

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PORTADORES DE MELANOMA CUTÂNEO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MELANOMA PATIENTS

BERNARDO RODRIGUES COSTA **COELHO**¹, ISABELLA PÊGO **MIRANDA NETTO**¹, JUAN MARCOS MIRANDA **BRAGANÇA**¹, JULIANE PEREIRA **ALVES**¹, LUÍSA LOPES DE BASTOS **VIEIRA**¹, TAÍS CRISTINA **MAGESTE**¹, LUIZ HENRIQUE LAGUARDIA **ROCHA**², LAMARA LAGUARDIA VALENTE **ROCHA**^{3*}

1. Discente do curso de Medicina de Caratinga – UNEC. Caratinga (MG); 2. Médico generalista e residente em pediatria no Hospital Márcio Cunha, Ipatinga, MG; 3. Graduada em Ciências biológicas pela UFMG; Mestre em Biologia Celular pela UFMG; Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV; docente titular do Centro Universitário de Caratinga – UNEC.

* Vila Onze, 36, Centro, Caratinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35300-100. lamara.laguardia@gmail.com

Recebido em 15/08/2016. Aceito para publicação em 01/11/2016

RESUMO

Introdução: O melanoma é um dos tumores de pele menos frequente, porém é considerado um dos mais agressivos. Nas últimas décadas têm-se registros de aumento na incidência do melanoma cutâneo em todo o mundo, principalmente entre indivíduos de cor branca. Apesar da importância da doença, inclusive no Brasil, informações sobre o perfil epidemiológico dessa doença são limitadas. **Objetivo:** Determinar o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por melanoma cutâneo, atendidos no período de 2013 a 2015 em uma clínica de Oncologia e Radioterapia no município de Governador Valadares. **Método:** Pesquisa epidemiológica de caráter transversal ou seccional, sendo um estudo observacional de base individual, com 26 pacientes oncológicos de uma instituição de saúde do Leste Mineiro. Os materiais de coleta de dados foram formulários com informações socioeconômicas, estilo de vida, perfil clínico e análise estatística. **Resultados:** Houve prevalência de melanoma em mulheres, em pacientes de cor parda e na sexta década da vida. Quanto ao uso de drogas e bebidas alcoólicas, 100% dos pacientes negaram algum tipo de uso, porém 15% deles faziam uso do tabaco. Além disso, 42% possuíam tumor nos membros inferiores e o tipo melanoma Nodular. Obteve-se para os níveis de Clark principalmente o nível V e no índice de Breslow espessura maior ou igual a 4 mm, que justificam a metástase observada na maioria deles. **Conclusão:** Estes achados sugerem a importância de ações educativas considerando as informações relativas a identificação e reconhecimento precoce de lesões cutâneas pela população, além da promoção de maior acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Perfil Epidemiológico, melanoma cutâneo, câncer.

ABSTRACT

Introduction: Melanoma is one of the less frequent of the skin tumors, but is considered one of the most aggressive. In recent decades there have been reports of an increase in the incidence of cutaneous melanoma worldwide, mainly among white individuals. Despite the importance of the disease, including in Brazil, information on the epidemiological profile of this dis-

ease is limited. **Objective:** To determine the epidemiological profile of patients with cutaneous melanoma during the period from 2013 to 2015 in an Oncology and Radiotherapy clinic in the city of Governador Valadares. **Method:** Cross-sectional or sectional epidemiological research, based on an individual and observational study with 26 oncologic patients from a health institution in the eastern part of the State of Minas Gerais, Brazil. The data collection materials were questions concerning socioeconomic information, lifestyle, clinical profile and statistical analysis. **Results:** There was a prevalence of melanoma on women, in brown people and in the sixth decade of life. Regarding drug and alcohol consumption, 100% of the patients denied some type of consumption, but 15% of them used tobacco. In addition, 42% had tumors in the lower limbs and the Melanoma Nodular type. It was obtained for Clark's levels primarily the V level and the Breslow index thickness greater than or equal to 4 mm, which justify the metastasis observed in most of them. **Conclusion:** Thus, it is essential to perform this type of study since it was found that the patients were diagnosed late, which explains the large percentage of death.

KEYWORDS: Epidemiological profile, cutaneous melanoma, cancer.

1. INTRODUÇÃO

O câncer é uma patologia que inclui mais de 100 tipos diversos de neoplasias, cuja característica mais comum é a anormalidade que ocorre nos processos de divisão celular do organismo. Essas alterações promovem o crescimento bizarro, anárquico e veloz das células, levando à formação dos chamados tumores. Além disso, podem se infiltrar nos tecidos normais circunvizinhos, através da via sanguínea ou da via linfática, promovendo o processo de metastização loco-regional e/ou à distância¹.

Esse conceito de câncer, porém, não aborda somente o tumor que forma uma massa sólida para promover a doença, ele pode também ser considerado como uma patologia hematológica¹, como é o caso dos linfomas e

das leucemias, que também são chamados de tumores não-sólidos².

O processo de multiplicação celular ocorre normalmente e constantemente em nosso organismo, sendo indispensável para repor células que naturalmente morrem, porém se essa proliferação celular ocorrer descontroladamente¹, formando uma massa anômala de tecido com um crescimento excessivo que não está coordenado com o crescimento dos tecidos normais, desenvolve-se então, a neoplasia.

Dentre as centenas de tipos de câncer conhecidos, o mais frequente (25%) são os cânceres de pele e entre eles, o tipo Carcinoma Basocelular (CBC) é o mais comum (70%) e o menos agressivo^{3,4}. Mesmo ocorrendo em alta frequência, esse tipo de câncer tem alto percentual de cura se descoberto precocemente. É mais comum em pessoas acima dos 40 anos de idade, geralmente de pele clara ou que já têm alguma doença cutânea. Como exemplo, podemos citar os pacientes com albinismo (genodermatose autossômica recessiva), que são mais susceptíveis a esse tipo de câncer e necessitam de constante fotoproteção⁵.

O câncer de pele pode se manifestar a partir de uma herança familiar, mas o fator preponderante é a exposição excessiva à radiação ultravioleta do sol sem proteção adequada⁷. Como a exposição à radiação ultravioleta tem efeito cumulativo e penetra profundamente na pele, faz sentido evitar a exposição prolongada ao sol durante todas as fases da vida, sobretudo, na infância e a adolescência. Para o melanoma cutâneo os fatores de risco são: pele clara, exposição aos raios solares, história familiar, defeitos genéticos no braço curto do cromossomo 1 (1p) e em ambos os braços do cromossomo 6 e 7, nevos displásicos e xerodermapigmentoso.

Para Akiskal, *et al.* (2010)⁶ existem fatores de risco importantes para o Melanoma, sendo alguns controláveis (como a exposição solar) e outros não (como a questão genética). Nesse último caso, a alteração do material genético é ocasionada por agentes carcinógenos, como por exemplo, substâncias químicas, certos vírus e radiações ionizantes, incluindo a solar. Outros fatores de risco incluem sensibilidade da pele ao sol, história de exposição solar excessiva, doenças imunossupressoras e exposição ocupacional a radiações ionizantes. Além disso, indivíduos ruivos possuem um risco três vezes maior em relação aos indivíduos da cor branca.

Segundo o INCA(2008)⁷, a exposição solar cumulativa e excessiva nos primeiros 10 a 20 anos de vida aumenta o risco de desenvolvimento de câncer de pele, por isso crianças e jovens devem ser incluídos nas campanhas de prevenção de forma mais intensa.

No Brasil, há maior incidência dos casos de melanoma na região sul, isso é devido a características populacionais, pois é expressiva a presença de imigrantes italianos e alemães (caucasianos) na colonização dessa

região. Cerca de 4% a 5% dos casos de câncer de pele são diagnosticados como melanoma, porém essa patologia ganha mais destaque por causa da sua elevada letalidade⁸.

Dos tumores de pele, o Melanoma é o menos frequente (4%), porém é considerado o mais agressivo das neoplasias da pele. O Melanoma é classificado como tipo: Melanoma Lentigo Maligno, Melanoma Extensivo Superficial, Melanoma Nodular e Melanoma Acral. É um câncer que se origina e se desenvolve nos melanócitos, que são células produtoras de melanina. A quantidade desses melanócitos é semelhante entre brancos e negros, no entanto, a raça negra possui uma quantidade maior de produção de melanina e, consequentemente, uma maior capacidade de fotoproteção, tornando-a menos suscetível a desenvolver esse tipo de câncer de pele^{9,10}.

O melanoma pode desenvolver-se na pele de qualquer parte do corpo, sendo mais comum em locais como o tronco, as pernas, o pescoço e a face. Desta forma, há que se ficar atento a mudanças de coloração, surgimento de pintas ou de outras anormalidades que apareçam na pele, associadas ou não a prurido e, em situações mais avançadas, com textura mais endurecida ou com protuberância⁸.

A realização de um diagnóstico de Melanoma é, portanto, efetuado a partir do momento em que se observa uma lesão na pele com alteração de cor, alteração de tamanho ou de forma. A presença de assimetria na lesão, tal como bordas irregulares e mal definidas, alterações da cor e lesões com diâmetro maior que 6mm, estabelecem o ABCD do diagnóstico clínico do Melanoma, que através da biópsia terá a sua confirmação diagnóstica. A execução do diagnóstico precoce e do tratamento cirúrgico continua sendo a melhor forma de tratamento da doença⁹.

Para definir o estadiamento e o tratamento adjuvante faz-se necessário que os exames anátomo-patológicos descrevam o índice de Breslow, considerado um importante fator prognóstico do Melanoma cutâneo, pois estabelece a profundidade do tumor em milímetros. Além disso, os níveis de Clark também devem ser descritos, em seus cinco níveis, para melhor conhecimento do grau de invasão neoplásica em relação às camadas da pele¹⁰.

Segundo Almeida *et al*(2001)¹¹, nas últimas décadas tem-se registros de aumento na incidência do melanoma cutâneo em todo o mundo, principalmente entre indivíduos de cor branca. Apesar da importância da doença, inclusive no Brasil, informações sobre o perfil epidemiológico dessa doença são limitadas¹².

Desse modo, é importante desenvolver trabalhos como este, cujo objetivo é descrever o perfil epidemiológico dos pacientes portadores do melanoma cutâneo para que se possa atuar na sua prevenção. Além disso, será traçado o perfil socioeconômico e estilo de vida da

população em estudo, o perfil clínico dos pacientes acometidos por melanoma cutâneo e atendidos no período de 2013 a 2014 e as possíveis associações entre fatores socioeconômicos, estilo de vida e o perfil clínico dos portadores de melanoma cutâneo atendidos nesse mesmo período.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como pesquisa epidemiológica de caráter transversal ou seccional. É um estudo observacional de base individual, além de ser medido em um curto espaço de tempo, ele fornece informações sobre distribuição, características do evento investigado na população e identificação dos grupos de risco. São classificados de forma equivocada como descritivos devido a sua maneira instantânea de descrever uma situação. Ao

descrever associações entre variáveis, se tornam um estudo muito importante. Essas variáveis podem ser dependentes ou independentes. Para definir esses tipos de variáveis é necessário o investigador estabelecer hipóteses de causalidade. Ainda assim, é considerado um estudo simples, barato, mais rápido em se obter retorno de dados e mais acessível em termos logísticos devido à facilidade com que se pode tirar conclusões e a não existência de um período de seguimento¹³.

A pesquisa acontecerá no Município de Governador Valadares que está situado na Macrorregião de Saúde do Leste de Minas Gerais, como mostra a Figura 1, conta com uma população de 263.689 habitantes em 2010 e com estimativa populacional de 275.568 habitantes para 2013, possui uma área territorial de 2.342,319 km², que resulta em uma densidade demográfica de 112,58 (hab/km (IBGE, 2010))¹⁴.

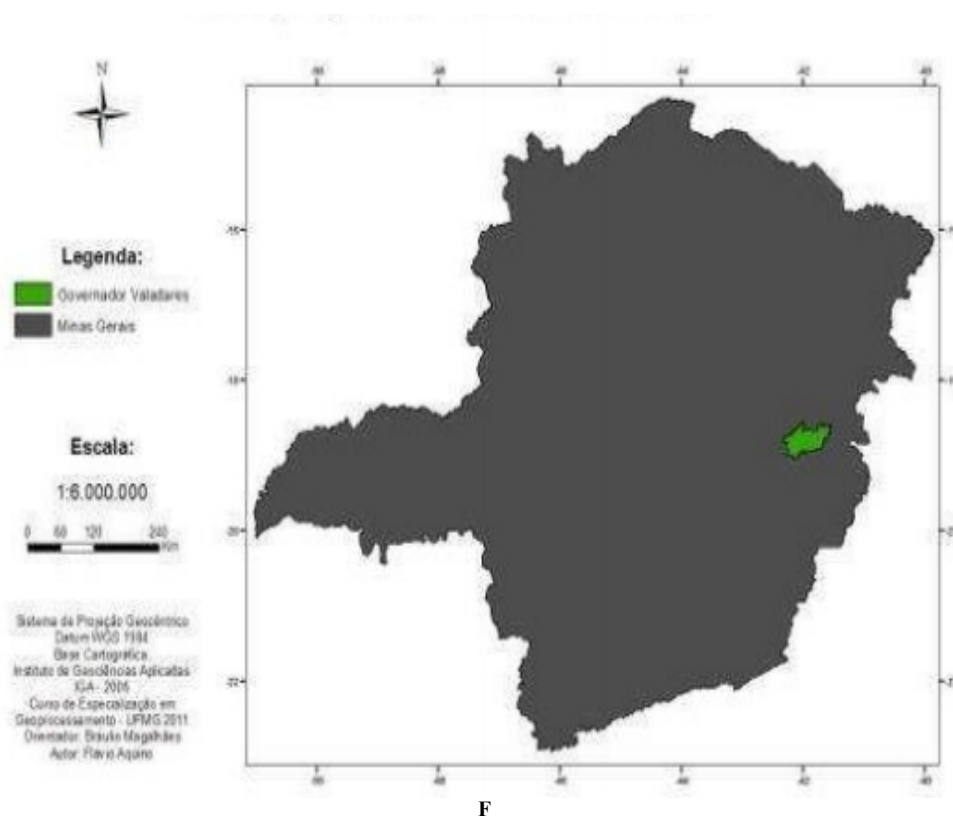


Figura 1. Localização de Governador Valadares no Estado de Minas Gerais. **Fonte:** Aquino, 2011¹⁵.

A instituição escolhida nesse estudo foi o Hospital Bom Samaritano de Governador Valadares que é habilitado pelo Ministério da Saúde como UNACON com Radioterapia (Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia).

Em parceria como o NEO – Núcleo de Especialistas em Oncologia, uma área de mais de 1.800 metros quadrados foi edificada para oferecer atendimento e tratamento ambulatorial nas especialidades de Cirurgia On-

cológica, Oncologia Clínica (quimioterapia) e Radioterapia. Essa parceria possibilitou o credenciado junto ao SUS como Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia com serviço de Radioterapia. Na UNACON são oferecidos os serviços de cirurgias oncológicas, internações clínicas, cuidados paliativos, exames complementares para diagnóstico e prevenção do câncer, tratamentos quimioterápicos e radioterápicos. Assim é possível oferecer aos pacientes oncológicos tratamento

integral e multidisciplinar, evitando-se a peregrinação entre hospitais e até mesmo entre municípios. O atendimento ambulatorial é realizado de segunda a sexta-feira, das 07:00 horas às 18:00 horas e o atendimento hospitalar é realizado diuturnamente, todos os dias do ano. Fora do horário de atendimento ambulatorial e nos fins de semana, os pacientes são orientados a procurar o serviço de plantão do Hospital Bom Samaritano, em casos de urgência, onde o atendimento imediato é feito por parte da equipe de plantão (NEO, 2016)¹⁶.

O Hospital Bom Samaritano (2016) é um hospital filantrópico, administrado pela Beneficência Social Bom Samaritano e conta com 111 leitos, sendo realizados cerca de quatro mil e quinhentos atendimentos por mês, 70% pelo SUS. Oferece serviços de alta complexidade sendo referência na área de Cirurgia Cardíaca, Audiologia com implante coclear, Hemodiálise, Oncologia (radioterapia e quimioterapia), oferecendo ainda os serviços de UTI cardiológica com 10 leitos e UTI geral com outros 10 leitos. Dispõe também de serviço de Hemodinâmica, Medicina Nuclear, Diagnóstico por Imagem com tomografia, raio X, mamografia, ultrassonografia e em fase de implantação de um aparelho de ressonância magnética.

Para dar início a pesquisa, foi feito contato com a direção do NEO no município de Governador Valadares-MG para prestar o esclarecimento da pesquisa e autorização para a coleta de dados na instituição de saúde e assinatura do termo de aceitação de pesquisa (anexo I). Num segundo momento agendou-se os dias e horários para a realização da coleta de dados com preenchimento de um questionário, que será feito pelo próprio pesquisador, com dados relacionados ao perfil socioeconômico e dados clínicos e do tratamento selecionados e extraídos dos prontuários dos pacientes atendidos do Núcleo.

A coleta de dados se deu a partir de informações disponibilizadas nos prontuários dos pacientes com busca de informações em relação a fatores de risco, ao diagnóstico quanto ao tipo de câncer, o desfecho, ao tratamento, a partir dos prontuários médicos. O critério de inclusão para a pesquisa é a presença, no prontuário, do diagnóstico e tratamento do câncer no hospital oncológico durante o período do ano de 2013 a 2014.

Para traçar este perfil foram considerados dados relativos a cor, idade, sexo extraídos dos prontuários médicos.

No perfil clínico obteve-se também dados como doenças pré-existent, história familiar de câncer, localização do tumor, mortalidade, metástases considerando alterações histopatológicas (infiltrado inflamatório, invasão angiolinfática, ulceração), estadiamento, Índice De Breslow, Níveis de Clark.

Foram feitas análises estatísticas, usando testes de comparação como o teste do Qui-quadrado, para se encontrar possíveis associações.

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos de frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram analisadas através de testes de média. As associações entre as variáveis foram testadas através de testes de associação. Considerou-se significativas as diferenças para $p < 0,05$.

Os níveis de Clark referem-se à invasão deste tipo de tumor na pele. O nível de invasão proposto por Clark compreende: Nível I (crescimento intra-epidérmico); nível II (invasão da derme papilar); nível III (atinge a junção derme papilar-reticular); nível IV (invasão da derme reticular) e nível V (invasão na área tecidual celular subcutânea). Por outro lado, o índice de Breslow determina a espessura do tumor usando a divisão micrométrica: ≤ 1 mm; 1,01mm-2 mm; 2,01-4 mm; > 4 mm¹⁴.

Os melanomas malignos da pele são estadiados clinicamente com base nos critérios registrados no Quadro 1, extraído da Classificação de Tumores Malignos proposto pela União Internacional contra o Câncer (Brasil, 2004)¹⁷.

3. RESULTADOS

A amostra do presente estudo contou com vinte e seis pacientes diagnosticados com melanoma no período de 2013 a 2014 e atendidos em uma clínica de oncologia e radioterapia em Governador Valadares. Os dados foram extraídos no prontuário do paciente após autorização dos responsáveis pela clínica.

Considerando o perfil socioeconômico da amostra em estudo, foi possível identificar o predomínio de mulheres que representaram 57% dos casos diagnosticados. Em relação a raça, observa-se que a maioria (54%) dos pacientes são pardos, conforme registrado na figura 2.

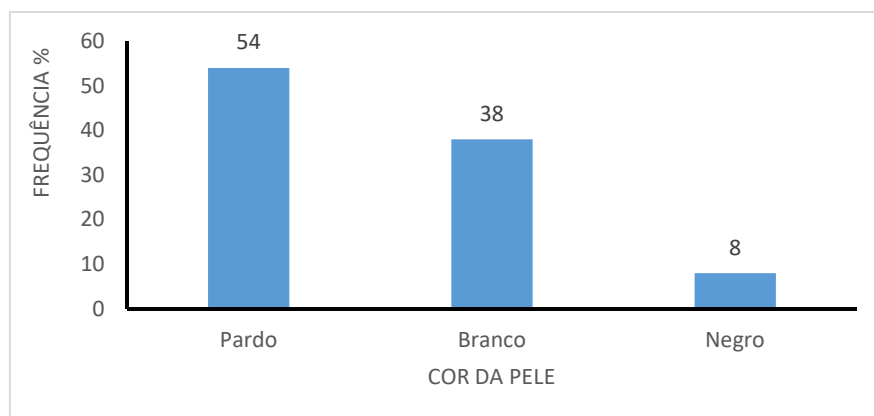


Figura 2. Frequência percentual de pacientes diagnosticados com melanoma agrupados segundo a cor da pele.

Em relação às idades analisadas, a prevalência de melanoma na quarta década de vida foi equivalente a 11%, na quinta década foi de 19%. Já na sexta década, a prevalência é maior, correspondendo a 31% dos casos. Por fim, na septuagésima e octogésima décadas de vida, representaram 27% e 12%, respectivamente.

Os pacientes diagnosticados com melanoma no período estudado negaram uso de drogas e de bebidas alcoólicas (100%). Em contrapartida, 15% dos pacientes faziam uso do tabaco. Tudo isso, pode ser confirmado pela análise da figura 3.

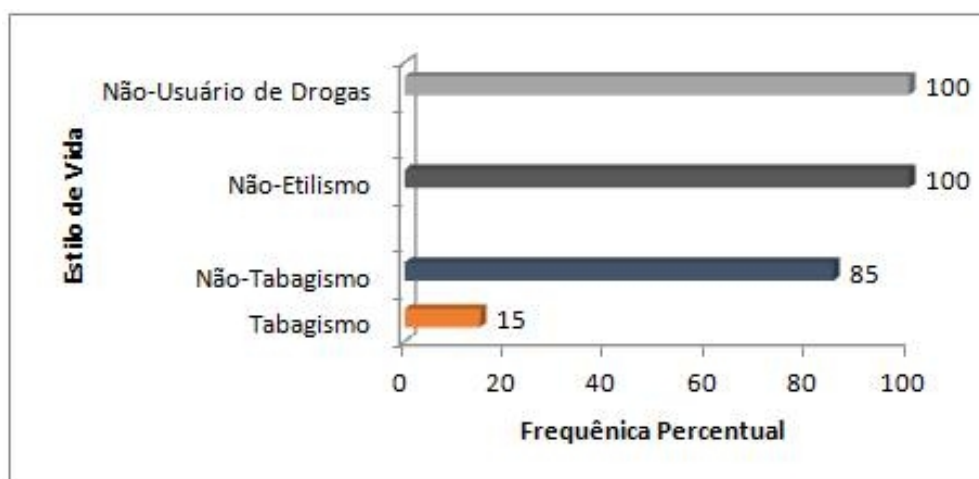


Figura 3. Frequência percentual de pacientes diagnosticados com melanoma agrupados em estilo de vida.

Outro aspecto considerado para traçar o perfil clínico do paciente foi relativo a história familiar para ocorrência de neoplasia. Obteve-se, então, que 70% deles não apresentaram histórico familiar de câncer e os demais possuíam membros na família com algum tipo de neoplasia maligna.

Ao se trabalhar os dados relativos à localização do tumor, identificou-se que a presença do melanoma cutâneo em membros inferiores foi superior a ocorrência nas demais regiões (42%). Além disso, as frequências dos tumores localizados nas nádegas e na vulva foram as que

ocorreram em menor incidência, com frequências de 4% para ambos.

Com relação à distribuição dos tipos histológicos de melanoma entre os 26 pacientes, encontrou-se maior prevalência de melanoma do tipo Nodular, que correspondeu a 58% do total de casos. Em segundo lugar, prevaleceu o Melanoma Lentiginoso Acral freqüente em 23% dos casos.

Para avaliar o prognóstico do paciente avaliou-se inicialmente o nível de infiltração neoplásica a partir dos níveis de Clark e os resultados foram lançados na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos tipos histológicos de melanoma entre os 26 pacientes em uma clínica de oncologia de Governador Valadares - MG, no período de 2013 à 2014.

Tipo Histológico	%
Melanoma Lentiginoso Acral	23
Melanoma Lentiginoso	0
Melanoma Metastático (não se sabe origem)	8
Melanoma Nodular	58
Melanoma Extensivo Superficial	11

Verifica-se pelos registros da tabela 2 que apesar de não se ter acesso aos resultados de 34,1% dos pacientes, em 17 pacientes que apresentaram a informação sobre os

níveis de Clark, 26,9% deles foram identificados como nível V ou IV (19,5%), demonstrando serem tumores mais avançados.

Tabela 2. Frequência percentual para os níveis de Clark dos tumores presentes nos 26 pacientes diagnosticados com melanoma em uma clínica de oncologia de Governador Valadares - MG, no período de 2013 à 2014.

Níveis de Clark*	Número de Pacientes	Frequência %
I	1 paciente	4
II	3 pacientes	11,5
III	1 paciente	4
IV	5 pacientes	19,5
V	7 pacientes	26,9
Sem registro	9 pacientes	34,1
Total	26 pacientes	100

Considerando a avaliação da espessura do tumor obtida pelo índice de Breslow, com a intenção de avaliar o

prognóstico para o paciente, foi possível obter os resultados registrados na tabela 3.

Tabela 3. Frequência percentual para o índice de Breslow dos tumores presentes nos 26 pacientes diagnosticados com melanoma em uma clínica de oncologia de Governador Valadares - MG, no período de 2013 à 2014.

Breslow	Frequência	
	Absoluta (n).	Percentual %
≤ 1,0	3	11,5
1,01-2,0	1	3,9
2,01-4,0	3	11,5
≥ 4,01	10	38,5
Sem registro	9	34,6
Total	26	100

Apesar de não se ter obtido o registro de todos os pacientes, é possível observar que aqueles registrados com níveis de Breslow $\geq 4,01$ foram cerca de 10 pacientes. Ainda assim, observou-se que o menor nível identificado (≤ 1) foram de 3 pacientes.

Analisando as características histopatológicas dos tumores identificados nos pacientes da amostra do presente estudo identificou-se que, apesar da alta frequência da falta de registro para as variáveis escolhidas na análise histopatológica dos tumores, a presença de invasão angiolinfática ocorreu em apenas 5 (19,23%) dos tumores, enquanto que a maioria das lesões neoplásicas ava-

liadas apresentou infiltrado inflamatório de 11 (42,3%) dos tumores presentes nos 26 pacientes.

4. DISCUSSÃO

Na amostra estudada, o gênero mais acometido por este tipo de neoplasia maligna foi o feminino. Assim como foi possível identificar em pesquisas realizadas por Pinheiro, *et al.* (2003)¹⁸ e Ferrari Júnior, *et al.* (2008)¹⁹, o melanoma foi mais prevalente entre as mulheres. No presente estudo houve incoerência em relação à cor da pele em relação a outros trabalhos que afirmam ser a raça branca mais afetada (98,2%) enquanto que, no presente estudo, a prevalência foi de pacientes de cor parda,

o que pode ser explicada em função da miscigenação presente nesta região^{14,20}.

Já em relação à faixa etária, segundo Fernandes *et al.*(2005)²¹ e Ferrari,*et al.*(2008)¹⁹, a maior incidência de melanoma foi entre 40-84 anos, mediana de 58 anos. Em contrapartida, a amostra colhida nesta pesquisa apresentou prevalência desse tipo de câncer de pele na sexagésima década de vida, o que se assemelha aos estudos supracitados.

No presente estudo, considerando os casos diagnosticados, conforme região do corpo observou-se predomínio nos membros inferiores, seguido daqueles que afetaram os membros superiores. Segundo Battisti *et al.*(2009)⁸ o local de maior incidência dos tumores foi tronco (32,1%), seguida pela cabeça e pescoço (30,8%), membros superiores (18,5%) e membros inferiores (17,3%) o que não é coerente com os achados do presente estudo. No entanto, em outro estudo desenvolvido por Veneziano (2014)²², observaram-se diferenças no padrão de distribuição anatômica dos melanomas nodulares segundo o gênero, ocorrendo com frequência superior a 50% quando se considerava somente o grupo de mulheres da amostra avaliada. Tal fato pode explicar nossos achados, uma vez que houve predomínio de mulheres em nossa amostra.

Em relação ao tipo histológico, a literatura internacional afirma que entre o Melanoma Extensivo Superficial predomina entre os indivíduos brancos, variando de 37,7% no Chile a 43,6% na Argentina, 60% na Espanha, 62% na Suíça e 73,6% na Austrália.^{19, 23-26}. Em outro estudo envolvendo indivíduos não brancos, observou-se o predomínio do tipo Melanoma Lentiginoso Acral.²⁷ Em trabalho desenvolvido nos Estados Unidos por Forman *et al.*²⁸, observou-se que 56% dos casos eram melanoma lentiginoso/melanoma metastático e levantaram a hipótese de que essa diferença em relação a outros estudos poderia se dar devido a mudança de fatores de risco ou uma peculiaridade regional. Em nosso estudo observou-se predomínio de melanoma nodular entre os indivíduos que também se caracterizaram, sobretudo, como pardos. Esta diferença em relação aos outros estudos pode se dar pela influência de outros fatores de risco como a possibilidade de exposição ao sol com padrão diverso, que não foi avaliado no presente estudo.

Em relação ao nível de Breslow, uma pesquisa realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, constatou que 54,1% das lesões apresentavam o Breslow até 0,75mm²⁹. Já no estudo da Santa Casa/SP, 34% dos pacientes apresentavam Breslow > 4mm³⁰, o que é semelhante aos nossos achados.

Com relação à classificação dos níveis de Clark, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina observou-se entre os pacientes os níveis Clark I e II em 51,4% dos melanomas primários. No entanto, dados semelhantes não foram encontrados em outros

estudos brasileiros. Em Brasília, 35,4% das lesões eram Clark I e II³¹ e em Blumenau, correspondeu a 24,95% das lesões estudadas³². Em São Paulo, níveis de Clark I e II ocorreram somente em 9,5% das lesões³³. Já na Santa Casa/SP predominou Clark IV em 25,4% dos pacientes diagnosticados³⁴. Desta forma os dados que mais se assemelharam ao descrito no presente estudo e que também apontam para um prognóstico pior foi o da Santa Casa de SP, pois nos pacientes com melanoma do presente estudo houve prevalência maior para o nível de Clark do tipo V.

Sabe-se que os níveis de Clark e de Breslow se complementam e são também variáveis importantes, juntamente com outras, na avaliação do estadiamento da doença e no prognóstico da mesma.³⁵ A identificação da maioria dos melanomas que acometeram os pacientes de nosso estudo como Clark V aponta que o tumor provavelmente atingiu tecidos subcutâneos, além dos níveis de Breslow identificar para o predomínio de tumores com espessura de 4mm, sugerindo o diagnóstico tardio, possibilitando a ocorrência de metástases observadas na maioria deles e com reflexos na expectativa de vida dos doentes.

As limitações deste trabalho são em função da dificuldade de coleta dos dados devido à escassez de algumas informações nos prontuários. A ocorrência de laudos histopatológicos sem classificação morfológica e sem outras informações importantes para o prognóstico caracteriza a ausência de uniformidade nos registros relativos aos casos de melanomas. Esse fato já foi constatado também por outros autores cujos dados secundários foram gerados a partir de prontuários³⁶.

5. CONCLUSÃO

Nessa pesquisa foi possível estabelecer perfil dos casos de melanoma cutâneo em pacientes com diagnóstico confirmado no período de 2013 a 2014 em uma clínica de Oncologia e Radioterapia no município de Governador Valadares. Desta maneira, para o perfil socioeconômico e o estilo de vida dos pacientes, encontrou-se predomínio de mulheres, de cor parda, na sexta década da vida e que não faziam uso de drogas. No que se refere ao perfil clínico, 42% possuíam tumor nos membros inferiores e o tipo melanoma Nodular. Considerando a infiltração do tumor e o prognóstico para o paciente, obteve-se para os níveis de Clark principalmente do nível V e no índice de Breslow espessura maior ou igual a 4 milímetros, que justificam a metástase observada na maioria deles. Estes achados sugerem a importância de ações educativas considerando as informações relativas a identificação e reconhecimento precoce de lesões cutâneas pela população, além da promoção de maior acesso aos serviços de saúde.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a colaboração do radioncologista, Dr. José Pedro Ferreira de Bastos Vieira, diretor do NEO, que contribuiu na concepção e planejamento do projeto de pesquisa, autorizando o acesso ao banco de dados da NEO.

Contribuições

Todos os autores contribuíram em todas as etapas.

Declaração de Conflito de Interesses: Nada a Declarar.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional de Câncer. O que é câncer?, 2013c. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 6 nov. 2013.
- [2] De Vries E, *et al.* Melanocytic tumours. In: LEBOIT, P.E. et al. (Ed.). Skin tumours. Lyon: IARC Press, 2006; 49-120
- [3] Nasser N. Epidemiologia do melanoma maligno em Blumenau – SC. An Bras Dermatol 1993; 68(1):17- 20.
- [4] Okida F, Madalosso G, Souza TL, Pouza CET, Scaff A, Romiti N. Estudo da prevalência de casos de câncer de pele e análise da eficácia da proteção solar na prevenção de lesões causadas por radiação ultravioleta em uma amostra da população. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro. 2001; 76(4):403-412.
- [5] Mantese S, ALCV, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma. In: Congresso Brasileiro de Dermatologia, 81. Brasília. Anais de Dermatologia. Brasília: SBD, 2006; 147.
- [6] AKISKAL, *et al.*, Merch - Saúde para a Família, Seção 18 – Doenças da Pele, Capítulo 208 e Capítulo 205, Seção 15-Câncer, Rio de Janeiro, MSD, 2010. Disponível em .Acesso em: 15 out.
- [7] Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde - INCA, Ações de Enfermagem Para o Controle do Câncer: Uma Proposta de Integração Ensino –Serviço. Instituto Nacional de Câncer. – 3. Ed. Atual. Amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008; 34:148-150.
- [8] Battisti R, Nunes DH, Weber AL, Schweitzer LC, Sgrott I. Avaliação do perfil epidemiológico e da mortalidade dos pacientes com diagnóstico de melanoma cutâneo primário no município de Florianópolis - SC, Brasil. An Bras Dermatol 2009; 84(4):335-42.
- [9] Dimatos DC, Duarte FO, Vieira VJ, Vasconcellos ZA, Bins-Ely J, et al. Melanoma cutâneo no Brasil. Arq Cat de Medicina. 2009; 38:14-9.
- [10] Jung JE, Júnior RA, Gennaro L, Leme FE, Martins AP, Hirth CG, et al. Análise imuno-histoquímica dos marcadores de progressão tumoral, E-caderina, β -catenina, CEACAM-1 e PTEN em melanomas. J Bras Patol Med Lab. Abril 2010; 46:111-8.
- [11] Almeida FA, Almeida GO, Michalany NS. Melanoma cutâneo - Aspectos Clínicos. In: NEVES RG, LUPI O, TALHARI S. Câncer da Pele. 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2001; 225-32.
- [12] Inca.gov [Internet]. Câncer de pele melanoma. Instituto Nacional do Câncer, 2010. [acesso 2 Abr. 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
- [13] Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde - 6ª edição, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro 2006.
- [14] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).
- [15] Aquino, F. A. Proposta de zoneamento geoambiental para o município de Governador Valadares – MG. 2011.
- [16] Núcleo de Especialistas em Oncologia (NEO, 2016).
- [17] Brasil, Ministério da Saúde e INCA, 2004
- [18] Pinheiro AMC, Cabral ALSV, Friedman H, Rodrigues HA. Melanoma cutâneo: características clínicas, epidemiológicas e histopatológicas no Hospital Universitário de Brasília entre janeiro de 1994 e abril de 1999. An Bras Dermatol 2003; 78(2):179-86.)
- [19] Ferrari Júnior NM, Muller H, Ribeiro M, Maia M, Sanchoes Júnior JA. Cutaneous melanoma: descriptive epidemiological study. São Paulo Med J 2008; 126(1):41-7.
- [20] Markovic SN, Erickson LA, Rao RD, Weenig RH, Pockaj BA, Bardia A, et al. Malignant melanoma in the 21st century, part 1: epidemiology, risk factors, screening, prevention, and diagnosis. Mayo Clin Proc 2007; 82(3):364–80.
- [21] Fernandes NC, *et al.* Melanoma cutâneo: estudo prospectivo de 65 casos. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro. 2005; 80(1):25-34.
- [22] Veneziano, DB. Estudo do perfil epidemiológico do melanoma cutâneo na cidade de Jaú-SP através do registro de base populacional. 2014. 69 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Hemocentro da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2014.
- [23] Loria D, Matos E. Risk factors for cutaneous melanoma: a case-control study in Argentina. Int J Dermatol. 2001;40:108-14.
- [24] Nagore E, Oliver V, Botella-Estrada R, Moreno-Picot S, Guillén C, Fortea JM. Clinicopathological analysis of 1571 cutaneous malignant melanoma in Valencia, Spain: factors related to tumour thickness. Acta Derm Venerol. 2006; 86:50-6.
- [25] Lindholm C, Anderson R, Dufmats M, Hansson J, Ingvar C, Möller T, et al. Invasive cutaneous malignant melanoma in Sweden, 1990-1999. A prospective, population-based study of survival and prognostic factors. Cancer. 2004; 101:2067-78.
- [26] Garbe C, Mleod GR, Buettner PG. Time trends of cutaneous melanoma in Queensland, Australia and Central Europe. Cancer. 2000; 89:1269-78.
- [27] Cress RD, Holly EA. Incidence of cutaneous melanoma among non-Hispanic Whites, Hispanics, Asians, and Blacks: analysis of California Cancer Registry data, 1988-93. Cancer Causes Control. 1997; 8:246-52.
- [28] Forman SB, et al. Is superficial spreading melanoma still the most common form of malignant melanoma. J Am Acad Dermatol. 2008; 58:1013-20.
- [29] Carvalho AC, Cunha ME, Giugliani R, Bakos L, Ashton Prola P. Melanoma hereditário: prevalência de fatores de risco em um grupo de pacientes no sul do Brasil. An Bras Dermatol 2004; 79(1):53-60.

- [30] GreenA. A Theory of Site Distribution of Melanomas: Queensland, Australia. *Cancer Causes andControl*. 1992; (3):513-6.
- [31] Nasser N. Epidemiologia do melanoma maligno em Blumenau – SC. *AnbrasDermatol*1993; 68(1):17- 20.
- [32] Lapa MS, Guedes KF, Schalch FO, Landman G. Melanomas malignos cutâneos tratados no Hospital do Câncer de São Paulo. Estudo retrospectivo para avaliação de distribuição, fatores prognósticos e sobrevida. *An Bras Dermatol*. 2001; 77(3):313-20.
- [33] McHenry PM, Hole DJ, MacKie RM. Melanoma in people aged 65 and over in Scotland, 1979-89. *BMJ*.
- [34] Canto, ACM e Oliveira, J. Melanoma cutâneo: doença curável? Revisão de literatura e apresentação de um organograma de investigação e tratamento. *Revista da Amrigs*, Porto Alegre. 2007; 4(51):312-316.
- [35] Ribeiro, AMQ. Fatores prognósticos de Melanoma cutâneo em um estudo de base populacional em Goiânia. 2008. 79 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- [36] Bakos L. Melanoma cutâneo: estudos de base populacional no Brasil [editorial]. *Anbrasdermatol* 2006; 81(5): 402.