as dermatoses pré-cancerosas estão relacionadas com a exposição excessiva a radiação solar, atingindo dessa forma, e com maior frequência, as porções do corpo expostas ao sol - cabeça, pescoço e membros. Também influenciam no aparecimento dessas lesões fatores como idade, sexo, grupo étnico, hábito de fumo, distribuição geográfica, cicatriz antiga, agressão física persistente, exposição a agentes radioativos. (DERGHAM et al., 2004)

Das dermatoses pré-cancerosas, a mais frequente é a queratose actínica, que canceriza em percentual variável de 20 a 25%. Entende-se por queratose o espessamento da camada córnea moderado ou excessivo e o termo "actínica", à sua origem a partir da exposição solar. As queratoses actínicas são lesões cutâneas encontradas predominantemente em pele exposta, sendo formas incipientes de carcinoma espinocelular. (CASTRO et al., 2006; DERGHAM et al., 2004; SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

A exposição solar é o agente ambiental implicado na indução de câncer de pele não melanoma. A radiação UVB da luz solar é a causa mais importante da formação de queratoses actínicas, pois participa de duas das três etapas necessárias para a malignização: a primeira gerando dímeros de timina (iniciação) e a segunda estaria relacionada a imunodepressão que é causada ao depletar as células de Langerhans da epiderme e estimular o aparecimento de clones de linfócitos supressores (promoção), facilitando o crescimento tumoral. Além disso, a radiação UV tem grande efeito sobre o sistema imune cutâneo, induzindo a um estado de imunossupressão local que impede a rejeição do tumor neoformado. (DERGHAM et al., 2004; GROSSMAN; LEFFEL, 2012; RAMOS-E-SILVA; CASTRO, 2009)

A queratose actínica caracteriza-se por apresentar pápula ou placas escamosas, lesões queratóticas, rugosas, de coloração igual à da pele, eritematosas ou pigmentadas, encontradas na pele exposta de indivíduos de pele clara (fototipos I e II de Fitzpatrick), com escamas amareladas ou acastanhadas, finas, aderentes, secas, podendo apresentar discreto eritema, diâmetro entre 2 e 6 mm e tamanho 0,5-1 cm que podem confluír formando placas, com bordas discretas ou indefinidas. As lesões têm curso crônico. O aparecimento de halo eritematoso, mesmo nas lesões pequenas, e de infiltração na base, podem indicar transformação carcinomatosa. (CASTRO et al., 2006; SAMPAIO; RIVITTI, 2007; SIMIS et al., 2006)

O diagnóstico é clínico na grande maioria das vezes e deve incluir a palpação das lesões em busca de infiltração, quando, então, a avaliação histopatológica se faz necessária para distingui-la de um carcinoma espinocelular. (CASTRO et al., 2006)

### 3.5 LESÕES MALIGNAS

Neoplasia é definida como uma massa anormal de tecido, na qual ocorre proliferação celular exagerada, irreversível e que persiste mesmo cessada a causa que a provocou. Esta capacidade de se dividir de forma autônoma, de se libertar dos controles de crescimento, é a principal característica da célula neoplásica. Portanto, o câncer de pele é um tumor formado por células de pele que sofreram uma transformação e multiplicaram-se de maneira desordenada e anormal dando origem a um novo tecido (neoplásico). (OKIDA et al., 2001)

Os três principais tipos de câncer de pele são CBC e CEC, que constituem o grupo denominado câncer de pele não melanoma, e o melanoma cutâneo, forma mais letal de câncer de pele, muitas vezes denominado de melanoma maligno. (OKIDA et al., 2001)

### 3.6 CARCINOMA BASOCELULAR

O CBC ou epiteloma basocelular ou basolioma, é o câncer mais frequente encontrado em tumores (65% das neoplasias epiteliais). É constituído por células que se assemelham às células basais da epiderme. Com crescimento lento e invasividade local, afeta mais frequentemente os caucasianos, sendo a neoplasia de melhor prognóstico. (AZULAY, 2006)

Em relação a epidemiologia, o carcinoma basocelular é o tumor epitelial mais frequente encontrado em humanos (65% das neoplasias epiteliais e 50% das neoplasias malignas). Representa 70% dos cânceres de pele. O CBC atinge mais a população com pele fototipo I de Fitzpatrick (99% dos casos foi detectado em brancos) e é raro em negros. Sua maior prevalência é em adultos chegando a mais de 90% dos acometidos com mais de 30 anos. Cabeça e pescoço são as regiões do corpo mais acometidas (60% a 80% dos CBC). (VIVIER et al., 1997)

A patogênese do CBC está relacionada a radiação UV com exposição intermitente e não a exposição crônica como no CEC, queimaduras solares da infância, história pessoal (aumenta o risco em 10 vezes) e/ou familiar de CBC (aumenta o risco em 2,2 vezes), segundo a Associação Brasileira de Dermatologia, 2013. Pacientes imunossuprimidos têm um risco 10 vezes maior da ocorrência de CBC e a exposição à arsênico, organofosforados, radiação ionizante e fototerapia também fazem parte da patogênese do CBC. As alterações de origem genéticas que estão relacionadas ao CBC são xerodermapigmentoso aumentando a chance de ter câncer cutâneo em 1.000 vezes, a síndrome do nevo basocelular (provavelmente de herança autossômica dominante) e a síndrome de Bazex de herança dominante ligada ao X com mutação ao gene PTCH. (FITZPATRICK, 2012)

O CBC surge com frequência em áreas que contém unidades pilossebáceas. O fato de se desenvolver na face sugere que o local anatômico por exemplo, áreas da pele que continham maior número de células progenitoras, tem um papel importante na sua gênese. Não há acordo sobre a histogênese, admitindo-se, atualmente não ter um carcinoma, isto é, não remeter da proliferação anaplásica de células, mas originar-se de células epiteliais imaturas pluripotentes que perderam sua capacidade de diferenciação e queratinização normais pela interferência de vários fatores, como exposição crônica a UVB. É pois, um tumor nevíde (hamartoma) capaz de originar-se não somente de células basais da epiderme, mas também de diferentes partes do aparelho folicular e isso justifica a denominação de epitelioma. (RODRIGUES, 2012)

O CBC não tem precursores, seu crescimento é dependente do estroma produzido pelos fibroblastos, e esta deve ser a razão da sua incapacidade de metastatizar. Sua natureza invasiva pode ser em parte explicada, pela produção de metaloproteinasas e colagenases pelas células tumorais e do estroma. Estas degradam o tecido dérmico e facilitam a proliferação do tumor. (RODRIGUES, 2012)

Foi detectada a presença de actina no estroma circulante e nas células periféricas dos ninhos de CBC. O achado de actina no estroma tumoral é marcador de presença de



miofibroblastos, que exercem papel importante na invasão tumoral. Estas células secretam estromalisina e metaloproteinase que degradam o tecido peritumoral e facilita a invasão das células tumorais. (KADUNC et al., 2012)

Existem evidências de correlação entre a presença de actina nas células tumorais e no estroma das formas mais agressivas de CBC, por exemplo o esclerodermiforme e o micronodular. (KADUNC et al., 2012)

Nas manifestações clínicas os CBCs são quase sempre assintomáticos e têm crescimento lento e progressivo. A localização preferencial é nos 2/3 superiores da face, sendo menos comum em outras áreas da face, tronco e extremidades. Não ocorre nas palmas, plantas e mucosas. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

O tipo clínico mais encontrado é o epitelioma basocelular nódulo-ulcerativo. No início, é pápula rósea, perlada, que cresce progressivamente a nódulo e posterior ulceração central, 90% dos tumores estão na região cefálica recoberta por crostas, que retirada, determina sangramento. A lesão é típica, com bordas cilíndricas, translúcidas, mostrando formações perláceas, e às vezes, finas telangiectasias. Com a extensão do quadro, pode haver extensão em superfície, às vezes com cicatrização central (forma plano cicatricial - apresentando borda perolada e centro cicatricial), ou em profundidade, com invasão e destruição de músculo, cartilagem, osso ou outras estruturas (forma terebrante - destruição do maciço central da face, alta invasão) ou há proliferação central (forma vegetante - rara). (AZULAY, 2006)

O tipo esclerosante é variante clínica, caracterizada por placa branca amarelada, esclerotrófica, dura, lisa, às vezes com telangiectasias, bordas mal definidas, lembrando escleroderma. A evolução é muito lenta e nunca se ulcera. (RAMOS-E-SILVA; CASTRO, 2009)

O CBC superficial ou proetóide consiste de lesões múltiplas, eritemato-escamosas, discretamente infiltrados, emoldurados por bordas irregulares e ligeiramente elevados. Lembra psoríase, eczema seborréico, lúpus eritematoso, Doença de Bowen ou de Paget e a localização é no tronco e membros (15 a 25%). É o tipo mais agressivo. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

O CBC pigmentado tem forma nódulo ulcerativa com variável pigmentação melânica. Assemelha-se ao melanoma maligno, sendo mais comum em negros. (RAMOS-E-SILVA; CASTRO, 2009)

O fibroepitelioma de Pinkus é uma variante de CBC que ocorre na região lombar, pubiana, genital ou nas extremidades. Apresenta-se como um CBC superficial, inicialmente,

que evolui como lesões pedunculadas ou em clomo, rosada, com consistência amolecida. (AZULAY, 2006)

Existem vários padrões histológicos no CBC, sendo a característica fundamental a presença de massas de células basolióides que se dispõem perifericamente, em paliçada. (FITZPATRICK, 2012)

Ao exame dermatológico observamos bordas perláceas, telangiectasias, infiltração, placa eritematosa plana, queratósica ou escamosas, lesões eritematosa com aspecto cicatricial, lesões friáveis. (KADUNC et al., 2012)

Os diagnósticos diferenciais são: nevo, hiperplasia sebácea e molusco contagioso (CBC nodular); queratose actínica e doença de Bowen (CBC superficial); melanoma maligno, queratose seborréica e nevus melanocítico (CBC pigmentado); escleroderme (CBC esclerodermiforme). (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

### 3.7 CARCINOMA ESPINOCELULAR

O carcinoma espinocelular (epidermóide) tem como origem a proliferação atípica de células espinhosas, é de caráter invasivo, podendo dar metástase. É o segundo câncer de pele mais comum em brancos. Representa 15% das neoplasias epiteliais malignas e ocorre geralmente após os 50 anos de idade. É mais comum no sexo masculino por maior exposição a agentes cancerígenos como sol e fumo. (RODRIGUES, 2012)

Os principais fatores de risco para CEC são fenótipo de pele clara, exposição aumentada crônica aos raios UV, idade avançada, regiões com latitudes menores (8° a 10° - próximos da linha do equador a incidência dobra), imunossuprimidos e submetidos a fototerapia PUVA (psolareno associado a UVA) e presença de lesões pré malignas como queratoses solares. Hurwitz e Monger, 1995, relataram que 97 % dos CEC têm associação com queratoses actínicas prévias. (KADUNC et al., 2012)

A incidência do CEC está diretamente relacionada à exposição solar e inversamente ao grau de pigmentação da pele. Ocorre mais em homens (2:1), por maior exposição solar a agentes cancerígenos como sol e fumo e em pessoas com mais de 50 anos. (KADUNC et al., 2012)

O CEC pode ocorrer em pele normal mas frequentemente tem origem na queratose solar, leucoplasia, radiodermite crônica, queratose arsenical, xerodermepigmentoso, úlceras crônicas e cicatrizes de queimaduras, líquen crosivo da mucosa oral. (AZULAY, 2006)

Estudos clínicos e experimentais confirmam que para ocorrer a carcinogênese é necessário um fator causal que pode ser de natureza química (arsênico, alcatrão) , física (radiação UV), ou biológica (vírus, genodermatoses ), atuando de forma cumulativa e dose dependente. No entanto, o mecanismo exato pelo qual os queratinócitos sofrem malignização ainda não é conhecido. (RODRIGUES, 2012)

As mutações no gene supressor tumoral p53, localizado no braço curto do cromossomo 17, e instabilidades genômicas são encontradas em mais de 90% dos casos de CEC. O gene p53 é responsável pelo reparo e/ou pela apoptose das células que sofreram danos, como por exemplo as causadas pelos raios UV, e como modulador do crescimento tumoral. Essas alterações levam a um crescimento e uma multiplicação desordenada, invasão na membrana basal e nos tecidos subjacentes. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

Algumas substâncias (como o arsênico, herbicidas e inseticidas) são capazes de promover o chamado primeiro estágio de carcinogênese (iniciação). Estes atuam na célula, ligando-se aos sítios dos nucleotídeos do DNA, interferindo no pareamento das bases purínicas e pirimidínicas, sendo um defeito irreversível após uma única exposição ao produto. (VIVIER et al, 1997)

A radiação UV é o carcinógeno mais importante. Os raios UVB (290-320nm) são os mais responsáveis pelo dano celular, mas atuam em conjunto com os raios UVA com comprimento de onda de 320-400nm. Quando a radiação UV atinge a pele causa mutação no gene p53 com uma troca de citosina por timidina (mutação de proteínas) com uma perda da capacidade de controle sobre a replicação celular, resultando em uma multiplicação celular desordenada. (RODRIGUES, 2012)

Alguns tipos de papiloma vírus humano são encontrados em mais de 90% dos CECs cervicais. Epidermo displasia verruciforme está associado com CEC em 50% dos casos. Genodermatoses por alteração no reparo do DNA danificado pelos raios UV - xerodermepigmentoso ou alterações cicatriciais crônicas - erisipela bolhosa também estão associados. Fatores imunológicos são também considerados na gênese do CEC por sua maior ocorrência em indivíduos cronicamente imunossuprimidos, como, por exemplo nos transplantados renais. (FITZPATRICK, 2012)

As regiões mais acometidas pelo CEC são os lábios inferiores, orelhas, face, dorso das mãos , genitália externa e mucosa bucal. Na pele, inicia-se com áreas queratósicas infiltradas e dura ou nódulo. A lesão aumenta gradualmente e ulcera-se. Na evolução, pode adquirir aspecto de ulceração com infiltração na borda ou tornar-se vegetante ou córnea. Na mucosa pode iniciar-se em placa de leucoplasia, por área de infiltração ou lesão vegetante. Os fatores

de risco mais importante são irritações crônicas pelo fumo, dentes defeituosos e aparelhos de prótese. (AZULAY, 2006)

Variante particular do carcinoma CEC é a carcinoma verrucoso, com comportamento menos agressivo, aspecto histológico em pseudoepiteliomatoso, relativamente benigno, de evolução lenta e raramente metastiza-se. Esta variante do CEC pode localizar-se na região plantar, constituindo o epiteloma cuniculatum. Na região genital, constitui o condiloma acuminado gigante de Buschke-Leowenstein e na cavidade bucal pelo papiloma oral florida. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

Histologicamente, há células espinhosas atípicas e células diferenciadas que formam centros córneos. Células atípicas apresentam alteração no tamanho e na forma, hiperplasia e hipercromia dos núcleos, ausência de pontes intercelulares, queratinização de células individuais e presença de metástases atípicas. O grau de diferenciação do tumor é observado pelo aumento da queratinização central das pérolas córneas, que em geral é incompleta, podendo ter ou não grânulos de querato-hialina no interior. Conforme a proporção das células atípicas o tumor é classificado em ordem de progressiva malignidade nos graus I (75%), II, III e IV( menos de 25%) - classificação de Broders. (KADUNC et al., 2012)

Algumas lesões são consideradas como pré-cancerígenas ou carcinoma in situ. São elas: eritroplasia de Queyrat, doença de Bowen, papilosebowenóide e neoplasia intraepitelial. A eritroplasia de Queyrat afeta a mucosa do pênis nos homens não circuncizados formando uma placa solitária ,em 50% dos casos, ou múltipla. São lesões eritematosas com superfície aveludada e levemente infiltradas. A papilosebowenóide são lesões eritematoacastanhadas com múltiplas pequenas pápulas na genitália. Geralmente são assintomáticas ou podem apresentar leve prurido. Pode haver regressão espontânea ou transformação para doença de Bowen e CEC invasivo. Geralmente está associado ao papiloma vírus humano 16 e 18. A doença de Bowen forma uma placa eritematosa com borda irregular bem demarcada coberta por crosta. Surge em área exposta e 5% dos casos podem evoluir para CEC invasivo. Na neoplasia intraepitelial ocorre lesões com atipias citológicas no colo uterino e é considerado um carcinoma in situ quando atinge em toda a extensão do epitélio, isto é, grau III. (AZULAY, 2006)

Na diagnose diferencial devem ser considerados as queratoses actínicas, o queratoacantoma, o epiteloma basocelular, a disqueratose de Bowen, queratoses seborréicas, melanoma amelanótico e tumores de células de Merkel, além de tumores malignos de anexos. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

### 3.8 MELANOMA MALIGNO

O melanoma maligno ou melanoma é o tumor maligno originário dos melanócitos por transformação atípica, remetente de interação entre fatores genéticos, constitucionais e ambientais. Ele ocorre em todas as raças, porém é raro em negros e ocorre, geralmente, entre 30 e 60 anos. O melanoma é o câncer de pele com maior morbidade e mortalidade (79% dos óbitos por tumores cutâneos nos EUA). Apresenta uma alta incidência em todo o mundo com 4% a 8% ao ano na população branca. Na Austrália e Nova Zelândia, o melanoma apresenta alta incidência chegando a 45 casos por 100.000 habitantes. Na Europa Central esse índice vai para 10 a 15 casos por 100.000 habitantes. É raro a ocorrência de melanoma antes da puberdade. A incidência na criança é cem vezes menor do que após a idade de 15 anos. Apresenta maior frequência entre as mulheres de 25 a 29 anos nos EUA. (FITZPATRICK, 2012)

Origina-se de nevo melanocítico de junção ou composto, ainda que em cerca de 70% dos casos não seja relatado a existência prévia do nevo pigmentar. Geralmente quando ocorre antes da puberdade, a regra é originar-se de nevos melanocíticos congênitos. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007; AZULAY, 2006)

Vários fatores têm sido analisados como participantes da gênese dos melanomas. Como fatores genéticos são descritos uma frequência familiar de 5%-10%. O risco relativo de desenvolvimento de melanoma em indivíduos com parente de primeiro grau portador de tumor é cerca de 2-3 vezes maior que para uma pessoa sem história familiar. Entretanto, os genes implicados no melanoma familiar, como o CDKN2A - gene supressor que codifica proteína causando mutação - no cromossomo 9p21 e o CDK4 - função de oncogênese - no cromossomo 12, atuantes na regulação do ciclo celular, provavelmente desempenhando um papel insignificante na gênese do melanoma esporádico. Ou seja, a mutação de genes é vista em 20% a 40% das formas hereditárias de melanoma. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

Nos fatores físicos atribui-se importância a radiação UV. O melanoma é de ocorrência rara na raça negra. Em países como a Austrália verifica-se correlação significativa entre exposição solar e incidência de melanomas. Também é conhecida a incidência de melanoma em portadores de xerodermapigmentoso, particularmente sensíveis aos raios UV. Há uma menor incidência de melanoma em áreas cobertas por roupas. Está amplamente comprovado os efeitos da radiação UVB e UVA através de ações diretas no DNA, com formações de dímeros de piridina e indiretas como inibição de células de Langerhans e sua consequente imunossupressão. (RODRIGUES, 2012)

Por volta de 80% da exposição solar cumulativa ocorrem antes dos 18 anos de vida, fase na qual a atividade mitótica celular é aumentada. Pessoas com história de queimaduras por hipereposição solar com formação de bolhas na infância apresentam risco aumentado de melanoma na maturidade. (RODRIGUES, 2012)

A relação entre o melanoma e o nevo atípico familiar ou adquirido está bem estabelecido, sendo o risco maior quando forem múltiplos e familiares. São considerados como fatores de risco o fenótipo com tipo de pele I e II (Fitzpatrick). Quanto ao melanoma lentiginoso acral e de mucosas, não tem vínculo com radiação UV. Estudos realizados com populações indígenas, geneticamente semelhantes, demonstram incidência maior de melanomas plantares nos grupos que andam descalços, comparativamente a populações que têm o hábito de andar calçadas. (VIVIER et al., 1997)

Em relação aos fatores biológicos, a ocorrência de melanoma maligno pré-puberal induz a cogitação de influências hormonais, mas sem comprovação. O hormônio estimulante da pigmentação (MSH) tem um nível mais elevado em negros, população com maior índice de melanoma. A melhor prognose nas mulheres, as alterações pigmentares da gravidez e a existência de receptores de estrógenos em células névicas de nevos melanocíticos e em células de melanoma obriga a se considerar possível influência hormonal no aparecimento e comportamento dos melanomas. Receptores para progesterona, andrógenos e corticóides também foram encontrados nas células de melanoma, porém, em menor porcentagem. Apesar desses fatos, a real influência hormonal nos melanomas não está definida. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

Vírus oncogênicos tipo DNA foram identificados em células de melanoma maligno de camundongos e de melanomas humanos, mas este achado pode representar simples fenômeno de contaminação, sem evidência viral na gênese. O sistema imunológico também influencia a patogênese do MM, principalmente através da nevogênese e da modificação do comportamento biológico das lesões malignas. Imunodeficiência congênita, adquirida e imunossupressão em transplantados ou através de quimioterapia para outras neoplasias constituem fatores facilitadores e agravantes do MM. (RAMOS-E-SILVA; CASTRO, 2009)

Recentemente a associação do MM com a infecção pelo vírus do HIV tem sido relatado, sendo as lesões frequentemente descritas como atípicas, múltiplas ou metastáticas. Supõe-se que as alterações provocadas no braço celular como no humoral do sistema imunológico propiciam o surgimento de lesões neoplásicas, devido a falta de um sistema de supervisão específico, mediado por linfócitos, no controle da proliferação de clones de células malignas. (KADUNC et al., 2012)

De acordo com suas características clínicas, histológicas e do modo de progressão tumoral, os MM são classificados em 3 tipos com particularidades epidemiológicas e prognósticos diferentes.(AZULAY, 2006)

O melanoma extensivo superficial é a variante clínica mais frequente (70% dos MM). Mais frequentemente se associa com lesões névicas precursoras. Ocorre mais frequentemente na quarta ou quinta década de vida. As localizações mais frequentes são o tronco, o dorso em homens e membros inferiores nas mulheres. Lesões de superfície discretamente elevadas, arciforme, margens denteadas, irregulares e cuja coloração varia grandemente desde acastanhada a negra, com áreas azuladas, esbranquiçadas, acizentadas e até vermelhas, de diâmetro maior que 6 milímetros. As mesmas variações clínicas são observadas anatomopatologicamente, em função das áreas examinadas, desde melanócitos atípicos intra-epidérmicos, isolados ou em ninhos, até acúmulos nitidamente intradérmicos das células neoplásicas. (FITZPATRICK, 2012)

O melanoma nodular é o segundo tipo mais comum (15% a 30% dos MM). A localização mais frequente é o tronco nos homens e membros inferiores nas mulheres. Ocorre na quinta década de vida e 5% pode ser amelanótico. Lesão nodular ou em placa ou polipóide de coloração negro-azulada, com traços castanhos, de evolução rápida. Anatomopatologicamente, desde o princípio, têm crescimento vertical, invadindo a derme a partir da junção dermoepidérmica, atingindo secundariamente a epiderme. (VIVIER et al., 1997)

O melanoma lentiginoso acral é raro nos indivíduos de pele branca (2% - 8%). É a forma mais comum em negros e asiáticos ( 35% - 60%). Ocorre mais frequentemente em idosos. A localização é nas palmas, plantas e falanges terminais, podendo ser periungueal e subungueal. Apresentam coloração marrom escura e preto-azulado. Podendo ser amelanótico. Apresenta uma fase de crescimento horizontal (diagnóstico histológico difícil) e outra de crescimento vertical com potencial de metástase. (RAMOS-E-SILVA; CASTRO, 2009)

O diagnóstico é feito pelo exame físico completo associado a dermatoscopia. Quando surgem pápulas ou nódulos de lesões pigmentares é indicado fazer biópsia. Em relação aos nevos pigmentares que se alteram é importante considerar a regra do ABCDE (A - assimetria / B- borda irregular / C- coloração heterogênea / D- diâmetro maior que 6 mm / E- expansão em superfície ou modificação do aspecto da lesão). Além do ABCDE, outros critérios são úteis: alteração do sensório, diâmetro maior que 1 cm, crescimento, pigmentação irregular, inflamação, secreção, crosta, sangramento. A exérese total da lesão suspeita (com margens de

1-2 mm) é mais adequada que uma simples biópsia parcial, que deve ser feita quando a lesão for grande. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)

O exame histopatológico deve sempre constar (referido pelo Grupo Brasil de Melanoma): espessura do tumor em milímetros (índice de Breslow), nível de invasão (índice de Clark), presença ou ausência de ulceração, presença ou ausência de regressões, estado das margens, subtipo histológico, índice mitótico, fase de crescimento radial e vertical, resposta inflamatória linfocitária, neurotropismo e imunohistoquímica mostrando a natureza da linhagem celular. (KADUNC et al., 2012)

Na sua evolução, os MM são tumores com maior potencial de metástase, em função direta da fase evolutiva, da espessura, do nível de invasão e da presença ou não de ulceração. A espessura (método de Breslow) é o fator mais importante para a classificação dos MM, conduta terapêutica, risco de recidiva e prognose. A presença de infiltrado inflamatório linfocitário indica melhor prognose. Fatores desfavoráveis são alto número de mitoses, invasão de estruturas vasculares e ulceração. (AZULAY, 2006)

Na classificação de MM primário cutâneo de Breslow, o MM com espessura até 0,75 mm é classificado como MM I, de 0,75 a 1,5mm como MM II, de 1,5 a 3mm como MM III, de 3 a 4mm como MM IV e além de 4 mm é classificado como MM V.

Na classificação de Clark, o tumor primário cutâneo in situ, intra-epidérmico é classificado como nível I, com invasão de derme papilar como nível II, com invasão de derme papilar, até o limite da derme papilar-reticular é classificado como nível III, com invasão de derme reticular como nível IV e com invasão de hipoderme sua classificação é nível V.

A incidência de metástase será menor em função da precocidade diagnóstica e terapêutica. Quanto mais espesso o tumor maior o aparecimento de metástase. As metástases podem ser locais, regionais e sistêmicas. As primeiras surgem até 2 cm da cicatriz excisional (sateliotose). As regionais aparecem além de 2 cm do local da lesão primária, em direção aos linfonodos regionais. A metástase sistêmica ocorre por disseminação hematogênica e atinge a própria pele, subcutâneo ou vísceras como pulmão, sistema nervoso central, fígado, ossos. A avaliação dos indivíduos com melanoma deve ser clínica com pesquisa de linfonodos, ultrassonografia abdominal e radiografia de tórax. Exames mais complexos, como tomografias, ressonâncias e PET, devem ser solicitados quando surgirem dúvidas diagnósticas. (SAMPAIO; RIVITTI, 2007)



### 3.9 PREVENÇÃO E CAMPANHAS

Ações de prevenção primária, como a proteção individual contra a luz solar, são altamente efetivas e de custo relativamente baixo para a prevenção do câncer de pele, inclusive dos melanomas. A educação em saúde para a população e a promoção de ambientes que propiciem a proteção contra as radiações solares, principalmente nos ambientes de trabalho e lazer, também são efetivas para a coletividade. (KADUNC et al., 2012)

A prevenção e o controle do câncer precisam adquirir o mesmo foco e a mesma atenção que a área de serviços assistenciais, pois o crescente aumento do número de casos novos fará com que não haja recursos suficientes para dar conta das necessidades de diagnóstico, tratamento e acompanhamento. A consequência serão mortes prematuras e desnecessárias. Assim, medidas preventivas devem ser implementadas agora para reduzir a carga do câncer. (DERGHAM et al., 2004)

A vigilância de câncer destina-se, como em qualquer sistema de vigilância, a produzir informações para a tomada de decisões. Essas informações provêm dos registros de câncer, dos grandes sistemas de informação em saúde, de análises e estimativas, bem como de pesquisas e estudos epidemiológicos. (JUBERG; GOUVEIA; BELISÁRIO, 2006)

No Brasil, assim como em outros países, a divulgação em câncer, através das diversas ferramentas de comunicação, é uma forma de contribuir - ou deveria ser - para diminuir o número de casos da doença. Nesse sentido, alertar a população com informações precisas, através dos meios de comunicação, sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce é uma importante medida para redução dos números de morbimortalidade em câncer. (JUBERG; GOUVEIA; BELISÁRIO, 2006)

A maioria dos estudos realizados no Brasil e no exterior baseia-se em rastreamento de populações selecionadas por meio de campanhas para prevenção e diagnóstico precoce do câncer de pele. Os rastreamentos podem ocorrer na população geral, em populações de risco ou por campanhas visando ao diagnóstico precoce do câncer de pele. O custo do rastreamento dermatológico, por não exigir exames sofisticados, é inferior ao de próstata, colo de útero e de mama. As pessoas mais beneficiadas com um rastreamento para neoplasia cutânea são aquelas com o maior número de fatores de risco presentes. (ROCHA et al., 2002)

As campanhas nacionais de prevenção ao câncer de pele constituem uma ferramenta social, que visam à orientação, a triagem e ao encaminhamento diagnóstico e terapêutico. Através dessa iniciativa, o fomento à fotoproteção, a promoção de palestras, a realização de

biópsias e terapêutica *in loco*, por exemplo, constituem alternativas reais de trabalho social. (SBD, 2014)

A CNPCP é uma das maiores campanhas sobre câncer de pele, possuindo reconhecimento do *guiness*, no ano de 2009, como maior campanha de saúde pública sobre o assunto. Em 2013, quatro mil médicos voluntários e cento e trinta e nove postos, por todo Brasil, realizaram atendimento simultâneo para análise, diagnóstico e posterior tratamento da doença. Campina Grande, em particular, faz parte da minoria dos postos que dispõem, simultaneamente, equipe multiprofissional no dia do evento, contando, *in loco* com procedimentos cirúrgicos de excisão, plástica com retalhos e encaminhamento anatomopatológico, sendo por isso uma prevenção secundária (para diagnóstico e rastreamento) aos moldes do Projeto Queensland em Victoria (Austrália) além de, simultaneamente, primária. O evento dialoga com a perspectiva biopsicossocial nas consultas, contando com equipes para divulgação e palestras no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). No mesmo dia também são distribuídos kits para fotoproteção e panfletos informativos sobre as principais dúvidas acerca do Câncer de Pele.

#### **4 MATERIAL**

Os instrumentos utilizados neste estudo foram os questionários padrão fornecidos pela SBD, referentes aos anos de 2009 a 2013 (realização da Campanha em Campina Grande). Os dados sociodemográficos avaliados foram: gênero, idade, uso de fotoproteção, história familiar, história pregressa, divulgação da mídia e raça. Para essa última o referido questionário adota os critérios do IBGE que classifica a população brasileira em branca, negra, parda, indígena ou amarela.

Quanto à revisão de literatura, consultaram-se as bases de dados BIREME, Pubmed, Scielo, MEDLINE e LILACS, além de fontes como o INCA, WHO, SBD e IBGE. Ainda livros de Dermatologia de referencia nacional e mundial, foram contemplados.

As ferramentas Microsoft Excel, SPSS 22.0 e MedCalc Software foram utilizadas para computar dados, gerar gráficos e calcular as medidas referentes às análises descritivas e de significância.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 DESENHO DO ESTUDO**

O estudo desenvolvido é do tipo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo, utilizando as fichas clínicas dos pacientes atendidos nas Campanhas Nacionais de Prevenção ao Câncer de Pele.

### **5.2 LOCAL DO ESTUDO**

A escolha do local da pesquisa (Hospital Universitário Alcides Carneiro) é justificada pelo fato de o ser o Centro de aplicação da Campanha local.

### **5.3 PERÍODO DO ESTUDO**

Abordaram-se nesse estudo os anos de 2009 a 2013.

### **5.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO**

Participaram da pesquisa pacientes selecionados devidamente triados durante as edições da CNPCP no município paraibano.

### **5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Foram incluídos os pacientes de ambos os sexos, de qualquer idade que apresentavam suspeita de câncer de pele como: feridas que não cicatrizam, "pintas" ou nevus enegrecidos que aumentam de tamanho ou apresentam borramento de pigmento e lesões tumorais em pacientes fotoexpostos.

## 5.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os pacientes que não apresentavam lesões cutâneas suspeitas de câncer de pele.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido ao CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro pela Plataforma Brasil.

Cabe salientar que as informações utilizadas nesse estudo encontram-se acessíveis nos sítios públicos da *Web* das seguintes organizações: SBD, IBGE e INCA.

# 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

## 6.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

### 6.1.1 AVALIAÇÃO DA IDADE

A idade média dos pacientes que participaram da CNPCP em Campina Grande é de 54,4 anos com a menor idade registrada de 6 e a maior de 93 anos, com o desvio padrão de 17,9 anos (Gráfico 1). No Brasil esse dado não é cedido pela SBD, sendo assim é impossível de se estabelecer comparação. De acordo com FERREIRA; NASCIMENTO;ROTTA, 2011, que avaliou de forma independente o gênero e o grupo de maior risco para câncer de pele não melanoma são pacientes com idade superior a 51 anos.

Do total de 1.676 fichas clínicas analisadas, foi possível chegar a uma média de idade de 54,4 anos, denotando que a população mais próxima da idosa era a mais prevalente.

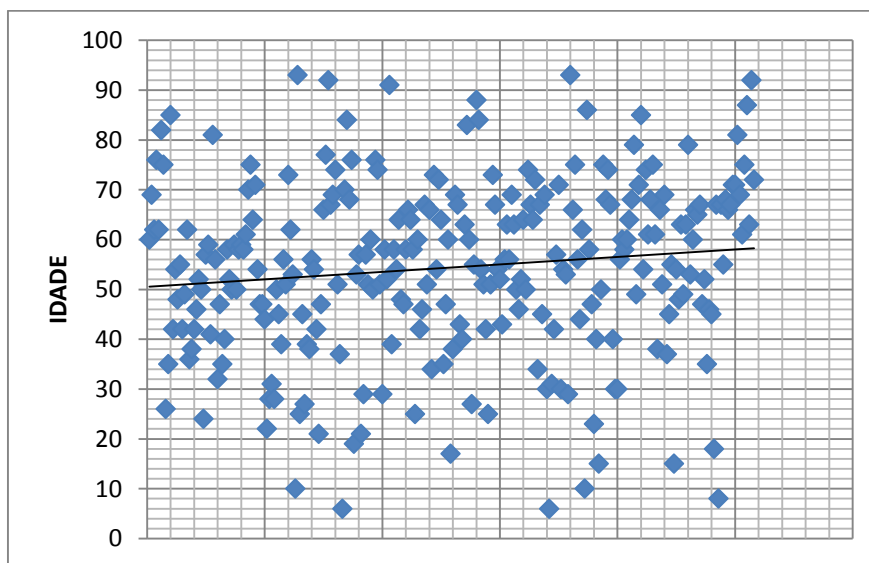
Estudo conduzido pela Organização Mundial de Saúde em doze países da América Latina concluiu que a situação econômica e a falta de acesso aos serviços de saúde são os

principais problemas enfrentados pelos indivíduos idosos (LITVAK, 1990). Devido a esse fato, pode-se afirmar que boa parte da população atendida pela Campanha na Paraíba é composta de idosos que não conseguem ter bom acesso ao serviço de saúde, principalmente o público, uma vez que se verifica com frequência uma situação econômica precária nesses indivíduos, impossibilitando-os de utilizarem a rede privada.

O envelhecimento populacional está estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Isso pode passar a representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde. Isto geralmente implica em custos elevados para o sistema de saúde. (CHAIMOWICZ, 2002).

Sendo assim, pode-se inferir a população idosa menos favorecida economicamente representa um segmento importante da sociedade que atende pela por grande parte dos poucos serviços públicos acessíveis. A Campanha mostra-se de certo modo, como uma alternativa para aqueles que não conseguem atendimento especializado devido à dificuldade em se conseguir uma consulta nos disputados serviços da Cidade.

**Gráfico 1. Dispersão da idade dos pacientes atendidos nas Campanhas em Campina Grande (2009-2013)**



### 6.1.2 COR

O presente estudo, nos 5 anos observados, analisou que no Brasil, durante a CNPCP, 1,11% era composto por amarelos, 63,11% por brancos, 6,33% negros e 29,40% de pardos. Já em Campina Grande, evidenciou-se 0,52% de amarelos, 51,47% de brancos, 6,62% negros e 41,40% de pardos (Tabela 1)

O valor proporcional de acordo com a cor de pele foi maior para pardos no município paraibano, quando comparado com o Brasil. Entretanto, sempre o maior grupo que procurou o serviço médico foi o de brancos. De acordo com o teste de aderência aplicado, estes percentuais não são similares, existindo diferenças estatisticamente significativas (qui-quadrado 0,003 P=0,99)

Devido o alto grau de miscigenação da população brasileira, há pouca precisão em se identificar quem pode ser chamado de negro, prevalecendo para fins estatísticos, o critério da autodeclaração. (ALCHORNE; ABREU, 2008)

A composição étnica dos brasileiros não é uniforme por todo o país. No século XIX, devido ao largo fluxo de imigrantes europeus para o Sul do Brasil, a maior parte da população nessa região é branca (79,6%). Na região Nordeste, em decorrência do grande número de africanos, que trabalhavam nos engenhos de cana-de-açúcar, o número de pardos e pretos chega a 62,5% e 7,8%, respectivamente, formando a maioria. Na região Norte, devido ao importante componente indígena, a maior parte das pessoas é de cor parda (69,2%). Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste as porcentagens dos diferentes grupos étnicos são bastante similares, havendo na região Sudeste 32,5% de pardos e 7,7% de negros, enquanto na região Centro-Oeste 42,6% da população é composta por pardos e 6,9% por negros (ALCHORNE; ABREU, 2008).

Segundo o último Censo do IBGE (2010), Campina Grande-PB apresenta em sua composição etária acima de 10 anos, 69.518 brancos, 10.014 negros, 2.116 amarelos, 78.050 pardos e 244 indígenas.

Considerando os dados da Campanha, o presente estudo constatou que em Campina Grande, de 2009 a 2013, houve 187 casos de câncer não melanoma em brancos, 79 em pardos e somente 8 em negros e 1 em amarelos (Gráfico 2).

O estudo ainda inferiu que pessoas de pele branca tem 1,548 maior chance de desenvolver câncer de pele (OR=1,548, 95% CI (0,6199-1,0578), P=0,1217)

Salienta-se que, no Brasil, considerado um país de miscigenação muito elevada, existe o risco em pessoas de pele não clara desenvolver lesões malignas cutâneas, podendo ser maior

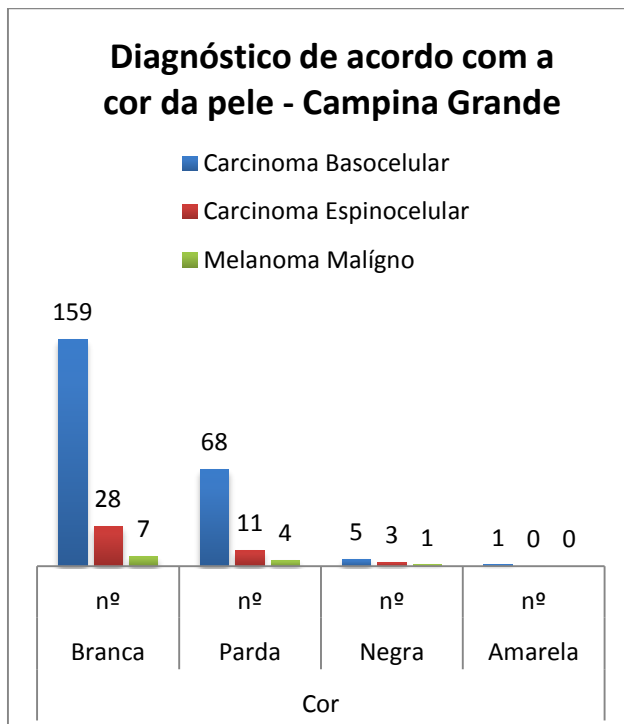
que outras regiões mundiais, o que deve ser tratado com seriedade pelos profissionais de saúde. (SBD, 2013)

**Tabela 1. Avaliação da cor de pele dos pacientes atendidos nas Campanhas no Brasil e em Campina Grande**

	Brasil				Campina Grande			
	A	B	N	P	A	B	N	P
<b>2009</b>	0,9%	61,39%	6,76%	30,94%	0%	48,35%	5,79%	45,87%
<b>2010</b>	1,05%	62,92%	7%	29,03%	0,78%	48,84%	6,72%	43,67%
<b>2011</b>	1,01%	64,99%	6,05%	27,95%	0%	50%	6,29%	43,71%
<b>2012</b>	1,19%	63,91%	6,02%	28,89%	0,72%	56,76%	6,04%	36,47%
<b>2013</b>	1,38%	62,32%	5,83%	30,47%	1,08%	53,41%	8,24%	37,28%

Legenda: A= amarelos; B= brancos; N= negros; P= pardos;

**Gráfico 2. Diagnóstico de câncer de pele de acordo com a cor, em Campina Grande, 2009-2013**



### 6.1.3 GÊNERO

Participou da CNPCP no Brasil, um total de 161.171 pacientes, com a prevalência do sexo feminino (n=99.443), média de 61,7% nos anos analisados 2009-2013(Tabela 2).

A prevalência do câncer de pele é mais comum em homens (INCA - 2014), fato esse não foi demonstrado, de 2009 a 2013 no Brasil (49%), entretanto evidenciando em Campina Grande (54%), (Gráfico 3). Na cidade de Campina Grande, 1.676 pacientes foram atendidos durante esse intervalo de tempo, com prevalência do sexo feminino (n=1.027), média de 61,3% (Tabela 3).

De acordo com o teste de aderência aplicado, estes percentuais (Campina Grande Vs. Brasil) são similares, não existindo diferenças estatisticamente significativas [ $\chi^2(p) = 0,85(0,35)$ ].

O presente trabalho também avaliou o risco de ser homem e desenvolver câncer de pele, comparativamente as mulheres, é 1,8723 vezes maior. (OR=1,8723, 95% CI 1,4545-2,4102, P<0,0001).

Segundo estimativas do INCA para 2014, com relação às diferenças regionais brasileiras, o câncer de pele não melanoma é mais incidente em homens. Assim, estatisticamente, distribuído entre as regiões Sul (159,51/100 mil), Sudeste (133,48/ 100 mil), Centro-Oeste (110,94/ 100 mil), Nordeste (40,37/ 100 mil) e Norte (28,34/ 100 mil).

Particularmente, no Estado da Paraíba, estima-se que em 2014, haverá 3.020 novos casos de neoplasias cutâneas, sendo 2070 de câncer não melanoma e apenas 60 de melanoma (INCA, 2014).

Apesar de o câncer de pele ser mais prevalente em homens, a procura pela Campanha, quando se considera o território nacional e paraibano foi composta em sua maior parte pelo sexo feminino.

GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007, afirmam que a busca pelo serviço de saúde sofre influência de um modelo social de masculinidade: a vergonha de expor o próprio corpo e as amarras culturais impostas pela sociedade, refletem diretamente na virilidade, produzindo uma aversão aos serviços de saúde, fato esse que pode influenciar o resultado de muitos estudos.

Esse trabalho constatou que embora as mulheres constituíssem a maioria da população analisada, em Campina Grande, 54% dos diagnosticados com câncer de pele eram homens, enquanto 46% eram mulheres. No Brasil, diferentemente do município paraibano, 51% eram mulheres e 49% eram homens (Gráfico 3).



Estudos sugerem que homens são menos propensos a reportar problemas de saúde do que as mulheres. De um modo geral, o relato de condições crônicas e a procura por atendimento médico é mais frequente nas mulheres, mas quando se leva em conta a gravidade da enfermidade, os homens tendem a reportar mais doenças crônicas em graus avançados (PINHEIRO et al., 1997).

Portanto, no município paraibano, a despeito da maior procura feminina, o presente estudo sustenta que os homens figuram como maioria no registro de neoplasias cutâneas, o que pode ser explicado pela evolução mais tardia da doença, somado ao fato de esse segmento populacional apresentar maiores incidências da doença, tendo como base a literatura.

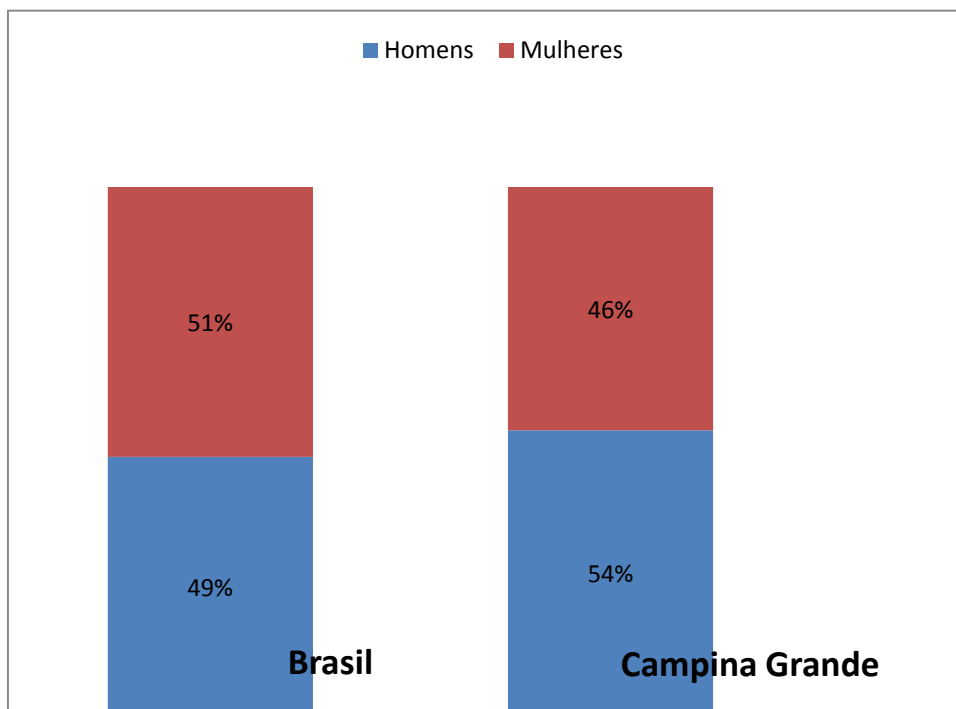
**Tabela 2. Total de pacientes atendidos nas Campanhas no Brasil (2009-2013)**

<b>Ano</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total (n)</b>
<b>2009</b>	39,19% n = 13.696	60,81% n = 21.248	34.944
<b>2010</b>	37,61% n = 12.176	62,39% n = 20.200	32.376
<b>2011</b>	39,25% n = 12.441	60,75% n = 19.256	31.697
<b>2012</b>	39,41% n = 13.106	60,59% n = 20.153	33.259
<b>2013</b>	38,08% n = 11003	61,92% n = 17892	28.895

**Tabela 3. Total de pacientes atendidos nas Campanhas em Campina Grande (2009-2013)**

<b>Ano</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total (n)</b>
<b>2009</b>	34,98 n = 85	65,02 n = 158	243
<b>2010</b>	37,53 n = 146	62,47 n = 243	389
<b>2011</b>	38,74 n = 129	61,26 n = 204	333
<b>2012</b>	38,5 n = 159	61,5 n = 254	413
<b>2013</b>	41,75 n = 124	58,25 n = 173	297

**Gráfico 3. Diagnóstico de câncer de pele de acordo com o gênero nas Campanhas em Campina Grande (2009-2013)**



#### 6.1.4 AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DO CÂNCER DE PELE

Observou-se uma incidência do CP durante a CNPCP no Brasil de 12%, em Campina Grande de 18% e em Porto Alegre de 16%, chamando a atenção para o fato de o Município paraibano ser superior ao País e a Capital sulista em percentagem bruta.

Em Campina Grande, as incidências de CP foram superiores a do Brasil em todos os anos analisados com exceção ao ano de 2011, mostrando-se também maiores que a de Porto Alegre nos anos de 2009, 2010 e 2013. Essa maior incidência se deu devido a fatores não controlados, como influência da mídia, e cidades muito próximas a Campina Grande e carência de serviço médico regional especializado. (Tabela 4)

De acordo com o teste de aderência aplicado, foram obtidos que as incidências quando comparadas não são similares, existindo diferenças estatisticamente significativas entre Campina Grande Vs. Brasil e Campina Grande Vs. Porto Alegre, respectivamente [ $\chi^2(p)$  0,0012 (0,99)] e [ $\chi^2(p)$  0,00013 (0,999)].

Segundo dados do INCA, o número estimado de novos casos de câncer de pele não melanoma para o ano de 2014 no Brasil é de 224.320. Com relação à Paraíba, o órgão acima citado, afirma que são esperados cerca de 2.350 novos casos de neoplasias cutâneas no mesmo ano.

Estimativas do INCA consideraram que para o ano de 2014, haverá uma incidência de aproximadamente 48,28% de novos casos de câncer de pele para cada 100.000 habitantes na Paraíba. Segundo projeções do IBGE, em 2014, a população de Campina Grande será de 400.002 habitantes. Com base nessas informações, haveria 193,12 de novos casos de câncer de pele não melanocítico na Cidade.

No presente estudo, ainda optou-se por comparar dados de incidência do Brasil com os de Campina Grande e de Porto Alegre-RS. Escolheu-se essa última Cidade devido o fato do estado do Rio Grande do Sul apresentar uma alta taxa estimada de câncer de pele para 2014, segundo o INCA, cerca de (159,59 casos para 100.000 habitantes no RS Vs. 48,28 casos para 100.000 habitantes na PB)

Essa grande diferença se dá, entre outros fatores, pela maior constituição leucodérmica da população do Sul do País, denotando que a cor de pele é um forte contribuinte na gênese de lesões cutâneas malignas. Isso se justifica, em parte, porque a composição étnica dos brasileiros não é uniforme. Devido ao largo fluxo de imigrantes europeus para o sul do Brasil, no século XIX, a maior parte da população nessa região é branca (79,6%) (ALCHORNE; ABREU, 2008).

O presente estudo, a despeito do que teoricamente seria esperado pelo o INCA, apontou que, em Campina Grande, a incidência de câncer de pele tanto é superior ao Brasil, quanto a Porto Alegre-RS. (qui-quadrado 0,0012,  $P=0,99$  e 0,00013,  $P=0,999$ , respectivamente).

Elencam-se como possíveis justificativas para tal fato, eventos não controlados, como a divulgação prévia de cirurgias no mesmo dia da Campanha, a carência de resolutividade do sistema público de saúde, a falta de um serviço especializado de referência, a participação de cidades circunvizinhas e a influência da mídia local (essa última será discutida em um tópico separado).

Quanto à realização de cirurgias nos dias da campanha, sabe-se que muitas das 93 cidades participantes da CNCP não realizaram comumente a exérese de lesões nos respectivos anos analisados (SBD, 2009-2013). O Município Paraibano destaca-se por apresentar tal serviço desde a implantação da Campanha na Cidade, a partir da colaboração voluntária do serviço de pequenas cirurgias do HUAC, tendo esse fato colaborado para um aumento da procura pela Campanha, uma vez que muitos pacientes encontram dificuldades no sistema público de saúde para conseguir a excisão de suas lesões de pele.

Em Campina Grande, não há serviço especializado de referência em câncer de pele. O serviço mais próximo da Cidade encontra-se na capital João Pessoa, mais precisamente no Hospital Lauro Wanderley. O fato de a campanha mobilizar grande quantidade de médicos especialistas numa ocasião propiciou um aumento da procura pela população local.

Dados do IBGE de 2012 afirmam ainda que na Paraíba há uma relação de 1,3 médicos para 1.000 habitantes e no Estado do Rio Grande do Sul o mesmo índice é de 2,31. Além de não apresentar um serviço especializado, a Paraíba apresenta uma menor assistência médica que o Estado sulista, o que, em parte, contribui para o elevado dado obtido.

O município paraibano em questão é o segundo mais populoso do Estado, sendo sua região metropolitana formada por 19 municípios. Apresenta-se como um dos principais polos industriais da Região Nordeste, possuindo o segundo maior PIB entre os municípios paraibanos (IBGE, 2010). Devido esses fatores, parte da alta incidência encontrada tem a influência da população advinda de localidades próximas.

**Tabela 4 Avaliação da incidência de câncer de pele nas Campanhas no Brasil , em Campina Grande e Porto Alegre (2009-2013)**

	Brasil		Campina Grande		Porto Alegre	
	S	N	S	N	S	N
<b>2009</b>	10,84%	89,16%	27,87%	72,13%	13,61%	86,39%
<b>2010</b>	11,12%	88,88%	12,34%	87,66%	11,12%	88,88%
<b>2011</b>	12,51%	87,49%	11,87%	88,13%	15,26%	84,74%
<b>2012</b>	13,57%	86,43%	15,22%	84,78%	18,56%	81,44%
<b>2013</b>	12,74%	87,26%	26,71%	73,29%	16,45%	83,55%

Legenda: S = SIM; N = NÃO

## 6.2 AVALIAÇÃO DO HISTÓRICO FAMILIAR

Entre os fatores de risco que contribuem para a gênese das lesões de pele, fatores genéticos, história familiar de câncer da pele e radiação ultravioleta (UV) já estão bem definidos (WU et al., 2014). A herança genética apresenta um importante papel na gênese do câncer de pele, sobretudo quando o diagnóstico é o de melanoma . Na gênese dos cânceres do tipo não melanoma, embora a história familiar possa ter algum papel, essa não é um fator de risco frequentemente associado. (FITZPATRICK, 2012)

No entanto, existem poucos estudos que investigue a história familiar adequadamente, sendo, notoriamente, esta a de primeiro grau, em nível de população, quando o assunto é câncer (ROTH, 2007).

Durante o preenchimento das fichas nacionais em média 26,95% (n=43.436) dos pacientes citaram história de câncer de pele na família, e em Campina Grande uma média de 20,22% (n= 339) dos pacientes atendidos nos cinco anos estudados referiu história familiar positiva.

De acordo com o teste de aderência aplicado, estes percentuais não são similares, existindo diferenças estatisticamente significativas [ $X^2(p)$  0,01 (0,007)]. Estas informações estão apresentadas na Tabela 5.

Sabe-se que no Brasil, segundo dados da SBD, em cinco anos de análise (2009 a 2013), de um modo geral, 26,95% (n=43.436) dos 161.171 pacientes apresentaram história

familiar de câncer de pele. Deste fator, analisado em Campina Grande, encontrou-se uma correlação de 20,22% (n= 339), dos 1667 pacientes atendidos no mesmo período de tempo em questão.

**Tabela 5 Avaliação da história familiar de câncer de pele das Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013)**

Ano	Brasil		Campina Grande	
	S	N	S	N
<b>2009</b>	17,84%	82,16%	25,51%	74,49%
<b>2010</b>	18,59%	81,41%	28,17%	71,83%
<b>2011</b>	20,5%	79,5%	26,65%	73,35%
<b>2012</b>	21,45%	78,55%	28,78%	71,22%
<b>2013</b>	22,74%	77,26%	25,65%	74,35%

Legenda: S = sim; NSE = não se expõe; N= não

### 6.3 AVALIAÇÃO DA HISTÓRIA PREGRESSA DE CÂNCER DE PELE

Segundo Lages et al. (2011), a história pregressa de câncer de pele, em seu estudo, aumenta o risco em 5,24 vezes de ocorrer uma nova lesão. Dos examinados entre 2009 e 2010, 7,2% apresentaram história pregressa de câncer de pele.

No Brasil a média de história pregressa positiva para CP foi de 10,49%, enquanto Campina Grande 13,54%. Dados acerca desse assunto podem ser observados na tabela 6.

De acordo com o teste de aderência aplicado, estes percentuais (Brasil Vs. Campina Grande) são similares, não existindo diferenças estatisticamente significativas [ $X^2(p) = 0,048$  (0,82)].

A história pregressa positiva para CP foi correlacionada a uma chance 5,8939 vezes maior para a doença em Campina Grande (OR: 5,8939, 95% CI 4.3582-7.9708, P <0,0001)

**Tabela 6 Avaliação da história progressa de câncer de pele nas Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013)**

	Brasil		Campina Grande	
	S	N	S	N
<b>2009</b>	9,11%	90,89%	18,93%	81,07%
<b>2010</b>	9,27%	90,73%	6,44%	93,56%
<b>2011</b>	11,43%	88,57%	9,91%	90,09%
<b>2012</b>	11,51%	88,49%	15,74%	84,26%
<b>2013</b>	11,13%	88,87%	16,67%	83,33%

Legendas: S= sim; N= não;

#### 6.4 AVALIAÇÃO DA FOTOPROTEÇÃO

Quanto à fotoproteção, verificou-se na tabela 7 valores próximos quando comparamos o Brasil e Campina Grande. O Brasil apresentou uma média de 32,16% que usavam fotoproteção, 3,63% que não se expuseram e 64,2% que não usavam. Já, Campina Grande-PB, 31,68% que usavam fotoproteção, 5,48% não se expuseram e 64,2% que não usavam.

De acordo com o teste de aderência aplicado, estes percentuais são similares, não existindo diferenças estatisticamente significativas [ $X^2(p)$  0,75 (0,14)]. Estas informações estão apresentadas na Tabela 7.

As campanhas de detecção massiva atuam principalmente na prevenção secundária, pois consiste na atuação de principalmente detectar tumores de pele, em estádios precoces (LAGES et al., 2012). Sendo assim, as campanhas são de suma importância para identificação dos estágios precoces do câncer, podendo reduzir taxas de morbidade e mortalidade.

A cada atendimento, os médicos voluntários realizam exame dermatológico completo e preenchem formulários padronizados com dados de todos os pacientes (sexo, idade, cor, proteção solar, história pessoal ou familiar de câncer de pele e diagnóstico provável). Tais ações, buscam, principalmente, a identificação de lesões malignas ou pré-malignas. (NORA et al., 2004)

Além do nível secundário de prevenção, existe também certa atuação no nível primário, uma vez que a Campanha beneficia pessoas sem o diagnóstico da doença com orientações preventivas gerais. (BARDINI; LOURENÇO; FISSMER, 2012)

Medidas efetivas de fotoproteção como: utilização de roupa protetora; chapéu com uma ampla aba larga; óculos de sol; protetor solar; e usar sombra (Public Health Association of Australia – 2012) reduzem o efeito UV na pele. A área exposta ao sol, também, influencia no aumento do risco para câncer de pele (HAN; COLDITZ; HUNTER, 2006), o uso apropriado e habitual de fotoprotetores reduzem o número de casos de queratose actínica, carcinoma de células escamosas e abrandam o desenvolvimento de novos nevos em crianças (BALOGH et al., 2011).

Há, ainda, um terceiro nível de prevenção, chamado terciário, que consiste em diminuir as recidivas, deformidades e mortalidade, algo que não é muito o objetivo das campanhas massivas, abordado no presente estudo. (HELFAND et al., 2001; SARAIYA et al., 2004)

Portanto, além de possibilitar alguma melhora aos altos índices de pessoas descobertas de medidas de fotoproteção, a importância da campanha também está em se diagnosticar lesões de pele iniciais.

**Tabela 7 Avaliação da fotoproteção nas Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013)**

Ano	Brasil			Campina Grande		
	S	NSE	N	S	NSE	N
<b>2009</b>	30,22%	3,85%	64,53%	31,62%	3,85%	64,53%
<b>2010</b>	31,44%	3,35%	60,82%	35,82%	3,35%	60,82%
<b>2011</b>	32,27%	4,78%	65,97%	29,25%	4,78%	65,97%
<b>2012</b>	32,04%	5,08%	71,19%	23,73%	5,08%	71,19%
<b>2013</b>	32,43%	1,11%	58,52%	40,37%	1,11%	58,52%

Legenda: S = sim; NSE = não se expõe; N= não

## 6.5 AVALIAÇÃO DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O câncer de pele tem distribuição universal e costuma apresentar-se sob três principais formas: melanoma, carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular (ou epidermoide). Os



carcinomas basocelular e epidermoide são também conhecidos como câncer de pele não melanoma, tipo mais frequente de câncer de pele, ambos são muito parecidos quanto ao prognóstico: apresentam baixa letalidade, ou seja, raramente levam à morte e as metástases são raras, predominante na população de pele clara. (QUINN;PERKINS, 2010; INCA, 2014).

Os carcinomas basocelulares (CBC) constituem o tipo mais comum de carcinoma da pele, aparecendo nas estatísticas como responsável por cerca de 70 a 75% dos casos. (NASSER, 2005; LAGES et al., 2012). A sua incidência é maior em adultos de pele e olhos claros acima de 40 anos, localizando-se preferencialmente nos 2/3 superiores da face, na cabeça e pescoço. Apesar de ser o mais frequente, o CBC apresenta menor potencial de malignidade dentre os cânceres de pele (MARTINS et al., 2007; LAGES et al., 2012).

Em segundo lugar de frequência tem-se o carcinoma espinocelular (CEC), que se localiza preferencialmente em lábio inferior, face, orelhas, dorso das mãos e genitália, representando cerca de 90% das neoplasias orais existentes. Apresenta como fatores de risco fumo, álcool, sífilis, deficiências nutricionais, sol, traumatismo, má higiene e irritação por bordas pontiagudas de dentes ou dentaduras (MARTINS et al.,2007; LAGES et al., 2012).

Os dados de morbidade envolvendo os cânceres basocelulares e espinocelulares isoladamente quase não existem na literatura mundial, pois esses cânceres são somados e aparecem classificados como carcinomas da pele não melanomas (NASSER, 2005; LAGES et al.,2011). O melanoma, embora seja o menos frequente entre os principais carcinomas de pele, ganha destaque pela sua maior morbidade e mortalidade em relação aos demais, com incidência crescente na população brasileira e mundial (PINHEIRO et al.,2003, LAGES et al.,2012).

Segundo o INCA (2014), o carcinoma basocelular é o tipo mais comum de CP, apresentando uma prevalência de 70% nos diagnósticos, seguido pelo epidermoide com 25% e os melanomas 1%.

Durante a CNCP, nos anos analisados, foi mostrado um diagnóstico de CBC de 74%, CEC de 17,6% e melanoma de 8,4% no Brasil. Já, Campina Grande apresentou diagnóstico de CBC de 80%, CEC de 16,25% e melanoma de 3,75% dentro do valor absoluto para tipos histológicos do CA de pele. Em valores percentuais relativos, Campina Grande superou o Brasil em todos os anos no diagnóstico de CBC, mais notoriamente nos anos de 2009 e 2013 (Tabela 8).

A incidência de lesões pré-malignas foi de 15% no Brasil e de 11,96% em Campina Grande. (Gráficos 4 e 5). Em valores absolutos isso representa um número de 24.175 pessoas no Brasil e 200 pessoas em Campina Grande, o que foi de fundamental importância na

prevenção de futuros casos de CP.

De acordo com o teste de aderência aplicado, estes percentuais não são similares para CBC e CEC [ $X^2(p)$  0.00009(0.999) e 0.042(0.97)], existindo diferenças estatisticamente significativas. Para melanomas os percentuais são similares [ $X^2(p)$  0.42(0.85)], não existindo diferenças estatisticamente significativas.

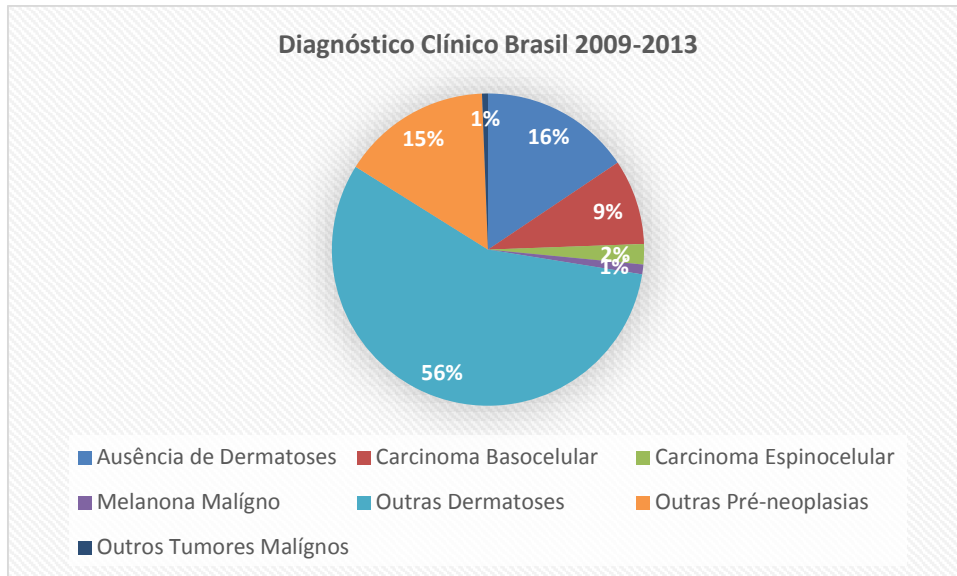
A CNCP diagnosticou nesses cinco anos também lesões pré-malignas, em 15% no Brasil e 11,96% em Campina Grande-PB. Em valores absolutos isso representa um número de 24175 pessoas no Brasil e 200 pessoas em Campina Grande, de 2009 a 2013, sendo dados relevantes para a prevenção de futuros casos de câncer de pele.

**Tabela 8 Avaliação do diagnóstico do câncer de pele nas Campanhas no Brasil e em Campina Grande (2009-2013)**

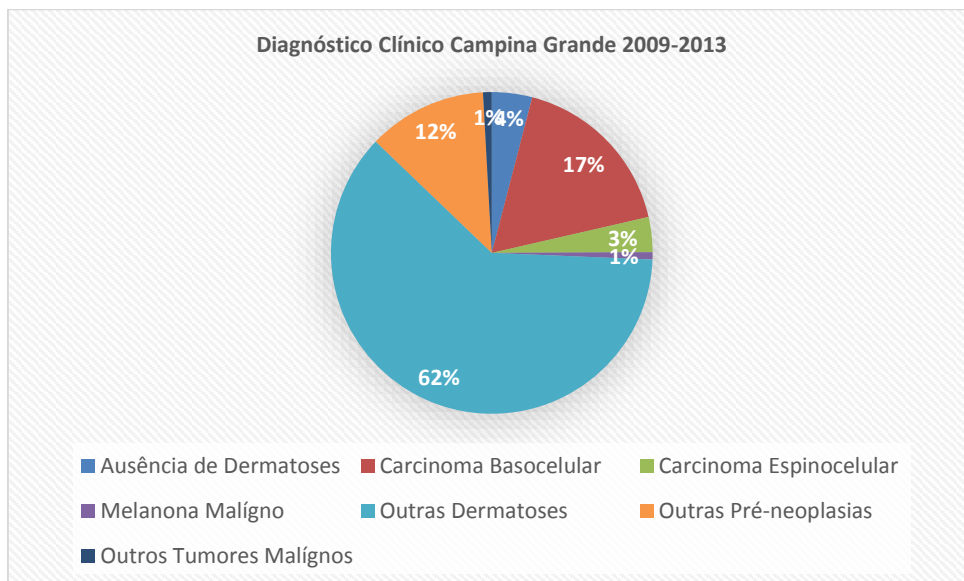
	Brasil			Campina Grande		
	CBC	CEC	MM	CBC	CEC	MM
<b>2009</b>	8,18	1,94	0,93	22	6	0,4
<b>2010</b>	8,41	1,87	0,92	10,99	2,25	0,56
<b>2011</b>	9,41	2,23	0,99	11,36	0,65	0,65
<b>2012</b>	10,07	2,59	1,16	14,25	2,51	0
<b>2013</b>	9,61	2,27	1,24	23,66	2,87	2,87

CBC= carcinoma basocelular; CEC= carcinoma espinocelular; MM= melanoma

**Gráfico 4 Avaliação do diagnóstico do câncer de pele nas Campanhas no Brasil (2009-2013)**



**Gráfico 5 Avaliação do diagnóstico do câncer de pele nas Campanhas em Campina Grande (2009-2013)**



## 6.6 AVALIAÇÃO DA MÍDIA

A divulgação da DNCCP é estimada pelo preenchimento da planilha de coleta de dados e é composta pelos seguintes itens: Amigos/ Família, Cartaz/ Panfleto, Jornal, Palestras, Rádio, TV e Outros.

De acordo com os dados publicados pela SBD, nacionalmente (Gráfico 6), a TV (33,7%) foi a maior motivadora do exame, seguida por Amigos/Família (18,33%), Rádio (15,17%), Outros (14,38%), Cartaz/Panfleto (11,52%), Jornal e Palestras (0,53%).

Já em Campina Grande (Gráfico 7), a TV (47,4%) repetiu-se como maior incentivadora, já o Rádio (23,39%) passa a ser o segundo meio de divulgação, sendo acompanhado por Amigos/Família (12,91%), Outros (12,60%), Jornal (1,94%), Cartaz/Panfleto (1,63%) e Palestras (0,09%).

Devido o poder da mídia, o assunto câncer é algo frequentemente difundido nos meios de comunicação, assim proporcionando conhecimento científico a leigos. (JUBERG; GOUVEIA; BELISÁRIO, 2006).

A imprensa se aprimorou no sentido de melhor persuadir o público em adesões às campanhas de saúde, a exemplo disso, em 2010, cerca de 83 milhões de brasileiros se vacinaram contra o H1N1, em curto período temporal (BERBEL; RIGOLIN, 2011).

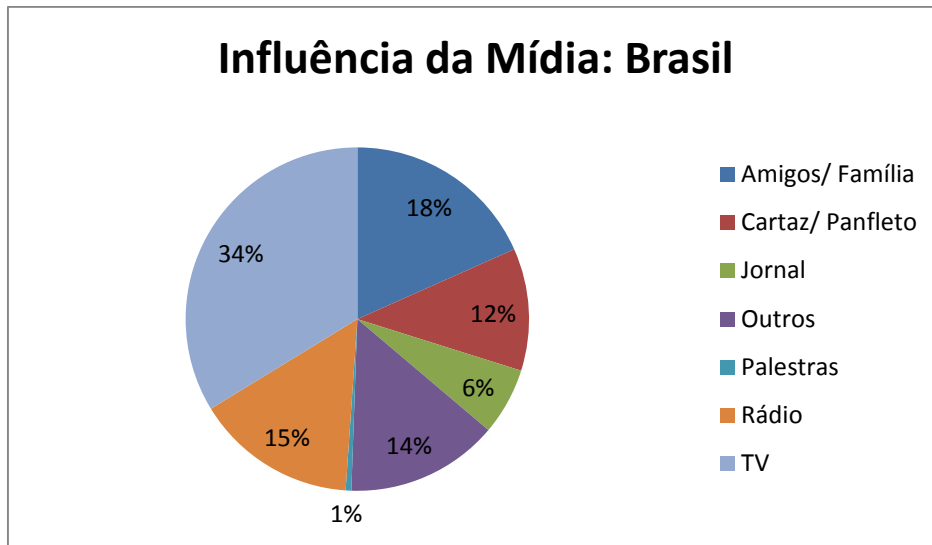
A mídia local foi importante contribuinte para a obtenção dos dados em estudo, seja por meio de jornais, televisão e rádio, aumentando a procura pelos serviços do HUAC nos dias de campanha.

O presente estudo obteve que 47% dos participantes da Campanha foram motivados a comparecer ao HUAC pela televisão e 23% souberam pelo rádio. No Brasil, a porcentagem encontrada foi de 34% para TV e 15% para o rádio. Tais porcentagens refletem que a mídia local tem papel importante no aumento da procura pela Campanha, o que em parte contribuiu para a alta incidência obtida.

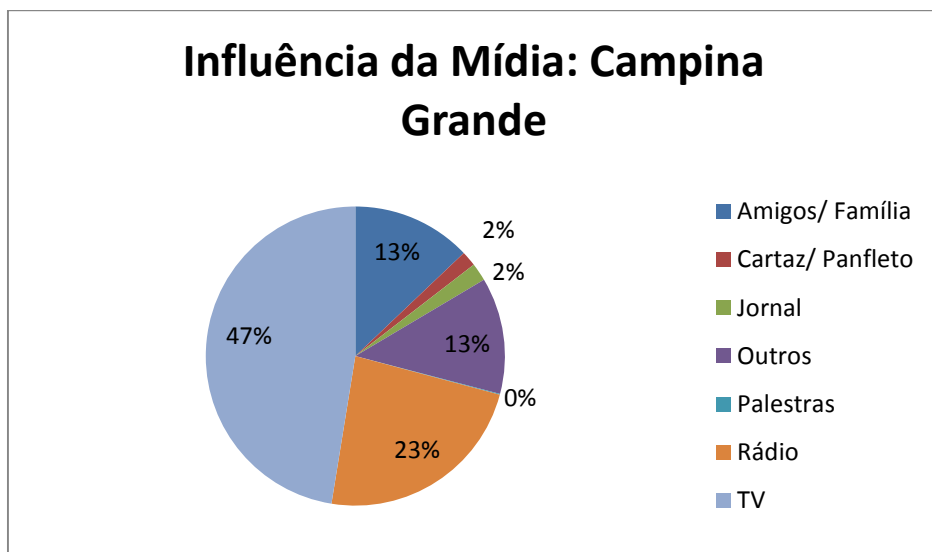
No Brasil, assim como em outros países, a divulgação em câncer, através das diversas ferramentas de comunicação, é uma forma de contribuir ou deveria ser, para diminuir o número de casos da doença. Nesse sentido, alertar a população com informações precisas, através dos meios de comunicação, sobre a importância da prevenção e diagnóstico precoce é uma importante medida para redução dos números de morbimortalidade em câncer. (JUBERG; GOUVEIA; BELISÁRIO, 2006)

Seguem nos anexos do trabalho, fotos retiradas em telejornal.

**Gráfico 6 Influência da divulgação na procura DNCCP - Brasil (2009-2013)**



**Gráfico 7 Influência da divulgação na procura DNCCP – Campina Grande (2009-2013)**



## 7 CONCLUSÃO

A amostra dos pacientes atendidos durante a CNPCP em Campina Grande constituiu-se de predominância do sexo feminina, pacientes brancos e com a faixa etária acima de 50 anos. A incidência de câncer de pele na população estudada foi de 18%, sendo predominantes do sexo masculino (54%) e da cor branca. A variante clínica mais comum foi o carcinoma basocelular constituindo 94,35% dos casos diagnosticados de câncer de pele.

A incidência estatística é discretamente maior em Campina Grande do que na média nacional, sendo justificada por provável diferencial na abordagem da campanha caracterizada pela resolutividade cirúrgica no mesmo dia associada a carência de serviço especializado de câncer de pele na nossa cidade. Desse modo, pode-se afirmar que a Campanha é um instrumento relevante para a saúde local.

Em relação a fotoproteção, conclui-se que a grande maioria dos pacientes atendidos em Campina Grande não utiliza meios de fotoproteção (65%), dado semelhante a média nacional.

Cabe ainda salientar sobre o papel da mídia local como um importante contribuinte para o aumento dos dados obtidos. A televisão representa o principal meio de divulgação da campanha, totalizando 47 % de todos os veículos, superando a média nacional (34%).

Os resultados obtidos alertam que muito é necessário fazer em termos de prevenção do Município, uma vez que, embora haja a presença de variáveis não controladas citadas, Campina Grande apresenta uma alta incidência local, maior que a do Brasil e de algumas outras cidades, a exemplo de Porto-Alegre-RS. Novos estudos devem ser feitos para avaliar em profundidade o perfil epidemiológico local das neoplasias cutâneas.

O presente estudo, apesar de suas limitações, demonstra números de relevância para Campina Grande-PB quanto a neoplasias cutâneas, pois os aspectos abordados demonstram que ações preventivas e de educação em saúde podem ser objetos de estudo importantes, refletindo o nível de saúde local e parâmetros que precisam ser melhorados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCHORNE, M.M.; ABREU, M.A.; **Dermatoses na pele negra**. In: Rotta O. Guia de dermatologia: clínica, cirúrgica e cosmiátrica. Barueri: Manole; 2008. p. 593-608.

AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BALOGH, T. S. et al.; **Proteção à radiação ultravioleta, recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção**. Anais Brasileiros de Dermatologia. Volume 86. Nº 4. Rio de Janeiro 2011.

BARDINI, G.; LOURENÇO, D.; FISSMER, M.C.; **Avaliação do conhecimento e hábitos de pacientes dermatológicos em relação ao câncer da pele**. Arq. Catarin. Med. 2012; 41(2): 56-63.

BERBEL, D.B.; RIGOLIN, C.C.D.; **Educação e promoção da saúde no brasil através de campanhas públicas**; Revista Bras de Ciência, Saúde e Sociedade, V2, n1, P. 25-38, jan/jun 2011.

CASTILHO, I. G.; SOUSA, M. A. A.; LEITE, R. M. S. **Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários**. Anais Brasileiros de Dermatologia. Vol. 85. Nº 2. Rio de Janeiro, 2010.

CASTRO, I. A. et al. **Ceratoses Actínicas: Artigo de revisão**. Revista HCPA. Volume 26. Nº 2. Rio de Janeiro, 2006.

CHAIMOWICZ, F.; **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):687-707, 2002.

DERGHAM, A. P. et al. **Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba**. Anais Brasileiros de Dermatologia. Volume 79. Nº 5. Rio de Janeiro, 2004.

FERREIRA, F.R.; NASCIMENTO, L.F.C.; ROTTA, O.; **Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em taubaté, sp: um estudo caso-control;**. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(4):431-437.

FITZPATRICK, T. B.; **Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine**. Edição inglesa. Estados Unidos da América: McGraw, 2012.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** Cad.SaúdePública, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007.

GROSSMAN, D.; LEFFELL, D. J.**The molecular basis of non melanoma skin cancer: new understanding.**Nº 133.EstadosUnidos da América, 2012.

HAN, J.; COLDITZ, G.A.; HUNTER, D.J.; **Risk factors for skin cancers: a nested case-control study within the Nurses' Health Study;** Int. J. Epidemiol. (December 2006) 35 (6): 1514-1521. First published online: August 30, 2006.

HELFAND, M. et al. **Screening for Skin Cancer.**Am J Prev Med. 2001; 20(3S): 47-58.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Estimativa 2014: incidência de câncer do Brasil.** Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>. Acesso em 10 de Maio de 2014.

INCA - Instituto Nacional de Câncer - Ministério da Saúde do Brasil. **Estimativa 2009-2013: incidência de câncer no Brasil.** Disponível em: <http://www.inca.gov.estimativa/2009/>. Acesso 20 Out 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS; **Estatísticas: banco de dados;** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pb>. Acessado em maio de 2014. (21/maio)

JUBERG, C.; GOUVEIA, M. E.; BELISÁRIO, C. **Na mira do câncer: O papel da mídia brasileira.** Revista Brasileira de Cancerologia. Volume 52. Nº 2. Rio de Janeiro, 2006. 52(2): 139-146.

KADUNC, B. et al. **Tratado de Cirurgia Dermatológica, Cosmiatria e Laser.**1ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.

LAGES, R.B. et al.; **Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil;** RevBrasPromoç Saúde, Fortaleza, 25(2): 221-227, abr./jun., 2012.



LAGES, R.B. et al.; **Linfonodo sentinela em melanoma: experiência inicial de um centro do nordeste brasileiro.** *An Bras Dermatol.* 2011; 86(2): 379-82.

LITVAK, J. **El envejecimiento de lapoblación: un desafío que va más allá del año 2000.** *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 109:1-5, 1990.

MARTIN, R.H.; **Relationship between risk factors, knowledge and preventive behavior relevant to skin cancer in general practice patients in south Australia.** *Br J Gen Pract* 1995; 45(396):365-7.

MARTINEZ, M. A. R. et al.; **Genética molecular aplicada ao câncer cutâneo não melanoma.** *Anais Brasileiros de Dermatologia.* São Paulo: USP, 2006.

MARTINS, I.L. et al.; **Perfil do câncer de pele em pacientes do Instituto do Câncer do Ceará no período de 2000 a 2003;** *Rev Bras Promoç Saúde.* 2007; 20(1):46-52.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil.** Brasília (DF); 2014.

NASSER, N; **Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999;** *An Bras Dermatol.* 2005; 80(4):363-88.

NORA, A.B. et al.; **Frequência de aconselhamento para prevenção de câncer da pele entre as diversas especialidades médicas em Caxias do Sul.** *An Bras Dermatol* 2004; 79(1):45-51.

OKIDA, F. et al. **Estudo da prevalência de casos de câncer da pele e análise da eficácia da proteção solar na prevenção de lesões causadas por radiação ultravioleta em uma amostra da população.** *Anais Brasileiros de Dermatologia.* Volume 76. Nº 4. Rio de Janeiro, 2001.

PINHEIRO, A.M.C. et al.; **Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999;** *An Bras Dermatol.* 2003; 78(2): 179-186.

PINHEIRO, S. et al.; **A saúde dos idosos brasileiros às vésperas doséculo XXI: problemas, projeções e alternativas.** *Rev. Saúde Pública,* 31 184 (2): 184-200, 1997.

PUBLIC HEALTH ASSOCIATION OF AUSTRALIA. **Policy-at-a-glance – Skin**

**Cancer Prevention Policy.** Disponível em [http://www.phaa.net.au/documents/130201\\_Skin%20Cancer%20Prevention%20Policy%20FINAL.pdf](http://www.phaa.net.au/documents/130201_Skin%20Cancer%20Prevention%20Policy%20FINAL.pdf).

QUINN A.G; PERKINS W; **Non-melanoma skin cancer and other epidermal skin tumors**; In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's textbook of dermatology. 8th ed. Oxford: Blackwell Publishing; 2010. p. 52.1

RAMOS-E-SILVA, M.; CASTRO, M. C. R. **Fundamentos de Dermatologia.** 1ª edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

RIGEL D.S.; **Photoprotection: a 21st century perspective.** Br J Dermatol 2002; 146 Suppl 61:34-7.

ROCHA, F. P. et al. **Especificidade e sensibilidade de rastreamento para leões pré-malignas e malignas.** Revista de Saúde Pública. Volume 36. Nº 1. Rio de Janeiro, 2002.

RODRIGUES, M. M. **Dermatologia do nascer ao envelhecer.** 1ª edição. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.

ROTH, F.L.; **Consistência da história familiar de câncer em um estudo de base populacional.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. 2007.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia.** 3ª edição. São Paulo: Artes Médicas, 2007

SARAIYA, M. et al.; **Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation: a systematic review.** Am J Prev Med. 2004; 27(5): 422-66.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Programa Nacional de combate ao câncer da pele.** Disponível em: <http://www.sbd.org.br/acoes/programa-nacional-de-combate-ao-cancer-da-pele/>. Acesso em 10 de Maio de 2014.

SGARBI, F.C.; CARMO, E.D.; ROSA, L.E.B.; **Radiação ultravioleta e carcinogênese.** Rev. Cien. Med. 16 (4-6): 245-250. Campinas; 2007.

SIMIS, T. et al. **Doenças de Pele Relacionadas à Radiação Solar.** Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Volume 8.Nº1.São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005.** Anais Brasileiros de Dermatologia, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Relatórios: **Campanha Nacional de Prevenção contra o Câncer de Pele – 2009.** Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Disponível em: <[http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios\\_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=1](http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=1)> Acesso em 23 jan. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Relatórios: **Campanha Nacional de Prevenção contra o Câncer de Pele – 2010.** Hospital Universitário Alcides Carneiro. Disponível em:

<[http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios\\_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=3](http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=3)> Acesso em 23 jan. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Relatórios: **Campanha Nacional de Prevenção contra o Câncer de Pele – 2011.** Hospital Universitário Alcides Carneiro. Disponível em:

<[http://http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios\\_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=5](http://http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=5)> Acesso em 23 jan. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Relatórios: **Campanha Nacional de Prevenção contra o Câncer de Pele – 2012.** Hospital Universitário Alcides Carneiro. Disponível em:

<[http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios\\_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=7](http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=7)> Acesso em 23 jan. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Relatórios: **Campanha Nacional de Prevenção contra o Câncer de Pele – 2013.** Hospital Universitário Alcides Carneiro. Disponível em:

<[http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios\\_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=9](http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios_lista.asp?servico=Hospital+Universit%E1rio+Alcides+Carneiro&Submit4=Filtrar&campanha=9)> Acesso em 23 jan. 2012.

SOUZA, S. R. P.; FISCHER, F. M.; SOUZA, J. M. P. **Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura.** Revista Saúde Pública. vol. 38. Nº 4. São Paulo, 2004.


SZKLO, A. S. et al. **Comportamento relativo a exposição e proteção solar na população de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003.** Caderno Saúde Pública. Volume 23. Nº 4. Rio de Janeiro, 2007.

VIVIER, A. et al. **Atlas de Dermatologia clínica.** 2ª edição. São Paulo: Manole, 1997.

WU, S. et al.; **Long-term Ultraviolet Flux, Other Potential Risk Factors, and Skin Cancer Risk: A Cohort Study.** CancerEpidemiolBiomarkers Prev. 2014 Jun;23(6):1080-9. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0821. PubMed PMID: 24876226

# ANEXOS

# ANEXO 01 – Questionário padrão


**Sociedade Brasileira de Dermatologia**  
 Planilha de coleta de dados da Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele 2011

Certificada como a maior campanha de atendimento contra o câncer de pele do mundo.

Serviço: HUAC      Cidade: Campanha grande      Estado: PB      Data: 26/11/2011

Identificação* (Iniciais)	Idade	Sexo	Cor	Exposição ao Sol	Hist. CA pele	Fam. CA	Hist. CA pele	Como soube da campanha?	Diagnóstico Clínico*	Evolução	Localização*	Conduta*	Suspeito CA
[Redacted]	52	F	1	2	2	2	2	6	6	-	-	1	
[Redacted]	50	F	1	2	2	2	2	4	6	-	-	1	
[Redacted]	34	F	3	2	2	2	2	2	6	-	-	1	
[Redacted]	57	F	1	1	2	2	2	1	6	-	1		
[Redacted]	59	F	1	2	2	2	2	6	4	3	1	2	
[Redacted]	41	M	2	2	2	2	2	2	6	1	1	-	
[Redacted]	81	M	3	2	2	2	2	7	6	1	-	-	
[Redacted]													
[Redacted]													
[Redacted]													
[Redacted]													
[Redacted]													
[Redacted]													
[Redacted]													

\* Colocar até três (3) opções. Todas as localizações devem ser registradas na planilha. Nos casos de CA todos os campos devem ser preenchidos.

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

## ANEXO 02 – Fotos ilustrativas

Foto 1: Papel da mídia: reportagem de telejornal exibido em 26/11/2012, demonstrando parte das longas filas de pacientes que procuraram atendimento em Campina Grande, durante a CNCP.



Foto 2: Papel da mídia: reportagem de telejornal exibido em 23/11/12, com a participação da Dra Luciana Rabello



Foto 3: Papel da mídia: reportagem de telejornal exibido em 27/11/13, com a participação da Dra. Luciana Rabello



Foto 4: Papel da mídia: reportagem de telejornal exibido em 30/11/13, com a participação da Dra. Luciana Rabello

