LEVANTAMENTO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PELE NO ESTADO DE RONDÔNIA

DEMOGRAPHIC AND EPIDEMIOLOGICAL SURVEY OF SKIN CANCER IN THE STATE OF RONDÔNIA

WESLEY JOVENTINO **PRATI**[1], FRANCISCO CARLOS DA **SILVA**[2*]

1. Acadêmico do Curso de Ciências Biológicas do Centro Universitário Luterano de Ji-Paraná - CEULJI-ULBRA; **2.** Professor Doutor, em Biologia Celular e Molecular Aplicado a Saúde; Docente do CEULJI-ULBRA.

*Rua Menezes Filho, 1939, Jardim dos Migrantes, Ji-Paraná, Rondônia, Brasil. CEP: 76900-791. wesleypratyys.wjp@gmail.com

Recebido em 08/08/2018. **Aceito** para publicação em 24/08/2018

RESUMO

A exposição prolongada aos raios solares pode causar danos nas células do tecido epitelial. O objetivo desta pesquisa consiste em apresentar dados referentes ao número de pessoas diagnosticadas com câncer de pele e descrição dos tipos de pele com maiores níveis de incidência no desenvolvimento de dermatoses cutâneas no estado de Rondônia, região norte do Brasil, levando em consideração o período de cinco anos, compreendendo os anos de 2013 a 2017. Esse estudo demográfico e epidemiológico é do tipo transversal, de forma retrospectivo. Os dados foram adquiridos junto à Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Foi registrado 298 casos de câncer de pele no período analisado, sendo que 92% corresponde ao câncer não melanoma e 8% ao melanoma maligno. Os resultados obtidos evidenciaram alta porcentagem de pessoas com pele de cor branca com câncer de pele (67%), em seguida a pele de cor parda soma 30% e a cor negra 2%. A pele de cor amarela correspondeu a 1% dos casos. O índice de câncer de pele é considerado alto em pessoas de pele clara no estado de Rondônia, evidenciando a predisposição de pessoas com essa característica em desenvolver neoplasias dermatológicas, no entanto programas preventivos mostram-se eficientes no combate ao câncer de pele.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de pele, exposição solar, tecido epitelial.

ABSTRACT

The long exposure to the sunshine can cause damages on the cells of the epithelial tissue. The goal of this research is to present the data about the number of people that were diagnosed with skin cancer and the description of the types of skin with the highest levels of incidence in the development of skin dermatoses in the state of Rondônia, north region of Brazil, taking in consideration the period of five years, comprising the years from 2013 to 2017. This epidemiological study is the transversal type, retrospectively. The data was acquired with the Brazilian Society of Dermatology (SBD). Two hundred and ninety eight cases of skin cancer were registered during the analyzed period of time, thus 92% corresponds to non-melanoma cancer and 8% to malignant melanoma. The results obtained show high percentage of white skin people with skin cancer (67%), next the brown skin people sum 30% and the black skin 2%. The yellow skin corresponded to 1% of all cases. The index of skin cancer is considered high on people with light skin in the state of Rondônia, evidencing the predisposition of people with this feature in developing dermatological neoplasias, however preventive programs show themselves to be efficient in fighting skin cancer.

KEYWORDS: Skin cancer, solar exposure, epithelial tissue.

1. INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que a pele humana quando exposta prolongadamente aos raios solares pode sofrer danos irreversíveis, como por exemplo, queimaduras e alterações mutagênicas nas células que formam esse tecido. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2018)[1], o câncer de pele é classificado como não melanoma (CPNM) e melanoma (CPM), os do tipo não melanoma são ainda classificados como carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular[1] (CEC). Os cânceres de pele não melanoma são considerados tumores de diferentes linhagens, o CBC, por exemplo, é responsável por 70% dos casos e são originados a partir de células não queratinizantes que formam a camada basal da epiderme, sendo a mais comum das neoplasias, tendo como principal fator de risco radiações ultravioletas (RUV), já o CEC origina-se dos queratinócitos, células diferenciadas do tecido epitelial, seu poder de desenvolvimento é superior quando comparado ao CBC, tem como principal fator de risco a exposição crônica e excessiva ao sol, ocorrendo geralmente em áreas fotoexpostas, possui uma taxa de cura de 95% quando tratado precocemente[2]. O CPM é considerado o mais temido e agressivo entre as dermatoses cutâneas, devido ao seu alto poder de metástase e rápido desenvolvimento, com taxa de prevalência de 4% dos casos e origem nos melanócitos[2].

De acordo com Wolff *et al* (2006)[3], o CBC é localmente invasivo, agressivo e destrutivo, entretanto sua capacidade para produzir metástase é limitada, isso porque existe a dependência do crescimento do tumor ao seu estroma, tecido conjuntivo vascularizado que nutri e sustenta o desenvolvimento da patologia, ele consiste em um tumor solido formado por células basais atípicas, proliferativas, grandes e ovais, com raras mitoses e anaplasia. O CEC invasivo surge em geral nas lesões pré-cancerosas epidérmicas, sua agressividade depende

de sua etiologia e nível de diferenciação, de forma que lesões induzidas pela exposição à radiação ultravioleta (RUV) apresentam baixas taxas de metástases, porém os imunossuprimidos possuem maiores tendência no desenvolvimento de metástase nesse tipo de carcinoma[3]. O melanoma cutâneo surge da transformação maligna dos melanócitos na junção dermepidermica ou a partir de nevos melanocíticos atípicos, sofrendo metástase em um curto período de tempo[3].

O principal fator de risco além da exposição solar, está associado a idade avançada e à pele clara, contudo o tratamento precoce pode aumentar as chances de cura[4,5]. A exposição contínua aos raios solares é a principal causa de câncer de pele segundo Imanichi *et al* (2017)[5], levando em consideração o tempo de vida exposto, queimaduras cutâneas, cor da pele e exposições intermitentes, além disso, há outros fatores como cor dos olhos e cabelos, genética, contato com arsênico, doenças e medicamentos imunossupressores também são considerados fatores de risco. Além disso, a posição geográfica na qual encontra-se o Brasil também é considerado fator de risco, principalmente ao não melanoma, uma vez que o país se localiza entre a linha do Equador e Capricórnio, tornando-o um país tropical, com alta incidência de radiação solar, de forma que sua população apresenta maior predisposição ao desenvolvimento do câncer de pele[5].

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, vem crescendo o número desses casos e estima-se que em 2018 tenhamos 85.170 novos casos entre homens e 80.410 entre mulheres[1]. Portanto este estudo é direcionado à apresentação de dados sobre o número de pessoas diagnosticadas com câncer de pele e descrição dos tipos de pele com maiores níveis de incidência no desenvolvimento de dermatoses cutâneas no estado de Rondônia, região norte do Brasil, levando em consideração o período de cinco anos, compreendendo os anos de 2013 a 2017.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se o presente estudo com dados referente a população do estado de Rondônia, região norte do Brasil, que possui cerca de 1.805.788 habitantes, IBGE 2017[6].

Esse estudo epidemiológico é do tipo transversal, de forma retrospectivo. Os dados oficiais foram levantados do sistema da Campanha Nacional de Prevenção Contra o Câncer de Pele adquiridos junto ao departamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia da Região Norte. Efetuou-se a análise de dados concernentes ao período de cinco anos, compreendendo o 2013 a 2017, utilizando somente casos positivos de câncer de pele registrados no período proposto.

Os dados foram avaliados com o auxílio do Microsoft Excel (2016 for Windows®), considerando-se a análise descritiva simples por meio da expressão da frequência relativa.

3. RESULTADOS

Nesse sentido, os dados obtidos demostraram um total de 298 casos de câncer de pele no período de 2013 a 2017, com prevalência do câncer não melanoma (CPNM), com porcentagem de 92% dos casos, de forma que o tipo carcinoma basocelular (CBC), representou 79% do total registrado de não melanoma e o espinocelular (CEC), representou 13%. O câncer melanoma maligno (CPM), representou 8% dos casos registrados (figura 1).

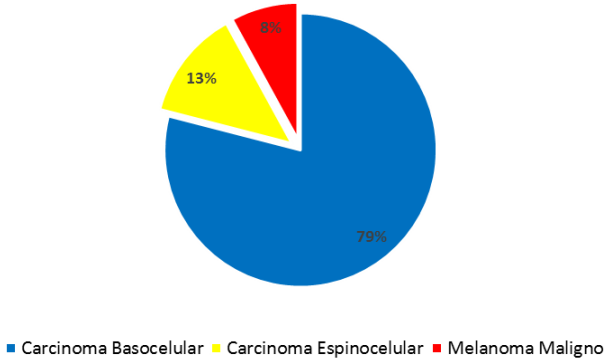

Figura 1: Porcentagem relacionada aos diferentes tipos de câncer de pele analisados entre o período de 2013 a 2017.

Em 2015 o índice de câncer de pele registrado foi superior a todos os outros anos abordados na pesquisa (figura 2). O CPM aumentou em quatro vezes o número de registros, somando 14 novos casos. Indiferentemente o CEC que também sofreu aumento significativo, somando um total de 23 casos. A incidência de CBC alcançou a marca de 77 casos diagnosticados, porém no ano seguinte (2016) seu número diminuiu pela metade.

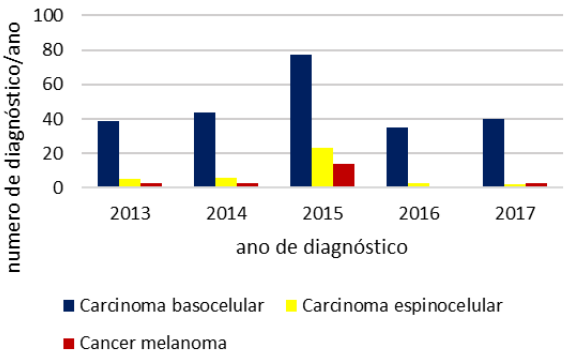

Figura 2: Casos de câncer de pele diagnosticados no estado de Rondônia durante os anos de 2013 a 2017, de acordo com Sistema da Campanha Nacional de Prevenção Contra o Câncer de Pele.

Por conseguinte, em 2017 foi observado novamente o aumento do CBC, somando o total de 40 novos casos. O CPM também teve aumento em relação ao ano anterior, somando 3 casos, havendo redução somente para o CEC, com 2 casos (figura 2).

A estimativa realizada pelo INCA pressupõe aumento nos números de diagnósticos em 2018 no estado de Rondônia[1]. A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD)[7], esclarece que as quedas alcançadas nos últimos anos estão relacionadas com

programas de prevenção, como os realizados anualmente pela Campanha Nacional de Prevenção contra o Câncer de Pele.

Ao observar o número de pessoas diagnosticadas com câncer de pele no estado de Rondônia no período correspondente a pesquisa, é possível perceber a predominância de câncer de pele em pessoas de pele branca e parda, seguida pela pele negra e amarela. Do total de 298 casos de câncer de pele no período analisado, 201 (67%) são de pele de cor branca, 90 (30%) de cor parda, 4 (2%) de pele negra e 3 (1%) com pele de cor amarela (figura 3)

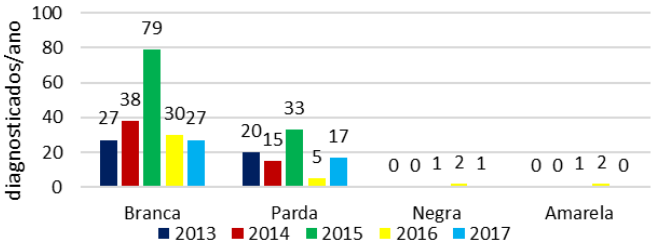

Figura 3: Incidência do número de diagnóstico de câncer relacionado a cor da pele.

4. DISCUSSÃO

Apesar dos esforços e estratégias utilizadas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia para conscientização sobre os riscos da fotoexposição e o trabalho conjunto com dermatologistas especializados em cuidados primários ao câncer de pele, inúmeros novos casos são diagnosticados já com estágio avançado, dificultando o tratamento e a conduta dos procedimentos cirúrgicos, comprometendo o prognostico do paciente[8]. De acordo com especialistas em patologias cutâneas, o diagnóstico precoce pode elevar as chances de cura e proporcionar intervenções seguras no tratamento, quando ocorre de maneira tardia favorece com chances de recidiva, metástase e morte em decorrência do agravo da doença[8]. De acordo com Moreira *et al* (2017)[9], a incidência de câncer de pele não está apenas associada ao envelhecimento da população, como é retratado por Emanichi *et al* (2017)[5]. Além da exposição abusiva à radiação solar, fatores genéticos e ambientais também estão relacionados com o surgimento do câncer de pele, porem com menos frequência[9]. A exposição abusiva aos agrotóxicos e a exposição solar sem o uso de fotoprotetores pode estar relacionado com a incidência do câncer de pele no estado de Rondônia, visto que sua economia é predominantemente caracterizada pelo extrativismo vegetal e pecuária, atividades que exigem tanto a exposição solar como a utilização de agrotóxicos[9]. É possível também que o aumento progressivo do câncer de pele possa estar relacionado com mudanças nos hábitos individuais, como a busca de atividades recreativas à luz solar[10]. Para Emanichi *et al* (2017)[5], a cor da pele está intimamente relacionada com a pré-disposição ao câncer de pele, concordando com Luiz *et al* (2012)[11], que destaca atenção primaria para pessoas com pele clara, pois esse tipo é considerado sensível aos raios solares, podendo sofrer queimaduras com facilidade em um curto período tempo. É possível que a grande miscigenação que o Brasil sofreu a mistura de raças e a origem de diferentes tipos de pigmentação tenha fortalecido o genoma de seus indivíduos contra o surgimento de dermatoses cutâneas, mas ainda assim a incidência de câncer de pele no pais é considerada elevada[11].

O Estado de Rondônia possui uma grande quantidade de trabalhadores atuantes em atividades no setor rural[6]. Acredita-se que esse grupo possui maiores tendências em desenvolver o câncer de pele, pois suas atividades exigem longos períodos de exposição à radiação solar ou ainda o contato com carcinógenos, como os agrotóxicos utilizados por produtores rurais em lavouras[8]. Além dos trabalhadores do campo, alguns profissionais que exercem funções no meio urbano também estão susceptíveis em desenvolver o câncer de pele, como é o caso dos agentes comunitários de saúde e de combate a endemias[12]. Esses profissionais, em decorrência da rotina de trabalho, passam grandes períodos expostos a radiação ultravioleta (RUV). De acordo com estudos realizados por Souza *et al* (2016)[12], o uso de fotoprotetores não é frequente nesse grupo de profissionais. Para Simões *et al* (2018)[13], trabalhadores da construção civil também estão inseridos no grupo de risco, a saber que a construção civil é um dos setores mais dinâmicos do país, contando com um grande número de mão de obra, o que incita ainda mais a preocupação com essa classe de profissionais, suas atividades são realizadas em âmbito aberto a exposição solar e na maioria dos casos a fotoproteção é negligenciada.

De acordo com Ceballos *et al* (2014)[4], se for levado em consideração o horário médio trabalhado no Brasil, que é de 39,4 horais semanais, pessoas que trabalham ao ar livre como salva-vidas, professores de educação física e agricultores podem receber uma dose de radiação UV seis a oito vezes a mais que trabalhadores de locais fechados. Os incidentes no estado preocupam as autoridades responsáveis pela saúde pública.

Segundo Espósito *et al* (2017)[8], a saúde pública do Brasil mostra-se frágil se tratando de programas preventivos relacionados a radiação ultravioleta (UV). A grande maioria dos trabalhadores formam grupos de risco, com grande propensão no desenvolvimento do câncer de pele[8]. Para Cardoso *et al* (2014)[14], a população é negligenciada por falta de programas sociais que passe aos trabalhadores informações sobre os fatores de risco e os métodos de prevenção. A criação de políticas públicas de saúde com ênfase na prevenção poderá reduzir a incidência da neoplasia no país[14].

5. CONCLUSÃO

De acordo com os dados dessa pesquisa, houve 298 casos de câncer de pele durante os anos de 2013 a 2017. Foi possível registrar ainda que 67% dos casos foram registrados em pessoas com a pele de cor branca, 30%

em pessoas de pele de cor parda, 2% em pele de cor negra e 1% em pessoas com pele de cor amarela. Assim conclui-se que o número de casos de câncer de pele no estado ainda é alto e que pessoas com a pele clara são as mais suscetíveis. Medidas preventivas e programas de educação de saúde social são métodos já empregados e mostram-se eficientes em relação ao combate contra o câncer de pele no estado, no entanto é possível que outros métodos sejam associados como medidas de prevenção, como o autodiagnostico e frequentes consultas dermatológicas com médicos especializados.

Levando-se em conta os resultados observados nessa apuração, torna-se relevante novas pesquisas serem realizadas com a finalidade de observância na incidência de doenças negligenciadas pela saúde pública, colaborando com informações a serem analisadas pelos órgãos competentes.

REFERÊNCIAS

[1] Brasil. Tipos de câncer de pele. INCA, Instituto Nacional de Câncer de Pele. Disponível em< http://www2.inca.gov.br/tiposdecancer/site/home>, [acesso 06 jul. 2018].

[2] Zink BS. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. Rev Hupe. 2015; 13(1):76-83.

[3] Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. Dermatologia: atlas e texto. 5° ed. Rio de Janeiro: Mcgraw-hill Interamericana do Brasil; 2006.

[4] Ceballos AGC, Santos SL, Alves ACS, Pedrosa BRV, Camara MMA, Silva SL. Exposição solar ocupacional e câncer de pele não melanoma: estudo de revisão integrativa. Rev bras cancerologia. 2014; 60(3):251-58.

[5] Imanichi D, Filho JLG, Moraes CF, Sotero RC, Gomes LO. Fatores de risco do câncer de pele não melanoma em idosos no Brasil. Rev Diag e Trat. 2017; 22(1):3-7.

[6] Brasil. Cidades. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ro/panorama> acesso 06 jul. 2018].

[7] SBD. Tipos de câncer de pele: dezembro laranja. Sociedade Brasileira de dermatologia. Disponível em <http://www.sbd.org.br/dermatologia/campanhas/dezembrolaranja> [acesso 06 jul. 2018].

[8] Espósito ACC, Campos EBP, Marques MEA, Marques AS, Abbade LPF, Stolf HO. Fatores que levam a negligencia quanto aos canceres de pele não melanoma. Rev Trat e Diag. 2017; 22(2):63-66.

[9] Moreira BS, Sebben LM, Goana TR, Sandri EA, Bassoli BK. Exposição ocupacional e perfil de pacientes oncológicos de região da fronteira agrícola Amazônia em Rondônia. Rev Biosaúde. 2017; 19(1):39-49.

[10] Pires CAA, Fayal AP, Cavalcante RH, Lopes NS, Franklin PF, Santos MAL. Câncer de pele: caracterização do perfil e avaliação da proteção solar dos pacientes atendidos em serviço universitário. Rev J. Health Biol Sci. 2018; 6(1):54-9.

[11] Luiz OC, Gianini RJ, Gonçalves FT, Francisco G, Festa-Neto C, Sanches JA, Gattas GJF, Chammas R, Eluf-Neto J. Ethnicity and cutaneous melanoma in the city of São Paulo, Brazil: a Case-Control Study. Rev PLoS ONE. 2012; 7(4):1-7.

[12] Souza MCMR, Horta TG, Melo ES, Rocha FDB. Câncer de pele: hábitos de exposição solar e alterações cutâneas entre agentes de saúde em um município de Minas Gerais. Rev de Enfermagem do centro oeste mineiro. 2016; 6(1):1945-1956.

[13] Simões TC, Souza NVDO, Shoji S, Peregrino AAF, Silva D. Medidas de prevenção contra o câncer de pele em trabalhadores de construção civil: contribuição da enfermagem. Rev Gaúcha de Enfermagem. 2018; 32(1):100-6.

[14] Cardoso FAMS, Campelo V, Almeida CAPL, Rocha AEA, Mesquita GV, Rabelo RS, Santos JLO. Prevalence of photoprotection and its associated factors in risk group for skin cancer in Teresina, Piauí. Anais Brasileiro de Dermatologia. 2017; 92(2):206-10.