

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SOCIAL DOS PACIENTES COM SUSPEITA DE CÂNCER DE PELE NO DISTRITO FEDERAL, BRASIL
SOCIAL EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH SUSPECTED SKIN CANCER IN THE FEDERAL DISTRICT, BRAZIL
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SOCIAL DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER DE PIEL EN EL DISTRITO FEDERAL, BRASIL
¹Mihari Alves Teixeira

²Concepta McManus

³Ana Maria Costa Pinheiro

⁴Carolina Bezerra Benévolo Abbud

⁵Andréia Guedes Oliva Fernandes

⁶Lorena Ribeiro Soares dos Santos

⁷Solange Baraldi

¹Enfermeira pela Universidade de Brasília-DF. Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8652-9700>
²Instituto de Ciências Biológicas.

Universidade de Brasília. Brasília- DF.

 Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1106-8962>
³Professora assistente de dermatologia,

Faculdade de Medicina, Universidade de

Brasília. Brasília- DF. Brasil. Orcid:

<https://orcid.org/0000-0002-7804-3567>
⁴Dermatologista pelo Hospital Universitário

de Brasília. Brasília- DF. Brasil.

 Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0950-1077>
⁵Professora Adjunta da Faculdade Ciências

da Saúde, Departamento de Enfermagem,

Universidade de Brasília. Brasília- DF.

 Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5584-5658>
⁶ Enfermeira pelo Centro Universitário

EuroAmericano -UNIEURO. Brasília- DF.

 Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5402-6140>
⁷Professora Associada da Faculdade Ciências

da Saúde, Departamento de Enfermagem,

Universidade de Brasília. Brasília- DF.

 Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4629-3825>
Autor correspondente
Lorena Ribeiro Soares dos Santos

 E-mail: lorenaribsoares@gmail.com
Submissão: 24-04-2023

Aprovado: 12-06-2023

Contribuições dos autores
¹Metodologia, coleta de dados, análise dos dados, redação do rascunho original e revisão.

²Metodologia, análise estatística e redação (rascunho original e revisão).

³Conceituação, metodologia, supervisão da coleta de dados.

⁴Metodologia, coleta de dados.

⁵Análise formal, revisão e edição.

⁶Conceituação, revisão e edição.

⁷Conceituação, análise formal, metodologia, supervisão, redação (rascunho original; revisão e edição).

RESUMO
Objetivo: Conhecer o perfil epidemiológico e social dos pacientes com suspeita de câncer de pele, atendidos no Ambulatório de Dermatologia de Hospital Público de Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Método: Estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo, de corte transversal. Utilizou-se um formulário para sistematizar informações dos pacientes atendidos e encaminhados para cirurgia por suspeita de câncer de pele. A análise estatística e mensuração da incidência da ocorrência de câncer de pele foi realizada pelo Programa SAS (Statistical Analysis System Inc, Cary, Carolina do Norte). **Resultados:** Foram selecionados 180 pacientes a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Destes, 55% corresponderam ao gênero feminino e 43,9% ao gênero masculino, tendo a maioria (28,3%) idade entre 70 a 80 anos. Em relação à profissão/grau de escolaridade, 55,6% não tinham informações registradas e constatado grau de escolaridade dos demais na seguinte composição: 1º grau incompleto (8,9%), 2º grau incompleto (5,6%) e apenas 1,1% com ensino superior completo. O Carcinoma Basocelular (67,2%) revelou-se o mais incidente, com lesões na face (65,6%) seguida dos membros superiores (13,3%). **Conclusão:** Constatou-se uma prevalência considerável de fragilidade em idosos com Doença de Pele (DP), cujas variáveis de idade, gênero e localização das lesões cancerígenas podem interferir na piora da capacidade funcional e, consequentemente, da qualidade de vida dessa população. É importante que os profissionais de saúde realizem promoção de saúde sensibilizando os pacientes quanto aos possíveis meios para proteção da pele e acesso em tempo oportuno para diagnosticar lesões.

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial; Carcinogênese; Dermatologia; Epidemiologia; Neoplasias Cutâneas.

ABSTRACT
Objective: To know the epidemiological and social profile of patients with suspected skin cancer treated at the Dermatology Outpatient Clinic of the Public Hospital of Brasília, Federal District, Brazil. **Method:** Descriptive, quantitative, retrospective, cross-sectional study. A form was used to systematize information on patients treated and referred for surgery due to suspected skin cancer. Statistical analysis and measurement of the incidence of skin cancer were performed using the SAS program (Statistical Analysis System Inc, Cary, North Carolina). **Results:** 180 patients were selected based on the inclusion and exclusion criteria. Of these, 55% were female and 43.9% male, with the majority (28.3%) aged between 70 and 80 years. Regarding profession/level of education, 55.6% had no information recorded and found the education level of the others in the following composition: incomplete 1st grade (8.9%), incomplete 2nd grade (5.6%) and only 1.1% with higher education. Basal cell carcinoma (67.2%) proved to be the most frequent, with lesions on the face (65.6%) followed by upper limbs (13.3%). **Conclusion:** There was a considerable prevalence of frailty in elderly people with Skin Disease (PD), whose variables of age, gender and location of cancerous lesions can interfere with the worsening of functional capacity and, consequently, the quality of life of this population. It is important for health professionals to carry out health promotion, raising awareness among patients about possible means of skin protection and timely access to diagnose lesions.

Keywords: Ambulatory Care; Carcinogenesis; Dermatology; Epidemiology; Skin Neoplasms.

RESUMEN
Objetivo: Conocer el perfil epidemiológico y social de los pacientes con sospecha de cáncer de piel atendidos en el Ambulatorio de Dermatología del Hospital Público de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Método:** Estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo, transversal. Se utilizó un formulario para sistematizar la información de los pacientes atendidos y derivados para cirugía por sospecha de cáncer de piel. El análisis estadístico y la medición de la incidencia de cáncer de piel se realizaron utilizando el programa SAS (Statistical Analysis System Inc, Cary, Carolina del Norte). **Resultados:** Se seleccionaron 180 pacientes en base a los criterios de inclusión y exclusión. De estos, el 55% eran mujeres y el 43,9% hombres, con la mayoría (28,3%) con edades entre 70 y 80 años. En cuanto a la profesión/nivel de educación, el 55,6% no tenía información registrada y encontró el nivel de educación de los demás en la siguiente composición: 1º grado incompleto (8,9%), 2º grado incompleto (5,6%) y solo 1,1% con estudios superiores. El carcinoma basocelular (67,2%) resultó ser el más frecuente, con lesiones en la cara (65,6%) seguido de miembros superiores (13,3%). **Conclusión:** Hubo una prevalencia considerable de fragilidad en ancianos con Enfermedad de la Piel (EP), cuyas variables de edad, sexo y localización de las lesiones cancerosas pueden interferir en el empeoramiento de la capacidad funcional y, consecuentemente, en la calidad de vida de esta población. Es importante que los profesionales de la salud realicen promoción de la salud, sensibilizando a los pacientes sobre los posibles medios de protección de la piel y el acceso oportuno para el diagnóstico de lesiones.

Palabras clave: Atención Ambulatoria; Carcinogénesis; Dermatología; Epidemiología; Neoplasias de La Piel.

INTRODUÇÃO

De acordo com Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), a dermatologia é uma especialidade médica responsável pelo tratamento de doenças da pele, membranas mucosas e anexos cutâneos, sendo elevada a frequência de problemas dermatológicos apresentados pela população brasileira. Para a análise de tais problemas, em nível ambulatorial, é possível que o profissional de saúde dê um diagnóstico diferencial de acordo com as características da lesão, tais como a cor, a textura, a distribuição e a sua morfologia que irá caracterizá-la, dentre outros aspectos, como rara, maligna ou não. Reconhece-se que quando o profissional que encontra-se a frente nesta etapa é qualificado, evita-se que o paciente percorra outros serviços para a confirmação de seu diagnóstico. Esse diferencial colabora para que o atendimento ambulatorial seja de qualidade e que não haja gastos desnecessários⁽¹⁻²⁾.

A SBD considera que não é dada a devida importância aos problemas dermatológicos, sendo eles ainda negligenciados pelos formuladores de políticas públicas devido a sua baixa letalidade, pela subestimação da sua morbimortalidade e pela insuficiente formação de profissionais de saúde qualificados no atendimento ambulatorial⁽¹⁾.

No Sistema Único de Saúde (SUS) está incluso o atendimento em dermatologia, no entanto os serviços prestados nos ambulatórios especializados têm sido considerados um recurso escasso, sofrendo pela insuficiência de dermatologistas⁽³⁾. Tais situações geram filas de

espera, minimizam a possibilidade de prevenção, acurácia no diagnóstico da doença e o devido registro dos prontuários eletrônicos, o que limita o conhecimento sobre o perfil social epidemiológico desses pacientes e tratamento precoce, afetando sua saúde física e mental⁽⁴⁻⁵⁾.

Apesar de no geral as lesões dermatológicas terem baixa letalidade, as lesões malignas merecem significativa atenção pois apresentam, anualmente, um aumento no número de casos. Assim, quando não são diagnosticadas ou tratadas precocemente podem evoluir para metástases, portanto atingindo órgãos além das camadas superficiais da pele (epiderme e derme), e se tornando extremamente agressivas, provocando grande sofrimento para seu portador⁽⁶⁻⁷⁾.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), existem dois tipos de câncer (CA) de pele: o câncer de pele não melanoma e o câncer de pele melanoma. Sendo o não melanoma correspondente a mais de 90% dos casos de câncer de pele e a 30% dos tumores malignos registrados no país. Seus tipos mais comuns são o Carcinoma Basocelular (CBC) e o Carcinoma Espinocelular ou Epidermóide ou de Células Escamosas (CEC). Na estimativa de 2020 para a incidência de câncer no Brasil, realizada pelo INCA, mostra que o câncer de pele não melanoma é o tipo mais frequente (em ambos os sexos) dentre todas as neoplasias malignas diagnosticadas no mundo e será o mais incidente no triênio 2020-2022, representando 27,1% dos casos totais de câncer em homens e 29,5% em mulheres⁽⁸⁾.

Assim torna-se imperativo que haja a presença de profissionais qualificados para a detecção desse tipo de câncer, e consequentemente articulado ao devido investimento pelo Estado nas políticas públicas de saúde que contemplem o tratamento especializado e interprofissional em nível ambulatorial de qualidade para as pessoas que sofrem com doenças dermatológicas. A formulação e implementação dessas políticas deve fundamentar-se por meio da análise das informações epidemiológicas sociais desse público e fortalecimento das ações para um correto gerenciamento, programação e planejamento das ações na rede pública de saúde.

Evidências demonstram o impacto positivo quando o enfermeiro se responsabiliza por estratégias dos cuidados de promoção da saúde frente aos pacientes com câncer, bem como reconhece-se, a nível mundial, a necessidade de reconhecimento e incentivo a especialização desta categoria na oncologia ⁽⁹⁾.

O enfermeiro apresenta papel insubstituível no atendimento à saúde, sendo este profissional, em todos os níveis de complexidades do cuidado, o que tem maior contato prolongado com o paciente e seus familiares no dia a dia. Assim, torna-se importante que essa categoria tenha aperfeiçoamento suficiente para que amplie suas competências em dermatologia para além do tratamento de feridas, contemplando também a detecção e prevenção do CA de pele, bem como a sua prevenção. A triagem inicial é de extrema relevância, o que pode ser realizada por

enfermeiros desde a Atenção Básica. O encaminhamento precoce do paciente com suspeita de CA de pele para o acompanhamento com o profissional especializado (dermatologista), seguramente fará a diferença caso o seu diagnóstico seja concluído como positivo ⁽¹⁰⁾.

A pergunta norteadora deste estudo foi motivada para estudar tecnologias e inovações em consultas de triagem que pudessem colaborar para o melhor desempenho e qualidade do atendimento prestado à pacientes com suspeita de câncer e de outras dermatoses prevalentes de pele no Brasil. Nesse sentido, sabe-se que melhorar a eficiência na triagem impacta positivamente no menor tempo e acurácia diagnóstica em lesões pigmentadas suspeitas de câncer da pele. Dessa forma, a implantação de tecnologias inovadoras em triagem requer conhecer o perfil de sua clientela, cuja a pergunta norteadora desta investigação foi "qual a prevalência e perfil dos pacientes atendidos nos serviços ambulatoriais de dermatologia?" Portanto, o objetivo geral deste estudo foi identificar o perfil epidemiológico e social dos pacientes com suspeita de câncer de pele, atendidos em Hospital Público de Brasília, Distrito Federal, que foram encaminhados para cirurgia de exérese da lesão. Tendo como objetivos específicos verificar a incidência de ocorrência de CA de pele nos gêneros feminino e masculino, bem como a sua relação com a idade, raça, profissão/nível de escolaridade, e com os três tipos de CA, bem como sua localização.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo, de corte transversal, que foi aplicado em pacientes atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que é uma das referências na Rede de Atenção Especializada, em Dermatologia e Oncologia, estabelecida pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

Inicialmente houve o levantamento do quantitativo de pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia que foram encaminhados para cirurgia por suspeita de câncer de pele dos anos de 2016 a março de 2022. Nesse período foram selecionados todos os pacientes submetidos a biópsia (padrão ouro para conclusão do diagnóstico) e obtiveram um resultado positivo para câncer de pele, totalizando amostra de 180 pacientes que haviam sido regulados para esse serviço especializado, portanto alto risco de lesão maligna.

Para a inclusão dos pacientes na pesquisa, foram utilizados como critérios ter idade igual ou superior a 18 anos, com a presença de lesões suspeitas de câncer de pele sendo estas, encaminhadas para exérese em cirurgia. Como critério de exclusão, foram retirados os pacientes com lesões sem suspeita de câncer de pele e resultados negativos de biópsia.

Para a análise dos dados de mensuração da incidência da ocorrência de câncer de pele, relacionando-a às seguintes variáveis: cor, idade, gênero, lesões na face, lesões nos membros superiores (MMSS)/membros inferiores (MMII),

lesões no tórax/dorso, etilismo, tabagismo, HIV positivo, exposição ao sol, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)/Chagas e Diabetes Mellitus (DM). Variáveis estas que foram combinadas com os tipos de câncer de pele CBC e CEC e multifatorial. As variáveis também foram combinadas entre si, com a utilização do Programa SAS (Statistical Analysis System Inc, Cary, Carolina do Norte).

Os dados foram extraídos dos prontuários eletrônicos pelo Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) dos pacientes selecionados, atendidos no período de 2016 a março de 2022. O formulário para sistematização da coleta de dados foi confeccionado pelos pesquisadores considerando as informações registradas no prontuário eletrônico acessado através do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), a saber, Identificação/código; Número de prontuário; Idade; Gênero; Procedência; Naturalidade; Estado; Profissão/grau de escolaridade; Antecedentes individuais/comorbidades; Antecedentes familiares; Área anatômica da lesão; Realização ou resultado de biópsia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília (UnB), por meio do CAAE nº 17877119.6.0000.0030, respeitando os preceitos estabelecidos pela Resolução CNS n. 466 de 12 de dezembro de 2012.

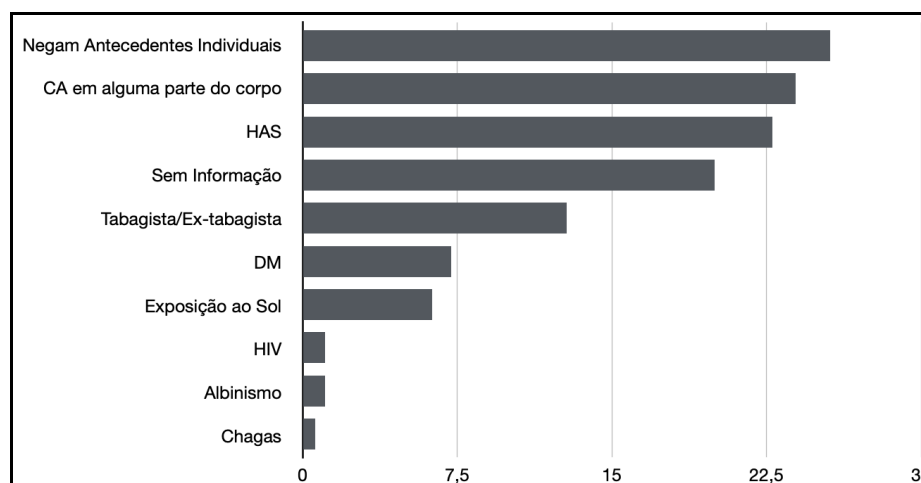
RESULTADOS

Foram selecionados 180 pacientes a partir dos critérios de elegibilidade. Do total, 180 pacientes, 145,9 (81,1%), são procedentes de bairros do Distrito Federal (DF), sendo 5,9 (3,3%) sem informação e o restante 28,1 (15,6%) procedentes de cidades próximas nos estados de Goiás (GO) e Minas Gerais (MG). 99 (55%) corresponderam ao gênero feminino e 79 (43,9%) ao gênero masculino, sendo 02 (1,1%) sem informação registrada no prontuário. Quanto à idade, em sua maioria 50,94 (28,3%) esteve entre 70 a 80 anos, não havendo nenhum paciente com idade de 18 a 30 anos. A maioria era da cor parda, correspondente a 124,92 (69,4%), seguido de 41,04 (22,8%) da cor branca, 1,98 (1,1%) da cor preta e apenas um da cor amarela e um da cor indígena, ambos correspondendo a 0,6%, sendo 10,08 (5,6%) sem informação.

Quanto aos antecedentes familiares, 90 (50%) não tinham informações registradas, 73,98

(41,1%) negaram esses antecedentes e para os que confirmaram 16,02 (8,9%), havia antecedentes como CA de pele e em outras partes do corpo em parentes próximos como mãe, pai e irmãos, sendo poucas vezes evidenciados em tios e primos. Nos antecedentes individuais, 36 (20%) estavam sem informações registradas, a maioria 46,08 (25,6%) negaram antecedentes, seguidos de 43,02 (23,9%) que relataram ter CA em alguma parte do corpo ou registro de CA no prontuário eletrônico do HUB. Outros antecedentes individuais significativos: 41,04 (22,8%) apresentarem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 23,04 (12,8%) eram tabagistas ou ex-tabagistas, 12,96 (7,2%) apresentarem Diabetes Mellitus (DM), 11,34 (6,3%) tinham histórico de exposição ao sol prolongada, 1,98 (1,1%) com HIV, 1,98 (1,1%) com albinismo e 1,08 (0,6%) com doença de Chagas, como mostra no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Antecedentes individuais dos pacientes atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Público de Brasília no período de 2016 a março de 2022.

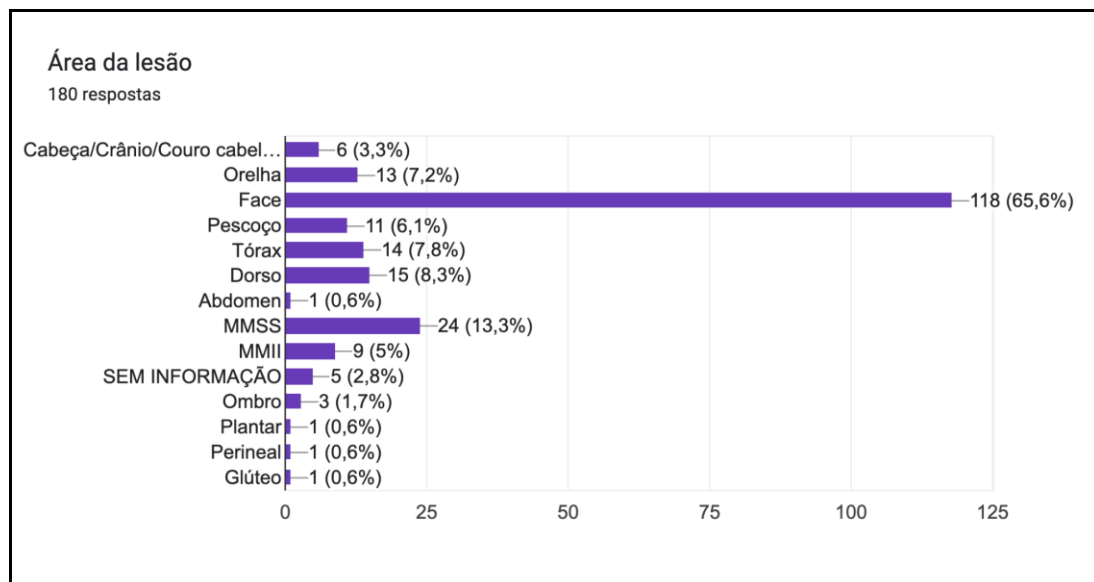


Em relação à profissão/grau de escolaridade, 100,08 (55,6%) da amostra não apresentavam informações registradas no prontuário ou setor de atendimento. Entre as registradas foram citadas as profissões de funcionário público, policial, jardineiro, garçom, auxiliar de limpeza, professor, manicure, lavrador, motorista, trabalhador rural, mestre de obras, profissional em cuidados de limpeza do lar, comerciante e corretor de imóveis, sendo evidenciado por algumas vezes grau de escolaridade com 1º grau incompleto 16,02 (8,9%) e 2º grau incompleto 10,08 (5,6%) e apenas 1,98 (1,1%) com ensino superior completo. Pode ser observado também que os pacientes em quase sua totalidade eram aposentados devido a idade avançada.

Dos 180 pacientes totais, 111,96 (62,2%) apresentavam biópsia das lesões e 68,04 (37,8%) não tinham biópsia confirmatória. Das biópsias, 120,96 (67,2%) dos pacientes, apresentaram CA de pele do tipo Carcinoma Basocelular (CBC), seguidos de 41,94 (23,3%) com CA de pele tipo Carcinoma Espinocelular (CEC) e 9 (5%) com Melanoma (MM). Dentre o restante dos pacientes 8,1 (4,5%), foram apresentados outros tipos como: benignos como hiperplasia sebácea, queratosis seborreica, hiperqueratosis e nevo melanocítico.

Entre as áreas que as lesões foram apresentadas, de acordo com o Gráfico 2, a que revelou maior incidência foi a face (65,6%), uma área que é frequentemente relacionada com o aparecimento de CA de pele tipo CBC.

Gráfico 2 - Distribuição das áreas das lesões apresentadas, pelos pacientes atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Público de Brasília no período de 2016 a março de 2022.



Foi realizada a combinação das 12 variáveis descritas na metodologia para

realização do teste Qui-quadrado, mensuração do Odds Ratio e Correlação Tau-b de Kendall.

O teste de Qui-quadrado, que evidencia uma relação de causa e efeito entre duas variáveis que não tem relação entre si, demonstrou que as comparações das variáveis apresentadas acima, as que tiveram significância de dependência estão listadas nas tabelas 1, 2 e 3

com seus respectivos valores de Qui-quadrado ⁽¹¹⁾. Além dos dados mostrados na tabela, o teste também constatou que a ocorrência de CA de pele em pessoas do gênero feminino é 40,2% maior que a ocorrência nas pessoas com o gênero masculino.

Tabelas 1 - 2 - 3 - Resultados do Teste Qui-quadrado

Tabela 1		Tabela 2		Tabela 3	
X	CA em CABEÇA	X	CA em TÓRAX/DORSO	X	CA de pele MÚLTIPLAS VEZES
Carcinoma Basocelular (CBC)	3,56%	DM	2,3%	CA na cabeça, Cor, DM, Gênero, HAS, Idade, CA em MMSS/MMII, Exposição ao Sol e Tabagismo	< 0,01%
CA em MMSS/MMII	< 0,01%	Gênero	1,1%		
CA em Tórax/Dorso	< 0,01%	HAS	1,31%		
		Exposição ao Sol	1,76%		

O teste de Odds Ratio (OD), o qual mostrou a razão da probabilidade de ocorrência ou não ocorrência do CA de pele entre duas variáveis, como mostrado na tabela 2.0. Esse teste evidenciou que ser da cor amarela é um

fator de proteção para ocorrência de CA de pele em relação a ser da cor preta, assim como as outras relações evidenciam que há maior chance de ocorrência de CA de pele entre a primeira variável em relação à segunda.

Tabela 4 - Resultados Significativos do Odds Ratio

Combinação das Variáveis	ODDS RATIO
Cor Indígena X Cor Preta	4,484
Cor Parda X Cor Preta	3,352
Cor Amarela X Cor Preta	0,298
Gênero Feminino X Gênero Masculino	4,979
Idade 70-80 anos X Idade acima de 80 anos	26,564

Realizou-se análise de correlação pelo Coeficiente de Correlação de Tau-b de Kendall a fim de verificar associação entre duas variáveis sendo obtido os seguintes resultados (Tabela 5). A correlação de Tau-b de Kendall associou duas

variáveis, tendo resultados entre - 1 e + 1, sendo que quanto mais próximos dos extremos significa que há uma correlação forte entre essas variáveis, e os valores medianos (próximos a zero) significam correlações fracas ou

inexistentes. A Tabela 5 mostra os resultados obtidos para esse teste.

Tabela 4 - Correlação Tau-b de Kendall entre as variáveis

	CA múltiplas vezes	CA de pele em face	CA em MMSS e MMII	CA em Tórax e Dorso	Etilismo	Tabagismo	HIV	Exposição ao Sol	HAS e Chagas	DM	CBC	CEC	Lesão Benigna
CA de pele em face	0,12												
CA em MMSS e MMII	-0,04	-0,43											
CA em Tórax e Dorso	0,06	-0,35	0,07										
Etilismo	0,15	-0,02	0,04	0,04									
Tabagismo	0,05	-0,01	0,00	0,12	0,24								
HIV	-0,02	0,03	-0,04	-0,03	-0,01	-0,03							
Exposição ao Sol	-0,05	-0,05	-0,07	0,23	-0,04	0,01	-0,02						
HAS e Chagas	-0,11	-0,14	0,16	0,17	0,01	-0,06	-0,04	0,03					
DM	-0,05	-0,10	0,12	0,18	-0,04	0,02	-0,02	-0,06	0,40				
CBC	0,15	0,20	-0,11	0,02	0,10	0,03	0,05	0,03	0,12	0,01			
CEC	0,29	-0,10	0,11	0,10	0,02	0,06	-0,04	0,10	-0,08	0,00	-0,25		
Lesão Benigna	-0,05	-0,06	0,06	-0,10	-0,04	-0,04	-0,02	0,14	-0,07	-0,06	-0,14	-0,12	
MM	-0,04	-0,15	0,18	-0,08	-0,03	-0,09	0,37	-0,05	-0,04	-0,05	-0,16	-0,03	0,08

As correlações mais fortes evidenciadas foram o CA de pele em MMSS e MMII com o CA de pele na face e sua correlação combinada com as comorbidades Diabetes Mellitus com a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Doença de Chagas.

DISCUSSÃO

O tipo de câncer de pele Carcinoma Basocelular (CBC) é o tipo de câncer mais incidente na população mundial, sendo caracterizado pela exposição ao sol de forma intermitente, durante a infância/adolescência, e suas lesões normalmente são aparentes em locais foto expostos em pessoas com pele clara. O tipo Carcinoma Espinocelular (CEC) é caracterizado pelo acúmulo da exposição solar durante toda a vida, surgindo também em áreas fotoexpostas e preferencialmente em pessoas com pele clara. O tipo Melanoma (MM) é o mais grave entre os três, devido ao seu grande poder de metástase e

elevadas chances de óbito, contudo é o que apresenta menor índice de ocorrência, como foi explícito na relação de porcentagem dos tipos de CA desenvolvidos pelos pacientes na pesquisa realizada por Curt e colaboradores ⁽¹²⁾.

A exposição à radiação UV prolongada, ou seja, durante anos, é o fator que tem maior destaque nos desenvolvimentos dos três tipos de cânceres de pele relatados neste estudo. A exposição a câmaras de bronzeamento artificial, radioterapia e terapias imunossupressoras se integram juntamente na etiologia dessas malignidades. Mesmo havendo sub-registros de pacientes com histórico de exposição solar, a exposição solar foi relacionada ao aparecimento de CA de pele múltiplas vezes pelo teste Qui-quadrado ⁽¹²⁾.

Consequentemente, devido ao tipo de CA mais incidente ser o tipo Carcinoma Basocelular (CBC), o que respalda a maior incidência das lesões na face. Isso também pode se dar devido a

ser um local mais fotoexposto do que outras áreas do corpo que por diversas vezes estão protegidas por roupas ⁽¹³⁾.

Além da exposição aos raios UV ser um fator etiológico importante, deve-se considerar também a relevância dos fatores genéticos que tornam um indivíduo predisposto a desenvolvê-los, como também o desenvolvimento de CA de pele em parentes próximos traz um sinal de alerta. Os fatores genéticos não são os únicos relevantes para o CA de pele, mas também hábitos de vida como a exposição aos raios UV, citado anteriormente, tabagismo, sedentarismo e má alimentação, o que contribui para o aparecimento de doenças crônicas. É possível visualizar através dos resultados a relação entre o CA de pele e algumas dessas doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), conforme demonstra os achados dessa amostra. Ressalte-se que o HIV também confere fator de risco para essas neoplasias pois os tipos de câncer citados têm maior probabilidade de progressão em pessoas imunossuprimidas, principalmente a forma mais agressiva delas, o MM ⁽¹⁴⁾.

Sabe-se há muito tempo que o tabagismo contribui para o surgimento de neoplasias malignas no corpo humano como um todo, podendo também contribuir, juntamente com outros fatores, para o desenvolvimento de CA na pele ⁽¹⁵⁾.

Devido a essa progressão lenta, a idade avançada torna-se um fator de risco para o desenvolvimento das lesões cancerígenas de pele, expressando-se pela idade dos participantes

entre 50 a 90 anos, tempo de desenvolvimento das lesões. Como mostrado no teste Qui-quadrado, houve a relação às múltiplas lesões de CA de pele com a idade e o Odds ratio que evidenciou de forma significativa o aparecimento de CA de pele na idade de 70-80 por 26,564 vezes a mais do que em outras faixas etárias ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Essa caracterização no grupo de idosos corrobora a prevalência de fragilidade nessa faixa etária cujas variáveis de idade, gênero e localização das lesões cancerígenas podem impactar negativamente a qualidade de vida dessa população ⁽⁵⁾.

Embora o câncer (CA) de pele revele altos índices tanto no gênero feminino como no masculino, os achados deste estudo foram diferentes pois a ocorrência de CA de pele em pessoas do gênero feminino revelou-se 40,2% maior do que no gênero masculino, assim como o odds ratio mostrou que a razão de chance para que ocorra CA de pele no gênero feminino é 2,051 vezes maior que no masculino. Pode-se relacionar esta ocorrência ao fato de que o gênero feminino tende a acessar em maior frequência os serviços de saúde do que o masculino, assim como se expõem constantemente a raios ultravioletas (UV) em praias, clubes e também nos locais que hoje são chamados de clínicas de bronzeamento, o que favorece o futuro aparecimento desta malignidade em mulheres.

Estima-se que entre 2023 a 2025 ocorrerão 220.490 novos casos de câncer de pele não melanoma, sendo 101.920 acometidos pelos homens e 118.570 em mulheres. Acerca do

câncer do tipo melanoma, a estimativa é de 8.980 casos novos, destes 4.640 em homens e 4.340 em mulheres⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, ressalta-se a necessidade da expansão profissional e aperfeiçoamento da equipe de enfermagem oncológica na atenção a este agravo. Um estudo do tipo descritivo qualitativo, realizado com enfermeiras na Austrália e com o objetivo de descrever um modelo de triagem e tratamento de câncer de pele liderado por enfermeiras, resultou na necessidade da expansão da capacitação e treinamento para enfermeiros frente ao rastreamento do câncer de pele, e ainda, enfatizou os impactos positivos na morbimortalidade da população frente as práticas profissionais inovadoras realizadas pelo enfermeiro⁽¹⁹⁾

Em acordância, um estudo do tipo qualitativo realizado na Suécia, com o objetivo de comparar a percepção dos pacientes sobre as informações recebidas relacionadas à saúde, o acesso a recursos de cuidados de suporte, o envolvimento do paciente e a coordenação dos cuidados antes e depois da introdução de um novo papel avançado de enfermagem no tratamento do câncer, resultou em melhora significativa no acompanhamento do estado de saúde do paciente, no envolvimento do paciente com seu cuidado e na disponibilidade de recursos após a implantação da função de enfermagem ao câncer⁽²⁰⁾.

Devido à grande miscigenação no Brasil e ao fato da maioria da população ser da cor parda, de acordo com a Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios (PNAD) de 2019 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽²¹⁾, evidenciam que no Brasil há 46,8% da população que se autodeclara parda, seguida de 42,7% como brancas, 9,4% que se declaram pretas e apenas 1,1% que se autodeclaram amarelas e 1,1% indígenas, o que se assemelhou com o quadro racial dos pacientes participantes da pesquisa. Atrelado a isto, as pessoas de pele clara têm maior chance de desenvolver CA de pele, sendo este, um fator um risco para essa população⁽¹³⁾.

Em relação às profissões registradas exercidas por alguns pacientes, bem como o grau de escolaridade que por diversas vezes, ocorreu sem a presença de ensino superior ou maior grau de escolaridade, pode-se explicar pelo fato do hospital ser de natureza pública e de ensino, portanto tende a prover atendimento em sua maioria às pessoas de baixa renda. O baixo nível de escolaridade encontrado, também pode ser fator que interfere no grau de conhecimento quanto às formas de prevenção contra o CA de pele, bem como o baixo acesso a produtos que fazem parte dessa prevenção, como protetores solares que têm alto custo no mercado.

Fortalecendo as indagações acima, o teste Qui-quadrado relacionou o fato de se ter CA múltiplas vezes com a variável cor, assim como o odds ratio mostra que ser da cor parda aumenta 3,352 vezes a chance de ocorrer CA de pele em relação a ser da cor preta. Sendo a cor amarela um fator de proteção, devido a mínima ocorrência de neoplasias malignas da pele nessa população.

É importante considerar como limitação deste estudo o tempo de processamento dos resultados das biópsias realizadas pelos pacientes para confirmação diagnóstica e, por vezes, o preenchimento incompleto das informações no prontuário. Embora o estudo tenha sido desenvolvido no período pandêmico, a análise documental, com a respectiva investigação em prontuário eletrônico (AGHU) foi plenamente disponibilizada aos pesquisadores.

Em termos logísticos do serviço prestado, a equipe local envolvida no atendimento relatava a demora quanto ao resultado da biópsia pelo laboratório do HUB, situação que culminou com a decisão, por parte de alguns pacientes que realizaram a exérese no ambulatório do hospital, em levarem por sua própria responsabilidade o pedido para análise da lesão em laboratórios particulares. Dessa forma, esses resultados não foram incluídos ou registrados no prontuário eletrônico. Compreende-se que tal dificuldade ainda é estruturante no sistema de saúde brasileiro, pois os registros ainda são insuficientes nos prontuários eletrônicos, especialmente numa área especializada que é escassa, como a dermatologia, para a demanda populacional do país.

CONCLUSÕES

O estudo mostrou o perfil social epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HUB, evidenciando sobretudo a relação do CA de pele com a idade e a raça. Constatou-se uma prevalência considerável de

fragilidade no subgrupo amostral de idosos, cujas variáveis de idade, gênero e localização das lesões cancerígenas podem interferir na piora da capacidade funcional e, conseqüentemente, da qualidade de vida dessa população. Pelo ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) ser uma das referências, em dermatologia e oncologia, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), infere-se que os resultados obtidos são significativos quanto às características da população atendida no DF e seu entorno. O registro adequado do instrumento ético-legal que é o prontuário, favorecem a qualidade de estudos que abordam o perfil social epidemiológico de pacientes na área da dermatologia, recurso considerado escasso em muitas regiões do Brasil. Enfermeiros deve ser qualificado para fortalecer a promoção de saúde aos seus usuários/pacientes quanto aos possíveis meios para proteção da pele e procedimentos de triagem, visando alcance efetivo do diagnóstico diferencial junto às equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2006 [citado 2022 Ago 31]; 81(6): 549-558. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/5RGP9HxdkppnhFtmPzw3tyb/?lang=pt&format=pdf>
2. Ferreira IG, Godoi DF, Perugini ER. Nosological profile of dermatological diseases in primary health care and dermatology secondary care in Florianópolis (2016-2017). *An Bras Dermatol* [Internet]. 2020 mai 16. [cited 2022 Ago 31]; 95(4):428-38. Available from:

<https://www.scielo.br/j/abd/a/CtGBqZxMwtWL/DNV3CYvkYdc/abstract/?lang=en>

3. Schwingel S. Falta de dermatologistas na rede pública de Saúde é denunciada ao MPDFT. Brasília: Correio Braziliense; 18 de janeiro de 2022. Disponível em:

<https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2022/01/4978363-falta-de-dermatologistas-na-rede-publica-e-denunciada-ao-mpdft.html>.

Acesso em 31 de agosto de 2022.

4. Cardoso PO, Giffoni RT, Alberti LR. Perfil epidemiológico das doenças dermatológicas em Centro de Saúde de Atenção Primária. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2013 [citado 2022 Ago 31]; 23(2): 169-172. Disponível em: <http://www.rmmg.org/exportar-pdf/34/v23n2a07.pdf>

5. Souza JTL, Silva CA, Rabelo DF. Prevalência de fragilidade entre idosos baianos assistidos na Atenção Básica. Res Society and Development [Internet]. 2022 [citado 2023 Abr 04]; 11(2): 1-13. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25562>

6. Iranzo CC, Rubio-Ortí JE, Castillo SS, Canhoto JF. Lesões cutâneas malignas e pré-malignas: conhecimento, hábitos e campanhas de proteção solar. Acta Paul Enferm [Internet]. 2015 [citado 2022 Ago 15]. 28(1):1-6. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/malignant-and-premalignant-skin-lesions-knowledge-habits-and-sun-protection-campaigns/>

7. Guimarães RQ, Oliveira LCM, Calado VC, Barbosa NF. Incidência de neoplasias malignas da pele no estado da Paraíba. Rev saúde ciência online [Internet]. Ago 2019 [citado 2022 Ago 04]; 8(2):86-94. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/download/46/40/81>.

8. Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidências de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019. [citado 2022 Ago 31]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

9. Drury A, Sulosaari V, Sharp L, Ullgren H, Munter J, Oldenmenfer W. The future of

cancer nursing in Europe: Addressing professional issues in education, research, policy and practice. Eur J Oncol Enfermeiras [Internet]. 25 jan 2023 [cited 2023 Mar 22]; 63(102271). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36827835/>.

10. Brandão ES, Urasaki MBM, Tonole R. Reflexões sobre as Competências do Enfermeiro Especialista em Dermatologia. Res Society and Development [Internet]. 2020. [citado 2022 Ago 29]; 9(11) 1-11. Available from: <https://repositorio.usp.br/item/003021188>

11. Franco IJ, Passos, ADC. Fundamentos de Epidemiologia. 8 ed. São Paulo: Manole; 2022.

12. Curt MT, Almeida JP, Lupi O. Câncer de Pele: um manual teórico-prático. São Paulo: Manole; 2021.

13. Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV. Dermatologia. Tradução de A. C. Correa. et al. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.

14. Collins L, Quinn A, Stasko T. Skin Cancer and Immunosuppression. Dermatol Clin. [Internet]. 2019 jan [cited 2022 Ago 26]; 37(1): 83-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30466691/>

15. Arafa A, Mostafa A, Narvarini AA, Dong J. The association between smoking and risk of skin cancer: a meta-analysis of cohort studies. Cancer Causes Control [Internet]. 2020 aug. [cited 2023 Mar 24]; 31(8) 787-94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32458137/>

16. Olsen CM, et al. Cancers in Australia Attributable to Exposure to Solar Ultraviolet Radiation and Prevented by Regular Sunscreen Use. Aust. N. Z. J. Public Health [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 15]; 39(5): 471-476. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606762/>

17. Wright CY, Preez DJ, Millar DA, Norval M. The Epidemiology of Skin Cancer and Public Health Strategies for Its Prevention in Southern Africa. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [cited 2022 Ago 20]; 17(3): 1017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7037230/>

18. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023 - Incidência de Câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2022. [citado 2023 Mar 24]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
19. Glenister K, Whitherspoon S, Crouch A. A qualitative descriptive study of a novel nurse-led skin cancer screening model in rural Australia. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022 aug 10 [cited 2023 Mar 22]; 22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35948920/>
20. Westman B, Ullfren H, Olofsson A, Sharp L. Patient-reported perceptions of care after the introduction of a new advanced cancer nursing role in Sweden. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]; 2019. [cited 2023 Mar 23]; 41: 41-48. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31358256/>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), 2019 [Internet]. [citado 2022 Ago 24]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf.

Fomento: não há instituição de fomento

Editor Científico: Francisco Mayron Morais Soares. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7316-2519>