

PREVALÊNCIA DE CÂNCER DE PELE EM SINAIS E TUMORES RETIRADOS EM CIRURGIAS AMBULATORIAIS EM UM SERVIÇO-ESCOLA

PREVALENCE OF SKIN CANCER IN SIGNS AND TUMORS REMOVED IN OUTPATIENT SURGERIES AT A SCHOOL SERVICE

RAYSSA MORAES DO NASCIMENTO^{1*}, TIAGO DE CARVALHO SOUSA ALVES¹, DENYBERG DE OLIVEIRA SANTIAGO², ROGÉRIO DE ARAÚJO MEDEIROS²

1. Discente do curso de graduação de Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ; 2. Professor Mestre, Disciplina de Clínica Cirúrgica do curso de Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ.

* Rua Doutor Moisés Pimentel Neto, 5519, Campestre, Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64053-510. yssa1712@gmail.com

Recebido em 13/03/2023; Recebido em 17/04/2023

RESUMO

O câncer de pele atinge cerca de 30% da população brasileira, sendo o câncer mais prevalente no país. Ele pode ser classificado em melanoma e não-melanoma, sendo o primeiro correspondente a apenas 3% de todas as lesões malignas de pele, e o restante dos casos correspondentes aos não-melanomas, que podem apresentar-se mais comumente como carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC). Apesar da menor prevalência, os melanomas têm alto potencial para metástase e, assim como os não-melanomas, tem melhor prognóstico com diagnóstico precoce e, geralmente, o tratamento é cirúrgico. Destarte, o presente trabalho consiste em um levantamento da prevalência de câncer de pele confirmado pelo histopatológico em sinais e tumores retirados em cirurgias ambulatoriais realizadas em um serviço-escola, sendo uma fonte de informações e conhecimento para os acadêmicos e para a população em geral, servindo de subsídio para pesquisas, trabalhos científicos e sendo fonte de dados na elaboração de políticas de conscientização, prevenção e combate ao câncer de pele por parte do Poder Público e sociedade civil organizada.

PALAVRAS-CHAVE: Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; Biópsia; Neoplasias cutâneas.

ABSTRACT

Skin cancer affects 30% of Brazilians and is the most prevalent cancer in the country. It can be melanoma or non-melanoma. Melanoma accounts for only 3% of cases and the remainder corresponds to non-melanoma, which can manifest as basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma. Despite the lower prevalence, melanomas have a high potential for metastasis and, as non-melanomas, have better prognosis with early diagnosis and, usually, the treatment is surgical. Thereby, this research is a survey of the prevalence of skin cancer confirmed by the histopathology of signs and tumors removed in outpatient surgery at a teaching service. That will be a source of information and knowledge for academics and the population in general, serving as a subsidy for research, scientific work and being a source of data in the

elaboration of awareness policies, prevention, and fight against skin cancer by the Government and civilian organized society.

KEYWORDS: Ambulatory surgical procedures; Biopsy; Skin neoplasms.

1. INTRODUÇÃO

Cirurgias Ambulatoriais

Segundo o Conselho Federal de Medicina⁷, cirurgias ambulatoriais são cirurgias de curta permanência, nas quais, quando necessário, o paciente não ultrapassa 24 horas. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Ambulatorial⁸, James H. Nicoll publicou uma pesquisa pioneira no início do século XX, pela qual lhe foi atribuído o título de “Pai da Cirurgia Ambulatorial”. Entretanto, a cirurgia ambulatorial, nos moldes do que conhecemos hoje, surgiu nos EUA em 1970. Na década de 90, esse conceito foi amplamente empregado pela Europa e, mais recentemente, vem sendo utilizado também em países da Ásia e da África.

Ainda de acordo com a SOBRACAM (2022)⁸, as cirurgias ambulatoriais estão fortemente ligadas à ideia de desospitalização, pois cerca de 80% das cirurgias que são realizadas em ambiente hospitalar, poderiam ser realizadas de forma ambulatorial e até mesmo com vantagens. Para garantir a segurança e a eficácia dos procedimentos realizados dessa forma, faz-se necessário protocolos bem definidos, sendo, no Brasil, estes ditados pela Resolução do CFM nº 1886/2008.

As diretrizes curriculares para a graduação no curso de Medicina recomendam que médicos generalistas estejam aptos para realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos¹⁵. Tendo isso em vista, o Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPÍ) tem, no currículo da graduação em Medicina, a disciplina de Clínica Cirúrgica, na qual os alunos realizam, sob supervisão de médicos, cirurgias ambulatoriais de

pequeno porte no Centro Integrado de Saúde do Uninovafapi, local onde a presente pesquisa será realizada. No CIS, são realizadas inúmeras cirurgias ambulatoriais por ano, tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) quanto pelo setor social dessa instituição. Pela presente resolução que dita as normas para realização de cirurgias de curta permanência, o CIS é classificado como unidade tipo I, por ser independente de um hospital e realizar procedimentos que não requerem internação dos pacientes⁷.

Cirurgias Ambulatoriais Dermatológicas

Atualmente, as cirurgias ambulatoriais correspondem a 65-70% de todos os procedimentos cirúrgicos realizados. Dentre os procedimentos ambulatoriais, temos a retirada de lesões de pele, seja para submeter para o teste histopatológico para diagnóstico, seja para tratar uma neoplasia maligna. Válido ressaltar que, de maneira geral, cirurgias dermatológicas ambulatoriais são o tratamento de primeira linha para os tipos de câncer cutâneo mais comuns^{1, 18}.

Nesse sentido, destaca-se a biópsia, que pode ser dividida em: ablativa ou excisional, quando se faz a extirpação ou exérese de toda a lesão, podendo alcançar planos mais profundos do tecido; e incursionais, quando se retira apenas parte da lesão para o estudo anatomopatológico da mesma e confirmação diagnóstica. Como constituem uma técnica relativamente simples, têm como função o estudo dos materiais bioquímicos (lesões) pelo médico patologista, para diagnosticar uma possível malignidade e até mesmo qual o melhor prognóstico para ser realizado sobre determinada doença dermatológica. Existem ainda outros tipos de biópsias, como: a curetagem, a biópsia endoscópica, a por agulha, a por trepanação e a dirigida por aparelhos especiais, como colposcopia ou ultrassonografia, e a cerebral estereotáxica^{13, 3, 9}.

Como são realizadas principalmente na investigação de neoplasias malignas, a biópsia dessas lesões requer uma margem de segurança (transição entre a úlcera e os tecidos adjacentes e subjacentes). Uma biópsia superficial pode conter material necrótico-inflamatório, não atingindo lesões graves adjacentes. Lesões submucosas podem, ocasionalmente, não ser amostradas como no caso de um tumor do estroma gastrointestinal (GIST). Desse modo, uma biópsia superficial nessa área pode não atingir o tumor. Assim, o cirurgião deve considerar muito bem as características anatômicas da lesão para obter material representativo (material normal e material lesado, para garantir uma boa amostra para o histopatológico), uma vez que uma biópsia mais alargada é melhor para o paciente do que a repetição de todo o procedimento³.

Doenças Dermatológicas que Necessitam de Tratamento Cirúrgico Ambulatorial

As cirurgias ambulatoriais dermatológicas podem ser realizadas para analisar e, assim, diagnosticar,

determinadas doenças, bem como para tratá-las. Hoje, existem indicações para esses procedimentos as seguintes patologias: pimplonas, dermatites, lipoma, melanoma, linfomas cutâneos, dermatovirose, molusco contagioso e condiloma acometido. Além dessas, outras que necessitam de procedimentos cirúrgicos são: doenças bolhosas, como penfigoide bolhosa, mastócito bolhosa, pendigo vulgar e impetigo bolhoso; doenças tumorais, como CBC, CEC, melanoma e linfomas cutâneos. Dentre as doenças tumorais citadas, o carcinoma basocelular é o tumor maligno de pele mais comum e não faz metástase. Ele pode, porém, aderir camadas cutâneas, infiltrando fáscia e músculo se não tratado. Já o carcinoma espinocelular é o segundo tipo de câncer de pele mais comum. Neste caso, o aparecimento se dá nas regiões do corpo mais expostas ao sol, como membros superiores, membros inferiores, rosto e pescoço. O melanoma é mais frequente em adultos brancos e pode aparecer em qualquer parte do corpo, na pele ou mucosas, na forma de manchas, pintas ou sinais^{2, 5}.

Conceitos, Classificação e Epidemiologia

Segundo o Instituto Nacional do Câncer¹², o câncer de pele é o mais frequente no Brasil e é responsável por 27% dos tumores malignos no país. Pode ser classificado como não-melanoma e melanoma. Os tipos mais comuns de não-melanoma são o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular. Dos 625 mil novos casos de câncer estimados para o triênio 2020-2022 no Brasil, o mais incidente é o câncer cutâneo do tipo não-melanoma, responsável por 177 mil casos. No estado do Piauí, dos 8.480 novos casos de neoplasias malignas estimados para 2020, cerca de 3.080 correspondem a câncer de pele não-melanoma e 40 a câncer de pele melanoma⁶.

O CBC vai se desenvolver em células basais das camadas inferiores da epiderme e de estruturas anexiais. Possui crescimento lento, localmente invasivo e raramente cursa com metástase. É o mais comum nos seres humanos e 85% dos casos afetam cabeça e pescoço. Sua incidência aumenta com a idade e, no geral, ocorre mais em homens, apesar de ser mais frequente em mulheres com menos de 40 anos. O CEC é derivado dos queratinócitos presentes na epiderme, em apêndices cutâneos e em mucosas escamosas estratificadas. É o segundo tipo mais comum de câncer cutâneo, sendo mais frequente em homens, idosos, caucasianos e com história de alta incidência de radiação ultravioleta (RUV). Sua etiopatogenia está associada também com substâncias químicas carcinogêneas, como o arsênico e o alcatrão, imunodepressão causada pelo HIV e depressões imunológicas em conjunto a fatores virais como o HPV (com destaque para os subtipos 6, 11 e 16). Pode causar metástase^{16, 18}.

O câncer de pele melanoma tem origem nos melanócitos e é potencialmente letal. Apesar disso, é responsável por apenas 3-5% dos casos de neoplasia cutânea. É o tumor de pele mais frequente entre jovens

adultos, abaixo dos 40 anos, acomete mais mulheres e, acima dos 50 anos, homens. Um dado que preocupa é o fato de ser o tumor sólido cuja incidência está aumentando mais rápido, tendo incidência global de 160 mil casos novos por ano, com 48 mil mortes. No Brasil, a estimativa para 2014 era de 2.960 casos novos em homens e 2.930 casos novos em mulheres, segundo as estimativas de incidência de câncer no país¹⁶.

Carcinogênese e Fatores de Risco

O câncer é resultado de mutações que ocorrem ao acaso e da ativação anômala de genes envolvidos com o crescimento e mitose celular. Os proto-oncogenes estão envolvidos nesses processos. Se sofrerem mutações ou forem excessivamente ativados se tornam oncogenes e podem levar ao desenvolvimento de câncer. Para entender a carcinogênese, também deve-se levar em conta os anti-oncogenes, que atuam como supressores tumorais, como o próprio nome sugere. Assim, uma outra forma de desenvolvimento de câncer seria a perda ou inativação desses genes¹¹.

As células do nosso corpo, no entanto, têm diversos pontos de checagem para impedir que células mutantes levem ao surgimento de câncer, como as fases de checagem durante a replicação celular. Além disso, apesar de muitas células ocasionalmente sofrerem mutação, apenas uma pequena parcela se torna câncer de fato. Fora os sistemas de segurança da célula durante sua multiplicação, fatores como o tempo de vida de células mutantes ser menor que o de células normais, os controles de feedback que evitam o crescimento excessivo, as defesas do sistema imunológico que reconhecem células anômalas como corpos estranhos e as atacam e a necessidade de ativação de mais de um oncogene ao mesmo tempo para causar um processo neoplásico, evitam que o desenvolvimento de um câncer seja tão fácil mesmo com tantas células mutantes surgindo frequentemente no organismo¹¹.

No entanto, tal qual existem fatores que impedem a carcinogênese, existem os que tornam o risco de ela ocorrer ser maior, os chamados fatores de risco. Dentre eles destacam-se as radiações ionizantes, substâncias químicas carcinogêneas, irritantes físicos, hereditariedade e alguns vírus (em especial os que possuem a enzima transcriptase reversa) e hormônios. Como a presente pesquisa tem por foco o câncer de pele, a partir daqui haverá uma explanação mais detalhada sobre como as radiações ionizantes, principal fator de risco para esse tipo de câncer^{2, 11}.

Por radiação ionizante entenda-se raios X, raios gama, radiação emitida por substância radioativa e radiação ultravioleta. Essas radiações predispoem o indivíduo para o câncer, já que influenciam a formação de íons nas células que podem romper filamentos de DNA levando a mutações (fenômeno chamado de iniciação). Vale destacar, que, assim como os demais fatores de risco, existe a necessidade de ocorrer a iniciação e a repetição da exposição ao fator, causando alterações reversíveis, tais como irritações, hiperplasias

e inflamações (fenômeno de promoção). Como é um agente capaz de desenvolver tumor, a RUV é considerada um carcinógeno completo. Ela age gerando dímeros de timina (iniciação) e causando imunodepressão no organismo ao depletar células de Langerhans da epiderme e estimular o aparecimento de clones de linfócitos supressores (promoção) facilitando o desenvolvimento tumoral^{2, 11}.

Os raios UV causam alterações maléficas a pele de forma que depende de dois fatores: a intensidade da radiação solar e a cor da pele. A intensidade aumenta à medida que a latitude diminui, ou seja, uma região como a cidade de Teresina que fica a apenas 05° 05' 21" S da linha do Equador é uma região de alta incidência de raios UV, o que requer atenção redobrada para a prevenção do câncer de pele e que é mais propensa a ter alta prevalência desse tipo de câncer. É também influenciada pela exposição de áreas do corpo, de acordo com a cultura e vestimentas de cada região, e pela profissão do indivíduo (por exemplo, lavradores se expõem mais, portanto a RUV é mais intensa para eles). Quanto à cor da pele, as mais vulneráveis são as dos fototipos I e II, caracterizada por se queimarem com facilidade quando expostas ao sol. Sabe-se também que o efeito cancerígeno da radiação solar sobre a pele é cumulativo, de fato que justifica, pelo menos em parte, a maior frequência de carcinomas nas últimas décadas da vida^{2, 20}.

Sendo assim, a adoção de medidas de foto-proteção é de grande relevância para evitar os efeitos onerosos da radiação solar à pele. Evitar expor-se ao sol em horários mais intensos (de 10 às 16 horas), preferir andar na sombra quando possível e o uso de protetores solares e roupas que diminuam a área de exposição à pele são as principais medidas para prevenir-se dos possíveis danos da RUV. Além das radiações ionizantes, tem grande influência no tocante ao câncer de pele o fator hereditário (principalmente em se falando de melanomas)²⁰.

Evolução Clínica

O CBC pode ser diagnosticado através da clínica e requer confirmação do exame histopatológico. Pode manifestar-se de quatro formas clínicas: como nódulo ulcerativo, como lesão esclerodermiforme, como lesão superficial, ou como lesão pigmentada. A manifestação como lesão nodular é a mais comum, úlcera com facilidade e tem crescimento lento. Na forma esclerodermiforme, geralmente evolui sem ulcerar e a lesão tem limites mal definidos que lembram uma cicatriz. A forma superficial é mais comum em jovens na área de dorso e de membros inferiores e a forma pigmentada é mais comum na nódulo-ulcerativa, apesar de que qualquer uma das três formas clínicas anteriormente citadas poder apresentar pigmentação. Os tipos clínico nodular e superficial são os menos agressivos, ao passo que o esclerodermiforme tem taxa maior de recorrência^{16, 18}.

O CEC também tem como base de sua diagnose a clínica e requer confirmação através do exame

histopatológico. Ao exame físico esse carcinoma apresenta-se como lesões papulosas, infiltradas, nodulares e tumorais com bordas endurecidas e centros queratósicos e/ou ulcerados. Diferentemente do CBC que raramente causa metástase, alguns tipos de carcinoma espinocelular têm maior potencial de metastizar. É o caso dos de vulva, pênis e boca. Entretanto, o carcinoma verrucoso, um tipo de CEC que tem denominações diferentes dependendo da área em que se manifesta, tem baixa malignidade^{16,18}.

O melanoma é a forma mais grave de câncer de pele. O diagnóstico da maioria dos casos desse tipo de lesão é feito com base na anamnese e no exame clínico. A anamnese dá atenção especial incidência de radiação solar, história familiar e pessoal de melanoma, além da história da própria lesão, já que em cerca de 20 a 40% dos casos, os melanomas se originam de nevos pré-existentes. Diante desse fato, ao exame físico analisamos lesões suspeitas de ser melanoma através do ABCDE da lesão. As que possuem assimetria, bordas irregulares, cor heterogênea, diâmetro maior que 6 mm e história de expansão são suspeitas^{16,18}.

Para cravar o diagnóstico de melanoma, há também a necessidade do histopatológico, preferencialmente por biópsia excisional. Além de diagnosticar, esse exame fornece ainda dados importantes para o estadiamento, planejamento terapêutico e prognóstico do tumor. Suas principais apresentações clínicas são: melanoma extensivo superficial, que perfaz 70% dos casos, tem evolução lenta e é associado com lesões prévias; melanoma nodular, o segundo tipo de melanoma mais comum e apresenta uma evolução rápida; melanoma lentiginoso ancril, afeta mais indivíduos de pele escura e tem evolução lenta; e lentigo maligno melanoma, afeta apenas 5% dos indivíduos de pele clara, principalmente na região de face e pescoço e tem aparecimento tardio em idosos, podendo evoluir tornando-se papuloso ou nodular^{16,18}.

Destarte, o presente trabalho consiste em um levantamento da prevalência de câncer de pele confirmado pelo histopatológico em sinais e tumores retirados em cirurgias ambulatoriais realizadas no CIS, a fim de analisar a prevalência de câncer de pele em sinais e tumores retirados em cirurgias ambulatoriais no CIS, confirmado pelo histopatológico, no período de 2017 à 2021; levantar discussão acerca do perfil epidemiológico das lesões malignas de pele; identificar o percentual de pacientes que retorna ao CIS para receber o resultado do histopatológico; e confirmar se há necessidade de ações de intervenção para orientar a população sobre a importância de retorno para consulta para receber o resultado do histopatológico e dar seguimento ao tratamento se confirmado lesão maligna.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, com abordagem descritiva e quantitativa, a partir da coleta de dados suplementares sobre os resultados do histopatológico em cirurgias realizadas no CIS, no intervalo de 2017 a 2021.

O CIS é um espaço multidisciplinar que dispõe de ampla estrutura de prestação de serviços nas áreas de atendimento integrado de saúde, que possui convênio com o SUS e conta também com um setor social, e realiza anualmente mais de 60.000 atendimentos nas diversas áreas oferecidas. Localiza-se em Teresina, capital do estado do Piauí, que fica na região do nordeste brasileiro e compreende uma área de 251.611,929 km². Em 2020, data do último recenseamento, contava uma população de 3.281.480 habitantes, separados em 224 municípios.

Os dados utilizados para o estudo foram apurados através de consulta aos prontuários dos pacientes submetidos a cirurgias ambulatoriais no CIS, bem como de resultados de histopatológico desses pacientes, realizada do período de janeiro de 2017 a janeiro de 2021.

Por meio de uma ficha para coleta desenvolvida pelos pesquisadores e sem validação, as variáveis analisadas foram: sexo, faixa etária, etnia, naturalidade, residência, procedência, ocupação, localização das lesões, tempo de início e descrição semiológica, história progressiva de patologia dermatológica, história familiar, classificação dos casos ratificados de câncer de pele, comorbidades e retorno ou não do paciente para receber o resultado do histopatológico.

O estudo foi realizado com 135 pacientes de cirurgia ambulatorial do Centro Integrado de Saúde, localizado no município de Teresina, no estado do Piauí, selecionados aleatoriamente entre os 728 pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2021. Esse número foi calculado através da fórmula:

$$n = (Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N) / (E^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q) = (1,96^2 \cdot 0,21 \cdot 728) / (0,07^2 \cdot 727 + 1,96^2 \cdot 0,21) = 135$$

onde Z é o valor crítico, E a margem de erro e N o tamanho da população, considerando o grau de confiança de 95% (Z=1,96), margem de erro E = 7%, proporção esperada p = 30%, q = (1 - p) e N = 728.

Para a realização desse estudo foram empregadas informações presentes nos resultados dos histopatológicos e nos prontuários dos pacientes participantes da pesquisa.

Foram incluídos os pacientes que realizaram cirurgia ambulatorial no CIS e cujos materiais das lesões foram submetidas ao exame de histopatológico no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2021.

Foram excluídos pacientes que: não fizeram exame dentro do período estabelecido; não realizaram histopatológico; não realizaram cirurgia ambulatorial no local da pesquisa para retirada de sinais ou tumores. Foram excluídos também todos os laudos com dados insuficientes.

Essa pesquisa está de acordo com todos os preceitos éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que incorpora referenciais da bioética e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, foi cadastrada na

Plataforma Brasil e posteriormente submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (UNINOVAFAP), onde foi avaliada e aprovada. número do parecer: 5.581.944. Devido à impossibilidade de contato com os pacientes atendidos, foi solicitado a dispensa do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido), pois a caracterização da população estudada foi feita mediante as informações presentes nos prontuários e resultados de histopatológicos presentes no CIS. Por ser uma pesquisa utilizando os prontuários médicos dos pacientes, os pesquisadores assinaram ainda o TCUD (Termo de Compromisso de Utilização de Dados).

Este projeto de pesquisa possui riscos referentes à divulgação dos dados coletados no processo, bem como da identificação dos participantes da amostra. Tendo isso em vista, será garantido o sigilo e a privacidade de todos os dados coletados durante a pesquisa, seguindo as normas da Resolução 466/12, em que os dados coletados serão utilizados somente para a confecção dos resultados estatísticos. Dessa forma, os riscos existentes serão minimizados e evitados.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com sua colaboração nesta pesquisa é o de verificar e quantificar a prevalência de câncer de pele (dos tipos melanoma e não melanoma) entre pacientes submetidos a cirurgia ambulatorial no CIS do Uninovafapi. Contribuindo assim para a ampliação na área de pesquisa de estudos epidemiológicos, planejamento e organização de análise estatística dos dados.

O presente trabalho será realizado de acordo com os termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS - Conselho Nacional de Saúde, que assegura os direitos dos pacientes mediante qualquer risco.

Devido à impossibilidade de preenchimento do TCLE, os pesquisadores utilizaram o termo de consentimento de utilização de dados - TCUD.

Com os dados coletados foi feito estudo estatístico descritivo por meio das frequências absolutas e relativas e medidas de posição. Para o processamento dos dados foi utilizada a planilha Excel.

3. RESULTADOS

Foram analisados 285 prontuários de pacientes da clínica cirúrgica de uma instituição de ensino superior privada, que passaram por consulta e/ou procedimento cirúrgico no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2021. Desse total, foi possível utilizar uma amostra de 135 prontuários, seguindo os critérios de inclusão e de exclusão desse trabalho científico.

Os resultados desse levantamento de dados apontam para uma prevalência de mulheres (63,7%) sobre homens (36,3%), quanto ao sexo dos pacientes submetidos a cirurgias para retirada de lesões e tumores e que tiveram material encaminhado para exame anatomopatológico (Figura 1). Entre os indivíduos da amostra, quanto à etnia (Figura 2), houve predominância entre indivíduos pardos (64,3%),

seguidos por brancos (21,4%) e, com o menor percentual, negros (14,3%).

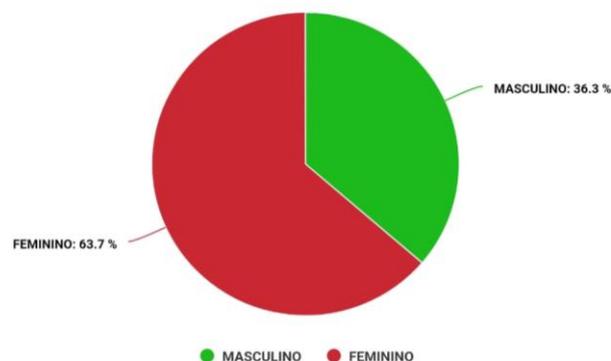


Figura 1. Sexo dos pacientes submetidos a cirurgia para retirada de lesões e que tiveram material enviado para o anatomopatológico.

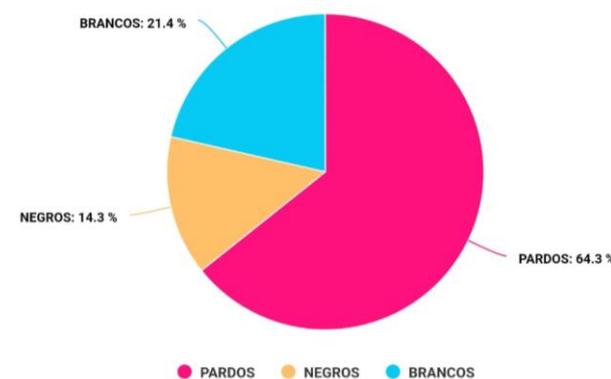


Figura 2. Etnia

Quanto à idade, a maior quantidade de indivíduos analisados nesses estudos, encontra-se entre 51 e 60 anos (27 indivíduos), seguidos por: indivíduos entre 31 e 40 anos (25); 41 e 50 anos (22); 21 e 30 anos e 61 e 70 anos, com 20 indivíduos em cada uma dessas faixas etárias; 10 indivíduos entre 11 e 20 anos; 7, entre 71 e 80 anos; 2 entre 81 e 90 anos; 1 indivíduo com 10 anos ou menos; e 1 com mais de 90 anos (Figura 3).



Figura 3. Distribuição dos sujeitos analisados por faixas etárias.

Quanto à exposição ao sol devido às suas ocupações, 63,0% dos participantes do estudo não informaram sobre esse quesito, 20,7% tinham ocupações que os levava a se expor ao sol e 16,3% não tinham exposição solar devido aos seus empregos

(Figura 4).



Figura 4. Relação entre a ocupação e a exposição solar.

Dentre os participantes desse estudo, a maioria apresentou lesões na face (42 participantes), seguidos, em ordem, por: dorso (28), membros superiores (23), membros inferiores (22), tronco anterior (17), pescoço (9), couro cabeludo (6), região genital (3) e região glútea (2) (Figura 5).

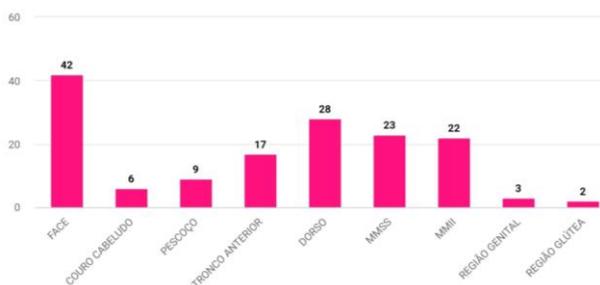


Figura 5. Localização das lesões.

As lesões têm, predominantemente, tempo de início com duração maior que um ano até cinco anos (40,7%), seguido por lesões com aparecimento entre seis e doze meses (20,0%), com mais de cinco até dez anos (11,9%), com menos de seis meses (9,6%) e com mais de dez anos de surgimento (6,7%), sendo que 11,1% dos participantes da amostra não informaram o tempo de início da lesão (Figura 6).



Figura 6. Tempo de início da lesão

Da amostra desse trabalho, apenas 12,8% possuíam história patológica progressiva de doenças dermatológicas, enquanto 87,4% não possuíam (Figura 7). Dentre os que possuíam histórico positivo, as afecções dermatológicas prévias correspondiam a: 38,1% varicela, 19% lesão similar à relatada na queixa

principal, 19% cistos ou lipomas, 9,5% sarampo, 4,8% CBC, 4,8% acne e 4,8% não informou de qual afecção se tratava (Figura 8).

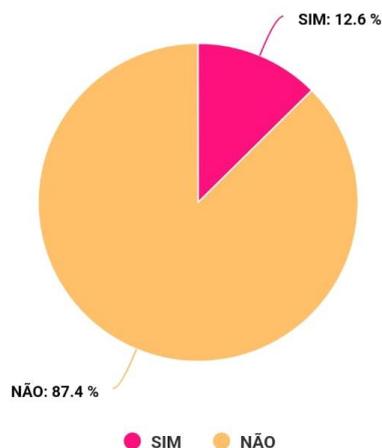


Figura 7. História patológica progressiva quanto a afecções dermatológicas.

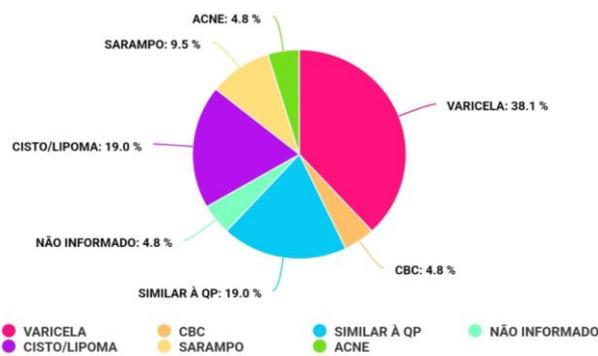


Figura 8. Diagnóstico das afecções dermatológicas prévias nos sujeitos da pesquisa.

Quanto à história familiar referente a doenças dermatológicas, apenas 9,1% dos sujeitos da pesquisa tiveram-na positiva, ao passo que para 91,9% deles, ela foi negativa (Figura 9).

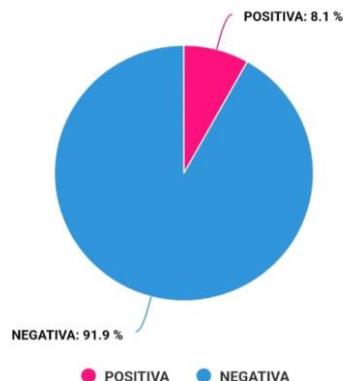


Figura 9. História familiar em relação a afecções dermatológicas.

Dentre os 9,1% que tiveram história familiar positiva, os diagnósticos das lesões de seus familiares foram, em ordem decrescente de prevalência: 36,4% lesões similares às apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, 27,3% câncer de pele não especificado (CA

de pele NE), 18,2% CBC, 9,1% hanseníase e 9,1% linfoma (Figura 10).

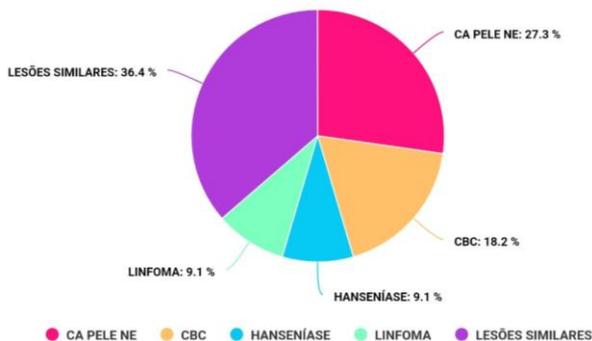


Figura 10. Afecções patológicas em familiares dos sujeitos da pesquisa

Dentre os componentes da amostra dessa pesquisa, 40,7% possuem alguma comorbidade, 49,6% negam que tenham alguma e 9,6% não informou sobre esse aspecto (Figura 11).

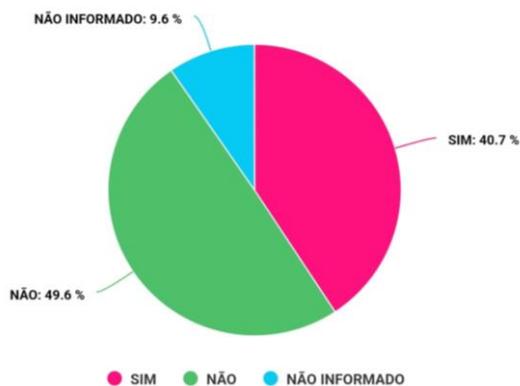


Figura 11. Presença de comorbidades nos indivíduos da amostra.

Dentre as comorbidades dos indivíduos que as possuem, destacaram-se, em ordem decrescente de frequência absoluta: hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 31 indivíduos; diabetes e tabagismo, com 12 indivíduos cada; etilismo, 8 indivíduos; dislipidemias, 7 indivíduos; uso de anticoncepcionais, sedentarismo e doença cardíaca, com 2 indivíduos cada (Figura 12).



Figura 12. Comorbidades dos sujeitos da amostra.

Quanto aos resultados do histopatológico, 82,2% da amostra desse estudo não informou sobre esse aspecto (seja por não ter ido à consulta de retorno para levar o resultado do exame, seja pelo resultado ainda não estar

disponível), 16,3% vieram com ausência de malignidade e correspondem a CBC e CEC, 1,4% (Figura 13). As porcentagens anteriores podem ser explicadas, em parte, pelo fato de que, entre os indivíduos analisados, apenas 21,5% voltaram para receber o resultado do histopatológico, seguindo a recomendação médica, enquanto um total de 78,5% não o fez (Figura 14).

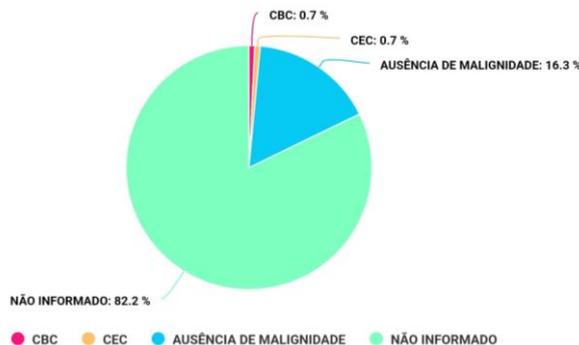


Figura 13. Resultados do histopatológico considerando o total da amostra.

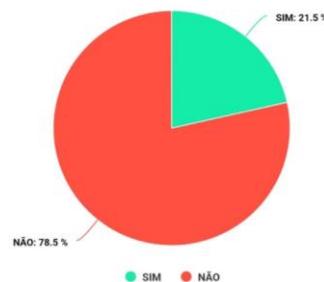


Figura 14. Percentual da amostra geral que retornou para recebimento de resultado do exame histopatológico.

Dentre os que retornaram, a maioria (81,5%) apresentava ausência de malignidade, enquanto 7,4% apontavam para a presença de tumor maligno, e um total de 11,1% não teve acesso ao resultado do exame por indisponibilidade do mesmo (Figura 15).

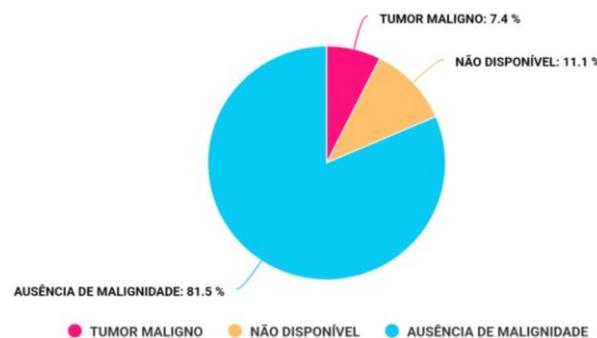


Figura 15. Resultado do histopatológico dentre os indivíduos que retornaram.

Dentre os casos analisados, 67,4% não possuíam sinais indicativos de malignidade, porém 32,6% possuíam (Figura 16). Dentre os pacientes com lesões sugestivas para malignidade, 70,5% não retornaram para o recebimento do resultado do histopatológico, apenas 29,5% o fizeram (Figura 17). Dentre os que

voltaram para o recebimento do resultado e procedimentos subsequentes, em 72,7% a malignidade foi descartada, em 9,1% dos casos foi confirmada e em 18,2% o resultado ainda estava indisponível (Figura 18).

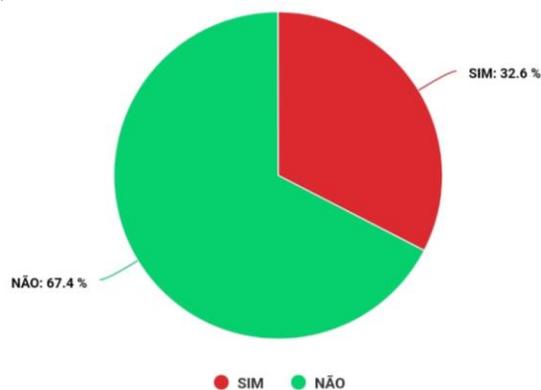


Figura 16. Lesões com sinais indicativos de malignidade.

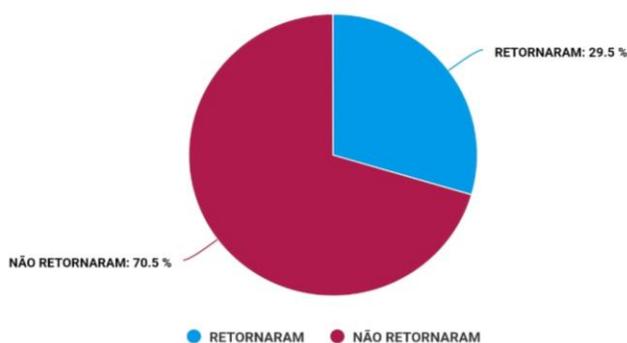


Figura 17. Pacientes com lesões sugestivas de malignidade que retornaram para recebimento de resultado do exame histopatológico.



Figura 18. Resultado de histopatológico quanto à malignidade dentro dos pacientes com lesões sugestivas.

4. DISCUSSÃO

Nossos achados mostram uma prevalência do sexo feminino (63,7%) no número de pacientes atendidos e submetidos a procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, o que condiz com a literatura. Estudos que, assim como o presente trabalho, analisaram o perfil epidemiológico de pacientes cirúrgicos, também apontaram para predominância do sexo feminino, que varia de 55 a 62%^{1, 10, 15, 19}.

O perfil predominante dos pacientes analisados

consiste, quanto a etnia e faixa etária, a pardos (64,3%) com pico entre os 51 e 60 anos de idade (20%). Em se tratando da cor, nossos resultados estão em concordância com o encontrado na literatura (69%), e até em uma porcentagem bem similar. Já em relação à idade, os demais estudos tiveram subdivisões etárias distintas da realizada no presente trabalho, mas, em geral, houve estudos em que os dados apoiam os nossos resultados e outros que vão de encontro ao que encontramos após processamento dos dados, apontando para uma população mais velha, entre a 7ª e a 8ª década de vida^{1, 10, 19}.

Decorrente da ocupação, a maioria dos pacientes da amostra tinha exposição ao sol (20,7% dos que tinham informações acerca desse tópico, que corresponde a 7,6% da amostra total) e a topografia da lesão de maior prevalência foi a face (31%), justamente uma área foto-exposta. Taxas semelhantes quanto à exposição solar, que constitui um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer cutâneo, foram encontradas em literatura atual (6,3%), bem como quanto à localização mais frequente das afecções de pele que levaram os pacientes a procurarem o serviço de saúde (variam de 33,4% a até 51,72%). Recorreram ao serviço de saúde, pacientes nos quais as lesões surgiram predominantemente em um intervalo maior que um ano até cinco anos (40,7%). No que tange essa variável, não foram encontrados estudos atuais que a pesquisaram, tornando a presente pesquisa um importante subsídio para futuras produções acadêmico-científicas, por trazer dados atualizados acerca de uma variável importante, que pode suscitar questionamentos relevantes quanto ao tempo que a população espera para procurar o serviço especializado e quanto ao que isso interfere no prognóstico em caso de neoplasias^{1,10,19}.

Apenas 12,8% dos participantes desse estudo possuíam história prévia dermatológica, sendo a afecção mais comum a varicela (38,1%), no período da infância. A literatura apresenta prevalência maior que a encontrada nesse estudo (23,9%), e a afecção enfatizada foi a presença de câncer não especificado. No tocante à história familiar, somente 9,1% apresentaram-na positiva, sendo as afecções dermatológicas mais relatadas, as lesões semelhantes às que motivaram o paciente à consulta (36,4%), seguidas por câncer cutâneo NE em 27,3% desses casos. Quanto aos antecedentes familiares, a prevalência já foi muito próxima à encontrada nesse estudo (8,9%), mas divergiu quanto à afecção mais frequente: o enfoque maior foi para os cânceres cutâneos e os não especificados¹⁹.

Um total de 40,7% dos indivíduos analisados apresentava comorbidades, por vezes mais de uma, sendo a mais relevante a hipertensão arterial sistêmica (HAS), com um percentual correspondente a quase 22,9%. Nos demais estudos analisados, a comorbidade mais relatada também foi a HAS, com um percentual também próximo aos 20%^{10, 19}.

Dentre os indivíduos analisados, apenas 21,5%

seguiram a recomendação médica e retornaram para recebimento de resultado do anatomopatológico e posteriores condutas. Desse total, 7,4% dos resultados indicaram malignidade. Possuíam sinais de malignidade, seguindo o ABCDE do câncer de pele (“A” relativo à presença ou não de assimetria, “B” quanto à regularidade ou não das bordas da lesão, “C” quanto à presença de apenas uma ou de mais cores na lesão, “D” relativo ao diâmetro ser menor ou não que 6 mm e “E” quanto à evolução clínica da afecção – aparecimento de prurido, de sangramento, presença de crescimento rápido ou alguma alteração da forma), 32,6% das lesões dos casos analisados. Dentre elas, apenas 29,5% dos pacientes retornaram para o recebimento do histopatológico e em 9,1% desses casos houve confirmação de malignidade. Uma estatística de quantos pacientes retornam para receber o resultado da biópsia não foi encontrada na literatura, entretanto, quanto à confirmação de malignidade pelo exame, os resultados não são consenso. Na maioria dos estudos, a taxa de malignidade é menor que a de achados benignos (variando de 1,4% até 22,5%), assim como foi encontrado neste trabalho. No entanto, há estudos em que a malignidade chegou a 95,5%, com destaque para o CBC que correspondia sozinho a 67,2%^{1, 10, 14, 19, 22}.

5. CONCLUSÃO

A partir desse estudo, conclui-se que uma minoria dos pacientes retorna para receber o resultado do histopatológico. Os que voltam, seguindo a recomendação médica, ainda enfrentam entres como a indisponibilidade do resultado. Felizmente, dentre os pacientes que voltaram para consulta para recebimento do histopatológico e consequentes procedimentos, em apenas 7,4% foram confirmados a malignidade da lesão, enquanto 81,5% apresentaram diagnósticos que apontavam para ausência de malignidade.

Entretanto, com base nos dados coletados, cerca de 32,6% das lesões apresentavam alguma característica sugestiva de malignidade e apenas 29,5% dos pacientes portadores dessas lesões retornaram para receber o resultado do histopatológico. Dentre eles, 9,1% tiveram a malignidade da lesão confirmada, percentual maior que para a amostra geral do estudo. Isso reforça a necessidade do retorno para recebimento do resultado, para garantir melhor prognóstico para o paciente e, assim, menor necessidade para a Saúde Pública de tratamentos mais caros para quadros mais graves.

Tendo em vista esse cenário, vê-se a necessidade de realizar ações de conscientização, como campanhas de conscientização, com distribuição de informativos e realização de palestras, acerca da importância da consulta de retorno para análise do resultado do histopatológico e seguimento do cuidado do paciente.

Além disso, tendo em vista que o paciente não tem acesso ao resultado de seus exames via internet esse fato foi entendido como um dificultador da continuidade do tratamento dos pacientes em questão, visto que, mesmo em caso de afecção benigna, apenas

o procedimento cirúrgico ao qual foi submetido pode não ser suficiente para a resolutividade da doença.

Ademais, esse trabalho traz informações atualizadas acerca do câncer cutâneo em diversos aspectos, alguns inclusive não tão discutidos na literatura, o que torna essa pesquisa uma fonte para estudos acadêmico-científicos e uma contribuição com os dados obtidos para a elaboração de políticas de conscientização, prevenção e combate ao câncer de pele por parte do Poder Público e da sociedade civil organizada.

6. REFERÊNCIAS

- [1] Alcântara MT, Braga RSN, Moreira ML, *et al.* Prevalência de lesões de pele e subcutâneo em serviço de cirurgia ambulatorial. *Revista Interdisciplinar Ciências Médicas* 2020; 4(1).
- [2] Azulay, RD. *Dermatologia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
- [3] Brasileiro Filho, G. *Bogliolo, patologia*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.
- [4] Governo Federal. INCA: Instituto Nacional de Câncer. Câncer de pele melanoma. [acesso 04 jun. 2022] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma>.
- [5] Governo Federal. INCA: Instituto Nacional de Câncer. Câncer de pele. [acesso 03 jun. 2022] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele>.
- [6] Governo Federal. INCA: Instituto Nacional de Câncer. Câncer de pele: saiba como prevenir, diagnosticar e tratar. [acesso 04 jun. 2022] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/noticias/cancer-de-pele-saiba-como-prevenir-diagnosticar-e-tratar>.
- [7] CFM: Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1886/2008, de 21 de novembro de 2008. [acesso 03 jun. 2022] Disponível em: <https://brascrs.com.br/src/uploads/2021/06/resolucao-cfm-no-1886-de-2008-%E2%80%93-93-cirurgias-de-curta-permanencia-de-internacao.pdf>.
- [8] SOBRACAM: Sociedade Brasileira de Cirurgia Ambulatorial. *Cirurgia Ambulatorial*. [acesso 03 jun. 2022]. Disponível em: <http://www.sobracam.com.br/cirurgia-ambulatorial/>.
- [9] Dias AS, Martinez MC, Stradiotto MF, *et al.* Relato de caso de um paciente do sexo masculino com carcinoma espinocelular invasivo. *Revista Corpus Hippocraticum* 2019; 11(2).
- [10] Figueiredo GC, *et al.* Perfil epidemiológico de pacientes com lesões de pele atendidos em uma instituição de saúde da região do Campo das Vertentes, Minas Gerais. *Brazilian Journal Health Review* 2023.
- [11] Hall JE. *Guyton & Hall: Tratado de Fisiologia Médica*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
- [12] Instituto Nacional Do Câncer (Brasil). *Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- [13] Kumar V, Abbas AK, Aster JC. *Patologia Básica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.
- [14] Lima RB, *et al.* Relato da experiência da realização de pequenos procedimentos em dermatologia em Hospital Universitário. *Medicina* 2018; 51(3).
- [15] Monteiro GT, Cotta CP, Schumiguel LM, *et al.* Cirurgia ambulatorial em hospital escola na perspectiva do paciente. *Revista SUSTINERE* 2021; 9(2).
- [16] Neto FC, Cucé LC, Reis VMS. *Manual de Dermatologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Manole; 2019.
- [17] Governo Federal. INCA: Instituto Nacional de Câncer.

Piauí e Teresina - estimativa dos casos novos. [acesso 03 jun. 2022] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/piaui-teresina>.

- [18] Rivitti EA. Dermatologia de Sampaio e Rivitti. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2018.
- [19] Teixeira MA. Perfil epidemiológico social dos pacientes com suspeita de câncer de pele atendidos no ambulatório de dermatologia do hospital universitário de Brasília. Universidade de Brasília 2022.
- [20] Vieira SC, Valença RJDV, Fontinele DRDS, *et al.* Prevenção e Diagnóstico do Câncer. Teresina: Universidade Estadual do Piauí – EdUESP; 2022.
- [21] SBRT: Sociedade Brasileira de Radioterapia. Projeto RT 2030. São Paulo: Sociedade Brasileira de Radioterapia; 2021.
- [22] SBD-RS: Sociedade Brasileira de Dermatologia Seção RS. Autoexame do ABCDE ajuda no diagnóstico de câncer de pele melanoma. [acesso 31 mar. 2023] Disponível em: <https://sbdrs.org.br/autoexame-do-abcde-ajuda-no-diagnostico-de-cancer-de-pele-melanoma/>.