

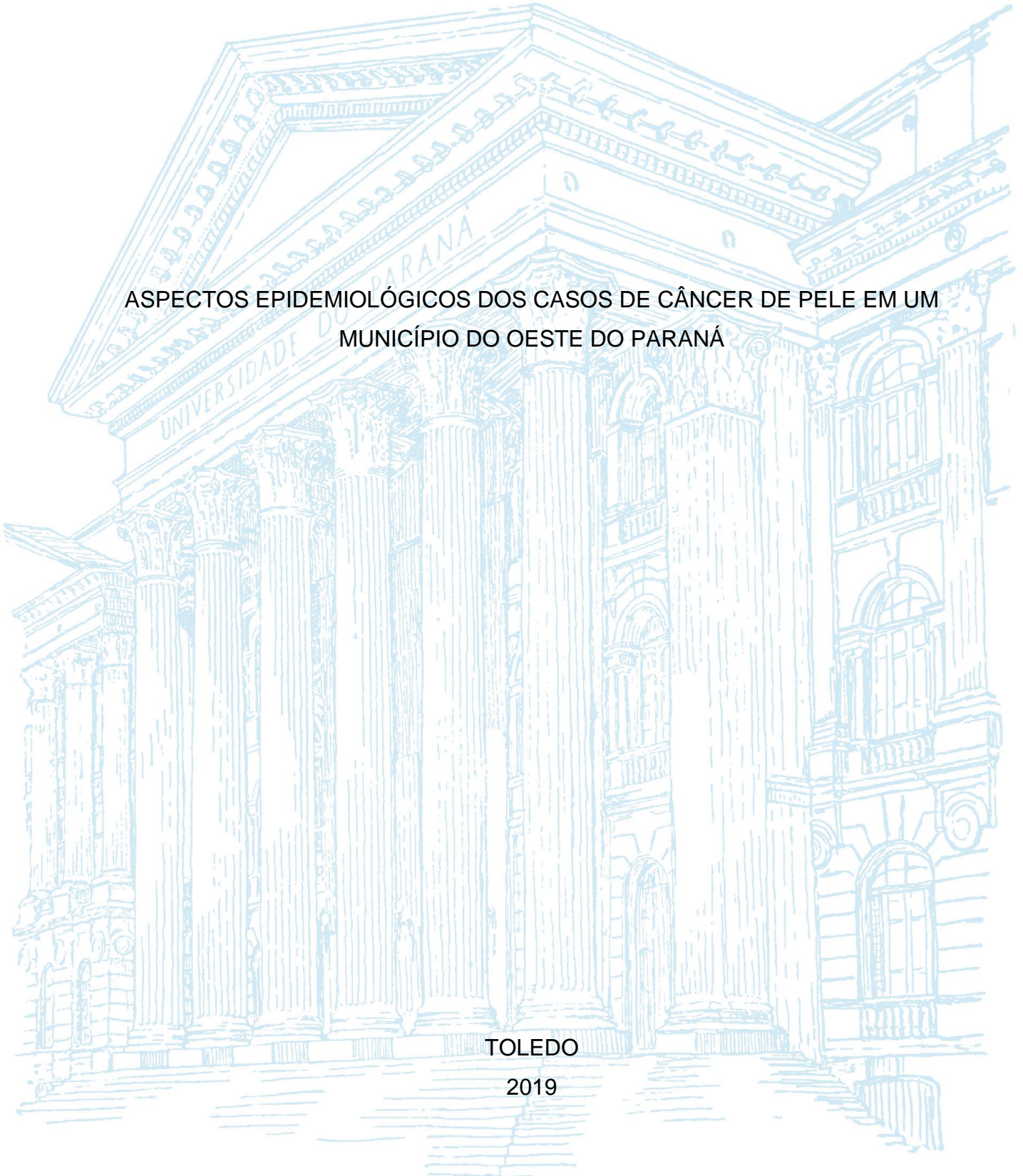
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ADRIANA AYUMI NAKAI AKIMURA

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS CASOS DE CÂNCER DE PELE EM UM
MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

TOLEDO

2019



ADRIANA AYUMI NAKAI AKIMURA

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS CASOS DE CÂNCER DE PELE EM UM
MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

Trabalho de curso apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal do Paraná-Campus Toledo, como requisito parcial de obtenção do título de Bacharel em medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Menezes de Azevedo

TOLEDO

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

ADRIANA AYUMI NAKAI AKIMURA

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DOS CASOS DE CÂNCER DE PELE EM UM MUNICÍPIO DO OESTE DO PARANÁ

TC apresentado ao curso de medicina, da Universidade Federal do Paraná-
Campus Toledo, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em
medicina.

Profa. Letícia Menezes de Azevedo Martins

Orientador(a) – Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof. Maurício Bedim dos Santos

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Profa. Sonia Mara de Andrade

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Toledo, 19 de novembro de 2019.

Dedico este trabalho à Deus, que sempre iluminou meu caminho. À minha querida avó Yukie (in memoriam), cuja presença foi essencial na minha vida. E, principalmente, aos meus pais Suzymar e Walter, meus maiores incentivadores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, que me deu força e perseverança para concluir esta etapa da minha vida.

Agradeço à minha orientadora, Luciana Menezes de Azevedo, por aceitar conduzir esta pesquisa e por compartilhar seu tempo e experiência. Agradeço também, ao professor Maurício Bedim dos Santos pela ajuda com a análise e interpretação dos dados deste projeto.

Agradeço, ainda, à toda a coordenação do curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná – campus Toledo e ao corpo docente, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço também à Secretaria de Saúde de Toledo pela disponibilização dos dados utilizados, em especial ao Dr. Fernando Pedrotti, o qual sempre se colocou à disposição para o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço à toda a minha família, principalmente aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e pelo apoio incondicional. Aos meus amigos, expresso minha gratidão por estarem ao meu lado nessa caminhada.

Por fim, agradeço todas as pessoas que de alguma forma estiveram envolvidas na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 ARTIGO	12
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXO 1 – NORMAS JMRR.....	30

1 INTRODUÇÃO

O câncer de pele é o tumor maligno mais frequente na população (PRADO, 2014). Corresponde a 33% de todos os diagnósticos de neoplasia maligna no Brasil, sendo que o Instituto Nacional de Câncer (INCA) registra, a cada ano, cerca de 180 mil novos casos. De acordo com dados do INCA (2018), a região sul do país apresenta as maiores taxas de tal neoplasia. Em razão de sua grande prevalência no Brasil e no mundo, constitui uma das grandes preocupações dentro da área da saúde, exigindo medidas voltadas à prevenção e/ou recuperação dos indivíduos afetados (MOURA et al, 2016).

O câncer de pele pode ser dividido em melanoma e não melanoma, sendo que este último inclui o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC). Tais neoplasias desenvolvem-se após alterações do material genético e uma série de replicações celulares anormais (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017). O melanoma, derivado dos melanócitos (células produtoras de pigmento da pele) é o mais raro e letal. O tipo de câncer mais prevalente, basocelular, se origina nas células da camada mais profunda da pele e tende a crescer lentamente. Apresenta baixa letalidade e bom prognóstico em caso de detecção precoce. Surgem mais frequentemente em regiões expostas ao sol, como face, orelhas e pescoço. O espinocelular, segundo mais prevalente, manifesta-se nas células escamosas, as quais constituem as camadas superiores da pele e apresentam capacidade de formar metástases, sendo que também é mais encontrado nas áreas expostas ao sol. Alguns casos podem estar associados a feridas crônicas, cicatrizes e exposição a produtos químicos ou radiação (SKIN CANCER FOUNDATION, 2010).

De acordo com Oliveira (2010), as condições sociais e ambientais do Paraná mostram-se propícias para o elevado desenvolvimento de tais neoplasias, uma vez que apresenta elevados índices de radiação ultravioleta e insolação, a composição étnica conta com grande proporção de caucasianos, além da forte economia agropecuária, a qual exige maior exposição solar.

Os elevados índices de câncer de pele na região sul do Brasil constituem, portanto, um problema de saúde pública, necessitando de conhecimento para que possa ser combatido. A análise dos casos de tais tumores cutâneos permite o delineamento das condições às quais a população está exposta e, conseqüentemente às medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento adequado.

Para entender e atuar neste processo, um questionamento se faz necessário: qual o perfil epidemiológico dos casos de câncer de pele encontrados no município de Toledo – PR e os subtipos mais prevalentes?

A partir dessas informações, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar os dados epidemiológicos referentes aos pacientes diagnosticados com câncer de pele em um município do interior do Paraná. Os objetivos específicos consistem em quantificar os casos de câncer de pele nos pacientes da região estudada, analisar a prevalência de cada tipo de neoplasia cutânea e descrever a presença de fatores associados no desenvolvimento das lesões.

A importância do desenvolvimento deste trabalho justifica-se pelo grande impacto envolvendo inúmeras áreas, como saúde, planejamento de recursos públicos, qualidade de vida da população, desenvolvimento de pesquisas locais e políticas de prevenção e promoção de saúde.

O câncer de pele é a neoplasia maligna mais prevalente no Brasil, seguida pelos cânceres de mama e de próstata nos sexos feminino e masculino, respectivamente, afetando grande parcela da população. Sendo assim, a detecção precoce e as medidas de prevenção são de suma importância no desfecho clínico das pessoas acometidas e na promoção da qualidade de vida da população em geral (SILVA et al, 2016).

Entretanto, mesmo sendo uma patologia frequente, muitos médicos não especialistas em Dermatologia não se consideram totalmente capacitados para o atendimento de queixas ou afecções cutâneas (BARBARULO, 2002). Em razão do número crescente de casos, é de enorme relevância que os profissionais de saúde com atuação geral sejam capazes de reconhecer situações urgentes ou que necessitem de encaminhamento ao especialista.

Além disso, o câncer de pele configura-se como uma das grandes áreas de gastos pelo sistema público de saúde, sendo que, mesmo em casos de rápido diagnóstico, estima-se que possa chegar a mais de R\$ 40 milhões de reais ao ano (MOURA et al, 2016). Tal questão reforça a importância de se conhecer o perfil populacional afetado pela doença, de forma a intervir com maior eficiência em medidas preventivas, antes da instalação da patologia.

O Paraná, apesar de apresentar incidência elevada de câncer de pele comparada aos níveis nacionais, carece de mais estudos acerca de tal neoplasia (GARANI; BERTOLINI, 2015). Através do maior conhecimento das características

intrínsecas da região, é possível atuar de forma mais efetiva, alterando positivamente o prognóstico de inúmeros pacientes, pela da adoção de condutas mais específicas para os problemas encontrados. Tal conhecimento favorece tanto os profissionais de saúde quanto os próprios indivíduos, uma vez que ambos serão detentores de maior compreensão sobre a realidade em que estão inseridos, podendo atuar de forma mais ativa nos cuidados em saúde.

Ademais, a transição demográfica, mudanças sociais e ambientais podem influenciar no aumento da incidência do câncer de pele através do aumento da expectativa de vida, padrões estéticos associados ao bronzamento, novos estilos de vida e de exposições ambientais (SILVA et al, 2008). Essas alterações exigem estudos atuais que levem em consideração a situação à qual os indivíduos se encontram, possibilitando o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas para a população.

2 ARTIGO

O presente estudo foi realizado em formato de artigo conforme deliberação da Comissão de Trabalho de Curso da UFPR – Campus Toledo, escrito baseado nas normas da revista Journal of Medical Resident Research, do ano de 2019, com o título: aspectos epidemiológicos dos casos de câncer de pele em um município do oeste do Paraná.

Aspectos epidemiológicos dos casos de câncer de pele em um município do oeste do Paraná

Adriana Ayumi Nakai Akimura¹

Luciana Menezes de Azevedo²

¹ Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Paraná–UFPR, campus Toledo-PR.

² Médica Dermatologista e professora de Medicina da Universidade Federal do Paraná–UFPR, campus Toledo-PR

Endereço para correspondência

Adriana Akimura

Universidade Federal do Paraná, Rodovia PR 182 - s/n Km 320/321

CEP 85.919-899 Toledo – PR

E-mail: adriana_akimura@hotmail.com

RESUMO

Introdução - O câncer de pele é o tumor maligno mais frequente na população. A região sul do país apresenta as maiores taxas de tal neoplasia, constituindo, portanto, um problema de saúde pública, que necessita de conhecimento para que possa ser combatido. A análise dos casos de tais tumores cutâneos permite o delineamento das condições às quais a população está exposta e, conseqüentemente às medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento adequado. **Objetivo** - Quantificar os casos de câncer de pele na região e analisar a prevalência de cada tipo de neoplasia (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular ou melanoma), realizando ao final um panorama geral da situação do câncer de pele no município de estudo. **Métodos** - Estudo descritivo, transversal e quantitativo, com coleta retrospectiva de dados, a partir de prontuários eletrônicos e de campanhas de câncer de pele de um município do oeste do Paraná, entre 2012 a 2018. **Resultados** - Foram analisados os prontuários de 189 pacientes, totalizando 245 diagnósticos de câncer de pele. Destes pacientes, a maioria pertencia ao sexo feminino. Em relação às neoplasias, a maioria dos casos consistia em carcinomas basocelulares. O local do corpo mais acometido foi a cabeça, com 54,2% dos

casos. A análise dos dados das campanhas de prevenção ao câncer de pele revelou a existência de 215 prováveis diagnósticos de câncer de pele, também com predomínio de carcinoma basocelular. Em relação ao sexo, observou-se uma certa equivalência, com 51% dos casos acometendo o sexo feminino e 49% o masculino. Sobre o local mais prevalente, a cabeça também foi a região mais afetada. **Conclusão** – O câncer de pele é uma importante questão de saúde pública e que carece de estudos locais. A compreensão das particularidades dos pacientes da região propicia a atuação futura em estratégias de prevenção e detecção precoce do câncer de pele, reduzindo as morbidades e melhorando a qualidade de vida da população.

Palavras-chave: Câncer de pele. Saúde pública. Perfil epidemiológico.

1.INTRODUÇÃO

A pele se apresenta como barreira importante entre o organismo e o ambiente externo, possuindo entre suas funções a proteção contra agressores externos, incluindo a luz ultravioleta¹. Assim como os demais órgãos, a pele pode ser comprometida por vários processos patológicos, como degenerações, inflamações e proliferações (entre elas, as neoplasias)².

O câncer de pele é a neoplasia maligna mais frequente no Brasil, configurando-se como relevante problema de saúde pública, sendo que sua incidência vem aumentando a cada ano³. O câncer de pele pode ser dividido em melanoma e não melanoma, sendo que este último inclui o carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC). O melanoma é o tipo mais grave, com alta probabilidade de causar metástases, porém, representa apenas 3% das neoplasias cutâneas malignas⁴. Os mais frequentes do tipo não melanoma são o CBC e o CEC, representando aproximadamente 70% e 25% dos cânceres de pele, respectivamente, no país⁵.

De acordo com dados divulgados pela estimativa 2018 do Instituto Nacional de Câncer (INCA), para o biênio 2018-2019, espera-se a ocorrência a cada ano de 600 mil novos casos de câncer, sendo 170 mil relacionados ao câncer de pele não melanoma. Além disso, as taxas mais elevadas de tal neoplasia cutânea encontram-se na região sul do país⁶.

O diagnóstico precoce é de suma importância para o tratamento em estágios iniciais, reduzindo morbidades e elevando a qualidade de vida desses pacientes. Entre as medidas que visam esse desfecho encontram-se as Campanhas de Prevenção ao câncer de Pele, realizadas anualmente pela Sociedade Brasileira de Dermatologia em algumas cidades do país⁷. Tais

campanhas constituem importante ferramenta para o rastreamento precoce dessas lesões, além de oferecerem orientações acerca da prevenção da doença⁸.

O município de Toledo-PR, cuja população estimada para 2019 é de 140.635 habitantes, apresenta algumas características em sua composição socioeconômica que podem influenciar no maior desenvolvimento de câncer de pele, como predomínio da população de cor branca, (influenciada pela imigração europeia na região) e forte economia agropecuária (exigindo maior exposição solar)⁹.

Diante dessas condições regionais surge a hipótese de elevada prevalência de câncer de pele no município de estudo. Devido à relevância epidemiológica do câncer de pele, conhecer o perfil dos pacientes acometidos torna-se importante para o estabelecimento de estratégias de prevenção de detecção precoce¹⁰. Sendo assim, esta pesquisa objetiva estudar os casos de câncer de pele e suas particularidades em um município do oeste do Paraná, com a quantificação dos casos de câncer de pele e a análise da prevalência de cada tipo de neoplasia cutânea, formando ao final uma perspectiva da situação do câncer de pele no município de estudo.

2.MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo, transversal e quantitativo, com coleta retrospectiva de dados. Tal estudo desenvolveu-se através da análise de dados epidemiológicos de indivíduos acometidos por câncer de pele, registrados nos prontuários eletrônicos do município de Toledo-PR e em campanhas de prevenção de câncer de pele do município em estudo, entre os anos de 2012 a 2018.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Secretaria Municipal de Saúde, foi realizada a coleta de dados a partir dos registros em prontuários eletrônicos. Tais dados foram avaliados por métodos de estatística descritiva e através de testes de independência, os quais foram calculados com os testes de Qui Quadrado, assumindo um nível de significância de 0,05. As variáveis analisadas no estudo foram: sexo, diagnóstico clínico (CBC, CEC ou melanoma), localização da lesão e idade dos pacientes.

Além disso, também foram analisados os dados coletados nas campanhas de câncer de pele, promovidas anualmente pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) durante o período referido, de 2012 a 2018. Uma vez que tais informações são divulgadas no site da SBD e, portanto, de domínio público, estes dados não necessitaram passar pelos mesmos critérios de aprovação que os anteriores.

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes que tinham em seus prontuários algum CID 10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde)

referente às neoplasias cutâneas analisadas ou diagnóstico comprovado de câncer de pele, dentro do limite temporal de 2012 a 2018. Foram excluídos do estudo os indivíduos que não se enquadraram nos aspectos acima descritos, ou seja, os que estavam fora do limite temporal definido pelo estudo e/ou não possuíam diagnóstico confirmado de câncer de pele ou demais variáveis incompletas. Para a análise dos indicadores deste estudo foram utilizadas planilhas do software Microsoft Excel.

3.RESULTADOS

Foram analisados os prontuários de 189 pacientes, totalizando 245 neoplasias, uma vez que alguns pacientes foram diagnosticados com mais de um câncer de pele ou um novo câncer se desenvolveu durante o período do estudo. Entre os pacientes analisados, 125 eram do sexo feminino (66,1%) e 64 do sexo masculino (33,9%). A média de idade encontrada nos diagnósticos foi de 65 anos, sendo a mesma para ambos os sexos. A idade mínima foi 29 anos e a máxima 96 anos.

Em relação às neoplasias, 193 casos consistiam em carcinomas basocelulares (78,4%), seguido por 34 casos de carcinomas espinocelulares (12,7%) e 18 casos de melanoma (8,9%). A ordem decrescente de locais acometidos foi cabeça, com 133 casos (54,2%), membros superiores com 30 (12,2%), costas com 28 (11,4%), tórax com 25 (10,2%), pescoço com 17 (6,9%) e membros inferiores com 12 (4,8%), como representado no gráfico abaixo:

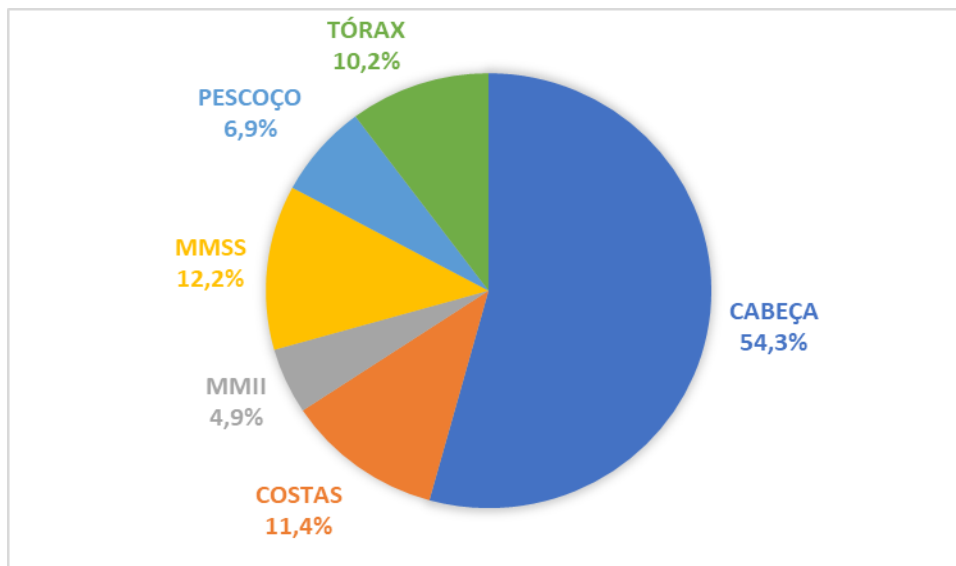


Figura 1 – Distribuição dos locais acometidos por câncer de pele no município de Toledo-PR, entre 2012 e 2018.

Fonte: banco de dados da pesquisadora.

O teste de independência revelou que houve diferença significativa para os tipos de câncer de pele entre os sexos ($\chi^2= 8,49$; $p = 0,014$). O carcinoma basocelular apresentou-se como o tipo predominante tanto para o sexo feminino quanto masculino, porém com marcada prevalência no sexo feminino, representando 70,27% do total de casos. O carcinoma espinocelular manteve tal padrão de distribuição, sendo que 62,5% foram relacionados ao sexo feminino, enquanto houveram 37,5% no sexo masculino. A análise do melanoma, tipo mais agressivo de câncer de pele, permitiu identificar maior predomínio no sexo masculino (17,2%) em relação ao encontrado no sexo feminino (4,8%), calculados proporcionalmente ao total de diagnósticos de câncer entre cada gênero.

Quanto a observação do tipo de câncer de pele e o local do corpo acometido, os testes de independência ($\chi^2= 32,48$; $p = 0,00$) indicaram a presença de diferenças significativas, sendo que a cabeça é o local com maiores discrepâncias entre os tipos câncer, com 118 casos de CBC (88,7%), 15 de CEC (11,3%) e nenhum de melanoma. A distribuição dos demais tipos de câncer e os respectivos locais acometidos pode ser observada na tabela abaixo:

Tabela – Números de câncer de pele segundo os tipos e os principais locais afetados em pacientes de Toledo-PR, de 2012 a 2018.

	Cabeça	Costas	Pescoço	Tórax	Membros superiores	Membros inferiores	Total
CBC*	118	18	14	20	20	3	193
CEC**	15	4	2	1	8	4	34
Melanoma	0	6	1	4	2	5	18
Total	133	28	17	25	30	12	245

Notas:

*CBC = carcinoma basocelular

**CEC = carcinoma espinocelular

Fonte: banco de dados da pesquisadora.

No que se refere aos dados obtidos através das campanhas de câncer de pele realizadas no município, no período de 2012 a 2018 foram identificados um total de 1224 indivíduos atendidos pela campanha, originando 1262 resultados de avaliação de pele. Destes, 215 resultados (17,1%) possuem ligação com algum tipo de câncer de pele. Os demais resultados (82,9%) correspondem a indivíduos com ausência de dermatoses, outros tipos de alterações cutâneas ou lesões pré-neoplásicas.

Entre os casos diagnosticados com câncer de pele, o tipo que apresentou maior frequência foi carcinoma basocelular, com 146 casos (67,9%), seguido pelo carcinoma espinocelular, com 57 casos (26,5%) e melanoma com 12 casos (5,6%).

Na população total abrangida pela campanha, 686 pessoas (56%) eram do sexo feminino e 538 do sexo masculino (44%). Destes, houveram 182 indivíduos com resultado positivo para a presença de neoplasia, sendo 93 diagnósticos no sexo feminino (51%) e 89 no sexo masculino (48,9%).

Quanto ao local do corpo acometido pelo câncer de pele, a cabeça é a região mais afetada para todos os tipos de câncer de pele, com 109 casos (50,7%). O tronco foi o segundo principal local acometido, com 56 diagnósticos (26%) e por último os membros, com 50 indivíduos afetados (23,3%), representado na figura abaixo:

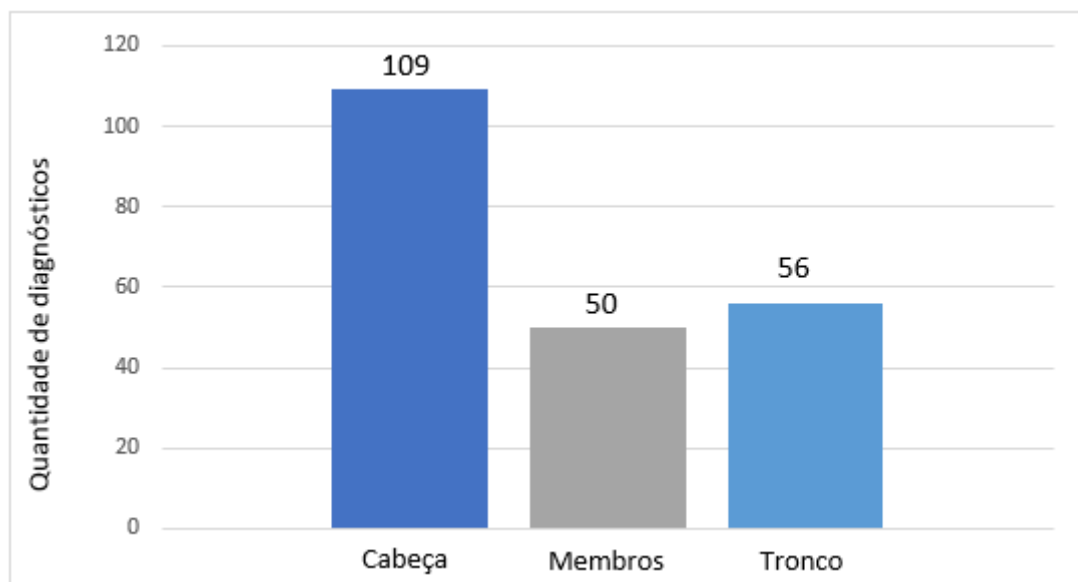


Figura 2 – Resultado dos locais do corpo afetados por câncer de pele em campanhas de câncer de pele no município de Toledo-PR.

Fonte: banco de dados da pesquisadora.

4.DISCUSSÃO

O elevado impacto na saúde causado pelos cânceres de pele não melanoma (CBC e CEC) e a alta mortalidade dos melanomas, em casos avançados, representam um importante problema de saúde pública. Uma vez que a região sul possui índices elevados de tais neoplasias¹¹, a compreensão dos aspectos epidemiológicos na região é de grande valor para a redução de morbimortalidade. O presente estudo buscou analisar os dados locais e compará-

los com os fornecidos pela literatura sobre o assunto, corroborando ou confrontando com os resultados de pesquisas semelhantes.

É importante ressaltar que, apesar do câncer de pele apresentar frequência elevada, os dados são difíceis de serem precisamente estimados, sobretudo os tipos não melanoma, uma vez que nem todos os registros de câncer os coletam. Além disso, neste estudo, muitos pacientes não puderam ser incluídos na pesquisa, devido ao preenchimento incompleto das informações de prontuários ou pelo não retorno do paciente ao serviço de saúde com a confirmação do laudo anatomopatológico após exérese da lesão, fatores que dificultam a realização de pesquisas.

O próprio Ministério da Saúde e INCA admitem e alertam para o subdiagnóstico dos casos de câncer de pele no país, com carência de informações estatísticas sobre os casos de câncer, sendo que frequentemente são registrados menos casos do que o esperado¹², grande parte devido aos obstáculos já comentados. Contudo, mesmo com certa imprecisão de dados coletados, estudos regionais constituem importante auxílio para a determinação de intervenções que alterem o perfil de morbidade e mortalidade relacionados ao câncer.

No que diz respeito à idade média dos indivíduos diagnosticados com câncer de pele, os dados coletados de prontuários do município mostraram uma média de 65 anos, não havendo diferença entre os sexos. Tal achado aproxima-se dos encontrados em inúmeras pesquisas, com maior ocorrência em torno da sexta década de vida, devido, em parte, pela efeitos cumulativos da exposição solar e menor capacidade de regeneração do DNA¹³. Estudos com resultados semelhantes foram realizados por Ferreira et al¹⁴, Pires et al¹⁵ e Silva et al¹⁶.

Dos 189 pacientes incluídos na pesquisa por prontuários, mais da metade eram do sexo feminino. A análise dos dados de campanhas revela resultados análogos, sendo o sexo feminino responsável pela maior quantidade de diagnósticos. Este resultado se opõe às estatísticas do INCA para o período, que espera maior número de homens acometidos. Entretanto, pesquisa de Machado filho et al¹⁷ obteve resultados semelhantes, com predomínio dos diagnósticos encontrados em mulheres. Tal desfecho pode ser relacionado com a maior tendência cultural e estética das mulheres a buscarem atendimento médico, permitindo maior número de diagnósticos em comparação com os homens¹⁸. Além disso, em razão das campanhas de prevenção de câncer de pele apresentarem um público que se auto seleciona, tanto pela motivação voluntária em participar e maior preocupação com a saúde da pele, estudos relatam maior participação do público feminino, contribuindo para a diferença no número de diagnósticos¹⁹.

Em relação aos principais tipos de cânceres de pele, foi possível observar que tanto os dados de prontuários eletrônicos quanto os resultados das campanhas de câncer de pele revelaram maior número de casos de carcinoma basocelular, seguido por carcinomas espinocelulares e por último melanomas, estando em concordância com as estimativas do INCA e de pesquisas divulgados por Dergham²⁰ e Costa e Silva⁵. Fato relevante, foi a incidência elevada de melanoma na população masculina, fato que se opõe aos publicados por grande parte dos estudos, como o de Dimatos et al²¹ e dos indicadores de morbidade e fatores de risco do DATASUS (Departamento de informática do Sistema Único de Saúde)²², que trazem o sexo feminino como preponderante para o melanoma.

Quanto aos principais locais do corpo afetados pelo câncer de pele, é possível observar que em ambas as fontes houve predomínio em regiões normalmente mais expostas aos raios solares, sendo a maioria na cabeça e em seguida em membros superiores e costas. Tais achados corroboram com os encontrados por Costa²³, cuja análise demonstrou distribuição semelhante entre os locais mais acometidos. Entretanto, a análise do melanoma permite observar a ausência de lesões na cabeça, local mais afetado em todos os outros cânceres de pele, sendo costas e tórax os locais mais comprometidos no melanoma. Tal achado, pode ser explicado, em parte, em razão de o melanoma não apresentar como principal fator de risco a exposição solar crônica, mas outros fatores, como queimaduras solares e história familiar²¹.

O estudo demonstra compatibilidade entre os dados coletados em prontuários e em campanhas de câncer de pele, fato esperado, uma vez que se trata da mesma população. A sociedade Brasileira de Dermatologia refere que, apesar de a prevalência dos casos observados em campanhas não poderem ser encaradas como a real quantidade de casos não diagnosticados por serviços de saúde, é esperado que a prevalência observada nas campanhas sejam a representação da prevalência real, convergindo para as mesmas conclusões¹⁹.

Ademais, as campanhas de câncer de pele constituem ferramenta importante para a detecção precoce do câncer de pele, possibilitando tratamento em estágios iniciais. Também possuem a função de orientar a população acerca da necessidade de proteção solar e inspeção periódica da própria pele em busca de alterações, medidas relacionadas com melhores prognósticos e maior qualidade de vida²⁴.

5.CONCLUSÃO

O câncer de pele é uma questão de saúde pública de suma importância e que requer informações e estudos para ser efetivamente enfrentada. O estudo buscou apresentar as principais características da população acometida utilizando-se de duas importantes fontes de dados, os prontuários do município e as campanhas de câncer de pele, agrupando os aspectos epidemiológicos de tal neoplasia.

A pesquisa obteve resultados em concordância com estimativas do Ministério da Saúde e outros estudos semelhantes, demonstrando predomínio do câncer de pele em idade mais avançada e em locais mais expostos à radiação solar. O carcinoma basocelular mostrou-se o tipo mais frequente de câncer de pele.

Além disso, foi possível compreender as particularidades dos pacientes na região, possibilitando a atuação futura em estratégias de prevenção e detecção precoce do câncer de pele, como novas campanhas ou projetos de conscientização sobre a importância dos cuidados com a pele, melhorando a qualidade de vida e saúde da população em geral. Ainda, poderá auxiliar na produção de conhecimento na região, possibilitando a continuidade de pesquisas e servindo de referência para futuros estudos acerca de tal problemática.

6.REFERÊNCIAS

1. Matias GA. Apoio à autoavaliação de sinais da pele na perspectiva de prevenção do cancro cutâneo. Tese de mestrado. Algarve: Universidade do Algarve; 2016
2. Sampaio AP, Rivitti EA. Dermatologia 3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007.
3. Zink BS. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. Rev. HUPE. 2014. 13(1): 76-83.
4. Instituto Nacional de Câncer [homepage na internet]. Câncer de pele melanoma - versão para Profissionais de Saúde [acesso em 12 set 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma/profissional-de-saude>
5. Costa e Silva TN, Silva GL, Albuquerque RB, Oliveira ES, Batista KF. Estudo retrospectivo de aspectos epidemiológicos, clínicos e histológicos na neoplasia de pele não melanoma. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2016 mar. 45(1): 1-6.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2017
7. Sociedade Brasileira de Dermatologia. [homepage da internet]. Conheça a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de pele. [acesso em 24 ago 2019]. Disponível em: <http://sbd.org.br/dezembroLaranja/>
8. Silva LC, Pessanha AC, Saito DT, Mota IC, Steiner D. Índice diagnóstico de neoplasia cutânea em campanha de combate ao câncer da pele em serviço dermatológico no interior do estado de São Paulo. Surg Cosmet Dermatol 2017;9(4):314-5.
9. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Caderno estatístico [base de dados online]. Paraná; 2019. [acesso em 21 set 2019]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85900>
10. Silva AK, Santos FG, Haeffner LB, Budel F, Farenzena GJ, Beber AC. Câncer de pele: demanda de um serviço de dermatologia de um hospital terciário. Saúde (Santa Maria). 2012; 38 (2): 55-64
11. Oliveira MMF. Índice ultravioleta e câncer de pele no estado do Paraná. Tese de doutorado. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2010.
12. Mutti AC, Menezes A, Magalhães TN, Lopes ML. Distribuição da procedência de pacientes operados de câncer de pele não-melanoma no hospital Aristides Maltez e sua relação com mapeamento populacional no estado da Bahia. Rev. Baiana de Saúde Pública.2004; 28 (2): 227-241. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2004.v28.n2.a1195>

13. Lages RB, Barbosa PB, Almeida IP, Lopes LRS, Lopes LL. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*, 2012; 25(2): 221-227.
14. Ferreira FR, Nascimento LFC, Rotta O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(4):431-437
15. Pires CA, Fayal AP, Cavalcante RH, Fayal SP, Lopes NS, Fayal FP, et al. Câncer de pele: caracterização do perfil e avaliação da proteção solar dos pacientes atendidos em serviço universitário. *J. Health Biol Sci.* 2018; 6(1):54-59
16. Silva AC, Tommaselli JG, Corrêa MP. Estudo retrospectivo dos casos novos de câncer de pele diagnosticados na região oeste do estado de São Paulo, Brasil. *Ver. Bras. de Geogr. Médica e da Saúde.* 2008;4(7): 1-14
17. Machado Filho CS, Andrade FL, Odo LM, Paschoal LC, Gouveia NC, Kurita VJ. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. *An. Bras. Dermatol.* 1996. 71(6): 479-84.
18. Frasson PL, Duque DS, Pinto EB, Dalvi GC, Madalon SZ, Nunes TA, et al. Panorama do câncer da pele em comunidades de imigrantes Pomeranos do Estado do Espírito Santo. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2017. 44(2): 187-193. DOI: 10.1590/0100-69912017002013
19. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. *An. Bras. Dermatol.* 2006;81(6):533-9
20. Dergham AP, Muraro CC, Ramos EA, Mesquita LF, Collaço ML. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *An bras Dermatol.* 2004, 79(5):555-559.
21. Dimatos DC, Duarte FO, Machado RS, Vieira VJ, Vasconcelos ZA, et al. Melanoma cutâneo no Brasil. *Arqu. Catar. De Medicina.* 2009; 38(1): 14-19.
22. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na internet]. Indicadores de morbidade e fatores de risco. [acesso em 15 set 2019]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd05_10.htm
23. Costa GLG. Estudo retrospectivo dos casos de câncer de pele diagnosticados no hospital de câncer de Mato Grosso. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC; 2017.
24. Margotto FS, Silva HP, Meireles RS, Neugebauer MP, Abrahão GF, Rauber JL. Fotoexposição e fatores de risco para câncer de pele: avaliação de hábitos e conhecimentos da população participante da campanha de prevenção ao câncer de pele em Morro Redondo/RS. *Rev. Da AMRIGGS.* 2016; 60(1) 1-6.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de pele é notavelmente uma importante questão de saúde pública, uma vez que apresenta número de casos crescentes a cada ano, em especial a região sul, considerada como a localidade de maiores incidências. O município de Toledo-PR, por suas particularidades socioeconômicas, sugere quantidade elevada de diagnósticos de câncer de pele, uma vez que conta com uma volumosa população de descendência europeia e expressiva participação da atividade agropecuária na economia, características que predispõem a maior risco de desenvolvimento de câncer de pele.

Em consequência de sua elevada prevalência, estudos sobre o câncer de pele são de grande importância para a definição de medidas locais para sua prevenção e combate precoce. Inúmeras pesquisas são realizadas nos grandes centros, porém regiões do interior do país carecem de informações sobre as características locais, muitas vezes subestimadas, as quais são imprescindíveis para melhorias na saúde e bem-estar global dos indivíduos.

Ao pesquisar em prontuários eletrônicos do município e em dados de campanhas de câncer de pele, foi possível verificar a distribuição do câncer de pele entre os sexos, sendo que o feminino apresenta maior quantidade de diagnósticos. Além disso, permitiu observar a idade média em que a população é afetada e os locais mais prevalentes, confirmando as informações de literatura que indicam a faixa etária acima de 60 anos e regiões com maior exposição solar como as mais atingidas. Também, permitiu constatar que o carcinoma basocelular é o subtipo predominante na região estudada, possibilitando assim, que os objetivos propostos tenham sido alcançados.

Entretanto, é importante ressaltar que os dados encontrados podem não refletir com exatidão a realidade encontrada no município. Alguns dos casos encontrados não puderam ser incluídos na pesquisa, pois não estavam com os dados completos ou não traziam a confirmação do diagnóstico de câncer de pele. Além disso, muitos dos casos podem não ter sido cadastrados no sistema ou estarem com outro CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) não diretamente relacionado com o câncer de pele, fatores que dificultam a realização de pesquisas.

Apesar dessas limitações, o desenvolvimento do presente trabalho possibilitou a geração de maior conhecimento acerca do câncer de pele na região de estudo e os possíveis fatores relacionados. Além disso, permitiu compará-los com

estudos semelhantes e tendências divulgadas em literatura, percebendo relação congruente com grande parte dos estudos. Dessa forma, além de auxiliar no crescimento da pesquisa local, poderá, juntamente com outros estudos e pesquisas futuras, ajudar a encontrar as adversidades em relação à saúde da população local e a definir estratégias para promoção de saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **cancer facts e figures 2017**. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/about/what-is-basal-and-squamous-cell>. Acesso: 28 set. 2018

BARBARULO et al. **Arch Argent Dermatol** v.52, p.111-5, 2002.

COSTA G.L.G. **Estudo retrospectivo dos casos de câncer de pele diagnosticados no hospital de câncer de Mato Grosso**. 2017. Dissertação de Mestrado - Fundação Antônio Prudente em Parceria com a Associação Matogrossense de Combate ao Câncer AMCC, 2017. Acesso em 21 set 2019.

COSTA E SILVA T.N. et al. Estudo retrospectivo de aspectos epidemiológicos, clínicos e histológicos na neoplasia de pele não melanoma. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**. 2016 v.45 n.1 p.1-6

DERGHAM A. P. et al. Distribuição dos diagnósticos de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas de pele no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, 2004. v. 79 n. 5 p. 555-559.

DIMATOS D.C. et al. Melanoma cutâneo no Brasil. **Arqu. Catar. De Medicina**. 2009; v. 38 n. 1 p.14-19.

FERREIRA F.R. et al. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo caso-controle. **Rev Assoc Med Bras**: 2011. v.57 n.4 p.431-437.

FRASSON P.L et al. Panorama do câncer da pele em comunidades de imigrantes Pomeranos do Estado do Espírito Santo. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2017. v.44 n.2 p.187-193.

GARANI R., BERTOLINI S. M. M. G., **Câncer de pele em indivíduos acima de 50 anos de idade atendidos em um ambulatório de especialidades no norte do Paraná**. Dissertação de Mestrado (dissertação em Promoção da Saúde) – UniCesumar, Maringá, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de pele melanoma - versão para Profissionais de Saúde**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma/profissional-de-saude>. acesso em 12 set. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2018 incidência de câncer no Brasil. **INCA**; Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso: 12 Out. 2018.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno estatístico do Paraná 2019**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85900>. Acesso em: 21 set. 2019

LAGES R.B. et al. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**: 2012 v.25 n.2. p. 221-227.

MACHADO FILHO C.S. et al; Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. **An. Bras. Dermatol**. 1996. v. 71 n.6 p.479-84.

MARGOTTO F.S. et al. Fotoexposição e fatores de risco para câncer de pele: avaliação de hábitos e conhecimentos da população participante da campanha de prevenção ao câncer de pele em Morro Redondo/RS. **Rev. Da AMRIGGS**. 2016; v.60 n. 1 p.1-6.

MATIAS G.A. **Apoio à autoavaliação de sinais da pele na perspectiva de prevenção do cancro cutâneo**. 2016. 89 (Tese de mestrado) - Universidade do Algarve, Algarve 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DATASUS. **Indicadores de morbidade e fatores de risco**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd05_10.htm. Acesso em 15 de set. 2019.

MOURA; et al. Câncer de pele: uma questão de saúde pública. **Ver. Visão Acadêmica**. Curitiba, 2016. v.17, n.4

MUTTI A.C. et al. Distribuição da procedência de pacientes operados de câncer de pele não-melanoma no hospital Aristides Maltez e sua relação com mapeamento populacional no estado da Bahia. **Rev. Baiana de Saúde Pública**: 2004. v.28 n.2 p. 227-241.

OLIVEIRA, M. M. F.; **Índice ultravioleta e câncer de pele no Estado do Paraná**. Tese (doutorado em Geografia) - Programa de Pós-Graduação em Geografia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

PIRES C.A. et al. Câncer de pele: caracterização do perfil e avaliação da proteção solar dos pacientes atendidos em serviço universitário. **J. Health Biol Sci.**: 2018. v. 6 n.1 p.54-59.

PRADO, B. B. F. Influência dos hábitos de vida no desenvolvimento do câncer. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 66, n. 1, p. 21-24, 2014.

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

SKIN CANCER FOUNDATION. **Skin cancer facts & statistics**. Disponível em: <https://www.skincancer.org/skin-cancer-information/skin-cancer-facts/>. Acesso: 10 out. 2018.

SILVA A.K. et al. **Câncer de pele: demanda de um serviço de dermatologia de um hospital terciário de saúde**. Santa Maria:2012. v.38 n.2 p.55-64

SILVA A.C, TOMMASELLI J.G, CORRÊA M.P. Estudo retrospectivo dos casos novos de câncer de pele diagnosticados na região oeste do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. de Geogr. Médica e da Saúde**. 2008. v.4 n.7 p.1-14

SILVA et al; Estudo retrospectivo de aspectos epidemiológicos, clínicos e histológicos na neoplasia de pele não melanoma. **Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço**. 2016 V.45. n.1, p.1-6

SILVA L.C. et al. Índice diagnóstico de neoplasia cutânea em campanha de combate ao câncer da pele em serviço dermatológico no interior do estado de São Paulo. **Rev. Surg. Cosmet. Dermatol**. 2017. V.9 n.4. p.314-5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Conheça a campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de pele.** Disponível em: <http://sbd.org.br/dezembroLaranja/>. Acesso em 24 ago. 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. **An. Bras. Dermatol.** 2006. p. 533-539.

ZINK B. S. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. **Revista HUPE:** Rio de Janeiro, 2014. v.13 n.1 p. 76-83.

ANEXO 1 – NORMAS JMRR
REQUISITOS PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE ARTIGOS – JMRR
(JOURNAL OF MEDICAL RESIDENT RESEARCH)

Requisitos:

- Máximo de 3.000 palavras
- No máximo cinco tabelas e/ou figuras
- Resumo estruturado com, no máximo, 350 palavras
- Até 60 referências
- Palavras-chave

1 Preparação

1.1 Estrutura

A estrutura de um artigo original ou de revisão se constitui de elementos pré-textuais, textuais e pós-textuais.

São Elementos estruturais obrigatórios *Título, Resumo e Datas de Submissão e Aprovação*. São opcionais Título e Resumo de Documentos em outro(s) idioma(s).

Elementos textuais são obrigatórios, e correspondem à Introdução, Desenvolvimento, e Considerações finais.

Elementos pós-textuais – As Referências são obrigatórias. Opcionais, Glossário, Apêndice, Anexo e Agradecimentos.

A literatura científica costuma padronizar artigos científicos em Título, Nome de autores, Palavras-chave, Resumo, Introdução, Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências Bibliográficas.

Recomenda-se que o *Resumo* (ou *Abstract*) ressalte o objetivo, o método, os resultados e as conclusões do documento; que seja feito em verbo na voz ativa, terceira pessoa do singular; e composto de uma sequência de frases concisas, afirmativas e em parágrafo único. A primeira frase deve ser significativa, explicando o tema principal, seguida da informação sobre a categoria da pesquisa (estudo de caso, análise da situação etc.).

Sugere-se ainda que a *introdução* dos artigos forneça um breve histórico, e indique os objetivos /hipóteses do trabalho atual. Não deve incluir os resultados do estudo. Já a seção Materiais e Métodos tem de incluir detalhes suficientes para permitir a outros pesquisadores repercutirem e/ou replicarem trabalho.

Atenção: Os limites máximos de palavras dos artigos submetidos no JMRR excluem Resumos, Tabelas e Figuras.

1.2 Formatação

O *título do artigo* e o subtítulo (se houver) devem figurar na página de abertura do artigo, em língua portuguesa, e serem diferenciados tipograficamente ou separados por dois pontos. É concedida a opção de ser incluído o título em outro idioma, inserido logo abaixo do título do idioma do texto.

Sugere-se que o *Título* seja centralizado no topo da página de abertura e em negrito, e que os nomes dos *Autores* se configurem escritos por extenso (pelo menos, prenome e sobrenome), cada qual separados por vírgula, da mesma forma que os nomes das *Instituições*.

O *nome do autor* deve ser inserido de forma direta: prenome (abreviado ou não) e sobrenome. No caso de mais de um autor, os nomes podem ser grafados na mesma linha, separados por vírgula, ou em linhas distintas. Deve constar currículo sucinto de cada autor, com vinculação corporativa e endereço de contato.

As *palavras-chave* devem figurar logo abaixo do resumo, antecedidas da expressão Palavras-chave. Cada uma delas deve ser separada por ponto e finalizada também por ponto.

Sugere-se que sejam adotadas palavras-chave previstas nos Descritores em Saúde do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde/ Bireme (<http://decs.bvs.br/>). Estes descritores correspondem a uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*), da *U.S National Library of Medicine* <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>, usada por bases de dados como Scielo, Lilacs, BVS, MEDLINE e Pub Med.

Desses descritores constam termos em inglês, português e espanhol.

O JMRR recomenda que os artigos sejam dispostos em uma *Única Coluna*, em *Folha A4, Formato Retrato*, com impressão somente no *Anverso da folha*. Fonte: Times New Roman, sendo o título em 14 pt; subtítulos e corpo de texto, 12 pt; e resumo, em 11 pt; e citações com mais de três linhas, 10 pt, com recuo de quatro cm da margem esquerda.

Usar espaçamento 1,5 e alinhamento justificado para os parágrafos do texto, marcados com recuo de 1,5. Entre os parágrafos, não inserir linha em branco. Números de páginas ficam na margem superior, à direita, com exceção da primeira.

Margens: esquerda e superior: três cm / direita e inferior: dois cm (não incluir molduras).

Recomenda-se, ainda, iniciarem-se todas as seções em páginas separadas e dividindo-se as seções e subseções em algarismos arábicos na numeração, sendo que o indicativo de seção é alinhado na margem esquerda, precedendo o título, dele separado por um espaço. A numeração progressiva até a seção quinária.

1.3 Referências Bibliográficas e citações

Referência é um conjunto padronizado de elementos essenciais que permite a identificação e localização de um documento ou parte dele, divulgado em diferentes suportes ou formatos.

As referências devem ser apresentadas de forma normatizada, segundo as orientações de organismos específicos. Elementos complementares podem ser acrescentados, sempre que necessário, para facilitar a identificação do documento.

As citações de textos extraídas de outros trabalhos podem ser feitas de forma direta (transcrição literal) e indireta (paráfrase), devidamente documentadas com a indicação do nome do autor da fonte original.

O JMRR adota como padrões de referências os estabelecidos pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE, que adota o **Vancouver**). A norma técnica bibliográfica rege **todas** as citações no corpo de texto.

Mais sobre referências no estilo Vancouver veja em *Samples of Formatted References for Authors of Journal Articles*, NIH U.S. National Library of Medicine:

<https://wayback.archiveit.org/org->

[350/20190414183852/https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html#journals](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html#journals)

1.4 Figuras, tabelas

Em geral, figuras e tabelas correspondem à maneira mais rápida de comunicar grandes quantidades de informações, que seriam complicadas de explicar em texto.

As *Figuras* são ideais para apresentar imagens, gráficos de dados, e esquemas. As imagens podem ajudar a alcançar a precisão necessária para um manuscrito científico: na escolha, o autor deve certificar-se de incluir barras de escala; colocar itens importantes em evidência; e identificar o significado de diferentes cores e símbolos utilizados.

Gráficos de dados demonstram a relação funcional ou estatística entre dois ou mais itens. Nos gráficos os eixos devem estar destacados, bem como, as unidades para quantidades, as curvas e conjuntos de dados. Tipo de letra e tamanho legíveis.

Já os esquemas correspondem à representação visual de conceitos abstratos ou imateriais que se relacionam, formando uma figura simbólica. Os esquemas científicos e/ou materiais são empregados com propósitos investigativos e teóricos, e respondem a um objetivo demonstrativo ou hipotético para teorizar sobre algum aspecto da ciência ou da lógica.

Tabelas correspondem a uma maneira objetiva de apresentar grandes quantidades de dados e comunicar resultados de pesquisas. Assim, entre outros pontos, devem contar com legendas claras e concisas; dados divididos em categorias; espaçamento suficiente entre colunas e linhas; especificação de unidades; e tipo de letra e tamanho legíveis.

Tabelas têm de ser citadas no texto e numeradas consecutivamente (ou seja, 1, 2, 3) na ordem de sua menção e ser fornecidas em um formato editável (Word ou Excel). Podem ser incluídas no final do arquivo do manuscrito ou enviadas individualmente, mas não ambos.

Quando o pesquisador planeja incluir tabelas ao manuscrito deve determinar: 1) detalhes necessários ao leitor, para que possa entender a discussão; 2) um conjunto suficiente de estatísticas capazes de dar suporte aos métodos inferenciais usados; 3) ser definida de forma a poder ser entendida isoladamente.

Para a elaboração das tabelas busque limitar seu conteúdo aos materiais essenciais: aquelas com excesso de informações tornam-se as menos efetivas. Embora as tabelas suplementares possam ser mais longas e detalhadas do que as tabelas de texto, seu papel é estar direta e claramente relacionadas ao conteúdo e ser parte integrante do texto.

Os componentes básicos do protótipo de tabela são mostrados abaixo, incluindo os termos técnicos, localização dos itens, e definição de cada elemento.

O layout deve ser lógico e facilmente compreensível ao leitor. Entradas de tabela com comparações entre dados devem estar próximas umas das outras. Seguindo este princípio, em geral, diferentes índices (por exemplo, médias, desvios-padrão, tamanhos de amostra) têm de ser segregados em diferentes partes ou linhas.

As Tabelas são elaboradas para mostrar algo específico. Por exemplo, aquelas cujo objetivo é comunicar informações quantitativas se mostrarão eficientes apenas

quando parecem óbvias a um rápido olhar do leitor. Os mesmos dados podem ser organizados de maneiras diferentes, com vistas a enfatizar diferentes características de cada um.

Uma tabela informativa supre – em vez de duplicar – o texto, conduzindo o leitor ao que procurar: se há a necessidade de buscar cada item no texto, a tabela então será *desnecessária*.

Da mesma maneira, se tabelas adicionais forem incluídas em arquivos suplementares on-line, estas devem ser mencionadas de forma breve na versão impressa do artigo. Em tempo: tabelas designadas como “materiais suplementares” devem ser acompanhadas de informações suficientes para ser entendidas por si mesmas.

Seguindo a lógica da objetividade, pode-se considerar combinar tabelas com dados repetidos. Em geral, colunas e linhas idênticas não aparecem em duas ou mais tabelas no mesmo artigo.

A sugestão é que um mesmo manuscrito precisa ser consistente nas apresentações de todas as tabelas, para facilitar as comparações. Use formatos, títulos e títulos semelhantes e use a mesma terminologia (por exemplo, tempo de resposta ou tempo de reação – não ambos).

Exemplos de figuras e tabelas podem ser obtidos em manual da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) http://www.biblioteca.fsp.usp.br/~biblioteca/guia/i_cap_04.htm.

Outra sugestão de fonte é o *Manual of the American Psychological Association*.

2 Submissão

Submeter o artigo é a representação de que todos os autores fizeram revisão e receberam aprovação final da versão submetida, e que nem a íntegra nem seus dados foram publicados anteriormente (exceto em forma resumida ou pré-impressão) ou estão atualmente sob avaliação para publicação em outro lugar.

Todos os manuscritos devem ser submetidos em formato eletrônico através do e-mail de submissão e revisão da JMRR jmrr@cremesp.org.br indicando e-mails válidos de todos os autores.

Para garantir a transparência, espera-se que os autores declarem outros artigos que tenham usado o mesmo conjunto de dados ou amostra, além de identificarem tabelas, figuras e/ou dados que foram publicados em outro periódico, sendo de

responsabilidade dos mesmos obter permissão do (s) proprietário (s) dos direitos autorais, se decidirem reproduzir e/ou modificar qualquer material publicado anteriormente.

Ao final da submissão, a pessoa designada no sistema como “autor correspondente” (responsável pela intermediação do artigo junto à equipe editorial do JMRR), receberá por email notificação informando que o texto foi recebido pelo Escritório Editorial. Se isso não acontecer, significa que ocorreu um problema durante o processo de submissão – o que deve ser questionado junto ao JMRR. Quaisquer manuscritos que não estejam em conformidade com estas diretrizes serão devolvidos ao autor para correção.

Uma vez processada, a submissão receberá um número. Durante todo o processo, o *status* do artigo estará disponível para o autor correspondente.

Para facilitar o processo de envio, é permitido que os autores façam *upload* de todo o envio (menos da carta de apresentação) em um único arquivo, com páginas numeradas, em Word ou PDF. Tabelas e figuras podem ser colocadas no corpo do manuscrito ou apresentadas separadamente no final. Os autores devem garantir que todos os elementos estejam claramente legíveis aos editores e revisores.