

CÂNCER DE PELE: CONHECENDO E PREVENINDO A POPULAÇÃO

META SKIN CANCER: KNOWING AND PREVENTING POPULATION

Simara Silva Bomfim¹, Ani Cátia Giotto², Anna Gabriella e Silva³.

Como citar:

Bomfim SS, Giotto AC, Silva AG. Câncer de pele: conhecendo e prevenindo a população. Rev. Cient. Sena Aires.2018; 7(3): 255-9.

RESUMO

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil. Essa doença apresenta diferentes linhagens: câncer de pele não melanoma (CPNM) e o tipo melanoma (MC) sendo esses os tipos mais comuns. O CPNM é o mais frequente e trata-se de um tumor de crescimento lento, localmente invasivo e de bom prognóstico se tratado de forma adequada e oportuna, todavia a demora no diagnóstico pode levar a ulcerações e deformidades físicas graves. Esse estudo constitui uma revisão integrativa da literatura, com foco sobre o tema a ser estudado; avaliação dos dados aplicando critérios de inclusão e exclusão; análise dos dados extraído das fontes primárias as características da amostra e método. A exposição aos raios ultravioletas pode causar alterações no DNA dos melanócitos resultando no risco de carcinogênese em nevos melanócitos na infância. O período da infância e a adolescência são considerados períodos críticos de vulnerabilidade aos efeitos da exposição solar. Esse comportamento pode levar ao desenvolvimento do câncer não melanoma ou do melanoma maligno na vida adulta. Foi constatado que o índice de câncer de pele é maior em pacientes com idade superior a 60 anos do que em jovens, pois apresentam um número maior de lesões. Porém é importante abordar o assunto sobre o desenvolvimento da neoplasia ainda na infância, e as medidas adequadas de fotoproteção

Descritores: Câncer de pele; melanoma cutâneo; neoplasia

ABSTRACT

Skin cancer is the highest incidence in Brazil. This neoplasm presents different lineages, non-melanoma skin cancer (NSCLC) and melanoma type (MC), these being the most common types. NSCLC is the most frequent; it is a slow-growing, locally invasive tumor with a good prognosis if it is treated properly and in a timely manner, however delay in diagnosis can lead to severe ulcerations and physical deformities. It is an integrative review of the literature, for this review, it was considered the identification of the problem and objective; analysis of the literature focusing on the subject to be studied; evaluation of data applying inclusion and exclusion criteria; analysis of the data extracting from the primary sources the characteristics of the sample and method. Exposure to UVR can cause changes in melanocytic DNA resulting in the risk of carcinogenesis in melanocytic nevi in childhood. The period of childhood and adolescence is considered a critical period of vulnerability to the effects of sun exposure. This behavior may lead to the development of nonmelanoma cancer or malignant melanoma in adult life. It was verified that the skin cancer index is higher in patients over 60 years old than in young people, since they present a greater number of lesions. However, it is important to address the issue of the development of childhood neoplasia and appropriate photoprotection measures.

Descriptors: Skin cancer; cutaneous melanoma; neoplasia.

REVISA

¹Acadêmica de fisioterapia.
Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Goiás, Brasil.
simara.s.bomfim@gmail.com

² Bióloga. Doutora em Botânica.
Faculdade de Ciências e Educação
Sena Aires. Goiás, Brasil.
ani@senaaires.com.br

³ Fisioterapeuta. Especialista.
Anhanguera. Distrito Federal, Brasil.
annagabriella@senaaires.com.br

Recebido: 10/03/2018
Aprovado: 15/05/2018

REVISA

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é a neoplasia de maior incidência no Brasil. Essa neoplasia apresenta diferentes linhagens: câncer de pele não melanoma (CPNM) e o tipo melanoma (MC) sendo esses os tipos mais comuns. O CPNM é o mais frequente, trata-se de um tumor de crescimento lento, localmente invasivo e de bom prognóstico se tratado de forma adequada e oportuna, todavia a demora no diagnóstico pode levar a ulcerações e deformidades físicas graves. O tipo melanoma é o menos frequente e o mais grave, detectado em 4% dos pacientes; nas fases iniciais é curável, mas, sem tratamento, pode implicar no surgimento de metástases que causam elevada mortalidade.¹

Inúmeras causas apontam os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele: quantidades de nevos, cor de pele branca, exposição solar excessiva, história familiar de câncer de pele, história de neoplasia maligna. A exposição solar desprotegida cumulativa ou intensa com queimadura favorece o desenvolvimento do câncer, em especial quando ocorrem nas primeiras décadas de vida.¹⁻³

A efetiva proteção solar compreende em várias medidas, entre as quais roupas adequadas e o uso de filtros solares. Nesse sentido, existem três níveis de programas de prevenção: a primária, que previne sobre riscos de determinada enfermidade, a secundária, que consiste no diagnóstico precoce, e a terciária que previne deformidades, recidivas e morte.⁴

O diagnóstico precoce tem papel fundamental para a melhora do prognóstico e redução da neoplasia. Essa identificação de fenótipos de risco pode ser favorável em ações de saúde pública visando às prevenções primária e secundária.⁸ Esse estudo teve como objetivo sensibilizar a população em relação aos riscos do câncer de pele e orientar sobre as práticas de fotoproteção.

MÉTODO

Para elaboração deste estudo de revisão integrativa, realizou-se análise da literatura com foco sobre o tema câncer de pele. A avaliação dos dados utilizou como critério de inclusão o período de publicação entre 2011 e 2018 de artigos em língua portuguesa e como critérios de exclusão os artigos repetidos, artigos não acessíveis em texto completo, resenhas, anais de congresso, artigos de reflexão, artigos de opinião, editoriais, artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo e artigos publicados antes do ano de 2011.

A busca e análise de artigos ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2018. As bases de dados de literatura científica e técnica consultadas foram a Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram selecionados 20 artigos inicialmente, mas depois de analisados utilizou-se 10 artigos. Os descritores pesquisados “câncer de pele”, “melanoma cutâneo” e “neoplasia” foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exposição à radiação ultravioleta pode causar alterações no DNA dos melanócitos resultando no risco de carcinogênese em nevos melanócitos na infância. O período da infância e a adolescência são considerados críticos em relação à vulnerabilidade aos efeitos da exposição solar. Esse comportamento

de exposição durante estes períodos da vida pode levar ao desenvolvimento do câncer não melanoma ou do melanoma maligno na vida adulta.²

Pacientes mais idosos apresentam grande número de lesões se comparados com jovens, demonstrando a relevância do fator acumulativo. A faixa etária de pessoas acima de 60 anos é a mais acometida pelo câncer de pele.³

Campanhas podem auxiliar na prevenção de neoplasia de pele. Médicos voluntários, por exemplo, realizaram exame dermatológico completo no Piauí e preencheram formulários com dados de todos os pacientes (sexo, idade, cor, proteção solar, história pessoal ou familiar de câncer de pele e diagnóstico provável)⁴. Em dois anos, foram realizados 1.141 exames dermatológicos, dos quais 122 (10,7%) tiveram o diagnóstico de câncer de pele.⁴

É possível fazer algumas observações em razão de fatores de prognósticos clínicos e idades superiores a 60 anos estão ligadas a um pior parecer. Essa informação é válida tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Em estudo com 56 pacientes que tinham menos que 60 anos, observou-se que a sobrevivência foi de 71,4% e dos 26 que tinham mais que 60 anos, 65,4% estavam vivos no final do período estudado.⁵

Além de pacientes com mais de 60 anos serem os mais afetados pela neoplasia, diversos outros fatores influenciam o desenvolvimento da patologia, tais como, pele clara e áreas constantemente expostas ao sol, como face, região do nariz e região malar. Membros cobertos, como tronco e pernas tem incidência menor do que as demais regiões com grau de exposição mais elevado.⁶

É comum na sociedade atual a procura por pele bronzeada, principalmente entre as mulheres. Dentre os fatores que mais influenciam a construção dessa mentalidade, está a busca por um padrão de beleza que é diariamente exposto em meios de comunicação, principalmente entre a população mais jovem. Somado a isso, crenças populares de que o bronzeamento da pele evita futuras lesões, e traz benefícios a saúde, induz às pessoas a exposição inadequada aos raios solares.¹

A primeira linha de defesa contra os efeitos da radiação solar é o protetor solar. Ele contém elementos profilático e terapêuticos, contem moléculas que podem absorver, refletir ou dispersar a radiação ultravioleta (UV). Mesmo em dias nublados o uso do protetor solar é importante, pois a exposição a esses raios podem levar o desenvolvimento da patologia.¹

O Fator de Proteção Solar (FPS) foi desenvolvido como medida para indicar a eficácia do protetor solar, ou seja, quanto maior o FPS maior será a proteção da pele. O indivíduo que apresenta vermelhidão (eritema) na pele após 10 minutos de exposição solar quando utiliza filtro solar com FPS 15 irá desenvolver eritema apenas após 150 minutos de exposição solar (10 minutos x 15).²

Foram levantadas dúvidas sobre o uso do protetor solar como possível fator para a deficiência de vitamina D no corpo fazendo assim a redução da síntese de vitamina D ativa em 98% pelo uso de FPS 15. Entretanto, estudos concluíram que essa deficiência é insignificativa, uma vez que a vitamina D necessária é adquirida pela dieta. Além disso, mesmo que se aplique o protetor solar corretamente, essa aplicação não é de forma homogênea fazendo com que os UV penetrem na pele.²

A Sociedade Brasileira de Dermatologia desenvolveu o Consenso Brasileiro de Fotoproteção, primeiro documento oficial sobre fotoproteção elaborado no Brasil e destinado a brasileiros, apresentando recomendações sobre as questões envolvendo a fotoproteção devido às peculiaridades do território com heterogeneidade de climas e enorme miscigenação de sua população. O Consenso Brasileiro de Fotoproteção recomenda o uso do protetor solar e a reaplicação a cada duas horas ou após períodos longos de

imersão; Orienta a exposição solar no período entre 10 e 15 horas, e em algumas regiões brasileiras com o horário de verão até as 16 horas; Incentiva o uso de protetores individuais, e Aplicam medidas de promoção a saúde para a população.⁷

Quadro 1- Orientações básicas sobre medidas fotoprotetoras adaptadas do consenso brasileiro de fotoproteção. Goiás, 2017.

MEDIDAS FOTOPROTETORAS	ORIENTAÇÕES BÁSICAS
Filtro solar tóxico	Preferir filtros com FPS 30 ou mais e PPD > 12 resistentes à água e à transpiração, com boa qualidade e que não escorram nos olhos; Priorizar segurança, eficácia, benefício e custos; Escolher produto de amplo espectro adaptado ao tipo de pele; Aplicação diária e homogênea com reaplicações frequentes; Reforço na face (nariz e lábios), orelhas, nuca, ombros e mãos; Quantidade: aplicar 2mg/cm ² = 25g para 60-70 kg (ideal na face = 2g); Especial atenção em dias nublados porque 80-90% das radiações ultravioleta ultrapassam as nuvens.
Chapéu, boné ou viseira	Aba larga com cerca de 8 cm
Óculos de sol	Proteger olhos e pálpebras com lentes UVA e UVB.
Horário do dia	Reduzir ou evitar exposição solar das 10 às 16 horas; Evitar exposição ao ar livre sem protetor solar.
Sombras e coberturas	Permanência à sombra quando possível (sob árvores, guarda-sol ou outras coberturas) para reduzir exposição solar.

Fonte: Revista Brasileira de Educação Médica, 2014.⁷

A identificação de elementos comportamentais, fenotípicos e configuração de grupos de riscos são informações que permitem medidas sanitárias de prevenção primária na população.⁶ Além disso, estudos epidemiológicos aperfeiçoam campanhas de detecção, incentivam a promoção de programas educacionais nas escolas e comunidades, otimizam as ações de saúde pública e saúde do trabalhador.⁸ Conseqüentemente essas ações auxiliam na diminuição da morbidade e dos gastos do sistema de saúde pelo reconhecimento e tratamento precoce das lesões.⁸

Medidas de educação quanto à exposição solar intensa e desprotegida devem ser estimuladas, pois há evidências da participação da radiação ultravioleta no desenvolvimento do câncer de pele.⁸ As atividades de sensibilização sobre as medidas preventivas estão relacionada com o conhecimento sobre os horários de menor incidência de UVB, proteção profissional e no lazer, prevenção de queimaduras solares, uso de vestimentas adequadas e protetores solares.

CONCLUSÃO

O índice de câncer de pele é maior em pacientes com idade superior a 60 anos, pois apresentam número maior de lesões do que jovens. Porém é importante abordar o assunto sobre o desenvolvimento da neoplasia ainda na infância e nesse período iniciar as medidas adequadas de fotoproteção. Essa fase é considerada o período de vulnerabilidade em relação aos efeitos da exposição solar. Muitas pessoas desconhecem a importância das medidas

preventivas. Algumas medidas são primordiais para minimizar e diminuir a chance futura do desenvolvimento da neoplasia. Os devidos cuidados com a radiação solar permanecem como principal medida contra o câncer de pele.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira DS, Silva BR, Macedo CL, Oliveira AP, Quirino MD, Camargo CL. Conhecimento e prática acerca da prevenção do câncer de pele: um estudo com adolescentes. *rev. bras. med.* 2013; 70(10).
2. Criado PR, Nakano MJ, Prado OZN. Fotoproteção tópica na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria.* 2012; 88(3): 203-10.
3. Silva AK, Santos FG, Haeffner LSB, Budel F. Câncer de pele: demanda d um serviço de dermatologia de um hospital terciário. *Revista Saúde.* 2012; 38(2).
4. Bandeira LR, Barros BP, Parente AI, Soares LLR, Lopes FLL. Detecção precoce do câncer de pele: experiência de campanha de prevenção no Piauí-Brasil. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.*2012; 25(2): 221-7.
5. Batista FRB, Bonetti TC. Sobrevida de pacientes com melanoma cutâneo na região oeste de Santa Catarina-SC. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2012; 58(4): 647-53.
6. Nigro MHMF, Brandão LSG, Coelho APCP, Motta LM. Estudo epidemiológico do carcinoma basocelular no período de 2010 a 2013 em um hospital de referência em dermatologia na cidade de Bauru. *Surgical & Cosmetic Dermatology.* 2015;7(3):232-5.
7. Puriml KSM, Wroblevskil FC. Exposição e Proteção Solar dos Estudantes de medicina de Curitiba. *Sun Exposure and Protection among medical Students in Curitiba.* *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2014; 38(4): 477-85.
8. Pessoa CV, Miot HA. Prevalência de lesões cutâneas actínicas em pacientes com carcinoma basocelular do segmento cefálico: um estudo caso-controle. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012; 58(2): 188-96.
9. Bastos JCS, Piñeiro MJM, Moraes FMB. Melanoma desmoplásico associado a lesão lentiginosa intraepidérmica, com evolução de 10 anos: relato de caso e revisão bibliográfica. *An Bras Dermatol.* 2013;88(3):413-8.
10. Barella CS, BLANCO L, Yamane A. Análise dos dados epidemiológicos dos laudos de carcinoma espinocelular. *Revista Brasileira de Clínica Médica.* 2013; 43-7.