



Surgical & Cosmetic Dermatology

www.surgicalcosmetic.org.br/

Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele: análise da taxa de resolutividade dos tumores cutâneos diagnosticados durante as campanhas do Dezembro Laranja de 2022 e 2023, realizadas em Jundiaí

National Skin Cancer Prevention Campaign: analysis of the resolution rate of skin tumors diagnosed during the 2022 and 2023 Skin Cancer Awareness Month campaigns in Jundiaí, Brazil

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2025170422>

RESUMO

Introdução: Tumores malignos cutâneos são preveníveis e apresentam alta taxa de cura quando diagnosticados precocemente, resultando em redução da morbimortalidade. Assim, a identificação dos estágios iniciais do câncer permite tratar a doença de forma precoce, favorecendo um melhor prognóstico.

Objetivo: Definir a eficácia da campanha Dezembro Laranja na identificação de casos prováveis de câncer de pele e sua taxa de resolutividade, considerando o tempo hábil para a resolução das lesões.

Método: Estudo transversal analítico retrospectivo, com características descritivo-quantitativas.

Resultados: Em 2022, o tempo transcorrido entre a biópsia e a cirurgia curativa variou de 94 a 218 dias, com mediana de 153 dias. Em 2023, esse intervalo variou de 12 a 249 dias, com mediana de 129 dias. Foi observada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,04$) entre os anos de 2022 e 2023 para a mediana do tempo entre a biópsia e a cirurgia.

Conclusão: Uma maior agilidade na realização de biópsias/cirurgias, além de uma melhor adesão dos pacientes ao tratamento, mostrou-se necessária.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas; Carcinoma Basocelular; Neoplasias Cutâneas; Promoção da Saúde; Tempo para o Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Cutaneous malignant tumors are preventable and have a high cure rate when diagnosed early, resulting in reduced morbidity and mortality. Early-stage cancer detection allows for timely treatment, leading to a better prognosis.

Objective: To evaluate the effectiveness of the “Skin Cancer Awareness Month” campaign in identifying potential cases of skin cancer and its resolution rate based on the time required for lesion treatment.

Method: A retrospective analytical cross-sectional study with descriptive-quantitative characteristics.

Results: In 2022, the time between biopsy and curative surgery ranged from 94 to 218 days, with a median of 153 days. In 2023, the time between biopsy and curative surgery ranged from 12 to 249 days, with a median of 129 days. A statistically significant difference ($p=0.04$) was observed between the years 2022 and 2023 in the median time from biopsy to surgery.

Conclusion: Improved efficiency in performing biopsies and surgeries, as well as enhanced patient adherence to treatment, was necessary.

Keywords: Carcinoma; Carcinoma, Squamous Cell; Skin Neoplasms; Health Promotion; Time-to-Treatment.

Artigo Original

Autores:

Isabella Melo Pompei¹
Célia Antônia Xavier de Moraes Alves¹
Annamaria Piovezan Lorenção¹
Bruna Mendes Almeida¹
Juliana Arêas de Souza Lima Beltrame
Ferreira¹
Luciano Melo Pompei²

¹ Faculdade de Medicina de Jundiaí, Dermatologia, Jundiaí, São Paulo (SP), Brasil

² Faculdade de Medicina do ABC, Ginecologia, São Paulo (SP), Brasil

Correspondência:

Isabella Melo Pompei
E-mail: pompei.bella@gmail.com

Número do protocolo de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa: 68423723.1.0000.5412

Fonte de financiamento: Nenhuma.
Conflito de interesses: Nenhum.

Data de submissão: 16/11/2024
Decisão final: 05/06/2025

Como citar este artigo:

Pompei IM, Alves CAXM, Lorenção AP, Almeida BM, Ferreira JASLB, Pompei LM. Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele: análise da taxa de resolutividade dos tumores cutâneos diagnosticados durante as campanhas do Dezembro Laranja de 2022 e 2023, realizadas em Jundiaí. Surg Cosmet Dermatol. 2025;17:e20250422.



INTRODUÇÃO

Os tumores malignos de pele, como o carcinoma basocelular (CBC), o carcinoma espinocelular (CEC) e o melanoma, apresentam elevada incidência entre os cânceres no Brasil e no mundo. Entre todas as neoplasias malignas, o câncer de pele não melanoma é o tipo mais frequente em ambos os sexos.¹ Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), aproximadamente 30% dos tumores malignos são neoplasias cutâneas, e a estimativa é de que o diagnóstico de novos casos aumente nos próximos anos, isto é, cerca de 180 mil casos novos/ano.^{2,3} O aumento das taxas anuais de incidência destaca a tendência de aumento da prevalência dessa condição, não apenas devido ao fato da elevação global da expectativa de vida, mas principalmente pela combinação entre melhor capacidade diagnóstica e maior tempo de exposição a fatores de risco, como a exposição à radiação ultravioleta. A elevação expressiva dos casos de tumores cutâneos deve servir de alerta ao sistema de saúde, bem como de incentivo à implementação de novas medidas para rastreamento e diagnóstico precoce das neoplasias dermatológicas.^{4,5,6}

Os tumores cutâneos, de forma geral, são ocasionados pela proliferação anormal e descontrolada de células que compõem a pele. De acordo com as camadas acometidas, pode-se definir os diferentes tipos de tumores. Os três tipos de câncer de pele mais comuns são, em ordem decrescente, o CBC, o CEC e o melanoma.⁷ O CBC, originado nas células basais da pele e seus apêndices, acomete principalmente a zona H da face, sendo que cerca de 70% dos casos localizam-se na face e na cabeça, podendo também aparecer no tronco e nos membros. É caracterizado por crescimento lento e baixo risco de metástases e, assim, apresenta altos índices de cura quando descoberto precocemente.⁸ O CEC tem origem nas células escamosas da pele e pode acometer qualquer região do corpo, sendo mais comum em lábios, orelhas, couro cabeludo, áreas de inflamação crônica, cicatrizes e queimaduras.⁸ Já o melanoma é um tumor mais agressivo e letal, porém, felizmente, mais raro que os demais. Embora seu diagnóstico cause apreensão nos pacientes, quando realizado de forma precoce e assertiva, as chances de cura são de mais de 90%.^{9,10} Os fatores de risco para a gênese desse câncer já são bem estabelecidos, o que facilita a prevenção primária e a promoção em saúde por meio da conscientização da população sobre os comportamentos de risco, os sinais de alerta e a periodicidade da prevenção.

Assim, as neoplasias cutâneas tratam-se de uma doença prevenível quando ocorre redução ou eliminação da exposição aos agentes carcinogênicos, além da limitação da suscetibilidade individual aos efeitos destes agentes.¹¹ Além disso, sabe-se que os tumores malignos de pele, quando diagnosticados precocemente, apresentam alta taxa de cura, em torno de 90%, o que resulta em redução da morbimortalidade.^{9,10} Trata-se também de um tipo de câncer prevenível, sendo que o principal fator de risco é a exposição à radiação ultravioleta sem a utilização de fotoproteção. Dessa forma, com a identificação dos estágios iniciais da neoplasia, é possível tratar a doença ainda em estágio precoce, a fim de gerar o melhor prognóstico. Nesse ínterim, deve-se procurar

meios para a implementação de medidas de prevenção primária, incentivar a promoção de programas educativos nas escolas e comunidades, aumentar as campanhas de detecção precoce, melhorar a gestão terapêutica dos casos diagnosticados e reduzir a morbidade e os custos ao sistema de saúde através do reconhecimento precoce e do tratamento efetivo de lesões.⁴

No que se refere ao tratamento precoce do câncer de pele, é importante ressaltar que as campanhas de conscientização em saúde representam um avanço na forma de cuidar dos pacientes, englobando tanto a prevenção primária quanto a secundária. A prevenção primária é realizada em um período prévio à doença, ou seja, baseia-se em medidas inespecíficas de proteção contra riscos e danos, por meio da redução da exposição dos indivíduos a fatores de risco da doença, com o objetivo de diminuir sua ocorrência.¹² Já a prevenção secundária é uma ação desenvolvida quando a doença é subclínica ou está em estágio inicial. Apesar da incapacidade de modificar a predisposição genética, essa etapa possibilita a redução da exposição a fatores causadores do tumor.¹³

Nesse sentido, é de importância destacar a relevância das campanhas para a prevenção do câncer de pele. A Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele (CNPCP), criada pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em 2014, tem como objetivo a prevenção da neoplasia de pele por meio da promoção de saúde, com alertas, informação e conscientização da população, dentro da prevenção primária. A campanha atua também na prevenção secundária, baseada no diagnóstico precoce de potenciais lesões malignas da pele por meio do rastreamento. Dessa forma, possibilita tratamento rápido, redução da mortalidade e aumento da sobrevida dos pacientes.⁵

Atualmente, existem poucos estudos nacionais e/ou latino-americanos sobre a resolutividade de medidas de prevenção primárias e/ou secundárias adotadas no combate e tratamento do câncer de pele. Essa escassez de trabalhos recentes demanda uma melhor avaliação dos médicos dermatologistas, justificando a necessidade de avaliar a eficácia das medidas adotadas após o diagnóstico de um caso de neoplasia dermatológica, uma vez que a quantidade de pacientes com tumores cutâneos tende a aumentar cada vez mais, assim como os impactos e consequências da doença em suas vidas.

OBJETIVOS

Definir a eficácia da CNPCP em identificar casos prováveis de câncer de pele e a sua taxa de resolutividade com base no tempo hábil para resolução das lesões. Além disso, objetiva-se determinar o padrão epidemiológico encontrado nas CNPCPs de 2022 e 2023.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal analítico retrospectivo, com características descritivo-quantitativas. Foi realizado por meio da análise de fichas coletadas na CNPCP, no ambulatório

do Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, São Paulo. O tamanho da amostra correspondeu ao número máximo de participantes que os pesquisadores conseguiram abordar durante a CNPCP nos anos de 2022 e 2023, e que se enquadraram nos critérios de inclusão, resultando em um total de 158 pessoas. Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, além daqueles que apresentavam suspeita de diagnóstico de câncer de pele, avaliada pelos dermatologistas da FMJ. Foram excluídos os participantes que não concordaram com os termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMJ. Uma vez obtida a aprovação do CEP, a análise dos dados provenientes dos questionários preenchidos durante a CNPCP foi iniciada. Os dados obtidos foram organizados em planilhas eletrônicas do software Microsoft Excel® (Microsoft Corporation,® San Diego, USA). A análise estatística foi realizada por meio do plugin StatPlus® (AnalystSoft Inc.) para Excel, sendo os dados numéricos apresentados como média e respectivo desvio-padrão, além de mediana e intervalo interquartil (IIQ). A comparação entre os

anos de 2022 e 2023 foi realizada por meio do teste U de Mann-Whitney. O valor de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

O número total de indivíduos que participaram da CNPCP de 2022 e que atenderam aos critérios de seleção deste estudo foi de 44 participantes, sendo a maioria composta por 27 mulheres (61,4%), em comparação a 17 homens (38,6%). Já em 2023, 114 pacientes atenderam aos critérios de inclusão e foram direcionados para continuar a investigação, sendo que 71 mulheres representaram a maioria da amostra (62,3%) e 43 homens corresponderam a 37,7% (Tabela 1).

Em 2022, a faixa etária que mais participou do estudo foi a de 61-70 anos, com 17 participantes (38,6%), seguida pela de 71-80 anos, com 10 participantes (22,7%). Apenas dois pacientes (4,5%) apresentaram idade superior a 90 anos, e a menor representatividade do estudo foi da faixa etária inferior a 30 anos, com apenas um indivíduo (2,3%). Não houve nenhum participante com idade entre 30-40 anos. Em 2023, as incidências foram semelhantes, havendo apenas inversão entre as duas faixas etárias

TABELA 1: Dados dos participantes selecionados durante a CNPCP de 2022 (n = 44), a CNPCP de 2023 (n = 114) e a soma das duas CNPCPs (n = 158)

		2022		2023		Total	
		Nº absoluto	% (n = 44)	Nº absoluto	% (n = 114)	Nº absoluto	% (n = 158)
Sexo	Masculino	17	38,6	43	37,7	60	38,0
	Feminino	27	61,4	71	62,3	98	62,0
Faixa etária (em anos)	Menor que 30	1	2,3	3	2,6	4	2,5
	30-40	0	0,0	1	0,9	1	0,6
	41-50	4	9,1	5	4,4	9	5,7
	51-60	5	11,4	11	9,6	16	10,1
	61-70	17	38,6	23	20,2	40	25,3
	71-80	10	22,7	33	28,9	43	27,2
	81-90	5	11,4	21	18,4	26	16,5
	Maior que 90	2	4,5	17	14,9	19	12,0
Fototipo	1	1	2,3	10	8,77	11	7,0
	2	19	43,2	56	49,12	75	47,5
	3	13	29,5	27	23,7	40	25,3
	4	4	9,1	5	4,4	9	5,7
	5	1	2,3	2	1,7	3	1,9
	Sem dados	6	13,6	14	12,3	20	12,7
Antecedente pessoal de câncer de pele	Sim	13	29,5	NÃO AVALIADO		NÃO AVALIADO	
	Não	21	47,7	NÃO AVALIADO		NÃO AVALIADO	
	Sem dados	10	22,7	NÃO AVALIADO		NÃO AVALIADO	

CNPCP = Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele.

mais prevalentes: a maioria dos participantes tinha entre 71-80 anos, com 33 indivíduos (28,9%), seguida pela faixa de 61-70 anos, com 23 pacientes (20,1%). Além disso, houve aumento na quantidade de participantes com idade superior a 90 anos, totalizando 17 indivíduos (14,9%) (Tabela 1).

O fototipo mais acometido pelos tumores cutâneos, tanto em 2022 quanto em 2023, foi o fototipo 2, correspondendo a 19 (43,1%) e 56 participantes (49,1%), respectivamente, seguido pelo fototipo 3, com 13 (29,5%) e 27 (23,6%). No entanto, observou-se um grande número de registros sem essa informação: seis fichas (13,6%) em 2022 e 14 fichas (12,2%) em 2023, o que pode prejudicar a correta análise dos dados (Tabela 1). Em relação à história pessoal de câncer de pele, observou-se um elevado número de registros sem essa informação, totalizando 10 fichas (22,7%). A partir dos dados disponíveis, verificou-se que 21 pacientes (47,7%) não possuíam histórico pessoal da doença. Os dados de 2023 sobre antecedente pessoal de neoplasia não foram analisados neste estudo.

No tocante ao tipo de lesão de pele encontrado no exame dermatológico, em 2022, a maior parte das lesões era composta por CBC, com 25 casos (44,6%), seguida por queratose actínica (QA), com 10 casos (17,8%), e por CEC, com sete casos (12,5%). As lesões pigmentadas, sugestivas de melanoma, corres-

ponderam a um caso (1,7%). Vale destacar que, como alguns pacientes apresentavam mais de uma lesão, o número total de lesões é superior ao número de participantes. Em 2023, a maior parcela foi composta por lesões não neoplásicas, totalizando 41 casos (32,3%), seguida por CBC, com 29 lesões (22,8%), e por CEC, com 12 casos (9,4%). Nesse mesmo ano, não foi diagnosticada nenhuma lesão pigmentada sugestiva de melanoma (Tabela 2).

Com relação ao local onde as lesões foram encontradas, notou-se que, tanto em 2022 quanto em 2023, as proporções foram mantidas. No segmento cefálico, localizaram-se 28 casos (49,1%) em 2022 e 56 casos (45,1%) em 2023, representando quase a metade das lesões. No tronco, foram registradas 14 lesões (24,5%) em 2022 e 32 lesões (25,8%) em 2023. Já nos membros, os percentuais observados ficaram próximos, com 12 lesões (21,1%) em 2022 e 29 lesões (23,3%) em 2023 (Tabela 3).

Os casos avaliados com possíveis desfechos de neoplasias de pele foram direcionados à biópsia, a fim de definir o seguimento de cada paciente. Em 2022, apenas um paciente foi direcionado diretamente para seguimento clínico com 5-fluorouracil (2,3%), enquanto os outros 43 pacientes (97,7%) foram encaminhados à biópsia. Destes, seis (14,0%) perderam seguimento, 35 (81,3%) foram submetidos ao punch e apenas dois (4,7%) foram submetidos à exérese. Após o resultado da biópsia,

TABELA 2: Tipos de lesão diagnosticadas durante a CNPCP de 2022 (n = 56), a CNPCP de 2023 (n = 127) e a soma das duas CNPCPs (n = 183)

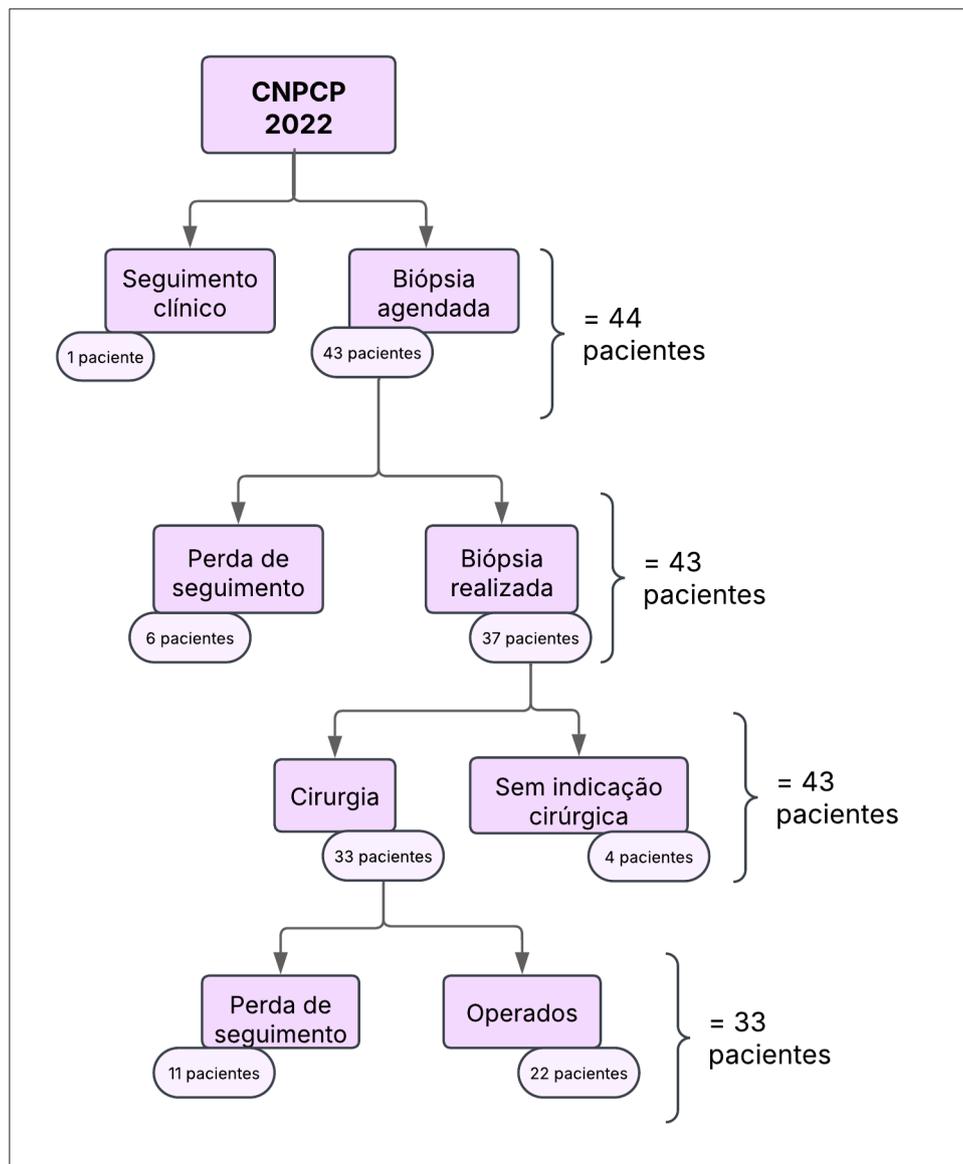
		2022		2023		Total	
		Nº absoluto	% (n = 56)	Nº absoluto	% (n = 127)	Nº absoluto	% (n = 183)
Lesion	BCC	25	44,6	29	22,8	54	29,5
	SCC	7	12,5	12	9,4	19	10,4
	Melanoma	1	1,8	0	0,0	1	0,5
	AK	10	17,9	16	12,6	26	14,2
	Others	7	12,5	41	32,3	48	26,2
	No data	6	10,7	29	22,8	35	19,1

CNPCP = Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele; CBC = carcinoma basocelular; CEC = carcinoma espinocelular; QA = queratose actínica.

TABELA 3: Localização das lesões diagnosticadas durante a CNPCP de 2022 (n = 57), a CNPCP de 2023 (n = 124) e a soma das duas CNPCPs (n = 181)

		2022		2023		Total	
		Nº absoluto	% (n = 57)	Nº absoluto	% (n = 124)	Nº absoluto	% (n = 181)
Local	Cabeça	28	49,1	56	45,2	84	46,4
	Tronco	14	24,6	32	25,8	46	25,4
	Membros	12	21,1	29	23,4	41	22,7
	Sem dados	3	5,3	7	5,6	10	5,6

CNPCP = Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele.



FLUXOGRAMA 1. Representação dos acontecimentos e respectivo número de pacientes submetidos a cada intervenção na CNPCP de 2022

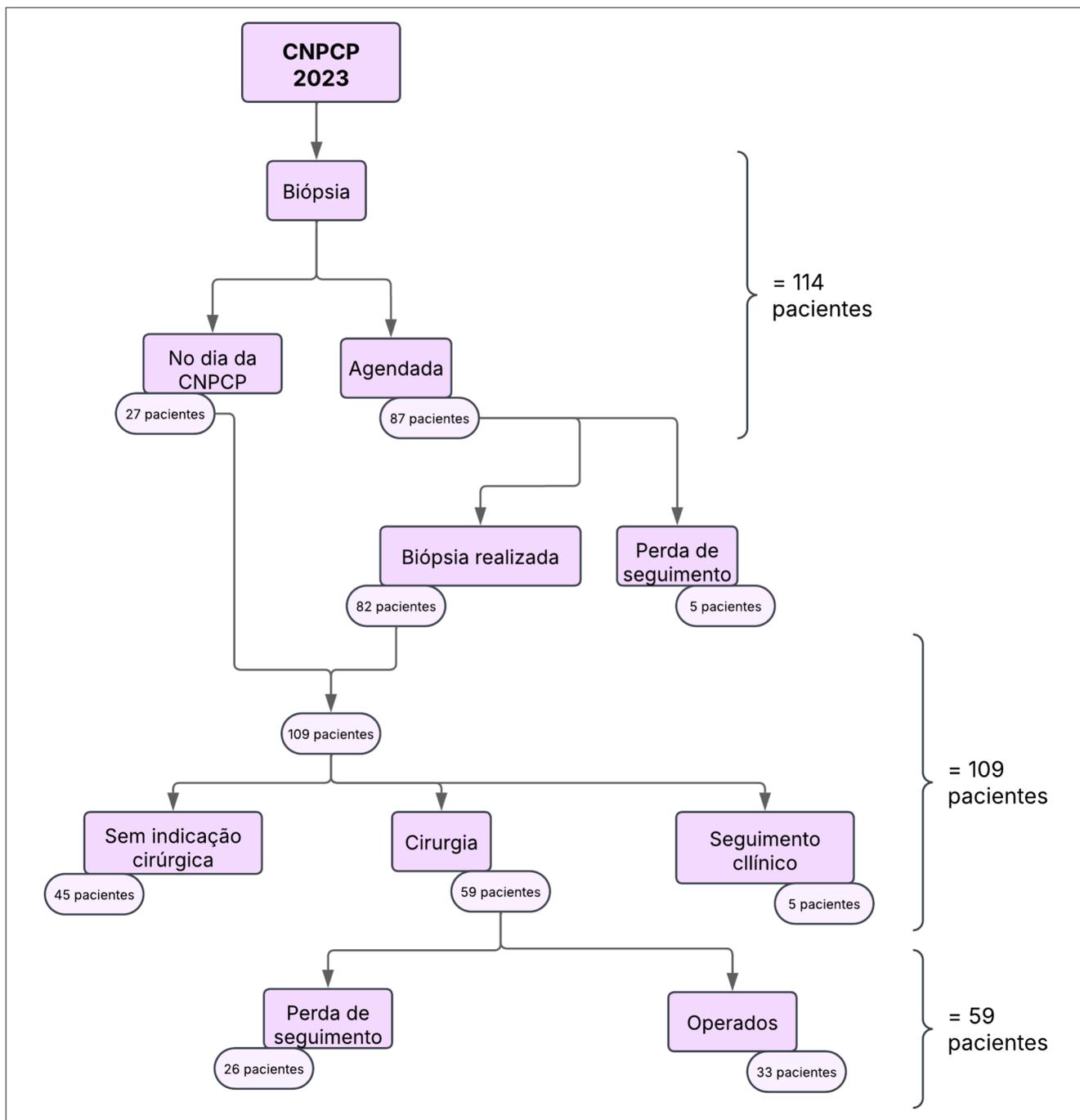
CNPCP = Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele.

quatro pacientes (9,3%) não apresentaram indicação cirúrgica, seis (14,0%) perderam seguimento e 33 (76,7%) tiveram cirurgia indicada e agendada (Fluxograma 1).

Em 2023, dos 114 pacientes, apenas cinco (4,4%) não compareceram no dia da biópsia. Entre aqueles que continuaram o acompanhamento, 38 (34,9%) foram submetidos a exérese e 71 (65,1%) ao punch. Após o resultado das biópsias, optou-se por seguimento clínico com cinco pacientes (4,6%); não houve indicação cirúrgica para 45 pacientes (41,3%), e os demais 59 (54,1%) foram encaminhados à cirurgia (Fluxograma 2).

Com relação ao tempo transcorrido entre a CNPCP de

2022 e a biópsia das lesões avaliadas no mutirão, o tempo variou de 34 a 100 dias, com média de 49,8 dias ($\pm 13,1$) entre os dois eventos e mediana de 47,0 dias (IIQ 40-53). Dos 37 pacientes com indicação de biópsia, 20 (54,1%) aguardaram entre 34 e 48 dias para ter essa etapa resolvida. Outros 11 pacientes (29,7%) levaram entre 49 e 62 dias, e apenas um (2,7%) aguardou mais de 90 dias (Gráfico 1A). Em 2023, entre a CNPCP e a biópsia das lesões avaliadas, o tempo variou entre 0 e 86 dias, com uma média de 39,2 dias ($\pm 26,2$) entre os dois eventos e mediana de 47,0 dias (IIQ 12-58). Dos 109 pacientes que compareceram na data agendada para a biópsia, 31 (28,4%) realizaram o procedi-



FLUXOGRAMA 2: Representação dos acontecimentos e respectivo número de pacientes submetidos a cada intervenção na CNPCP de 2023

CNPCP = Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele.

mento em menos de 20 dias. A maioria, 41 (37,6%), aguardou entre 39 e 57 dias, e apenas 10 (9,2%) levaram de 77 a 95 dias para submissão à biópsia (Gráfico 1B).

Uma grande diferença entre a CNPCP de 2022 e a de 2023 foi a realização de biópsias excisionais e punches no

mesmo dia. Ao todo, 27 pacientes (23,7%) realizaram o procedimento no mesmo dia do mutirão, sendo que 14 (48,3%) foram submetidos à biópsia excisional e os outros 15 (51,7%) ao punch. Entretanto, não foi observada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,1$) entre os anos de 2022 e 2023 para

CNPCP = Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele.

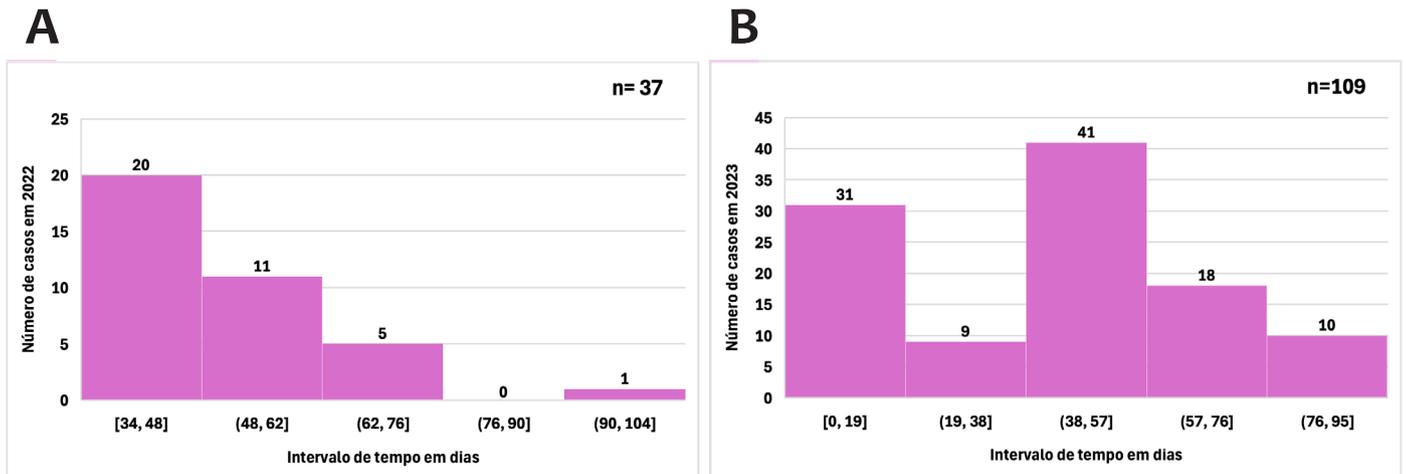


GRÁFICO 1: A - Distribuição dos casos em relação ao intervalo de tempo entre a CNPCP de 2022 e a realização da biópsia e **B** - Distribuição dos casos em relação ao intervalo de tempo entre a CNPCP de 2023 e a realização da biópsia

CNPCP = Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele.

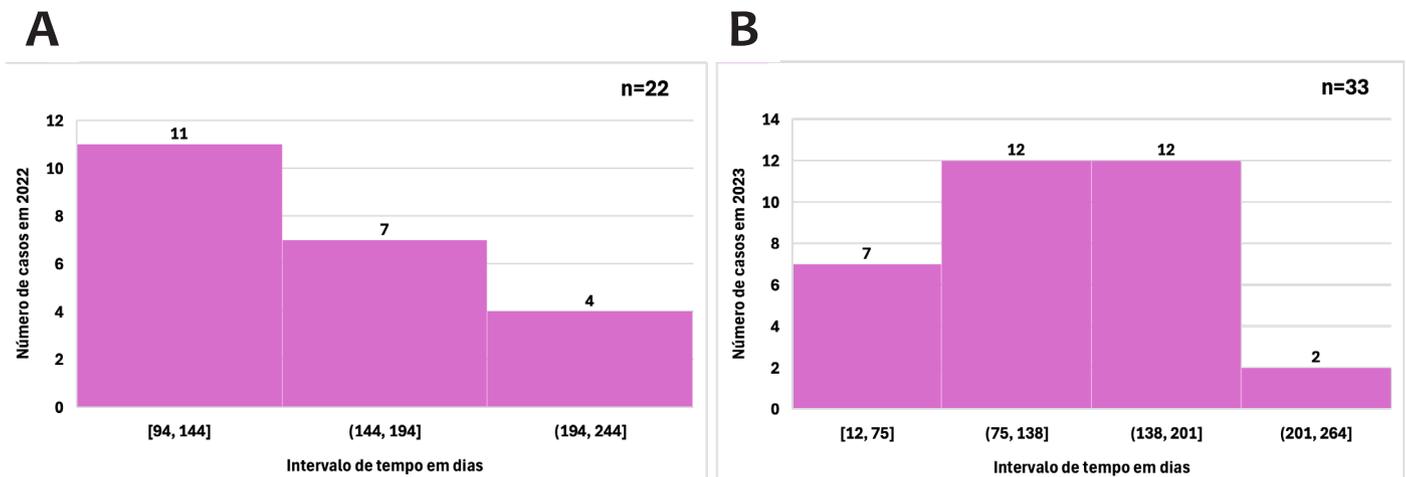


GRÁFICO 2: A - Distribuição dos casos em relação ao intervalo de tempo entre a biópsia e a cirurgia curativa, CNPCP 2022 **B** - Distribuição dos casos em relação ao intervalo de tempo entre a biópsia e a cirurgia curativa, CNPCP 2023

a mediana do tempo entre a CNPCP e a biópsia. Ao se avaliar o tempo transcorrido entre a biópsia das lesões identificadas na CNPCP de 2022 e a data da cirurgia dos pacientes com indicação formal de exérese, observou-se variação de 94 a 218 dias, com média de 152,8 dias ($\pm 40,3$) e mediana de 153,0 dias (IIQ 111,5-183,2). Dos 33 pacientes com indicação de cirurgia, 11 (33,3%) perderam seguimento e 22 (66,7%) foram operados e tratados. Entre os operados, 11 casos (50,0%) aguardaram entre 94 e 144 dias para a conclusão dessa etapa, enquanto quatro casos (18,9%) levaram mais de 194 dias para a

resolução (Gráfico 2A). Já em 2023, o tempo variou entre 12 e 249 dias, com uma média de 125,2 dias ($\pm 57,9$) entre os dois eventos e mediana de 129,0 dias (IIQ 91-172). Foi observada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,04$) entre os anos de 2022 e 2023 para a mediana do tempo entre a biópsia e a cirurgia. Dos 59 pacientes com indicação cirúrgica, apenas 33 (55,9%) foram operados, enquanto os outros 26 (44,1%) perderam seguimento. Entre os operados, sete (21,2%) obtiveram a cura em até 75 dias, e apenas dois (6,1%) levaram mais de 201 dias para a resolução (Gráfico 2B).

DISCUSSÃO

No presente estudo, foram coletados dados das CNPCPs de 2022 e 2023, com o objetivo de verificar se houve alguma modificação na taxa de resolatividade a partir da aplicação de medidas diferentes entre os 2 anos. É sabido que a maior parte das neoplasias malignas de pele acometem pacientes com idade mais avançada, principalmente a partir da quinta década de vida.^{8,14} Esse dado corrobora os resultados obtidos neste estudo, uma vez que 88,6% dos pacientes da CNPCP de 2022 e 92,1% dos de 2023 tinham mais de 50 anos. A maioria estava na faixa etária de 61-70 anos (38,6%) em 2022 e de 71-80 anos (28,9%) em 2023.

O câncer de pele é resultado do acúmulo de mutações geradas pelo fotodano e, assim, a quantidade de alterações celulares aumenta conforme a faixa etária se eleva.¹⁵ Dessa forma, explica-se o motivo de a incidência de neoplasias cutâneas ser proporcional à idade.

O tumor de pele foi descrito em algumas literaturas como mais prevalente em homens.^{6,8} Entretanto, estudos mais recentes têm mostrado uma inversão dessa prevalência, isto é, mais mulheres estão sendo diagnosticadas com CBC, CEC ou melanoma.^{3,14} No presente estudo, 61,4% dos pacientes em 2022 e 62,3% em 2023 eram mulheres, estando em consonância com a epidemiologia descrita por outros estudos atuais. Uma hipótese para essa inversão de prevalência é que, nas últimas décadas, houve uma valorização estética do bronzeado, que se tornou um padrão de beleza desejado pelas mulheres. Esse pensamento levou à disseminação de atividades ao ar livre e à exposição de maiores áreas de pele à radiação UV.^{16,17} Além disso, outro fator que poderia explicar essa alteração na incidência é a maior resistência dos homens em buscar os serviços de saúde. Soma-se a isso o fato de que as mulheres, em geral, apresentam maior atenção crítica e preocupação com a própria saúde.^{18,19}

Em relação ao fototipo da pele dos pacientes, a maioria dos pacientes – 75,0% em 2022 e 81,6% em 2023 – apresentou fototipo de Fitzpatrick baixo (1 a 3). Em 2022 e 2023, apenas 11,4% e 6,1%, respectivamente, foram classificados em Fitzpatrick 4 e 5. Este achado está de acordo com o esperado, já que peles claras apresentam risco de desenvolver carcinomas cutâneos de 10 a 20 vezes maior do que peles escuras.^{20,21} Isso se justifica pelo fato de o fototipo baixo ser um dos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele, pois apresenta menor quantidade de melanina (pigmento localizado na epiderme) e, assim, oferece menor proteção contra os raios ultravioleta, responsáveis por mutações cancerígenas.

Em 2022, os tipos de lesão mais prevalentes entre os participantes foram as neoplasias de pele e seus precursores. O CBC correspondeu a 44,6% das lesões, seguido pela QA (17,8%) e pelo CEC (12,5%). O melanoma representou menos de 2,0% dos casos. Esses achados estão em consonância com dados epidemiológicos de diversas regiões do Brasil e de outros países, além de refletirem o mesmo perfil observado nas CNPCPs de outras cidades.^{4,5,6,14} Por outro lado, em 2023, a maior parte das

lesões (32,3%) diagnosticadas em anatomopatológico eram afecções benignas não neoplásicas. Nesse ínterim, muitos pacientes com suspeita de neoplasia cutânea apresentaram outras afecções benignas, optando-se, portanto, por alta para 41,3% dos pacientes submetidos à biópsia. Vale destacar que, como alguns apresentavam mais de uma lesão, o número total de lesões é superior ao número de participantes.

Em 2023, a maior parcela das lesões era composta por afecções não neoplásicas, totalizando 41 casos (32,2%), seguida pelo CBC, com 29 casos (22,8%), e pelo CEC, com 12 casos (9,4%). No mesmo ano, não foi diagnosticada nenhuma lesão pigmentada sugestiva de melanoma. No que se refere à topografia das lesões, a região da cabeça foi a mais acometida (49,1% em 2022 e 45,2% em 2023), seguida pelos membros (24,6% em 2022 e 25,8% em 2023) e, por último, pelo tronco (21,1% em 2022 e 23,4% em 2023). Isso pode ser explicado pelo fato de a região da face ser menos protegida e mais fotoexposta, enquanto o tronco, muitas vezes, permanece coberto por vestimentas durante a maior parte do tempo, bloqueando, assim, a radiação UV.^{14,22}

Sobre os valores referentes à história pessoal progressiva de câncer de pele, avaliando-se apenas o ano de 2022, observou-se que 47,7% dos participantes negaram antecedente pessoal de neoplasia cutânea. Entretanto, vale ressaltar que uma parcela significativa das fichas (22,7%) não teve o campo “antecedente pessoal” preenchido, indicando que este é um item frequentemente ignorado ou esquecido pelos profissionais de saúde. Em outros estudos, essa variável também foi de difícil análise, uma vez que não houve o devido preenchimento.²³ Diante disso, a correlação entre a história pessoal de câncer de pele e o desfecho não pôde ser devidamente avaliada. Na análise comparativa entre as CNPCPs de 2022 e 2023, observou-se um aumento na indicação de prosseguimento da investigação de lesões suspeitas (seguimento clínico ou biópsia), com acréscimo de 70 pacientes (159,1%) encaminhados para continuidade do exame.

Em estudo nacional de Grana et al., publicado em 2024, relata-se que o incremento médio anual linear de casos incidiu acima da projeção esperada a partir de 2022, indicando um crescimento acelerado da ocorrência.⁶ Aqui, questiona-se a causa desse aumento. Como possíveis causas, a população pode ter se informado melhor sobre o problema e, assim, procurado mais ajuda, ou os critérios para prosseguimento da conduta podem ter sido mais abrangentes, a fim de não permitir que nenhuma lesão com o mínimo de suspeita passasse despercebida.

Sabe-se que a biópsia é o único método capaz de determinar o diagnóstico definitivo do câncer de pele.^{9,10,24} Dessa forma, os casos com suspeita de neoplasia identificados na CNPCP foram encaminhados à biópsia, a fim de confirmar o diagnóstico e estabelecer a conduta adequada.²⁵

Em relação ao procedimento realizado, a maioria dos pacientes foi submetida à biópsia por punch (81,3% em 2022 e 65,1% em 2023). A biópsia excisional garante a remoção completa da lesão e, nos casos em que as margens se apresentam

livres, o paciente pode ser considerado tratado. Quando há suspeita de melanoma, a biópsia excisional deve ser realizada sempre que possível.²⁶ Por outro lado, devido ao tamanho ou à localização, algumas lesões devem ser submetidas primariamente ao punch, devido aos seus potenciais efeitos no estadiamento e no prognóstico.^{26,27}

Neste estudo, também foi possível avaliar a taxa de adesão dos pacientes ao seguimento ambulatorial. Observou-se que um grande número de participantes perdeu seguimento, seja por deixar de comparecer ao ambulatório, seja por não se apresentar ao serviço para o qual havia sido encaminhado. As biópsias das lesões da CNPCP de 2022 começaram a ser realizadas em janeiro de 2023, dando-se prioridade a essas em detrimento das novas indicações do ambulatório de Dermatologia da FMJ. Apesar disso, 14,0% dos pacientes perderam seguimento logo no início da investigação, não comparecendo na data agendada para a biópsia.

Durante a CNPCP de 2023, novas medidas foram implementadas na tentativa de abreviar o tempo entre a suspeita e a resolução do quadro. Diferentemente do ano anterior, optou-se por iniciar as biópsias já na mesma data da CNPCP, o que provavelmente contribuiu para a redução expressiva do número de faltosos na data da biópsia, que caiu para apenas 4,4% dos pacientes. Além disso, com o intuito de agilizar o período entre a biópsia e a cirurgia curativa, outras especialidades médicas (pequenas cirurgias, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia torácica e cirurgia plástica), juntamente com médicos dermatologistas colaboradores da FMJ, auxiliaram na realização dos procedimentos, contribuindo, consequentemente, para a redução do tempo até a cura.

No tocante ao tempo transcorrido entre a CNPCP e a biópsia das lesões, em 2022, a média entre os eventos foi de aproximadamente 50 dias, enquanto, em 2023, a média caiu para cerca de 40 dias. Entretanto, as medianas foram iguais, não indicando diferença estatisticamente significativa entre os 2 anos. Dos pacientes com indicação formal de cirurgia, 33,3% não compareceram na data marcada para a realização do procedimento em 2022, e 44,1% em 2023. Além de evidenciar uma adesão deficitária ao plano de tratamento, esses dados revelam uma das dificuldades enfrentadas no presente estudo.

Com relação ao tempo decorrido entre a biópsia e a cirurgia curativa, em 2022, a média entre os eventos foi de aproximadamente 153 dias, enquanto, em 2023, a média caiu para aproximadamente 123 dias, demonstrando melhora em comparação ao ano anterior. Apesar de o tempo máximo ter sido maior em 2023 (249 dias) do que em 2022 (218 dias), a redução de 24 dias na mediana entre os dois eventos foi estatisticamente significativa, indicando maior eficácia do novo método adotado na CNPCP de 2023. Na literatura, não há um período definido entre a detecção do câncer e a realização do procedimento curativo. Entretanto, diversos estudos ressaltam a importância de uma resolução rápida, a fim de evitar a progressão da doença, o surgimento de metástases, a deformidade e de reduzir o custo do tratamento.^{5,9,10,28} O tempo de evolução do CBC e do CEC *in situ* para a forma invasiva é, em média, de 2 a 5 anos. Porém,

o tumor pode apresentar crescimento mais rápido e agressivo,^{28,29} além de não ser possível determinar a data exata de origem da lesão. Dessa forma, indica-se que a terapêutica curativa seja realizada o mais breve possível.

Avaliando o total de perda de seguimento entre a CNPCP de 2022 (38,6%) e a de 2023 (27,2%), observa-se que, apesar de ainda elevado, houve redução de 11,4 pontos percentuais, revelando maior adesão dos pacientes ao tratamento acordado. Algumas hipóteses que podem justificar as faltas, baseadas em outros artigos, incluem a falta de transporte por dificuldade de mobilidade ou ausência de condição financeira, o esquecimento das consultas e o longo período de espera até a resolução do problema. Essas situações merecem atenção e articulação com políticas de assistência social, uma vez que o absenteísmo provoca atraso e adiamento do diagnóstico e do tratamento.³⁰

Apesar de o tratamento cirúrgico ser a terapia de primeira linha para o tratamento definitivo dos tumores de pele, por apresentar menor taxa de recorrência, existem outros recursos terapêuticos para o CBC superficial em áreas de baixo risco.^{8-10,12,24,31} Os métodos ablativos cirúrgicos e as terapias tópicas (imiquimode ou 5-fluorouracil) podem ser utilizados em associação ou em sequência.^{32,33} Entretanto, entre 25 e 75% dos pacientes tratados com esses métodos alternativos necessitarão de retratamento em um prazo de 12 meses, devido à cancerização de campo e ao surgimento de novas lesões. Diante disso, sempre que possível, opta-se pelo tratamento cirúrgico.³³ Em vista do exposto, e garantindo a individualização das necessidades de cada paciente, na CNPCP de 2022, optou-se pelo seguimento clínico com terapia tópica (5-fluorouracil) para apenas um paciente, devido à idade avançada, múltiplas comorbidades e, consequentemente, baixa expectativa de vida. Em 2023, essa conduta foi adotada para cinco pacientes, pelos mesmos motivos.

Esta pesquisa está sujeita a pelo menos duas limitações. A primeira é que os dados do estudo não incluem uma amostra representativa de todos os municípios e estados, abrangendo apenas participantes do município de Jundiá nas CNPCPs de 2022 e 2023. Dessa forma, os dados não podem ser generalizados. Entretanto, os dados epidemiológicos obtidos estão em consonância com os estudos apresentados nas referências. Em segundo lugar, apesar das tentativas de contato com os pacientes que perderam seguimento, não foi possível identificar com precisão a causa do abandono do tratamento, o que pode interferir na acurácia da análise do desfecho. Ainda que não se saiba o motivo exato para a desistência de alguns participantes, percebe-se que, com as mudanças implementadas na CNPCP de 2023, promovendo biópsias e subsequentes cirurgias curativas de forma mais rápida, a taxa de absenteísmo foi reduzida de maneira eficiente.

CONCLUSÕES

Independentemente das limitações, com os dados obtidos no presente trabalho, pode-se concluir que, embora a CNPCP seja uma excelente forma de diagnóstico de lesões suspeitas de neoplasia de pele e de lesões neoplásicas em está-

gio inicial, seu impacto na redução da morbimortalidade ainda não se concretiza em sua totalidade. Podemos perceber que o tempo entre o diagnóstico e a resolução do caso é superior ao recomendado na literatura, existindo diversos motivos para isso. Assim, maior agilidade na realização de biópsias e cirurgias, bem como maior adesão dos pacientes ao tratamento, mostra-se necessária. Nota-se que, após o aperfeiçoamento realiza-

do na CNPCP de 2023, o tempo até a cura e o seguimento dos pacientes foram conduzidos de forma mais rigorosa e com maior êxito. A metodologia da CNPCP contra o câncer de pele ainda está longe de ser a ideal, mas, através de mudanças em padrões observados em estudos como este, pode-se ponderar sobre outras medidas capazes de tornar a CNPCP mais próxima da excelência. ●

REFERÊNCIAS:

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424.
2. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2019.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022.
4. Pessoa DL, Ferreira LP, Silva RS, Teixeira FFN, Abreu CB, Silva EHO, et al. Analysis of the epidemiological profile of non-melanoma skin cancer in the state of Roraima in the period from 2008 to 2014. *Braz J Hea Rev*. 2020;3(6):18577-90.
5. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Data analysis of the Brazilian Society of Dermatology skin cancer prevention campaign, 1999 to 2005. *An Bras Dermatol*. 2006;81(6):533-9.
6. Grana AG, Gonçalves HS, Barcaui CB, Talhari C, Miot HA. Trends on detecting malignant skin neoplasms during the national campaigns of skin cancer prevention (2000-2023). *An Bras Dermatol*. 2024;99(6):946-50.
7. Eufrásio LS, Lucena BCM, Almeida DKFH, Lima ESG, Souza KWDD, Silva APS, et al. Educação em saúde com campanhas nacionais de conscientização: porque toda informação importa! Julho a dezembro. Santa Cruz (RN): FACISA; 2022.
8. Rivitti EA. *Dermatologia de Sampaio e Rivitti*. 4th ed. São Paulo: Grupo a Educação; 2018. 1648 p.
9. National Comprehensive Cancer Network. Squamous cell skin cancer. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)*; 2022.
10. National Comprehensive Cancer Network. Basal cell skin cancer. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)*; 2022.
11. Cestari MEW, Zago MMF. Cancer prevention and health promotion: a challenge for the 21st century. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(2):218-21.
12. Rojas KD, Perez ME, Marchetti MA, Nichols AJ, Penedo FJ, Jaimés N. Skin cancer: primary, secondary, and tertiary prevention. Part II. *J Am Acad Dermatol*. 2022;87(2):271-88.
13. Gill PS, Tattersall, MHN. Rastreamento e detecção precoce. In: Love RR, Editor. *Manual de oncologia clínica*. 6th ed. São Paulo: Fundação Oncocentro; 1999. p.117-38.
14. Oliveira TP, Andrade HD, Pegas JR, Bechara CS. Prevalence of pathological diagnoses and epidemiological profile of patients with non-melanoma skin cancer suspicious lesions. *Surg Cosmet Dermatol*. 2021;13:e20210031.
15. Wright CY, du Preez DJ, Millar DA, Norval M. The epidemiology of skin cancer and public health strategies for its prevention in southern Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(3):1017.
16. Keesling B, Friedman HS. Psychosocial factors in sunbathing and sunscreen use. *Health Psychol*. 1987;6(5):477-93.
17. Arthey S, Clarke VA. Suntanning and sun protection: a review of the psychological literature. *Soc Sci Med*. 1995;40(2):265-74.
18. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Factors associated with the demand for health services from a gender-relational perspective. *Cien Saude Colet*. 2014;19(4):1263-74.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 85p.

20. Roewert-Huber J, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, Kerl H. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2007;157(Suppl 2):47-51.
21. Lear W, Dahlke E, Murray CA. Basal cell carcinoma: review of epidemiology, pathogenesis, and associated risk factors. *J Cutan Med Surg.* 2007;11(1):19-30.
22. Souza CFD, Menegotto PF, Shibue JRT, Thomé EP, Schmitt JV, Tarlé RG. Topography of basal cell carcinoma and their correlations with gender, age and histologic pattern: a retrospective study of 1042 lesions. *An Bras Dermatol.* 2011;86(2):272-7.
23. Teixeira MA, McManus C, Pinheiro AMC, Abbud CBB, Fernandes AGO, Santos LRS, et al. Social epidemiological profile of patients with suspected skin cancer in the Federal District, Brazil. *Rev Enferm Atual Derme.* 2023;97: e023110.
24. Lim JL, Asgari M. Cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC): clinical features and diagnosis. *UptoDate;* 2023.
25. Alguire PCA, Mathes BM. Skin biopsy techniques. *UptoDate;* 2023.
26. Blakeman JM. The skin punch biopsy. *Can Fam Physician.* 1983;29:971-4.
27. Pickett H. Shave and Punch Biopsy for Skin Lesions. *Am Fam Physician.* 2011;84(9):995-1002.
28. John SM, Trakatelli M, Gehring R, Finlay K, Fionda C, Wittlich M, et al. Consensus report: recognizing non-melanoma skin cancer, including actinic keratosis, as an occupational disease - a call to action. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30(Suppl 3):38-45.
29. Rigel DS, Stein Gold LF. The importance of early diagnosis and treatment of actinic keratosis. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(1 Suppl 1):S20-7.
30. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, Felizola NGB, Falcão LHB. Absenteeism in outpatient care specialties in São Paulo. *Boletim Epidemiológico Paulista.* 2016;13(152):19-32.
31. Urun YG, Can N, Bağış M, Solak AA, Urun M. Adequacy of surgical margins, re-excision, and evaluation of factors associated with recurrence: a retrospective study of 769 basal cell carcinomas. *An Bras Dermatol.* 2023;98(4):449-59.
32. Work Group; Invited Reviewers; Kim JYS, Kozlow JH, Mittal B, Moyer J, et al. Guidelines of care for the management of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2018;78(3):540-59.
33. Smit JV, Sévaux RGL, Blokx WAM, Van De Kerkhof PCM, Hoitsma AJ, Jong EMGJ. Acitretin treatment in (pre) malignant skin disorders of renal transplant recipients: histologic and immunohistochemical effects. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50(2):189-96.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Isabella Melo Pompei  ORCID 0000-0001-9438-1163

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Célia Antônia Xavier de Moraes Alves  ORCID 0000-0002-8421-8837

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Annamaria Piovezan Lorenção  ORCID 0009-0001-6094-8595

Análise estatística; aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Bruna Mendes Almeida  ORCID 0000-0002-0804-5401

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Juliana Arêas de Souza Lima Beltrame Ferreira  ORCID 0000-0001-7338-3442

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Luciano Melo Pompei  ORCID 0000-0001-7084-037X

Análise estatística; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.