

Análise do perfil epidemiológico do câncer de pele não melanoma no estado de Roraima no período de 2008 a 2014

Analysis of the epidemiological profile of non-melanoma skin cancer in the state of Roraima in the period from 2008 to 2014

DOI:10.34119/bjhrv3n6-250

Recebimento dos originais: 15/11/2020

Aceitação para publicação: 15/12/2020

Deisy Lima Pessoa

Formação acadêmica: Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Roraima

Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Roraima

Endereço completo: Rua Domingo Maciel Costa, 401, casa 02, Jardim floresta, Boa Vista, Roraima, Brasil.

E-mail: deisypessoaa@gmail.com

Leonardo Pires Ferreira

Formação acadêmica: Cirurgião Oncológico UNACON / RR

Instituição de atuação atual: Hospital Geral de Roraima

Endereço completo: Av. Brg. Eduardo Gomes, 1364 - Aeroporto, Boa Vista - RR, 69305-455

E-mail: lp.ferreira@uol.com.br

Raiana Souza da Silva

Formação acadêmica: Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Roraima

Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Roraima

Endereço completo: Rua Ana Cecília Mota da Silva, 178, Jardim floresta, Boa Vista, Roraima, Brasil.

E-mail: raiana.souza@hotmail.com

Fabianna Fabíola Neri Teixeira

Formação acadêmica: Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Roraima

Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Roraima

Endereço completo: Rua Tota Terêncio, 620, casa 10, jardim floresta, Boa Vista, Roraima, Brasil.

E-mail: nerifabianna@gmail.com

Caio Brenno Abreu

Formação acadêmica: Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Roraima

Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Roraima

Endereço completo: Rua Domingo Maciel Costa, 401, casa 03, Jardim floresta, Boa Vista, Roraima, Brasil.

E-mail: caio.abreu@yahoo.com.br

Edson Henrique Oliveira da Silva

Formação acadêmica: Acadêmico de Medicina do Centro Universitário FAMETRO
Instituição de atuação atual: Faculdade Metropolitana de Manaus – Centro Universitário
FAMETRO.

Endereço completo: Rua Constatino Nery, 3451, Chapada, Manaus, Amazonas, Brasil.
E-mail: edsonhenrique.abreu36@gmail.com

Pedro Felipe Félix Reis

Formação acadêmica: Médico pós graduado em Ultrassonografia
Instituição de atuação atual: Ministério da saúde
Endereço completo: Rua doutor Joaquim frota 639 casa 304 cep 60833213 fortaleza
E-mail: ofelixpedro@gmail.com

Alba Assunta Palermo Fernandes Neves

Formação acadêmica: Professora Titular do Curso de Medicina da Universidade Federal de Roraima. Mestrado em Medicina (Dermatologia) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Instituição de atuação atual: Universidade Federal de Roraima
Endereço completo: Av. Cap. Ene Garcês, nº 2413 - Aeroporto, Boa Vista - RR, 69310-000
E-mail: palermo@hucff.ufrj.br

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico do câncer de pele não melanoma no estado de Roraima entre os anos de 2008 a 2014.

Metodologia: A metodologia utilizada foi a análise de dados do Registro de Câncer de Base Populacional de Roraima. Foram incluídas nesta pesquisa as seguintes variáveis: tipo histológico, sexo, faixa etária, etnia/cor e ocupação. A classificação histológica Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular e seus subtipos foram os critérios de inclusão. A amostra é composta pelos registros de 2008-2014. Foram analisados 557 sujeitos. Os dados foram submetidos a uma análise de frequência através do Microsoft Excel.

Resultados: Os resultados encontrados foram a predominância do CBC (85%) sobre o CEC (15%). Analisando os resultados do CBC, as mulheres (54,21%) são mais afetadas do que os homens (45,78%), sendo que o CEC apresentou predominância oposta, 54,21% homens e 45,78% mulheres. Os CBC's atingem mais os idosos e, especialmente, entre 50 e 79 anos (50%). Ambos os cânceres apresentam maior incidência em pessoas com mais de 60 anos de idade. Com relação à etnia/cor, houve predominância, tanto do CBC quanto do CEC em pacientes da cor parda, com resultado absoluto na comparação da população estudada, sendo de baixa acurácia devido à subnotificação das fichas dos pacientes.

Conclusão: Conclui-se que o câncer de pele CBC (85%) é predominante; A população mais afetada é a feminina (52,95%); O CEC mostra uma predominância "masculina". Ambas as doenças atingem principalmente idosos e pessoas pardas. Devido à baixa notificação dos dados não foi possível definir um perfil de ocupação.

Palavras-chaves: Carcinoma Basocelular, Carcinoma Espinocelular, Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Purpose: Conduct an epidemiological profile analysis of non-melanoma skin cancer in the State of Roraima between 2008 and 2014.

Methodology: 557 subjects from the Population Cancer Registry of Cancer were analyzed. The inclusion criteria were: record between 2008 and 2014, the histological classification Basal Cell Carcinoma, Squamous Cell Carcinoma and their subtypes. The following variables were analyzed: histological types, age group, sex, ethnicity and employment. The data were submitted to a frequency analysis using Microsoft Excel.

Results: The results reported the predominance of the BCC (85%) on the SCC (15%). Analyzing the results of the BCC, the women (54,21%) are more affected than men (45,78%). The SCC showed the opposite predominance: 54,21% male population and 45,78% female population. The BCC's affected old people and, especially, between 50 and 79 years old (50%). Both cancers presented a high incidence in people over 60 years of age. There was a predominance of both BCC and SCC in brown patients.

Conclusion: The BCC (85%) is predominant and this cancer presents a female prevalence (52,95%). The SCC showed a "male" predominance. Both diseases mainly affect the elderly people and the brown ("pardo") patients. Due to low notification, it was not possible to define an employment profile.

Keywords: Basal cell carcinoma, Squamous cell carcinoma, Epidemiological profile.

1 INTRODUÇÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, com função de proteção, termorregulação, sensorial, secreção de hormônios, entre outras. A epiderme, mais externa, a derme e o tecido subcutâneo, mais profundo, constituem a pele. A epiderme é um epitélio estratificado formado por quatro camadas: a córnea, mais externa, formada por queratina, logo abaixo está a camada granulosa, e em seguida a malpighiana ou espinhosa, a mais interna, é a camada germinativa, formada pelas chamadas células basais, que dão origem aos queratinócitos ou células escamosas, que impermeabilizam a pele. Além dos queratinócitos, que é o tipo celular predominante, podem ser destacados outros três tipos celulares: as células de Langerhans, que atuam como células apresentadoras de antígenos e que interagem com os linfócitos T, as células de Merkel, envolvidas da sensação de tato e os melanócitos, que produzem melanina, o pigmento que dá cor à pele e cuja função é proteger as camadas mais profundas da pele principalmente contra os efeitos nocivos da radiação solar^{1,2,7,19}.

O Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA – estima que para cada ano do triênio 2020-2022 a incidência do câncer de pele não melanoma seja de 176.930 casos, sendo 83.770 em homens e 93.160 em mulheres³. Entretanto estes números variam de acordo com a região e a etnia da população estudada¹³. Segundo as estimativas do INCA para o ano de 2020 a taxa bruta de incidência do câncer de pele não melanoma no estado de Roraima será de 19,62 para

cada 100 mil homens e de 45,75 para cada 100 mil mulheres²¹. O câncer de pele não melanoma é o mais prevalente no Brasil, e representa cerca de 30% de todos os tumores malignos registrados no país. Possui alto percentual de cura, se diagnosticado e tratado precocemente, porém se não tratado adequadamente pode resultar em deformidades físicas consideráveis e apesar de ser o mais frequente é o que apresenta menor mortalidade³.

As neoplasias de pele podem ser classificadas em câncer de pele do tipo melanoma – CPTM e câncer de pele não melanoma – CPNM (carcinoma basocelular [CBC] e carcinoma espinocelular [CEC]). É sabido que a exposição solar é o principal fator de risco para o desenvolvimento de ambas neoplasias em discussão e que além deste existe associação com idade mais avançada, história pessoal e familiar de câncer de pele, imunossupressão, exposição à agentes químicos e/ou biológicos e a pele fototipo I e II de Fitzpatrick^{4,7,13} (**Tabela 1**)²⁰.

Tabela 1 – Classificação dos Fototipos de pele proposta por Fitzpatrick:

Fototipos	Cor da pele	Cor dos cabelos	Cor da íris	Sensibilidade ao sol
I	Muito clara	Ruivo	Azul	Queima fácil, nunca pigmenta
II	Clara	Louro	Azul/verde	Queima fácil, pigmenta pouco
III	Morena clara	Castanho-claro	Castanho-clara	Queima fácil, pigmenta com moderação
IV	Morena	Castanho-escuro	Castanho-escura	Queima pouco, pigmenta
V	Parda	Castanho-escuro/negro	Castanho-escura/negra	Difícilmente queima, pigmenta
VI	Negra	Negro	Negra	Nunca queima, pigmenta intensamente

(Fonte: WOLFF, 2011)

O câncer é um grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células anormais^{6,7}. Apesar de suas causas não serem completamente compreendidas, sabe-se que vários fatores aumentam a probabilidade de ocorrência da doença, incluindo fatores modificáveis (como exemplo a exposição solar sem proteção) e aqueles que não são modificáveis (mutações e condições genéticas herdadas). Esses fatores de risco podem atuar simultaneamente ou em sequência para iniciar e/ou promover o crescimento do câncer^{1,5,7}.

Dois conceitos são utilizados na epidemiologia: a causa necessária e a causa suficiente, em que, para que um indivíduo desenvolva uma doença, não basta a presença do agente específico da doença em seu organismo. É necessário que, sobre o indivíduo, atuem outras forças capazes

de, em conjunto com o agente específico, provocar a doença neoplásica. O agente específico é a causa necessária. As outras forças são ditas causas predisponentes. Causa necessária e causas predisponentes formam a causa suficiente. Assim, as doenças multicausais, como o câncer, podem ter distintas causas suficientes⁶.

As causas do CBC e do CEC são multifatoriais, como apenas mencionado, porém dentre todas as forças predisponentes, a exposição solar cumulativa aos RUV, principalmente ao espectro UV-B, é o fator mais significativo para o desenvolvimento de tais doenças^{4,7-9,16,18,19}. O diagnóstico do CPNM é realizado através do exame clínico, pelo médico especialista e é confirmado por meio da biópsia e análise histopatológica da lesão⁷.

O CBC tem origem na epiderme e o seu subtipo mais frequente e menos invasivo é o CBC superficial. Suas lesões são caracterizadas por placas eritematosas descamativas no tronco, que crescem lentamente. Esse subtipo de CBC é comumente confundido com algumas dermatoses inflamatórias, como o eczema numular e a psoríase. O CBC também pode se apresentar como um nódulo perolado pequeno, de crescimento lento, muitas vezes com pequenos vasos telangiectásicos em sua superfície (CBC nodular)¹³. A presença eventual de melanina no CBC nodular (CBC pigmentado) o torna muitas vezes confundível com o câncer de pele do tipo melanoma. Outros subtipos de CBC's são o esclerodermiforme e o micronodular, que se manifestam como placas solitárias, planas ou levemente deprimidas, endurecidas, esbranquiçadas ou amareladas. Estes possuem margens indiferenciáveis, o que os caracterizam por serem os de maiores potenciais invasivos^{7-9,13}.

O CEC é uma neoplasia maligna de aspecto histopatológico de hiperplasia de células epiteliais com certa tendência a queratinização e com anaplasia celular, invadindo a derme. O CEC possui maior potencial de crescimento invasivo e, portanto, de produzir metástases. Suas características clínicas variam muito, porém não é incomum o CEC aparecer como um nódulo eritematoso ulcerado ou uma erosão superficial na pele ou no lábio inferior. Pode ainda se apresentar como uma pápula ou placa verrucosa. As margens desse tumor podem ser pouco definidas e pode ocorrer fixação às estruturas subjacentes. O CEC cutâneo pode se desenvolver em pele sã, embora surja mais frequentemente na pele previamente lesionada seja pelo sol, por cicatrizes, ou mesmo por queimaduras (úlceras de Marjolin)^{7,8,11}.

Devido à magnitude desta doença se faz necessário o estudo da distribuição e dos fenômenos e processos associados a esta patologia em uma determinada população, o que definimos como estudo epidemiológico. A epidemiologia é uma das áreas fundamentais na elaboração das estratégias públicas de combate e prevenção às patologias que acometem as

sociedades, uma vez que as estatísticas locais permitem identificar populações e fatores de risco e combatê-los de maneira mais efetiva^{8,13,19}.

2 METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, do tipo exploratório descritivo retrospectivo. Tais estudos avaliam a situação da população em um determinado momento, e em saúde pública tornam-se linha de base para o planejamento em saúde.

Os dados apresentados nesta pesquisa fazem parte do Registro de Câncer de Base Populacional do estado de Roraima, que consiste em um centro de coleta, armazenamento e análise da ocorrência e das características de todos os casos novos de câncer da população do estado de Roraima. Um dos objetivos deste tipo de registro é conhecer o número de casos novos, ou seja, a incidência de câncer, sua distribuição e tendência temporal na população em questão¹⁰.

Foram incluídas neste estudo as seguintes variáveis: tipo histológico, sexo, faixa etária, grupo étnico/cor e a ocupação profissional. Efetuou-se a análise somente dos casos positivos de câncer de pele não melanoma com classificação histológica do tipo carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e seus respectivos subtipos. A amostra abrange o período de anos compreendidos entre 2008 e 2014.

Os dados foram processados e gerenciados no software *Microsoft Excel (2010 for Windows®)* com o intuito de organiza-los e em seguida elaborar gráficos e tabelas usando uma análise exploratória para a explicitação desta pesquisa. A análise estatística utilizada foi por meio de critérios de frequência em uma análise não paramétrica.

Por se tratar de uma análise de dados secundários, essa pesquisa não precisou ser submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa. Essa pesquisa não oferece riscos biológicos, emocionais e/ou físicos, eminentes antes, durante ou depois da coleta dos dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

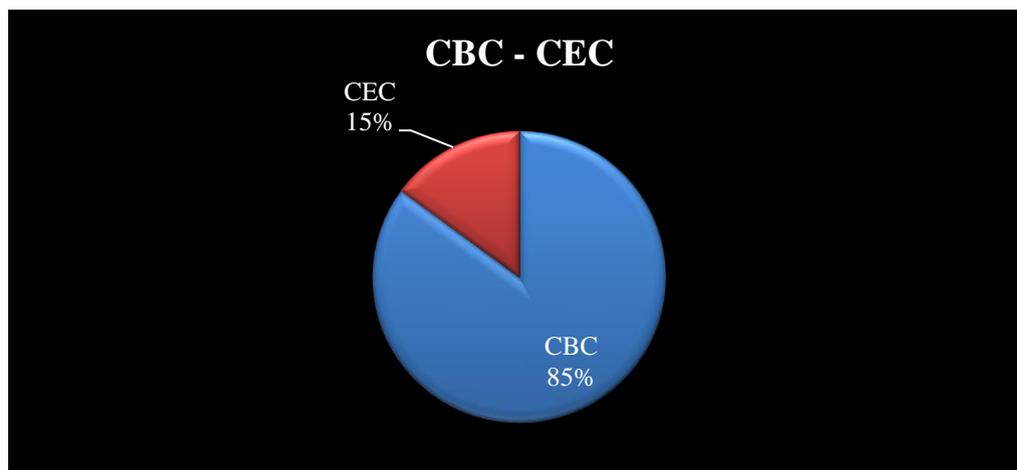
A elevada incidência e morbidade do CPNM representa um importante problema de saúde pública, especialmente se tratando da Região Norte do Brasil onde a incidência solar devido à baixa latitude é um dos fatores de risco para o surgimento dos cânceres de pele⁸. A prevenção e o diagnóstico precoce, mediante o conhecimento de seus fatores de risco são fundamentais na redução da sua morbimortalidade²⁵. No entanto, poucos são os estudos que tratam desta questão e a maior parte deles retratam realidades de locais como a Austrália, Estados Unidos, países europeus e outras regiões do Brasil¹³. A carência de estudos referente à população do Norte do

Brasil justifica a importância da realização deste tipo de investigação nesta região. Esta análise fornece dados sobre o perfil dos pacientes, características intrínsecas, e fatores ambientais para o desenvolvimento de neoplasia cutânea do tipo não melanoma que corroboram ou confrontam com achados apontados na literatura.

O presente estudo compreende uma amostra de 557 pacientes com laudos histopatológicos de câncer de pele do tipo não melanoma compreendidos no período de 2008 a 2014 diagnosticados no estado de Roraima.

A distribuição dos tipos de câncer segundo o tipo histológico assemelha-se aos dados encontrados na literatura^{12,13,16-19} evidenciando o predomínio do CBC sobre o CEC. Destes, 85% (n=474) eram do tipo histológico Carcinoma Basocelular e os outros 15% (n=83) eram do tipo Carcinoma Espinocelular (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Prevalência de CBC (n=474) e CEC (n=83) na população do estado de Roraima nos anos de 2008 – 2014:



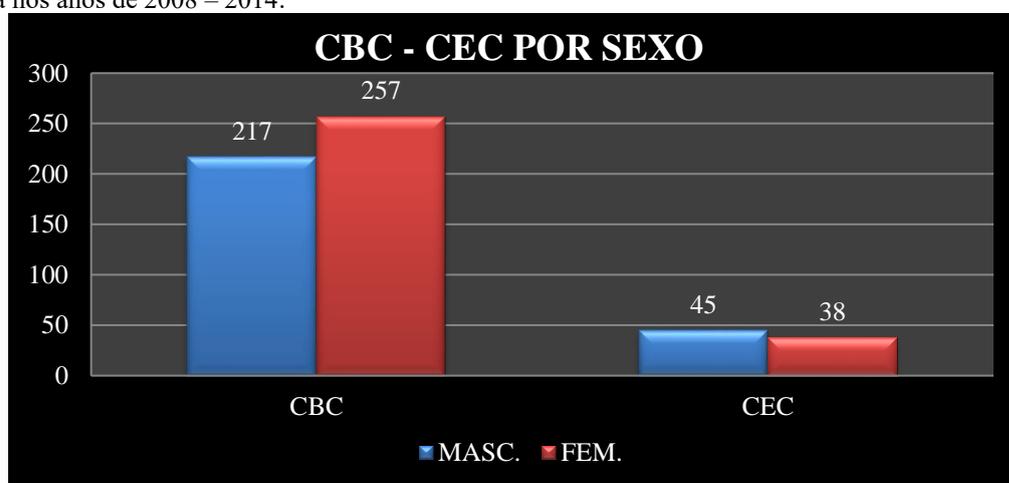
(Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional, estado de Roraima, 2008 - 2014).

Nesta casuística houve predomínio de lesões CBC no sexo feminino, dado que contrasta com os achados do estudo de CHINEM¹³ e GUTJAHR¹⁷, e corrobora com o que diz SILVA¹⁶, MACHADO¹⁸ e COSTA¹⁹ em estudo sobre a incidência do CPNM. Apesar da semelhante distribuição entre os dois sexos, a frequência de CBC em mulheres foi de 54,21% (n=257) e em homens foi de 45,7% (n=217), o que pode ser justificado pelo fator cultural inerente a ambos os gêneros, com a maior percepção da importância do autocuidado pelas mulheres, diante da negligência masculina na busca do atendimento médico, em especial na atenção primária a saúde, sendo esta a principal porta de entrada aos serviços de saúde^{12,15}. É ainda necessário avaliar se este fato está relacionado com uma maior exposição aos RUV por parte das mulheres desta região para melhor elucidar tal achado. Sabe-se que a exposição aos RUV é o principal fator de risco associado

a gênese do CBC, o que se evidencia pela maior ocorrência em áreas fotoexpostas^{12,13,16} (Gráfico 2).

Quanto ao CEC houve maior número de pacientes homens, com 54,21% (n=45) dos casos, em comparação às mulheres, com 45,7% (n=38) (Gráfico 2). Este fato fortalece os estudos realizados por NASSER⁸, GUTJAHR¹⁷ e COSTA¹⁹, onde afirmam que o câncer espinocelular é mais frequente no homem do que na mulher e chega a afetar os homens até duas vezes mais do que as mulheres¹⁹. Essa proporção não foi observada em Roraima, que demonstrou resultados bastante similares entre os dois sexos, achado semelhante ao de GUTJAHR¹⁷.

Gráfico 2 – Número de casos de CBC (n=474) em comparação com o número de CEC (n=83) por sexo no estado de Roraima nos anos de 2008 – 2014:



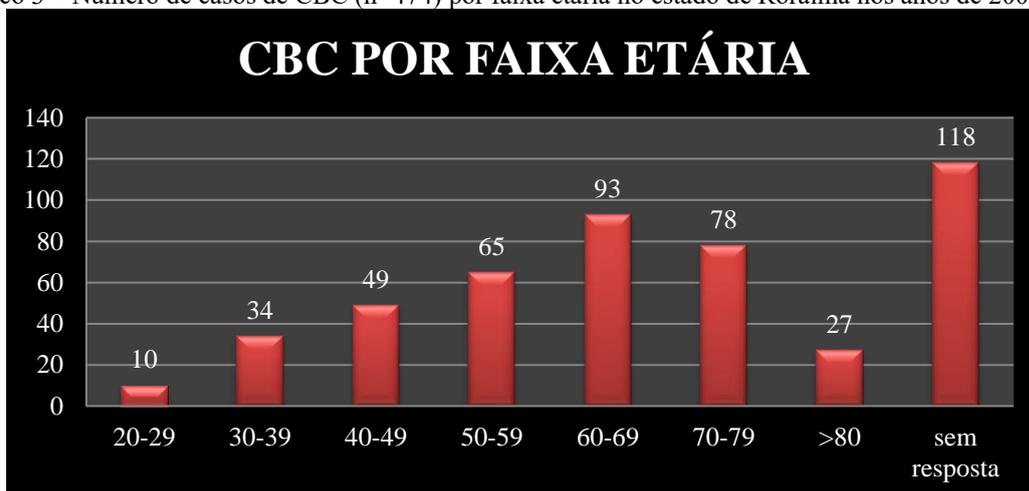
(Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional, estado de Roraima, 2008 - 2014).

Em relação a variável sexo fica evidente que o câncer de pele não melanoma é mais frequente na população feminina, atingindo um percentual de 52,96% (n=295), sendo a masculina composta por 47,03% (n=262) da amostra (n=557).

Segundo o RCBP-RR o CBC foi diagnosticado em pessoas compreendidas na faixa etária que vai dos 21 aos 94 anos. A predominância dos casos ocorreu dos 50 aos 79 anos, correspondendo a 50% (n=237) dos pacientes com CBC estudados. Sendo 19,62% (n=93) deles correspondentes a sétima década de vida, achado que se mostra compatível com os trabalhos científicos estudados^{4,12,14,18}, onde a maior prevalência se encontra nesta faixa de idade. O CBC ocorre mais frequentemente em idosos, mais de 41% dos casos ocorreram em pessoas com mais de 60 anos. Este fato pode ser explicado pelo aumento da longevidade e da proporção de idosos na população mundial, assim como pela exposição crônica a radiação solar ultravioleta, segundo CHINEM¹³. Foi observado um considerável aparecimento de CBC na população abaixo de 50

anos (19,62%, n=93) desta amostra, o que pode ser justificado pela relação entre a exposição solar recreativa em altas doses, de padrão intermitente e desprotegida, com o fato de jovens apresentarem lesões principalmente no tronco e do subtipo CBC superficial, muito associado a este tipo de exposição^{8,13} (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Número de casos de CBC (n=474) por faixa etária no estado de Roraima nos anos de 2008 – 2014:



(Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional, estado de Roraima, 2008 - 2014).

Nos casos de CEC a faixa etária acometida foi dos 30 aos 92 anos. A maior parte das lesões por CEC foram evidenciadas na sétima e na oitava décadas de vida, sendo responsáveis por respectivamente 14,45% (n=12) e 13,25% (n=11) do total de casos. Tanto no CEC, quanto no CBC as pessoas mais suscetíveis são aquelas na sétima década de vida¹⁸ (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Número de casos de CEC (n=83) por faixa etária no estado de Roraima nos anos de 2008 – 2014:



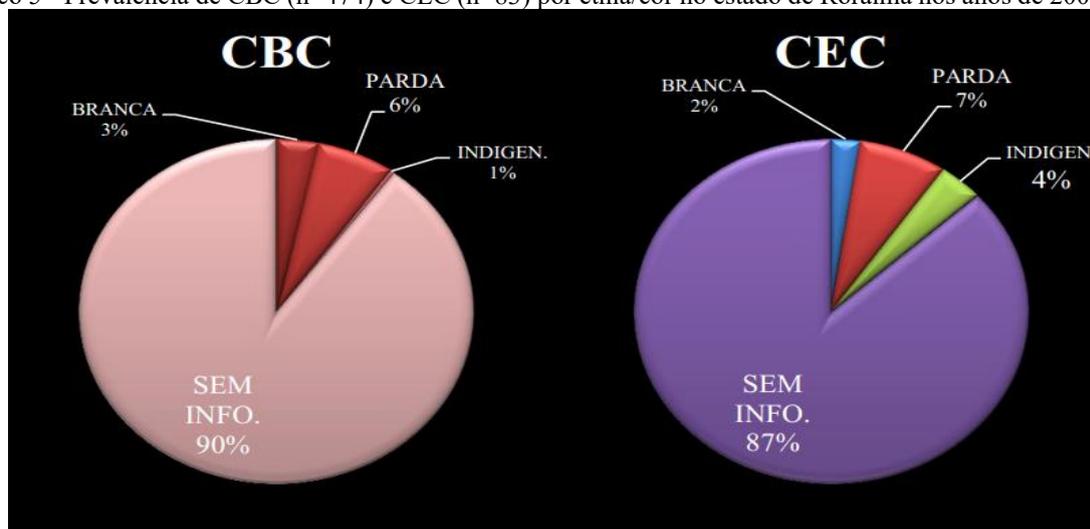
(Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional, estado de Roraima, 2008 - 2014).

Um dos fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento do CEC é a ceratose actínica, muito relacionada às idades mais avançadas¹¹. É considerada uma forma pré-maligna do CEC e se manifesta a partir de queimaduras solares ou de pele lesionada¹¹. Seu risco de transformação para CEC é de aproximadamente uma lesão de ceratose em cada 1000 durante um ano¹¹. Contudo o fator de risco mais importante para o aparecimento do CEC é a exposição solar cumulativa^{7,8,11}.

Com relação à etnia/cor, houve predominância, tanto do CBC quanto do CEC em pacientes da cor parda, respondendo por 6% (n=30) e 7% (n=6) respectivamente, resultado este, ínfimo, se comparado a população estudada e sendo assim de baixa acurácia (**Gráfico 5**). Esta análise revelou dados não compatíveis com a literatura, sendo o CPNM mais frequente em pessoas da cor branca, como afirma CAMPOS⁴, SILVA¹⁶, MACHADO¹⁸ e COSTA¹⁹. Pessoas de pele branca, com dificuldades para bronzear, tendência a queimaduras solares, cabelos claros e olhos azuis (fotótipos claros – I e II, pela classificação de Fitzpatrick) possuem maior fator de risco para desenvolver esta doença^{4,7,14,16,18,19}.

O motivo da cor parda ter maior predominância pode ser relacionado com o fato da população de Roraima ser composta em sua maioria por indivíduos desta cor, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE²².

Gráfico 5 - Prevalência de CBC (n=474) e CEC (n=83) por etnia/cor no estado de Roraima nos anos de 2008 – 2014:



(Fonte: Registro de Câncer de Base Populacional, estado de Roraima, 2008 - 2014).

Devido ao preenchimento incorreto das fichas de notificação se torna impossível a avaliação de certas variáveis, como é o caso da variável ocupação, onde apenas uma ficha, dentre os 557 pacientes, foi preenchida. Sabe-se que dentre os fatores comportamentais e de exposição

mais relevantes estão: exercício profissional exposto à RUV sem proteção, como é o caso da atividade rural, pescadores e construtores civis^{4,11-13,19}.

É bem verdade que existe uma necessidade de preenchimento dos dados de maneira mais criteriosa, para fins epidemiológicos, desde o cadastro do usuário na entrada no serviço até os laudos de exames laboratoriais¹⁶. COSTA¹⁹ diz que as informações encontradas nos Registros de Câncer de Base Populacional não evidenciam a real totalidade dos casos de câncer de pele não melanoma devido ao sub-registro, em decorrência da sub-notificação, e que o INCA, responsável pelas estatísticas do câncer no Brasil, afirma tal fato.

4 CONCLUSÃO

De acordo com os dados analisados no Registro de Câncer de Base Populacional foram identificados 557 casos de câncer de pele não melanoma durante os anos de 2008 a 2014 no estado de Roraima. Observou-se maior prevalência do tipo carcinoma basocelular em comparação ao carcinoma espinocelular. Com relação ao sexo e faixa etária identificou-se maior percentual diagnóstico no sexo feminino e em pacientes na sétima década de vida. Sobre a cor ou etnia pode-se afirmar que a predominância dos casos se deu em pacientes da cor parda, tanto no CEC quanto no CBC. Devido à baixa notificação da variável ocupação, não foi possível definir um perfil ocupacional na população estudada. Portanto, sugere-se que este tipo de registro seja alvo de constante avaliação e aperfeiçoamento para que sejam gerados dados úteis ao planejamento e à gestão de políticas públicas em saúde²⁶. Pode-se ainda inferir que de um modo geral a análise dos dados apresentados não evidencia grandes discordâncias com os resultados encontrados na literatura.

Após a conclusão deste estudo, algumas possíveis medidas preventivas podem ser sugeridas, tais como: o incentivo ao uso precoce do protetor solar, enfatizando os riscos da exposição solar prolongada e desprotegida^{11,23}; A realização do autoexame de pele anualmente e o controle das lesões pré-cancerosas, especialmente após os 40 anos e em pessoas com fatores de risco^{5,25}; Sugere-se ainda a capacitação dos profissionais que atuam na Atenção Básica para que seja possível a identificação da doença em seu estágio inicial, possibilitando o rápido encaminhamento para o atendimento especializado^{23,24,26}. Desta forma, a Atenção Básica passa a ser uma etapa essencial para o melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos de CPNM²³. Estas medidas preventivas e programas educacionais em saúde social são métodos que podem se mostrar eficazes no combate desta doença.

REFERÊNCIAS

1. KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças**. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
2. KIERSZENBAUM, A. L. **Histologia e biologia celular: uma introdução à patologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
3. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa|2020 – Incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2020.
4. CAMPOS, et al. **Análise do perfil epidemiológico, clínico e patológico de pacientes portadores de câncer de pele não melanoma tratados no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba, 2011**. Disponível em: <<file:///C:/Users/Price/Downloads/122-497-1-PB.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2020.
5. AMERICAN CANCER SOCIETY. **Skin cancer facts, 2016**. Disponível em: <<http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/sunanduvexposure/skin-cancer-facts>>. Acesso em: 17 jun. 2020.
6. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer, Rio de Janeiro, 2020**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>>. Acesso em 05 mar. 2020.
7. AZULAY, R. D., AZULAY, D. R. & ABULAFIA, L. A. **Dermatologia**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
8. NASSER, Nilton. Epidemiologia dos cânceres espinocelulares - Blumenau (SC) - Brasil, de 1980 a 1999. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 79, n. 6, p. 669-677, 2004.
9. LONGO, D. L. et al. **Hematologia e oncologia de Harrison**. 2ª ed. Porto Alegre: Amgh, 2015.
10. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Registros de Câncer de Base Populacional**. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer/registro-de-cancer-de-base-populacional>>. Acessado em: 14 jun. 2020.
11. BARELLA C. S., BLANCO, L. F. DE O. & YAMANE, A. Análise dos dados epidemiológicos dos laudos de carcinoma espinocelular. **Rev. Bras. Clín. Med.**, São Paulo, v. 11(n1), p. 43–47, 2013.
12. SIMONETI, et al. Perfil epidemiológico de pacientes com tumores cutâneos malignos atendidos em ambulatório de cirurgia plástica de serviço secundário no interior de São Paulo. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v.18 (n.2), p.98–102, 2016.
13. CHINEM, V. P. & MIOT, H. A. Epidemiologia do carcinoma basocelular. **Anais**

Brasileiros de Dermatologia. São Paulo, v. 86, n.2, p.292–305, 2011.

14. BARIANI, R. L., NAHAS, F. X., BARBOSA, M. V. J., FARAH, A. B. & FERREIRA, L. M. Basal cell carcinoma: an updated epidemiological and therapeutically profile of an urban population. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v.21, n.2, p.66–73, 2006.

15. BERTOLINI, D. N. P. & SIMONETTI, J. P. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.722–727, 2014.

16. SILVA, R. D. DA & DIAS, M. A. I. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer. **REFACS**, Uberaba, MG, v.5, n. 2, p. 228–234, 2017.

17. GUTJAHR, G. M., et al. Câncer de pele não melanoma – análise de 293 casos diagnosticados em um Hospital Universitário no extremo sul do Brasil. **Vittale – Revista de ciências da saúde**. v.22, n. 2, p. 63-72, 2011.

18. MACHADO FILHO, C. D. S. et al. Neoplasias malignas cutâneas: estudo epidemiológico. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.71, p. 479-484, 1996.

19. COSTA, G. L. G. **Estudo retrospectivo dos casos de câncer de pele diagnosticados no hospital de câncer de Mato Grosso.** Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/963711/giovannalgcosta.pdf>>. Acesso em 07 jul. 2020.

20. WOLFF, K, et al. **Fitzpatrick: Tratado de dermatologia.** 7ª ed. São Paulo: Revinter, 2011.

21. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2020 - Pele Não Melanoma.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/estimativa/taxas-brutas/pele-nao-melanom>>. Acesso em: 07 jul. 2020.

22. PETRUCCELLI, J. L.; SABOIA, A. L. **Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008.** Estudos e análises – Informação demográfica e socioeconômica número 2. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

23. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Monitoramento das ações de controle do câncer de pele, 2016.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-deteccao-precoce-3-2016.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Rastreamento - Cadernos de Atenção Primária, n. 29.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

25. NAPOLES, R.C.L. **Plano de intervenção para a prevenção e rastreamento do câncer de pele no município de Botuverá, Santa Catarina, 2018.** Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/13069>>. Acesso em 13 jul. 2020.

26. GAMONAL, A.C.C, et al. **Câncer de pele: Prevalencia e epidemiologia em um hospital de ensino da cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais.** Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 6, p. 15766-15773 nov./dez. 2020