

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PREVALÊNCIA DE CÂNCER DA PELE EM PACIENTES COM IDADE ACIMA DE 50 ANOS, EM IBIPORÃ- PR

Rafael Garani ¹, Sonia Maria Marques Gomes Bertolini ², Soraya Andrea Delefrate Muradas ³, Cássia Kely Favoretto Costa ⁴

- 1 Médico Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário de Cesumar (rafaelgarani@hotmail.com), Maringá, Paraná, Brasil
2 Profa Doutora do mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá e da Universidade Estadual de Maringá
3 Fisioterapeuta Mestranda do Centro Universitário Cesumar
4 Profa Doutora do Centro Universitário Cesumar

Recebido em: 31/03/2015 – Aprovado em: 15/05/2015 – Publicado em: 01/06/2015

RESUMO

O câncer da pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil, correspondendo a 25% do total de casos, podendo ser dividido em basocelular, espinocelular e melanoma. A exposição solar excessiva é o seu principal fator de risco modificável. OBJETIVOS: Avaliar a prevalência de neoplasia cutânea da população atendida em um ambulatório de especialidades, bem como o perfil sociodemográfico. MÉTODOS: Revisão de prontuários médicos restritos aos pacientes com idade acima de 50 anos encaminhados a dermatologia, com o diagnóstico de câncer da pele no período de janeiro a dezembro de 2012. RESULTADOS: câncer da pele foi diagnosticado em 5,16% dos pacientes, com média de idade de 69,84 ($\pm 12,18$) anos. A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (61%), houve predomínio de lesão única (79%), sendo a cabeça o segmento de maior ocorrência. CONCLUSÃO: Conclui-se que no Centro de Referência e Especialidades Médicas de Ibiporã, Paraná, câncer da pele predomina em indivíduos do sexo feminino, faixa etária entre 50 e 60 anos, casados, inativos ocupacionalmente e com renda familiar entre um e dois salários mínimos. Nessa população uma única lesão cutânea e o subtipo basocelular, representam grande parte dos casos. Os resultados indicam a necessidade de ações de prevenção primária, por meio da educação em saúde, que estimulem a proteção contra a luz solar.

PALAVRAS-CHAVE: carcinoma; envelhecimento; neoplasia.

SOCIO-DEMOGRAPHIC PROFILE AND PREVALENCE OF SKIN CANCER IN PATIENTS OVER THE AGE OF 50, IN A NORTHERN CITY OF PARANÁ

ABSTRACT

Skin cancer is the neoplasm with the highest incidence in Brazil, corresponding to 25% of the cases and can be divided into basal cell, squamous cell and melanoma. Excessive sun exposure is the main modifiable risk factor. OBJECTIVES: Evaluating the prevalence of skin neoplasm of the population treated in an outpatient specialties clinic, as well as their socio-demographic profile. METHODS: Review of medical

records restricted to patients over the age of 50 years referred to dermatology, with the diagnosis of skin cancer in the period from January to December in 2012. RESULTS: skin cancer was diagnosed in 5.16% of patients, with a mean age of 69.84 ($\pm$ 12.18) years. Most individuals were female (61%), there was a predominance of single lesion (79 %), and the head was prevailing segment. CONCLUSION: We conclude that in Reference Center and Medical Specialties Ibiporã, Paraná, skin cancer predominates in females, aged between 50 and 60 years old, married, occupationally inactive and family income between one and two minimum wages. In this population, a single skin lesion and basal subtype represent most of the cases.

KEYWORDS: carcinoma; aging; neoplasia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida no Brasil determinam um predomínio de doenças crônico-degenerativas, destacando-se as neoplasias, em detrimento das doenças infecto-contagiosas. O câncer (CA) da pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil (INCA, 2012). Pode ser dividido em três tipos histológicos: basocelular, espinocelular (agrupados como não melanoma) e melanoma, cada um representando 70%, 25% e 4% respectivamente, e 1% para formas mais raras. Já em 2012 estimava-se 62.680 casos novos no Brasil de CA da pele não melanoma entre homens e 71.490 entre mulheres (INCA, 2012). Esses valores correspondem a um risco estimado de 65 casos novos a cada 100 mil homens e 71 para cada 100 mil mulheres. A região sul do Brasil tem a maior taxa de incidência de CA da pele (CUSTÓDIO et al., 2010).

O CA da pele não melanoma mostra crescimento lento, localmente invasivo e raramente resulta em metástase. Apresenta-se como uma neoplasia de bom prognóstico, com altas taxas de cura se tratado de forma adequada e precoce. Porém, nos casos em que há demora no diagnóstico, esse CA pode levar a ulcerações, lesões não passíveis de ressecção pelo grau avançado de tumor, deformidades físicas permanentes e metástases (VON HOFF et al., 2009).

O melanoma é menos frequente do que os outros tumores da pele, porém a mortalidade por esse tipo de câncer é mais elevada. Acomete principalmente os caucasianos que moram em países com alta intensidade de radiação ultravioleta. No entanto, esse tipo de CA afeta todos os grupos étnicos em alguma proporção. A taxa de incidência bruta no Estado do Paraná no ano de 2012, para 100 mil habitantes foi 4,34 casos para homens e 4,52 para mulheres (DATASUS, 2013).

A exposição solar excessiva é o principal fator de risco modificável para o surgimento do CA da pele. A referida exposição pode ser dividida em recreacional e/ou ocupacional e ocorrer de maneira contínua com dano cumulativo ou intermitente com queimaduras esporádicas, também pode ocorrer dano à pele através da utilização de câmaras de bronzamento artificial. A pele danificada é responsável pelo surgimento de radicais livres citotóxicos e mutagênicos, associado à diminuição da atividade imunossupressora de células antitumorais locais (CHINEM & MIOT, 2011). Para o melanoma, um maior risco inclui história pessoal e ou familiar de melanoma, presença de múltiplas lesões melanocíticas. Pacientes imunocomprometidos, como os transplantados renais, portadores de doença inflamatória intestinal e com síndromes como xeroderma pigmentoso, do nevo

basocelular e de Bazex têm um maior risco para o desenvolvimento do CA da pele não melanoma por apresentarem uma diminuição no controle carcinogênico da pele (GERLINI et al., 2005).

Em determinadas regiões geográficas, a reduzida presença de profissionais e serviços disponíveis para realização do diagnóstico de CA de pele, aliado a ausência de notificação compulsória desta doença, leva a um baixo grau de conhecimento real deste problema (POPIM et al., 2008). Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo verificar, por meio de revisão de prontuários, o perfil sociodemográfico e a prevalência de neoplasia cutânea, de uma população atendida em um ambulatório de especialidades, de um município do Norte do Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo retrospectivo com dados secundários obtidos nos prontuários de pacientes atendidos no Centro de Referência e Especialidades Médicas de Ibiporã, Paraná - CREMI, no ano de 2012. No período de janeiro a dezembro de 2012, realizou-se uma revisão de 736 prontuários médicos restritos aos pacientes encaminhados à dermatologia e com idade mínima de 50 anos, e os pacientes com suspeita de neoplasia cutânea eram submetidos a avaliação clínica e histológica, classificando a lesão cutânea em um dos seus três subtipos: carcinoma basocelular (CBC), espinocelular (CEC), melanoma (MM). As variáveis de interesse foram: sexo, idade (≥ 50 anos), estado civil, situação ocupacional, renda familiar, quantidade de lesões, localização anatômica da lesão diagnosticada e presença de lesões precursoras. O CREMI localiza-se na cidade de Ibiporã, norte do Paraná, com população estimada em 50 mil habitantes, sendo um município com atividade econômica predominantemente agrícola (IBGE, 2012).

O banco de dados foi digitado no programa Microsoft Excel 2007. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, sendo as variáveis nominais apresentadas sob a forma de frequência em valores absolutos e relativos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro Universitário de Maringá, sob registro nº 467.509/2013.

RESULTADOS

Dos 736 prontuários (309 homens e 427 mulheres), 38 indivíduos apresentaram CA da pele (5,16%). Destes, 15 (39%) eram do sexo masculino e 23 (61%) do sexo feminino (Tabela 1). A idade dos pacientes com câncer da pele variou de 52 a 98 anos com média de 69,84 ($\pm 12,18$). A tabela 1 apresenta a distribuição da população com o diagnóstico de CA da pele segundo as características sociodemográficas e as condições de saúde.

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes do Centro de Referência e Especialidades Médicas de Ibiporã (CREMI) com CA da pele na cidade de Ibiporã, Paraná, 2012(N=38).

Variáveis	Categorias	Pacientes com Câncer da pele	
		N	%
Sexo	Feminino	23	61,0
	Masculino	15	39,0
Idade	50 – 60	12	31,6
	61 - 70	10	26,3
	71 - 80	8	21,0
	81 - 90	6	15,8
	91 – 100	2	5,3
Estado civil	Solteiro	-	-
	Casado	29	76,0
	Separado	3	8,0
	Viúvo	6	16,0
Situação ocupacional	Ativo	15	39,0
	Não ativo	23	61,0
Renda familiar	1 SM	3	8,0
	1 a 2SM	26	68,0
	2 a 3 SM	9	24,0
	Acima de 3 SM	-	-

O tipo histológico de CA da pele mais encontrado foi o basocelular (93,7%), seguido do melanoma (4,2%) e espinocelular (2,1%). Notou-se ainda a presença de lesões precursoras, compatíveis com ceratose actínica em oito (21%) pacientes.

TABELA 2 – Distribuição dos subtipos de câncer da pele dos pacientes do Centro de Referência e Especialidades Médicas de Ibiporã (CREMI) com CA da pele na cidade de Ibiporã, Paraná, 2012(N=38).

Subtipos histológicos	Lesões compatíveis com CA de pele	
	N	%
Basocelular (CBC)	44	93,7
Melanoma (MM)	2	4,2
Espinocelular (CEC)	1	2,1

Nos 38 pacientes com CA da pele, foram identificadas 47 lesões, variando de um a três lesões por paciente, sendo que 79% dos pacientes apresentavam lesão única, 18,4% duas lesões e 2,6% três lesões; No que se refere ao segmento corporal verificou-se maior prevalência (79%) das lesões na cabeça (Figura 1). Nesse segmento, as lesões apresentaram a seguinte distribuição: nove (26%) no

nariz, oito (23%) na região periorbital, sete (22%) no pavilhão auricular e 11 (29%) nos lábios e demais áreas da face. No pescoço, as três lesões encontravam-se na região cervical lateral. No tronco, diagnosticaram-se sete lesões. As duas lesões presentes nos membros superiores estavam distribuídas no dorso da mão esquerda.

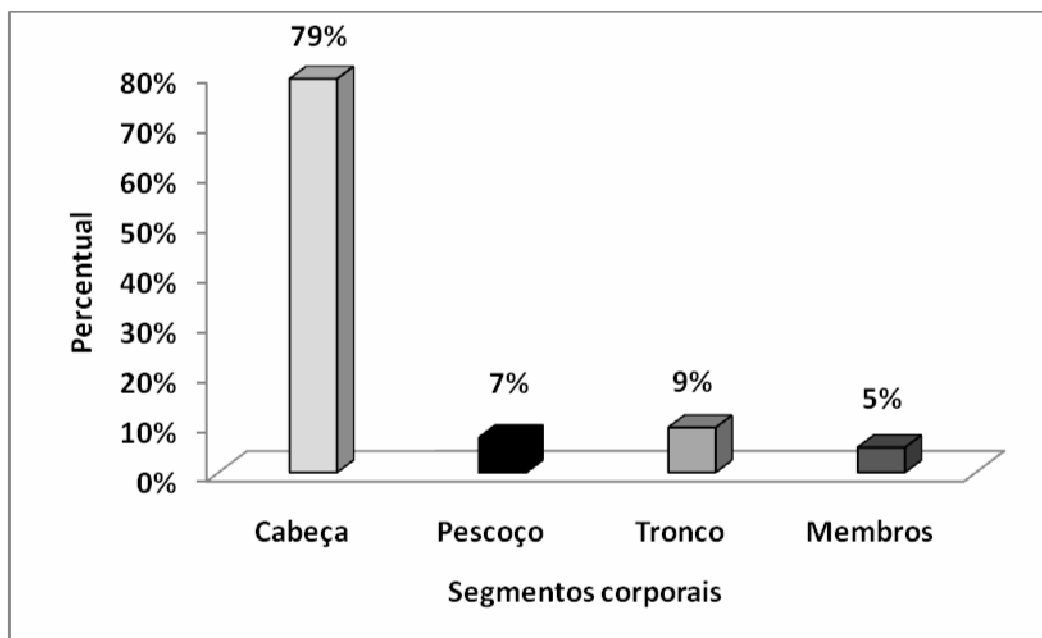


FIGURA 1 – Distribuição de lesões de pele por segmentos corporais dos pacientes com câncer. Iporã, Paraná, 2012.

DISCUSSÃO

Neste estudo constatou-se que a população da terceira idade tem maior predisposição ao CA da pele, corroborando os achados de SCHMITT et al. (2011) que relatam que o aumento da incidência de casos de neoplasias cutâneas possui forte associação com o aumento da longevidade da população associado a maior exposição a radiação ultravioleta, seja por meio do lazer ou o culto a pele bronzeada e a diminuição da camada de ozônio.

Sendo o Brasil um país tropical e com alta incidência de radiação ultravioleta (UV), novas estratégias que visem aumentar a proteção contra os malefícios dos raios UV emitidos pelo sol são de grande importância, especialmente nos fototipos cutâneos I, II e III. Além do CA da pele, radiação UV provoca queimaduras solares, imunossupressão, alterações pigmentares e fotoenvelhecimento precoce (VILLA et al, 2010). O presente estudo se limitou a estudar apenas a prevalência de CA, no entanto, essas variáveis também representam relevância quando o assunto é prevenção e promoção da saúde.

A população de meia idade (40 a 59 anos) e idosa, possui uma menor capacidade de reparação do DNA. A exposição solar intensa e intermitente tem efeito cumulativo, justificando a necessidade de maior vigilância neste grupo etário (CUSTÓDIO et al., 2010). São conhecidos os efeitos da radiação ultravioleta na pele, como imunossupressão não específica local associado a supressão sistêmica específica contra antígenos introduzidos na fase crítica de exposição (VONHOFF et al., 2009).

No presente estudo, a prevalência de CA da pele foi de 5,16%, sendo que a maioria dos pacientes eram do sexo feminino (61%), com média de idade de 69 anos, achados estes semelhantes aos de SILVA et al. (2012). Esta pesquisa demonstrou maior prevalência de lesões malignas na pele em mulheres, corroborando com os dados coletados neste estudo. Este fato possivelmente se justifica pela maior exposição solar, e exposição artificial com câmaras de bronzamento, o que passou a ser alvo de campanhas educativas contra o câncer (CHRISTENSON et al., 2005). Ressalta-se ainda a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, passando a desenvolver atividades antes desempenhadas exclusivamente por homens ficando expostas a agentes, com os quais antes não tinham contato (FERREIRA et al., 2013). Existe uma tendência das mulheres possuírem maior percepção do risco de CA da pele e aceitam a mudança comportamental com mais facilidade comparadas aos homens (COSTA & WEBER, 2004). Por outro lado, um estudo retrospectivo no Rio Grande do Sul realizado no período de 1993 a 2008, apontou predomínio de CA da pele no gênero masculino, atribuindo este fato a atividades laborais e hábitos culturais (SILVA et al., 2012). Vale ressaltar que os autores realizaram um estudo longitudinal durante 16 anos cuja idade dos pacientes variou de 15 a 98 anos.

Pesquisa realizada no ano de 2004 demonstrou que 92,3% dos pacientes com diagnóstico de CA da pele apresentavam lesão única (BENEDET et al., 2007). Este estudo confirmou esta informação, visto que 93,7% dos pacientes apresentaram lesão única compatível com carcinoma basocelular (93,7%). Resultado superior ao esperado na população geral (70%) (INCA, 2012), ocorre possivelmente, por esta população estar acima de 50 anos e, em grande parte, na idade adulta ter desenvolvido atividade agrícola na zona rural, uma vez que este subtipo histológico tem como substrato o dano cumulativo do sol (LEITER et al., 2014).

As lesões compatíveis com ceratose actínica são mais prevalentes em pacientes portadores de neoplasia cutânea (CHINEM & MIOT, 2012), porém a ocorrência encontrada neste estudo (21%) é inferior aos trabalhos publicados (GREEN, 2015), possivelmente pela subnotificação nos prontuários. A maior prevalência de neoplasia cutânea em mulheres e em áreas fotoexpostas, como região da cabeça e com média de 69 anos, corrobora com os dados encontrados na literatura (MCCORMACK et al., 1997). Os fatores de risco como idade acima de 40 anos e exposição solar em horário entre 10 e 16h (culto a pele bronzada feminina), devido a maior incidência de radiação ultravioleta B, contribuem de forma significativa para desenvolvimento de CA da pele.

É reconhecida a associação entre uso frequente do fotoprotetor e o desenvolvimento do melanoma, fenômeno este conhecido como “paradoxo do filtro solar”, possivelmente desencadeado pela sensação de proteção e uma maior exposição solar, levando a queimaduras (SOUZA et al., 2004). No período do verão, atividades esportivas são realizadas por jovens sob intensa exposição solar potencializando seus riscos e danos.

O aumento do número de pacientes com doenças autoimunes, aliado a evolução terapêutica, exige monitoramento rigoroso em relação ao surgimento de melanoma, assim como os pacientes que fazem uso de medicação da classe das tiopurinas, como a azatioprina (LONG et al., 2012), devem ficar atentos ao surgimento de CA de pele não-melanoma. Apesar de nenhum paciente do estudo

utilizar medicação imunossupressora, estas medicações fazem parte do arsenal terapêutico diário prescrito pelos dermatologistas.

Como 76% dos pacientes com CA de pele apresentaram renda até dois salários mínimos (tabela 2), sugere-se possível associação entre baixo índice de uso de fotoprotetor, menor acessibilidade a consultas e triagens, falta de conhecimento de medidas de prevenção e diminuição do diagnóstico precoce da doença (HORA et al., 2003). Vale ressaltar que a baixa renda colabora para a não aquisição de protetores, mas não é fator determinante.

A alta morbidade, aliada aos custos efetivos para diagnóstico e tratamento (afastamento do trabalho) de tumores cutâneos, justifica a importância de estudos sobre esta temática em diferentes regiões do país. São escassos os dados relativos a epidemiologia do CA da pele no Brasil e seus fatores de risco, como tipo de exposição solar (contínua ou intermitente), cor da pele, comorbidades e fotoproteção.

O presente estudo apresenta, algumas limitações, como número reduzido de pacientes, a utilização de dados secundários obtidos por meio de prontuários, o que pode ter possibilitado subnotificações de doenças e agravos dos pacientes. Também deve ser destacada a inexistência na literatura consultada de associação entre os subtipos histológicos de CA da pele e faixa etária dos pacientes, dificultando a avaliação dessa variável.

CONCLUSÃO

Os resultados indicam a necessidade de ações de prevenção primária, por meio da educação em saúde, que estimulem a proteção contra a luz solar, como horário adequado para exposição, uso de vestimentas apropriadas (roupas com mangas longas, chapéus ou bonés, óculos escuros e luvas) e fotoprotetor. Trata-se de ações efetivas e de baixo custo para evitar o CA da pele, inclusive o melanoma.

Este estudo permitiu conhecer o perfil sociodemográfico dos pacientes com neoplasia cutânea atendidos num ambulatório de especialidades. Desta forma pode-se delinear o problema na localidade estudada e assim desenvolver novas políticas públicas para prevenção e diagnóstico precoce deste problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

BENEDET, L.; BASTOS, M. F.; TEIXEIRA, J. F.; MIRANDA, L. F.; BOLAN, R. Avaliação clínica e histopatológica dos pacientes portadores de carcinoma basocelular diagnosticados no instituto de diagnóstico anátomo-patológico em Florianópolis – SC. **Arq Catarinenses Med.** v.36, n.1, p. 37-44, 2007.

CHINEM, V. P.; MIOT, H. A. Epidemiologia do Carcinoma Basocelular. **An Bras Dermatol.** v.86, p.292-305, 2011.

CHINEM, V. P.; MIOT, H. A. Prevalência de lesões cutâneas actínicas em pacientes com carcinoma basocelular do segmento cefálico: um estudo caso-controle. **Rev Assoc Med Bras.** v.58, n.2, p.188-196, 2012.

CHRISTENSON, J. L.; BORROWMAN, T. A.; VACHON, C. M. Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas in a population younger than 40 years. **JAMA**. v.294, n.6, p. 681-690, 2005.

COSTA, F. B.; WEBER, M. B. Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. **An Bras Dermatol**. v,79, n.2, p. 149-155, 2004.

CUSTÓDIO, G.; LOCKS, L. H.; COAN, M. F.; GONSALVES, C. O.; TREVISOL, D. J.; TREVISOL, F. S. Epidemiologia dos Carcinomas Basocelulares em Tubarão, Santa Catarina(SC), Brasil, entre 1999 e 2008. **An Bras Dermatol**. v.85, n.6, p. 815-826, 2010.

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, **Morbidade hospitalar do Sistema Único de Saúde por local de internação-Paraná**. [Internet]. Brasil: 2012 [acesso em 18 nov. 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/mipr.def>.

FERREIRA, F. R.; PEVIDE, B. C.; RODRIGUES, R. F.; NASCIMENTO, L. F. C.; LIRA, L. M. A. Diferenças na idade e distribuição topográfica dos diferentes subtipos histológicos de Carcinoma Basocelular, em Taubaté (SP), Brasil. **An Bras Dermatol**. v.88, n.5, p.728-732, 2013.

GERLINI, G.; ROMAGNOLI, P.; PIMPINELI, N. Skin cancer and immunosuppression. **Crit Rev Oncol Hematol**. v.56, n.1, p.127-136, 2005.

GREEN, A. C. Epidemiology of actinic keratoses. **Curr Probl Dermatol**. v.46, p.1-7, 2015.

HORA, C.; GUIMARÃES, P. B.; MARTINS, S.; BATISTA, C. V. C.; SIQUEIRA, R. Avaliação do conhecimento quanto a prevenção do câncer da pele e sua relação com exposição solar em frequentadores de academia de ginástica, em Recife. **An Bras Dermatol**. v.78, n.6, p. 693-701, 2003.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Cidades**. [Acesso em 27 out. 2013]. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br>.

INCA: Instituto Nacional do Câncer. **Estatísticas do Câncer**, Estimativa 2012. [Internet]. Brasil: 2012. [acesso em 15 nov. 2014]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>.

LEITER, U.; EIGENTLER, T.; GARBE, C. Epidemiology of skin cancer. **Adv Exp Med Biol**. v.810, p. 120-140, 2014.

LONG, M. D.; MARTIN, C. F.; PIPKIN, C. A.; HERFARTH, H. H.; SANDLER, R. S.; KAPPELMAN, M. D. Risk of melanoma and nonmelanoma skin cancer among patients with inflammatory bowel disease. **Gastroenterology**. v.143, n.2, p. 390-399, 2012.

MCCORMACK, C. J.; KELLY, J. W.; DOREVITCH, A. P. Differences in age and body site distribution of the histological subtypes of basal cell carcinoma. **Arch Dermatol.** v.133, n.5, p. 593-596, 1997.

POPIM, R. C.; CORRENTE, J. E. C.; MARINO, J. A. G.; SOUZA, C. A. S. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.13, n.4, p. 1331-1336, 2008.

SCHMITT, J. V.; CHINEM, V. P.; MARQUES, M. E. A.; MIOT, H. A. Aumento da incidência de Carcinoma Basocelular em hospital universitário: 1999 a 2009. **An Bras Dermatol.** v.86, n.2, p.375-377, 2011.

SILVA, A. K.; SANTOS, F. G.; HAEFFNER, L. S. B.; BUDEL, F.; FARENZENA, G. J.; BEBER, A. A. C. Câncer de pele: demanda de um serviço de dermatologia de um hospital terciário. **Saúde.** v.38, n.2, p. 55-64, 2012.

SOUZA, S. R. P.; FISCHER, F. M.; SOUZA, J. M. P. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública.** v.38, n.4, p. 588-598, 2004.

VILLA, A.; VIEIRA, M. H.; AMINI, S. Decrease of ultraviolet A light-induced "common deletion" in healthy volunteers after oral Polypodiumleucotomos extract supplement in a randomized clinical trial. **J Am Acad Dermatol.** v.62, n.3, p. 511-513, 2010.

VONHOFF, D. D.; LORUSSO, P. M.; RUDIN, C. M. Inhibition of the Hedgehog Pathway in Advanced Basal-Cel Carcinoma. **N Engl J Med.** v.361, p.1164-1172, 2009.