

RENATA SILVEIRA PAMPLONA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O TABAGISMO E A APRESENTAÇÃO
DE CARCINOMA BASOCELULAR**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2011

RENATA SILVEIRA PAMPLONA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE O TABAGISMO E A APRESENTAÇÃO
DE CARCINOMA BASOCELULAR**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro

Professora Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vanessa Santos Cunha

Co-orientador: Dr. Daniel Holthausen Nunes

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2011

Aos meus pais e irmãos, a razão de tudo.

Associação entre o tabagismo e a apresentação de Carcinoma Basocelular*

Association between smoking and Basal Cell Carcinoma diagnosis

Renata Silveira Pamplona¹

Vanessa Santos Cunha²

Daniel Holthausen Nunes³

Resumo:

Fundamentos: No Brasil, o Carcinoma Basocelular (CBC) corresponde a cerca de 80% dos cânceres de pele não-melanoma e são poucos os estudos sobre seus fatores de risco e epidemiologia. Acredita-se que além dos fatores genéticos e ambientais, outros padrões estejam relacionados com a sua etiologia. O tabagismo é um fator comportamental ainda significativo, responsável por prejuízo na qualidade de vida e alta morbimortalidade.

Objetivos: Verificar a associação do diagnóstico de CBC, dados epidemiológicos e características dos tumores com o hábito de fumar.

Métodos: Estudo retrospectivo realizado através de coleta de dados de pacientes submetidos à exérese de CBC com controle lateral de margens entre janeiro/2009 e dezembro/2010, nos ambulatórios de câncer da pele do Hospital Nereu Ramos e Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago - Florianópolis/SC, pelo mesmo profissional. As variáveis analisadas foram: tamanho, subtipo clínico, presença de ulceração e localização dos tumores; sexo, fototipo, idade e padrão de exposição solar dos pacientes, de acordo com o hábito de fumar.

Resultados: Quanto ao tabagismo não houve relação entre as variáveis fototipo, idade, padrão de exposição solar, localização, subtipo clínico e presença de ulceração. A única associação estatisticamente significativa ocorreu entre o hábito de fumar e o gênero masculino ($p < 0.05$).

Conclusões: Houve relação significativa entre o gênero masculino e o diagnóstico clínico de CBC com o hábito de fumar. São necessários outros estudos para a avaliação do hábito de fumar como fator de risco para CBC.

Palavras-chave: Carcinoma Basocelular; Tabagismo; Epidemiologia.

Abstract:

Background: In Brazil, Basal Cell Carcinoma (BCC) accounts for about 80% of non-melanoma skin cancers and there are few studies about their risk factors and epidemiology in this country. It is believed that in addition to genetic and environmental factors other patterns are related to its etiology. Smoking still is a significant behavioral trend, responsible for decrease in the quality of life and high morbidity and mortality.

Objectives: To investigate the correlation between the diagnosis of BCC, epidemiological data and the tumors characteristics in relation to smoking.

Methods: A retrospective cross-sectional study, conducted by collecting data from patients undergoing resection of BCC with lateral control of margins between January/2009 and December/2010, at skin cancer ambulatories from Nereu Ramos Hospital and Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital – Florianópolis, SC, Brazil, by the same professional. The variables analyzed were: size, clinical subtype, presence of ulceration, and location of the tumors in addition to the epidemiological data sex, skin type, age and sun exposure pattern from the patients according to smoking.

Results: Regarding smoking, no relationship was found between the variables phototype, age and exposure pattern. Also no association was found between the location, clinical subtype and presence of ulceration of the tumors. The only statistically significant association was found between smoking and male gender ($p < 0.05$).

Conclusions: There was a significant relationship between male patients with BCC diagnosis and smoking. Further studies are necessary for the evaluation of smoking as a risk factor for BCC.

Keywords: Basal Cell Carcinoma, Smoking, Epidemiology.

* Trabalho realizado no ambulatório de câncer de pele do Hospital Nereu Ramos e ambulatório de dermatologia geral do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, ambos no município de Florianópolis (SC) – Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial Funding: None*

¹ Acadêmica do último ano do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis – Santa Catarina (SC) - Brasil.

² Médica dermatologista; professora de Dermatologia do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis – Santa Catarina (SC) – Brasil.

³ Médico dermatologista; chefe do Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – Santa Catarina (SC); professor de Dermatologia do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) – Santa Catarina (SC) – Brasil.

INTRODUÇÃO

O carcinoma basocelular (CBC) é a neoplasia maligna mais comum em humanos (aproximadamente 50% de todas as neoplasias malignas), e dentre os tumores da pele é o mais prevalente, sendo que no Brasil corresponde a 75-80% dos cânceres da pele não melanomas¹.

De acordo com vários estudos, a incidência de cânceres da pele não melanoma é uma crescente global²⁻⁴, e apesar de o CBC ser conhecidamente mais incidente em indivíduos de idade mais avançada^{5, 7-9}, há dados revelando aumento da incidência em jovens^{5, 7, 10}. No Brasil, estimou-se o número de 114.000 novos casos de cânceres de pele não melanoma para o ano de 2010¹¹, dado este, de acordo com a literatura quanto ao crescimento da incidência, se comparado à estimativa do ano de 2001, que foi de 54.460 novos casos¹².

O CBC é o câncer de melhor prognóstico dos tumores malignos da pele. Sua histogênese ainda está sendo discutida, e acredita-se que sua origem se dá a partir de células epiteliais pluripotentes, imaturas, incapazes de se diferenciar e queratinizar devido a vários fatores, sendo o principal a exposição crônica à radiação UV (ultravioleta). Possui crescimento lento e raramente gera metástases, porém, se diagnosticado e tratado tardiamente, pode ter crescimento local destrutivo, afetando tecidos moles, cartilagens e até ossos.

¹³. Atinge com mais frequência áreas expostas, principalmente a cabeça e pescoço, sendo a região nasal uma das mais afetadas^{4, 5, 8}.

Além da exposição solar e idade avançada, outros fatores de risco já foram bem detalhados, como pele branca, olhos verdes ou azuis e cabelos claros ou ruivos^{9, 14, 15}. Fatores de risco como o tabagismo foram pouco estudados, e a maioria dos registros existentes não encontraram relação significativa entre essa variável e a incidência do CBC^{9, 14-17}.

O tabagismo é a principal causa evitável de morte e incapacidade funcional. Representa um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, como o Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima aumento no número de fumantes de 1,2 bilhões para 1,6 bilhões entre 2000-2030¹.

Através destes dados e considerando a escassa informação disponível quanto à incidência/prevalência do CBC em relação ao tabagismo, a proposta deste estudo é avaliar a associação do diagnóstico de CBC, seus dados epidemiológicos, frequência de subtipos clínicos e a localização dos tumores com a exposição ao fumo.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma análise retrospectiva de dados coletados de pacientes com diagnóstico clínico de CBC primário, submetidos à exérese com controle lateral de margens pelo mesmo profissional, no ambulatório de câncer da pele do Hospital Nereu Ramos e ambulatório geral de dermatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC de Florianópolis, entre janeiro de 2009 e dezembro de 2010.

Os dados analisados foram sexo, idade, fototipo e padrão de exposição solar dos pacientes, além de tipo clínico, tamanho, localização e presença de ulceração dos tumores (Vide Apêndice – Questionário para coleta de dados).

Os fototipos foram classificados de I a IV de acordo com o padronizado por Fitzpatrick e recentemente revisado⁶.

Para as análises estatísticas, a idade foi dividida em maiores ou menores de 63 anos, sendo esta a mediana das idades. Os indivíduos foram agrupados em fumantes e ex-fumantes considerando-se que ambos foram expostos aos carcinógenos do tabaco, e os mesmos foram relacionados aos não-fumantes (não expostos). Os tipos clínicos nodular, superficial e pigmentado foram considerados menos agressivos, e o tipo infiltrativo mais agressivo. Os fototipos I e II de Fitzpatrick foram relacionados à maior risco, sendo os fototipos acima de III relacionados à menor risco para o diagnóstico de CBC. O padrão de exposição foi avaliado de acordo com a ocupação dos pacientes, sendo aqueles que trabalham em locais menos protegidos dos raios solares associados a maior risco. A localização dos tumores foi estratificada em cabeça/pescoço e restante do corpo. O tamanho dos mesmos teve como referência o diâmetro de dois centímetros.

O projeto deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina em 30 de maio de 2011, sob o número 1930/2011. Não houve a necessidade de preenchimento de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte dos pacientes analisados, pois o banco de dados utilizado faz parte do projeto “Avaliação total das margens cirúrgicas laterais dos carcinomas basocelulares com a utilização de lâmina dupla – correlação clínico-histopatológica”, aprovado por comitê de ética em 30 de março de 2009, sob o número 034/2009.

Os dados foram avaliados de maneira descritiva através do programa estatístico SPSS 17.0. Na avaliação estatística das variáveis foi usado o teste Qui-quadrado e quando

assimetrias importantes foram encontradas, o teste exato de Fischer. Os dados foram considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram avaliadas 99 lesões em 77 pacientes. Destes, 51,9% eram homens. A idade dos pacientes variou entre 37 e 85 anos, sendo a idade média de 61,9 anos e a mediana, utilizada como referência, de 63 anos. Quanto ao fototipo, 33 (42,857%) pacientes eram fototipo I, 36 (46,753%) fototipo II, 7 (9,09%) fototipo III e apenas 1 (1,298%) paciente tinha fototipo IV. Os pacientes fotoexpostos de acordo com a sua ocupação contabilizaram 50 (64,9%) e os não-fotoexpostos 27 (35,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características básicas dos 77 pacientes em estudo.

Características	n(%)
Idade (anos)	
<63	40 (51,9%)
≥63	37 (48,1%)
Sexo	
Masculino	40 (51,9%)
Feminino	37 (48,1%)
Fototipo	
I	33 (42,857%)
II	36 (46,753%)
III	7 (9,09%)
IV	1 (1,298%)
Exposição solar	
Exposto	50 (64,9%)
Não exposto	27 (35,1%)

Na Tabela 2 são demonstrados os dados clínicos dos 99 CBC avaliados. Quanto ao tipo clínico tivemos 65 (65,65%) CBC nodulares, 15 (15,15%) superficiais, 3 (3,03%) pigmentados e 16 (16,16%) infiltrativos. Quanto ao tamanho dos tumores, 65 (65,6%) tinham diâmetro menor que 2 centímetros e 34 (34,4%) eram maiores ou iguais a 2 centímetros. A

presença de ulceração foi encontrada em 41 (41,4%) lesões e 58 (58,6%) não tinham ulceração no momento do diagnóstico. Avaliamos 63 (63,6%) tumores localizados no segmento cefálico, 8 (8,08%) no pescoço, 21 (21,2%) no tronco, 4 (4,04%) nos membros superiores e 3 (3,03%) nos membros inferiores.

Tabela 2 – Características clínicas dos 99 tumores em estudo.

Características	n (%)
Tipo clínico	
Nodular	65 (65,65%)
Superficial	15 (15,15%)
Pigmentado	3 (3,03%)
Infiltrativo	16 (16,16%)
Tamanho	
<2cm	65 (65,6%)
≥2cm	34 (34,4%)
Ulceração	
Ulcerado	41 (41,4%)
Não ulcerado	58 (58,6%)
Localização	
Cabeça	63 (63,6%)
Pescoço	8 (8,08%)
Tronco	21 (21,21%)
Membros superiores	4 (4,04%)
Membros inferiores	3 (3,03%)

Quanto ao gênero e a presença de CBC em pacientes tabagistas e não tabagistas, o hábito de fumar foi mais comum entre pacientes do sexo masculino sendo que 37,6% dos homens eram tabagistas, contra 14,2% de mulheres (2,6H: M1). O número de lesões foi semelhante entre os sexos (Tabela 3).

Tanto pacientes com idade superior a 63 anos quanto inferior, fumantes e não fumantes, tiveram frequência semelhante de diagnóstico de CBC (Tabela 3).

O padrão de exposição solar e o fototipo dos pacientes com CBC não tiveram relação com o tabagismo (Tabela 3). Foi notável que os pacientes com histórico de maior exposição

solar ocupacional tiveram um maior número de tumores (50:27), assim como os pacientes com fototipos de maior risco (69:8), mas estes dados não foram significativos estatisticamente.

Quanto ao tipo clínico inicialmente diagnosticado dos tumores, não houve relação dos mesmos com o hábito ou não do tabagismo, assim como o tamanho das lesões e a presença ou não de ulceração (Tabela 3). O número de tumores considerados menos agressivos foi mais freqüente (83:16), e a quantidade de lesões com diâmetro inferior a 2 cm foi maior no total (65:34).

Não houve maior incidência de CBC em nenhuma localização topográfica, quando relacionados ao hábito de fumar. Tanto nos pacientes tabagistas quanto naqueles não-tabagistas, a maior incidência ocorreu na região da face e pescoço (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise das variáveis de acordo com o hábito de fumar.

Características	Fumantes e	Não fumantes	Valor de p
	Ex-fumantes	n (%)	
	n (%)		
Idade (anos)			
<63	23 (29,8%)	17 (22,0%)	0.2162
≥63	17 (22,0%)	20 (25,9%)	
Sexo			
Masculino	29 (37,6%)	11 (14,2%)	0.0001786
Feminino	11 (14,2%)	26 (33,7%)	
Fototipo (Fitzpatrick)			
I e II	35 (45,4%)	34 (44,1%)	0.4009
III ou mais	5 (6,4%)	3 (3,8%)	
Exposição UV (ocupacional)			
Exposto	27 (35%)	13 (16,8%)	0.4006
Não exposto	13 (16,8%)	14 (18,1%)	
Tipo clínico			
Nodular/Superficial/Pigmentado	43 (43,4%)	40 (40,4%)	0.5550
Infiltrativo	8 (8,0%)	8 (8,0%)	
Tamanho			
<2cm	31 (31,3%)	34 (34,3%)	0.2005

≥2cm	20 (20,2%)	14 (14,1%)	
Ulceração			
Ulcerado	23 (23,2%)	18 (18,1%)	0.2870
Não ulcerado	28 (28,2%)	30 (30,3%)	
Localização			
Cabeça/pescoço	36 (36,3%)	35 (35,3%)	0.5498
Restante do corpo	14 (14,1%)	13 (13,1%)	

DISCUSSÃO

O hábito de fumar constitui principal causa evitável de morbimortalidade no mundo ocidental, sendo que cerca de 20% das mortes nesses países são atribuídas ao fumo. A associação entre o consumo do tabaco e processos malignos como os de pulmão, bexiga, cavidade oral, faringe, laringe e etc. são bem conhecidos¹⁸, no entanto, além de escassas as literaturas relacionando fatores de risco para cânceres da pele no Brasil¹⁵, há poucos estudos que avaliam a exposição ao tabaco com esse tipo de malignidade, e os existentes, apresentam contradição em seus resultados¹⁸.

Em relação à pele, a exposição causada pelo fumo se faz tanto de forma direta, por contato com os carcinógenos e a radiação do cigarro, como indireta através da chegada das substâncias tóxicas por via hematogênica. As substâncias tóxicas inaladas, como nitrosaminas, aminas heterocíclicas, benzeno e outras, afetam todos os órgãos internos e atuam inclusive na eficiência do sistema imune. Agem também sobre genes responsáveis pela proteção contra o câncer, causando estresse oxidativo nas células e conseqüente mutação de seu ácido desoxirribonucléico (DNA)¹⁹.

Além do problema relacionado à saúde das populações, o tabagismo é responsável por enorme custo social, econômico e ambiental. Em países desenvolvidos os custos com cuidados por doenças relacionadas ao tabagismo consomem de 6 a 15% do gasto total com a saúde²⁰.

A análise dos dados desse estudo revelou relação entre o gênero masculino dos pacientes com CBC e o hábito de fumar, sendo que a proporção em relação ao sexo feminino foi de 2,6: 1 ($p < 0,05$). Em estudos recentes, o risco de CBC foi associado ao tabagismo em mulheres jovens^{10, 14, 21}, fator não observado neste estudo provavelmente devido à média de

idade avançada dos pacientes. Assim, podemos dizer que homens fumantes têm maior risco de CBC do que mulheres não-fumantes.

Apesar de pequena diferença, o número de lesões foi maior nos pacientes do sexo masculino, dado observado em estudos epidemiológicos mais antigos, que mostram maior frequência de CBC em homens, principalmente de idade mais avançada^{22, 23}. No entanto, vários trabalhos recentes têm demonstrado maior incidência de câncer da pele não melanoma em mulheres^{5, 21, 24, 25}. Hipóteses para incidência maior em mulheres jovens são os diferentes padrões de exposição aos raios UV entre homens e mulheres, e a procura mais precoce ao serviço de saúde sob influência dos padrões de saúde e beleza atuais. A idade não teve relação com o diagnóstico de CBC em tabagistas ou não tabagistas.

Um estudo caso-controle na Holanda apresentou relação positiva do diagnóstico de carcinoma espinocelular (CEC) em pacientes fumantes e nos que se expunham mais aos raios solares, relação associada ao fato de que provavelmente os fumantes preferem não trabalhar em locais fechados. No entanto, a relação com CBC não foi significativa²⁶, o que também ocorreu neste estudo, sendo que o padrão de exposição solar não teve relação estatisticamente significativa com o diagnóstico de CBC em fumantes e não fumantes. O fototipo em pacientes tabagistas e não tabagistas também não foi relacionado ao CBC, no entanto, de acordo com a maioria das literaturas^{2, 5, 15, 27}, os pacientes com padrão de exposição maior aos raios UV e de fototipos baixos (I,II de Fitzpatrick) tiveram maior número de lesões do que os menos expostos ou de pele escura. Em um estudo casos-controle realizado em Córdoba, Argentina, o risco de pacientes com fototipos I e II de desenvolverem CBC foi cerca de 22 vezes maior do que em pacientes com fototipos mais altos. Neste mesmo estudo não houve relação entre a frequência de CBC e o tabagismo²⁸. Acreditamos que em nosso estudo a relação de CBC e fototipos mais baixos não foi encontrada pela alta prevalência de pacientes com baixos fototipos.

Tipo clínico, tamanho da lesão e presença de ulceração não foram fatores associados às lesões entre pacientes tabagistas e não tabagistas, mostrando pouca relação entre as características das lesões com a exposição carcinógena do tabaco. Concordante, um estudo americano que avaliou a relação entre CBC e o tabagismo não encontrou diferença significativa quanto ao número, subtipo predominante ou local de distribuição das lesões em pacientes tabagistas e não tabagistas²⁹.

Os subtipos de tumores considerados menos agressivos – nodular, superficial e pigmentado – foram, em geral, mais frequentes. Esse dado está de acordo com algumas

literaturas^{5, 30}, porém, há relatos de maior incidência de subtipos mais agressivos – os infiltrativos e esclerosantes – em pacientes jovens²¹, o que evidencia a importância do diagnóstico precoce em todas as faixas etárias. Há registros de relação do tabagismo com diâmetro das lesões de CBC maiores que 1cm³⁰. Neste trabalho não foi evidenciada relação do diâmetro das lesões com o tabagismo, porém, em geral, o diâmetro das lesões verificadas foi inferior a 2cm.

Não foi verificada associação entre a topografia das lesões e o tabagismo, assim como em estudo realizado avaliando 700 lesões²⁹, e a frequência geral do local das lesões relacionou-se com resultados de outros estudos, sendo a predominância na região da cabeça e pescoço^{5, 8, 21}.

CONCLUSÃO

Como conclusão o presente estudo evidenciou relação significativa entre os pacientes do sexo masculino com diagnóstico clínico de CBC e o hábito de fumar. As demais variáveis não tiveram associação com o tabagismo e o diagnóstico de CBC. São necessários outros estudos que verifiquem essas relações, sendo o tabagismo um potencial fator de risco para vários tipos de neoplasias e responsável por grande fardo aos sistemas de saúde por sua elevada relação com comorbidades e diminuição da qualidade de vida. São necessários outros estudos para a avaliação do hábito de fumar como fator de risco para CBC.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. In: Rio de Janeiro: INCA (Instituto Nacional de Câncer) - Coordenação de Prevenção e Vigilância 2010.
2. Lear J, Tan B, Smith A, et al. Risk factors for basal cell carcinoma in the UK: case-control study in 806 patients. *J R Soc Med* 1997;90:371-4.
3. Roewert-Hubert J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2007;157:47-51.
4. Schmitt JV, Chinem VP, Marques MEA, Miot HA. Aumento da incidência de carcinoma basocelular em hospital universitário: 1999 a 2009. *An Bras Dermatol* 2011;86:375-7.
5. Mantese SAO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Basal cell Carcinoma - Analysis of 300 cases observed in Uberlândia - MG, Brazil. *An Bras Dermatol* 2006;81:136-42.
6. Astner S, Anderson RR. Skin Phototypes. *J Invest Dermatol.* 2004; 122(2):30-1.
7. Bath-Hextall F, Leonardi-Bee J, Smith C, Meal A, Hubbard R. Trends in incidence of skin basal cell carcinoma. Additional evidence from a UK primary care database study. *Int J Cancer* 2007;121:2105-8.
8. Harris RB, Griffith K, Moon TE. Trends in the incidence of nonmelanoma skin cancers in southeastern Arizona, 1985-1996. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:528-36.
9. Freedman M, Sigurdson A, Doody MM, Mabuchi K, Linet MS. Risk of Basal Cell Carcinoma in Relation to Alcohol Intake and Smoking. In: *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*; 2003:1540-3.
10. Boyd AS, Shyr Y, Lloyd E King J. Basal cell carcinoma in young women: An evaluation of the association of tanning bed use and smoking. *J Am Acad Dermatol* 2002;46:706-09.
11. Ministério da saúde. Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil. In: Rio de Janeiro: INCA (Instituto Nacional de Câncer) 2009:36-7.
12. Kligerman J. Estimativas sobre a Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil - 2001 *Rev Bras Cancerol* 2001:111-14.
13. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
14. Freiman A, Bird G, Metelitsa AL, Barankin B, Lauzon GF. Cutaneous Effects of Smoking. *J Cutan Med Surg* 2004:415-23.
15. Gon AdS. Fatores de risco para o carcinoma basocelular: estudo de casos e controles [Tese de Doutorado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
16. Corona R, Dogliotti E, D'Erico M, et al. Risk Factors for Basal Cell Carcinoma in a Mediterranean Population. *Arch Dermatol* 2001;137:1162-8.
17. Dam RMV, Huang Z, Rimm EB, et al. Risk Factors for Basal Cell Carcinoma of the Skin in Men: Results from the Health Professionals Follow-up Study. *Am J Epidemiol* 1999;150:459-68.
18. Just-Sarobé M. Hábito de fumar y piel. In: *Actas Dermosifiliogr*; 2008:173-84.
19. Pichandi S, Pasupathi P, Rao YY, et al. The Effect of Smoking on Cancer-A review. *Int J Biol Med Res* 2011;2:593-602.
20. THE WORLD BANK. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. In: Washington, D.C; 1999.
21. Bakos RM, Kriz M, Mühlstädt M, Kunte C, Ruzicka T, Berking C. Risk factors for early-onset basal cell carcinoma in a German institution. *Eur J Dermatol* 2011;21:705-9.
22. Stang A, Stegmaier C, Jöckel K-H. Nonmelanoma skin cancer in the Federal State of Saarland, Germany, 1995-1999. *Br J Dermatol* 2003;89:1205-08.
23. Staples M, Marks R, Giles G. Trends in the incidence of non-melanocytic skin cancer (NMSC) treated in Australia 1985-1995: Are primary prevention programs starting to have an effect? *Int J Cancer* 1998;78:144-48.
24. Ferreira FR, Nascimento LFC. Câncer cutâneo em Taubaté (SP) - Brasil, de 2001 a 2005: um estudo de prevalência. *An Bras Dermatol* 2008;83:317-22.

25. Dessinioti C, Tzannis K, Sypsa V, Nikolaou V, Kypreou K, Antoniou C. Epidemiologic risk factors of basal cell carcinoma development and age at onset in a Southern European population from Greece. *John Wiley & Sons A/S, Experimental Dermatology* 2011;20:622-26.
26. Hertog SAED, Wensveen CAH, Bastiaens MT, et al. Relation Between Smoking and Skin Cancer. *J Clin Oncol* 2001;19:231-8.
27. Maia M, Proença NG, Moraes JCd. Risk Factors for basal cell carcinoma: a case-control study. *Rev Saúde Pública* 1995;29:27-37.
28. Lascano AR, Kuznitsky R, Garay I, Ducasse C, Albertini R. Risk factors for basal cell carcinoma. Case-control study in Cordoba. *Medicina (B Aires)* 2005;65.
29. Griego RD, Nikolaidis G, Orengo IF, Oram Y. The Relationship between Basal Cell Carcinoma and Cigarette Smoking. *Dermatol Surg* 1996;22:95-8.
30. Kople LFF, Schmidt SM. Carcinoma basocelular/Basal cell carcinoma. *An Bras Dermatol* 2002;77:249-385.

1. Questionário para coleta de dados

Nome: _____ **Idade:** _____

Prontuário: _____ **Profissão:**(especificar) _____

(Aposentado, funcionário público não são válidos)

Procedência: _____ **Naturalidade:** _____

Fototipo: _____

HMF: _____ Ca pele: _____ ca outros: _____

HMP: _____ Ca pele: _____ ca outros: _____

HAS: _____ DM: _____ Tireoidopatia: _____

AR: _____ Psoríase: _____ vitiligo: _____

Outros: _____

Medicamentos em uso: _____

Hábitos: **Tabagismo:** (cig/dia-tempo) _____

Etilismo: Com qual freqüência você utiliza bebidas com álcool?

(0) nunca (1) mensalmente ou menos (2) 2-4 vezes ao mês (3) 2-3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana

Exposição ao sol: (h/dia, meses/ano) _____

Fotoprotetor:

(freqüência/tempo) _____

Descrição da lesão: _____

Tamanho: _____

Ulceração: _____

Localização:

Face:

- Nariz
- Asa ()
- Dorso
- Periorbital
- Pálpebra sup () inf ()
- Canto medial () ext ()
- Orelha
- Helix ()
- Retroauricular ()
- Pré-auricular ()
- Concha ()
- Malar ()
- Fronte ()

Tronco:

Tórax anterior ()

Dorso ()

Lombar ()

Abdome: ()

MMSS:

Braço ()

Antebraço ()

• Outro (especificar): _____

Couro cabeludo:

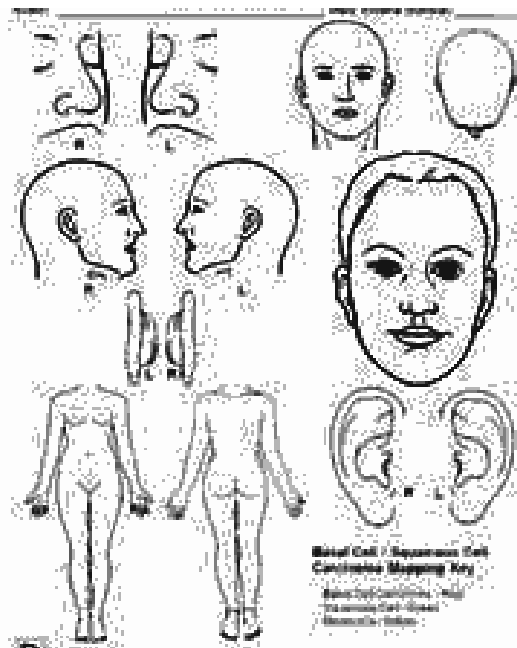
• Mão ()

MMII:

• Coxa ()

• Perna ()

• Pé ()



ANEXOS

1. Normas de publicação da Revista

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.

Adotou-se o formato Artigo, conforme as Normas para Apresentação dos Originais dos Anais Brasileiros de Dermatologia, disponível em <http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/instrucoes/normas.aspx> (acesso em 20/09/2011), e transcritas a seguir:

INSTRUÇÕES DE PUBLICAÇÃO AOS AUTORES

Informações Gerais

A revista Anais Brasileiros de Dermatologia, indexada nas bases de dados MedLine, Web of Science, Scopus, Embase – Excerpta Medica, Latindex, LILACS, Periódica, Tropical Diseases Bulletin (TDB) – e incluída na coleção da biblioteca eletrônica SciELO – Brasil, e uma publicação bimestral destinada a divulgação de trabalhos técnico-científicos originais (inéditos, não publicados), resultantes de pesquisas ou revisões de temas dermatológicos e correlatos. Permutas com outras publicações poderão ser aceitas e, conforme consta no Estatuto da Sociedade Brasileira de Dermatologia, sua distribuição é gratuita aos seus associados.

Os Anais Brasileiros de Dermatologia seguem as regras dos “Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos” (normas de Vancouver), cujo texto original atualizado, em inglês, está disponível no endereço eletrônico www.icmje.org. Trabalhos originados de experimentos em seres humanos e animais devem atender as normas oficiais vigentes (Resolução CNS 196/96, Lei 6.638/79 e Resolução Normativa 04/97), cujo texto pode ser encontrado no portal dos Anais Brasileiros de Dermatologia: www.anaisdedermatologia.org.br/instrucoes. Pesquisas que envolvem seres humanos devem ter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e os respectivos documentos comprobatórios devem ser conservados pelos autores, podendo ser, eventualmente, solicitados pela Equipe Editorial.

Os originais recebidos são encaminhados a especialistas para emissão de pareceres. Nomes de autores e de pareceristas são mantidos em sigilo. Os autores são informados quanto aos pareceres emitidos e devem cuidar da revisão dos originais quando sugeridas modificações substanciais.

As opiniões e declarações contidas na revista são de responsabilidade única e exclusiva de seus autores, não sendo, necessariamente, coincidentes com as da Equipe Editorial, do Conselho Consultivo ou da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

A Equipe Editorial dos Anais Brasileiros de Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Dermatologia não garantem nem endossam os produtos ou serviços anunciados – as propagandas são de responsabilidade única e exclusiva dos anunciantes –, nem qualquer promessa relacionada a serviço ou produto anunciado na revista.

Normas para apresentação dos Originais. Desenvolvimento, Elementos Essenciais

Encaminhar os originais por meio do sistema de submissão *online*, de acordo com as indicações do mesmo. A fonte a ser utilizada deveser *Times New Roman*, tamanho 12, com espaço duplo.

A partir de 1o de abril de 2011 todos os trabalhos encaminhados aos ABD deverão ser submetidos em inglês. Optar pela seção a que se destina o manuscrito e verificar, na página de rosto, o título completo do artigo (em português também), o(s) nome(s) do(s) autor(es), por extenso e abreviado(s), seus títulos acadêmicos máximos, o nome da instituição e o local em que o trabalho foi realizado, a instituição a que está/estão vinculado(s) e suas respectivas funções, o endereço completo do autor principal, seus telefones, *e-mail*, eventual suporte financeiro e conflitos de interesse. Informar ainda, em declaração assinada pelo autor principal, a participação específica de cada autor na execução do trabalho, quando solicitado pelo Conselho Editorial, para as seções de Investigação e Revisão (ver adiante “Critérios de autoria”).

Indicar, no mínimo, três e, no máximo, dez descritores (palavras-chave), em inglês e em português, que identifiquem os assuntos tratados no texto e que estejam incluídos na publicação da Bireme “Descritores em Ciências da Saúde” (DeCS), disponível no endereço <http://decs.bvs.br>, ou no *Medical Subject Headings* (MeSH), do *Index Medicus*, disponível no endereço www.nlm.nih.gov/mesh.

Critérios de Autoria

A inclusão como autor subentende substancial contribuição intelectual na elaboração do trabalho, que compreende a participação na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação ou revisão crítica do manuscrito; e na aprovação de sua versão final. Outras participações, como obtenção de financiamento, simples coleta e catalogação de dados, auxílio técnico na execução de rotinas, encaminhamento de pacientes, interpretação de exames de rotina e chefia de serviço ou departamento que não seja diretamente envolvida no estudo, não constituem critérios para autoria. Entretanto, caso tenham contribuído substancialmente para o estudo, merecerão citação nos “Agradecimentos”, ao final do texto, para o que será preciso autorização escrita dos responsáveis.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos de qualquer das seções. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente, nos casos de artigos de Investigação e Revisão.

Referências

As referências bibliográficas completas, em ordem de citação, devem incluir apenas as publicações mencionadas na matéria e seguir as normas dos “Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos” (estilo Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser abreviados como no *Index Medicus*, cuja lista de abreviaturas pode ser obtida na publicação da NLM “*List of Serials Indexed for Online Users*”, que esta disponível no endereço www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html. É de responsabilidade dos autores a exatidão das referências bibliográficas.

Ilustrações

As ilustrações compreendem quadros, tabelas, gráficos, figuras e vídeos, justificando-se sua inclusão apenas quando servirem, efetivamente, para complementar as informações do texto ou simplificar sua compreensão. Por esse motivo, serão aceitas somente até o limite determinado para o tipo de artigo, salvo melhor juízo da Equipe Editorial.

Referir as ilustrações no texto e numerá-las em algarismos arábicos, em seqüência própria para cada tipo, conforme a ordem de entrada.

Anexar todas as ilustrações no campo específico para tal que há no sistema de submissão. Não serão aceitos trabalhos com ilustrações introduzidas no corpo do texto.

Inserir imagens digitalizadas sob a forma de arquivos nos formatos com extensão “.jpg” e resolução mínima de 300 dpi. Vídeos poderão ser aceitos até 10MB com extensão MPG, AVI e WMV.

Quadros, Tabelas e Gráficos

Os quadros servem para a apresentação tabular de informações textuais, sem empregar dados estatísticos, ao contrário das tabelas, que tem por objetivo a apresentação de resultados numéricos e valores comparativos, permitindo avaliação estatística. Nos gráficos, os dados são apresentados sob a forma de desenho, preferencialmente, como diagramas de barras ou circulares.

Quadros, tabelas e gráficos devem ter título sucinto e claro, com explicações, se necessárias, como notas de rodapé.

Se, nos quadros e nas tabelas, se usarem dados de outra fonte, publicados ou não, será necessário obter permissão e informar o autor, a data e a localização dos dados.

Figuras e Vídeos

Figuras compreendem as demais formas de ilustração, principalmente, fotografias e microfotografias. Anexar as fotos na extensão “.jpg” e especificar e identificar as legendas com a respectiva numeração.

Se uma figura já tiver sido publicada, mencionar a fonte original e enviar permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para a sua reprodução. Documentos de domínio público constituem exceção.

Para os vídeos é necessário inserir legendas contendo informações como título do manuscrito, autoria, instituição e outros comentários pertinentes. Para usar fotografias de pacientes, a identidade destes deveser resguardada; do contrario, será preciso anexar-lhes permissão, por escrito, para divulgação (ver Proteção aos direitos e privacidade dos pacientes).

Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas

Informações que possam identificar participante de pesquisa ou relato de caso clínico não devem ser publicadas sob a forma de descrições, fotografias ou genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos e o paciente ou seu responsável de permissão, por escrito, para a publicação.

O consentimento, por escrito, para esses propósitos exige que se mostre ao paciente ou responsável o manuscrito a ser publicado. Na publicação deverá constar que se obteve a autorização.

Na busca do anonimato, nunca alterar nem falsificar os dados do paciente. Omitir os detalhes que sirvam para identificar as pessoas, caso não sejam essenciais.

Não usar o nome do paciente, suas iniciais ou registro que lhe tiver sido conferido no hospital, especialmente, no material ilustrativo.

Quando se tratar de experimentação com animais, informar se foram seguidas as recomendações da instituição sobre cuidado e utilização de animais de laboratório.

Unidades de medida e abreviações

Abreviações não são permitidas no Título nem recomendáveis no Resumo, exceto em situações excepcionais. O termo completo deverá preceder a abreviatura, quando esta for utilizada pela primeira vez no texto.

Todas as medidas devem estar de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (SI), encontradas no portal <http://physics.nist.gov/cuu/Units/units.html>. Informar as temperaturas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg).

Conteúdo

Redigir o original para publicação nos Anais Brasileiros de Dermatologia em inglês, e enquadrá-lo em uma das diferentes seções da revista:

EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Autores são convidados pelos Coordenadores da Educação Médica Continuada e/ou pelos Editores dos Anais Brasileiros de Dermatologia, da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a elaborar

artigos aprofundados sobre temas de grande interesse científico, no campo da Dermatologia, visando a atualização.

Autores não convidados também podem participar desta seção, desde que entrem em contato prévio com a Equipe Editorial dos Anais Brasileiros de Dermatologia, para evitar duplicação de artigos. Estes devem conter, obrigatoriamente:

Resumo, no idioma original e em inglês, com no Máximo 250 palavras. Além de Introdução, sugerem-se os seguintes tópicos, se pertinentes: Histórico; Epidemiologia; Etiopatogenia; Aspectos clínicos; Classificação; Diagnóstico clínico, laboratorial e diferencial; Evolução; Prognóstico; e Tratamento. É obrigatório apresentar referências bibliográficas recentes. Serão permitidas 12 ilustrações, no Máximo. Ao final do texto, incluir um teste de avaliação com 20 questões de múltipla escolha, de quatro alternativas, sendo apenas uma correta, para efeito de apuração de créditos relativos ao programa de Educação Médica Continuada, da Sociedade Brasileira de Dermatologia. As questões devem atender os princípios de elaboração da Educação Médica Continuada, disponíveis pela Equipe Editorial dos Anais Brasileiros de Dermatologia.

INVESTIGAÇÃO

Artigo original, abrangendo estudos observacionais e de intervenção, caracterizados como ensaios controlados e randomizados; estudos quanto à fisiopatogenia das doenças e/ou sobre associações nosológicas; estudos sobre testes diagnósticos e prognósticos, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no Máximo, 6.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. O número máximo de referências é 30 e o de ilustrações, dez. Incluir os seguintes tópicos:

1. Introdução;
2. Material e Métodos ou Casuística;
3. Resultados;
4. Discussão;
5. Conclusão;
6. Referências.

Subdividir o Resumo e o *Abstract* (que serão apresentados no idioma original e em inglês, com no máximo 250 palavras) em cinco aspectos:

1. Fundamentos (estado atual do conhecimento);
2. Objetivos;
3. Métodos;
4. Resultados;
5. Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica, para evitar especulação).

CASO CLÍNICO

Relatar um ou mais casos com justificada razão para publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações diagnósticas e terapêuticas, entre outras). O texto não deve exceder 1.000 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, seis ilustrações e 10 referências bibliográficas. Os seguintes tópicos devem ser contemplados:

Resumo, no idioma original e em inglês, com no máximo 120 palavras;

Introdução;

Relato do(s) caso(s);

Discussão;

Referências.

DERMATOPATOLOGIA

Esta seção inclui temas que enfatizem importantes aspectos dermatopatológicos.

Usar, no máximo, 150 palavras no Resumo, no idioma original e em inglês.

O texto não deve exceder 2.500 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, oito figuras e 20 referências bibliográficas.

REVISÃO

Destina-se a abordar, de forma aprofundada, o estado atual do conhecimento referente a temas de importância clínica, com ênfase em aspectos como causa e prevenção de dermatoses, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, devendo compreender, de preferência, análises críticas e sistemáticas da literatura (medicina baseada em evidências científicas), assim como metanálises.

São permitidas, no máximo, 10 ilustrações.

As referências bibliográficas devem ser recentes.

Apresentar, obrigatoriamente, os seguintes tópicos:

1. Resumo, no idioma original e em inglês, com não mais do que 250 palavras;
2. Introdução;
3. Métodos, quando se tratar de revisão sistemática e metanálise; os demais tópicos ficam a critério do autor.

IMAGENS EM DERMATOLOGIA TROPICAL

Submeter, nesta seção, doenças dermatológicas tropicais documentadas por fotografias clínicas, histopatológicas ou outros exames pertinentes, contidas em quatro figuras, no máximo, com legendas explicativas. Resumo com 80 palavras, no máximo, no idioma original e em inglês. O texto

deve ser um breve comentário sobre o assunto em questão com, no máximo, 250 palavras. As referencias bibliográficas não poderão passar de dez.

IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Devem ser enfatizadas e estimuladas a submissão nesta seção imagens relevantes e que permitam reconhecimentos diagnósticos, terapêuticos e descrição de novas tecnologias (Dermatoscopia, Microscopia Confocal a *Laser*, Imagens Radiológicas) ao dermatologista. Resumo com 80 palavras, no máximo, no idioma original e em inglês. O texto não deve exceder 800 palavras, oito figuras e dez referências.

A submissão a esta seção inclui imagens nas áreas de Dermatoscopia, Microscopia Confocal a *Laser*, Imagens Radiológicas e imagens derivadas de novas tecnologias.

COMUNICAÇÃO

Artigo original, breve, abordando campos do conhecimento de interesse para a Dermatologia, como educação, métodos e protocolos de investigação, equipamentos, ciência e tecnologia, historia da Dermatologia, entre outros.

O texto deve ser corrido, sem divisão por tópicos, não podendo ultrapassar 900 palavras, excluídas ilustrações e referências. Deve vir acompanhado de Resumo, no idioma original e em inglês, com, no máximo, 100 palavras.

São permitidas, no máximo, duas ilustrações e dez referencias bibliográficas.

MEMÓRIA

Artigo original, breve, que aborde aspectos históricos de interesse dermatológico, como comemorações de fatos marcantes no desenvolvimento da Medicina e, particularmente, da Dermatologia, biografias e comemorações referentes a figuras relevantes da Dermatologia nacional e internacional.

O desenvolvimento do texto é livre, entretanto, não deve ultrapassar 900 palavras, excluídas as ilustrações e referências, que estão limitadas a quatro e dez, respectivamente. Deve vir acompanhado de Resumo, no idioma original e em inglês, com, no máximo, 120 palavras.

“QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?”

Esta seção compreende o relato de um caso em que se questione o diagnostico final da doença, incluindo os seguintes tópicos:

1. Relato do Caso;
2. Discussão;
3. Referências.

O Relato de Caso não deve exceder 150 palavras e a Discussão 350, exceto ilustrações e referências. No máximo, são permitidas três ilustrações e nove referências bibliográficas. Deve vir acompanhado de Resumo, no idioma original e em inglês, com, no máximo, 100 palavras.

SÍNDROME EM QUESTÃO

Esta seção refere-se à apresentação de caso clínico representativo de uma síndrome dermatológica em destaque, com o objetivo de recordar síndromes comuns e contribuir para o conhecimento de síndromes incomuns.

Incluir os seguintes tópicos:

1. Relato do caso;
2. Discussão;
3. Referências.

O Relato de Caso não deve exceder 150 palavras e a Discussão 350, exceto ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, três ilustrações e nove referências bibliográficas. Deve vir acompanhado de Resumo, no idioma original e em inglês, com, no máximo, 100 palavras.

ICONOGRAFIA

A Iconografia compreende documentação fotográfica bem característica de dermatoses ou afins. Deve incluir Resumo no idioma original e em inglês. São permitidas, no máximo, 600 palavras de texto, excluídas ilustrações e referências bibliográficas, cujo número não deve exceder quatro e cinco, respectivamente.

CORRESPONDÊNCIA

A Correspondência refere-se a comentários e opiniões a respeito de artigos publicados, que poderão ou não ser respondidos pelos autores ou editores, e só serão aceitos até seis meses, no máximo, após a publicação. O texto não deve conter mais de 250 palavras nem mais de cinco referências bibliográficas. Toda a correspondência esta sujeita a ser revista e resumida pela Equipe Editorial Médica.

INFORMES

Os Informes são notícias sobre eventos, atividades da Sociedade Brasileira de Dermatologia, pessoas ou fatos relevantes para a Dermatologia, assim como publicações de livros e teses de interesse para essa área, acompanhadas ou não de resenhas.

Temas sob convite dos editores e considerados relevantes poderão ser incluídos na seção de Artigo Especial.

Submeter seu manuscrito para avaliação do Corpo Editorial da revista no endereço eletrônico que se segue: <http://www.sgponline.com.br/abd/sgp>.

Todos os documentos como Consentimento de uso para publicação, Conflito de interesses, Autorização para publicação de fotografias e Participação no trabalho estão disponíveis no site da revista. Esses documentos devem ser assinados e encaminhados para o endereço abaixo:

A/C Anais Brasileiros de Dermatologia

Av. Rio Branco, no 39, 18o andar. Rio de Janeiro – RJ.

CEP: 20090-003

2. Parecer da Comissão de Ética:

Parecer Consubstanciado N° 1932/11:

Data de Entrada no CEP: 05/05/2011

Título do Projeto: Associação entre o Tabagismo e o Diagnóstico de Carcinoma Basocelular

Pesquisador Responsável: Vanessa Santos Cunha

Pesquisador Principal: Daniel Holthausen Nunes, Renata Silveira Pamplona

Propósito: Projeto de Conclusão de Curso

Instituição onde se realizará: Hospital(s)

Comentários: O projeto apresenta valor científico do estudo com proposta de procedimentos metodológicos adequados e observa o atendimento aos requisitos das resoluções CNS 196/96 e seus complementares. O termo de consentimento está elaborado de forma concisa e objetiva com descrição suficiente dos procedimentos.

Parecer: Aprovado "ad referendum"

Data da reunião: 30/05/2011