



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO  
CURSO DE MEDICINA

BEATRIZ CAVALCANTI DÓRIA  
BRUNA NOGUEIRA MONTEIRO

**ANÁLISE TRANSVERSAL DA CASUÍSTICA DE CÂNCER NÃO-MELANOMA  
ATENDIDA NO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO CENTRO DE  
ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO  
PARÁ (2012-2020)**

BELÉM-PA  
2022

BEATRIZ CAVALCANTI DÓRIA  
BRUNA NOGUEIRA MONTEIRO

**ANÁLISE TRANSVERSAL DA CASUÍSTICA DE CÂNCER NÃO-MELANOMA  
ATENDIDA NO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO CENTRO DE  
ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO  
PARÁ (2012-2020)**

Trabalho de Curso apresentado ao Centro  
Universitário do Estado do Pará, como  
requisito parcial para conclusão da graduação  
em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Eduardo Corrêa  
Teixeira

BELÉM-PA

2022

**Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)**  
**Biblioteca do CESUPA, Belém – PA**

Dória, Beatriz Cavalcanti.

Análise transversal da casuística de câncer não-melanoma atendida no serviço de dermatologia do Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Estado do Pará / Beatriz Cavalcanti Dória, Bruna Nogueira Monteiro; orientador Cláudio Eduardo Corrêa Teixeira. – 2022.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2022.

1. Pele – Câncer. 2. Melanoma. 3. Dermatologia. 4. Saúde pública. 5. Centro de Especialidades Médicas do CESUPA (CEMEC). I. Monteiro, Bruna Nogueira. II. Teixeira, Cláudio Eduardo Corrêa, orient. III. Título.

CDD 23º ed. 616.99

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, pelo infindável amor, carinho e apoio dado à mim.

À minha irmã, pela cumplicidade única e pela compreensão durante a minha caminhada.

Aos meus amigos, pelo companheirismo que sempre me foi dado.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Enedino e Márcia Dória, por serem meus maiores exemplos de vida e terem me mostrado que a educação e o esforço, apesar da dificuldade que a vida nos apresenta, são o caminho certo para se trilhar. Minha mãe, mulher à quem sou grata pela imensurável dedicação, amor e pelo amparo de sempre, incluindo os mais difíceis, me guiando sempre com tranquilidade e palavras de afirmação. Ao meu pai, agradeço pela confiança e esforço para me auxiliar a concluir esta graduação, pelo amor e cuidado que sempre me foi dado como pai e futuro colega de profissão nesta jornada pela medicina. À minha irmã, Ana Luíza Dória, agradeço pela cumplicidade ao longo de toda minha vida. Sempre corajosa e bondosa em tudo o que faz, sendo totalmente digna da minha admiração e carinho. Agradeço, em especial, por toda a contribuição que foi dada durante a produção deste trabalho.

Aos meus avós (in memoriam), que não poderão ter a oportunidade de me ver defender este trabalho mas que, agradeço imensamente por toda a humildade e sabedoria passada ao longo das gerações de nossa família. Em especial, Francisca Dória, a única avó que conheci, mulher preta e sábia. Sou imensamente grata pelo pouco que convivi com a senhora e por, mesmo sabendo escrever e ler apenas o seu nome, ter tido uma sabedoria única e ter me passado ensinamentos fundamentais para a vida, os quais carrego até hoje em meu coração. Agradeço por nunca me deixar esquecer de onde eu vim, a senhora foi fundamental para a minha escolha pela medicina.

Aos meus amigos, meu sincero agradecimento por ter tornado este percurso mais leve. Sou grata, em especial, às minhas irmãs de coração: Gabriela, por sempre ser meu porto seguro e minha ouvinte nas horas mais difíceis, obrigada por sempre acreditar em mim, até quando eu mesma não acreditava e Rafaella, que ao longo desses 17 anos de amizade, sempre se mostrou confiante, tranquila e paciente em inúmeros momentos, nunca deixando de soltar a minha mão. Sou grata ao meu querido trio, Teresa e Bruna que dividiram integralmente a rotina desta graduação e da vida ao longo destes 6 anos, deixando-a mais tranquila e nunca me deixando desamparada, minha eterna gratidão à vocês, minhas queridas amigas, que sei que serão profissionais incríveis.

À minha dupla, Bruna Monteiro, agradeço por toda cumplicidade durante a produção deste trabalho. Todo medo e insegurança ficaram mais tranquilos ao seu lado.

Ao meu orientador, dr. Cláudio Eduardo Corrêa Teixeira, agradeço pela oportunidade de redigir este trabalho e pelas orientações dadas, sempre sendo espelho para mim na pesquisa e produção científica. Obrigada por acreditar na minha capacidade.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Lucia Nogueira e Adhemar Monteiro, por serem os meus portos seguros durante toda essa jornada, fornecendo todo suporte que eu precisei para seguir pelo curso. Por sempre me ensinarem a me manter forte, a me dedicar e a me esforçar, lutando pela graduação que eu sempre almejei a minha vida toda. À minha mãe, uma mulher de uma força incrível, minha eterna companheira, que sempre se dedicou a mim incondicionalmente, agradeço por todo seu amor, sem a senhora nada disso seria possível. Ao meu pai, meu maior exemplo de profissional dedicado e exemplar, obrigada por ser minha inspiração e por todo esforço e sacrifício que o senhor fez para que eu pudesse concluir minha graduação. À minha tia Joana Nogueira, sempre alegre e amorosa, que sempre esteve presente na minha vida, como uma segunda mãe, cuidando, dando seu apoio no meu dia a dia.

Aos meus amigos, obrigada por deixarem a rotina da faculdade mais leve e divertida. Ao meu trio, em especial, Beatriz Dória e Teresa Alves, minhas irmãs de coração, estar com vocês é sempre muito bom, agradeço a todo companheirismo na vida e nos estudos. À Marília Alvino e ao Paulo Brito, agradeço pelas amizades de vocês nesses 6 anos e a todos os momentos pelos quais compartilhamos juntos. Agradeço ao meu amado Matheus Costa, por ser meu companheiro em todos os momentos, seu amor e apoio são indispensáveis para mim.

À minha dupla Beatriz Dória, agradeço por nossa parceria no desenvolvimento deste trabalho, sempre conseguimos nos apoiar e enfrentar as dificuldades da melhor forma possível, tornando tudo mais tranquilo.

Ao meu orientador, dr. Cláudio Eduardo Corrêa Teixeira, um exemplo de pesquisador, obrigada por todo apoio e disponibilidade na orientação para a construção desse trabalho, sua supervisão foi indispensável para que isso se tornasse possível. Obrigada por acreditar em nosso potencial.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A pele se constitui como o maior órgão do corpo humano. Dentre as doenças que a acometem, está o câncer de pele, cujo qual é de grande relevância para a saúde pública. **OBJETIVOS:** Realizar uma análise transversal da casuística de câncer não-melanoma atendida no Serviço de Dermatologia do Centro de Especialidades Médicas (CEMEC) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA, 2012-2020). **METODOLOGIA:** Estudo observacional, transversal, analítico e descritivo. Os dados foram colhidos diretamente dos prontuários de pacientes atendidos no Centro de Especialidades Médicas do CESUPA entre os anos de 2012 e 2020. Após pré-análise, a amostra foi de  $n = 65$  de todos os pacientes atendidos, que possuem diagnóstico de câncer de pele não-melanoma evidenciado por biópsia. A análise de dados foi realizada por comparação de proporções prevalentes com o teste Qui-quadrado “N-1” ( $n = 65$ ,  $\alpha = 0,05$ , D de Cohen: 0,2, poder do teste:  $< 0,25$ ) e pelo cálculo do intervalo de confiança de 95% da diferença das proporções prevalentes. Todo o processo analítico foi executado utilizando-se o programa de computação estatística R ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)). **RESULTADOS:** No período avaliado, evidenciou-se que, dentro desta amostra, a prevalência de idosos ( $n = 50$ ) era maior do que a de adultos ( $n = 15$ ). Em relação ao gênero, houve uma predominância do sexo feminino ( $n = 39$ ). Abordando acerca do fototipo, tem-se que o IV ( $n = 18$ ), prevaleceu em relação ao III ( $n = 10$ ), II ( $n = 5$ ) e I ( $n = 1$ ). Identificou-se, ainda, a ausência da informação de fototipo em 46% dos prontuários coletados. Partindo para a fotoexposição, 22 (34%) não tinham registro desta informação, ao passo que 43 (66%) apresentavam fotoexposição. A fotoproteção, por sua vez, se fez presente na minoria dos pacientes ( $n = 3$ ) em relação a maioria não fotoprottegida ( $n = 25$ ), sendo que esta informação não se fez presente em 38% ( $n = 25$ ) dos prontuários avaliados. Indo para o tipo de câncer, têm-se que a maioria foi diagnosticada com CCB ( $n=42$ ), seguida de Doença de Bowen ( $n=10$ ), CEC ( $n=4$ ) e, por fim, 8% ( $n=4$ ) apresentavam outras alterações menos prevalentes. A recidiva, ainda, de CCB, foi maior ( $n = 9$ ) do que outros tipos. **CONCLUSÃO:** É possível concluir que o perfil geral de maior proporção prevalente foi de pacientes idosos, do sexo feminino, fototipos III e IV, sem fotoproteção, com diagnóstico de CCB nodular, sem recidiva após tratamento cirúrgico e remoção da lesão. Todavia, a escassez de registros completos nos prontuários se mostrou como fator limitante para medir potenciais associações e esclarecimentos.

**PALAVRAS CHAVES:** dermatologia, saúde pública, câncer, epidemiologia

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The skin is the largest organ in the human body. Among the diseases that can affect it, that is the skin cancer, which is of great relevance to the public health. **OBJECTIVES:** To carry out a sectional analysis of the non-melanoma cancer series treated at the Dermatology Service of the Medical Specialties Center (CEMEC) of the University Center of the State of Pará (CESUPA, 2012-2020) **METHODOLOGY:** Observational, cross-sectional, analytical and descriptive study. Data were collected directly from the medical records of patients treated at the Center for Medical Specialties of CESUPA between 2012 and 2020. After pre-analysis, the sample consisted of n = 65 of all patients seen, who have a diagnosis of skin cancer non-melanoma evidenced by biopsy. Data analysis was performed by comparing prevalent proportions with the “N-1” chi-square test (n = 65,  $\alpha = 0,05$ , Cohen’s D: 0,2, test power: < 0,25) and by calculating the 95% confidence interval for the difference in prevailing proportions. The entire analytical process was performed using the R statistical computing program ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)). **RESULTS:** In the period evaluated, it was evident that, within this sample, the prevalence of elderly people (n = 50) was higher than that of adults (n = 15). Regarding gender, there was a predominance of females (n = 39). Addressing the phototype, IV (n = 18) prevailed in relation to III (n = 10), II (n = 5), and I (n = 1). The absence of phototype information was also identified in 46% of the collected medical records. As for photoexposure, 22 (34%) had no record of this information, while 43 (66%) had photoexposure. Photoprotection, in turn, was presented in the minority of patients (n = 3) in relation to the majority not photoprotected (n = 25), and this information was not present in 38% (n = 25) of the evaluated medical records. Going to the type of skin cancer, most were diagnosed with BCC (n = 42), followed by Bowen’s Disease (n = 10), SCC (n = 4) and, finally, 8% (n = 4) had other less prevalent alterations. The recurrence of BCC was higher (n = 9) than other types. **CONCLUSION:** It is possible to conclude that the general profile with the highest prevalent proportion was of elderly patients, female, phototypes III and IV, without photoprotection, diagnosed with nodular BCC, without recurrence after surgical treatment and lesion removal. However, the scarcity of complete records in the medical records proved to be a limiting factor for measuring potential associations and clarifications.

**KEY-WORDS:** dermatology, public health, cancer, epidemiology

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Características gerais dos pacientes da amostra em estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>Figura 2 - Características de fotossensibilidade dos pacientes da amostra em estudo.....</b>	<b>22</b>
<b>Figura 3 - Características histopatológicas dos pacientes da amostra em estudo.....</b>	<b>24</b>
<b>Figura 4 - Presença de recidiva entre os pacientes da amostra em estudo.....</b>	<b>26</b>

## LISTA DE SIGLAS

CCB	Carcinoma basocelular
SBD	Sociedade brasileira de dermatologia
INCA	Instituto nacional do câncer
SHH	Sonic Hedgehog
SMO	Smoothened
GLI	Glicina
CEC	Carcinoma espinocelular
HPV	Papiloma vírus humano
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
MAL	Ácido metiléster
ALA	Ácido 5aminolevulínico
CEMEC	Centro de especialidades médicas do CESUPA
CESUPA	Centro Universitário do Estado do Pará
ICMED	Iniciação Científica Médica
IC	Intervalo de confiança
UV	Ultravioleta
UVA	Ultravioleta A
UVB	Ultravioleta B

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Considerações gerais acerca da pele humana</b> .....	<b>11</b>
<b>1.2</b>	<b>Dermatologia e atenção básica</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3</b>	<b>Aspectos gerais do câncer de pele não-melanoma</b> .....	<b>12</b>
1.3.1	Carcinoma basocelular .....	12
1.3.2	Carcinoma espinocelular.....	14
<b>1.4</b>	<b>Justificativa</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Aspectos éticos</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>18</b>
<b>3.3</b>	<b>Local</b> .....	<b>18</b>
<b>3.4</b>	<b>Instrumento de coleta e fonte de dados</b> .....	<b>18</b>
<b>3.5</b>	<b>Número de registros observados</b> .....	<b>18</b>
<b>3.6</b>	<b>Critérios de inclusão</b> .....	<b>18</b>
<b>3.7</b>	<b>Critérios de exclusão</b> .....	<b>19</b>
<b>3.8</b>	<b>Apresentação e análise dos dados</b> .....	<b>19</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>30</b>
	<b>ANEXO A</b> .....	<b>35</b>
	<b>ANEXO B</b> .....	<b>40</b>
	<b>ANEXO C</b> .....	<b>41</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Considerações gerais acerca da pele humana**

A pele é o maior órgão do corpo humano, se tratando deste, vale ressaltar que a pele humana possui 3 camadas, sendo elas: epiderme, derme e a hipoderme, com cada uma contendo suas respectivas funções e tipos celulares<sup>5</sup>.

A epiderme é composta pelo tecido epitelial estratificado queratinizado unindo-se com a derme de maneira sinuosa e interpenetrante. É dotada de 5 camadas: basal, espinhosa, granulosa, córnea e lúcida (presente em regiões palmoplantares) e representada por diversos tipos celulares. Esta grande camada, por sua vez, está sujeita a influências reguladoras da derme, com a mesma sendo fundamental para determinar a espessura, arquitetura, tipo de diferenciação e padrão dos seus anexos mediante sinalização<sup>3</sup>.

Ao passo que a derme, camada intermediária, é constituída por tecido conjuntivo e um sistema integrado de estruturas fibrosas, filamentosas e amorfas, na qual são acomodados vasos, nervos e anexos epidérmicos. Pode ser dividida em superficial, profunda e adventícia. Não obstante, a hipoderme, camada mais profunda da pele, é marcada pela necessidade de células adiposas.

### **1.2 Dermatologia e atenção básica**

Doenças de pele possuem uma elevada prevalência e grande procura de atendimentos correspondendo em torno de 10 a 36% das consultas. Portanto, um assunto muito importante nos atendimentos do SUS, além de gerarem impacto na qualidade de vida dos pacientes<sup>4,14</sup>.

Associado a isso, encontra-se um quadro de baixa resolubilidade dos problemas dermatológicos na atenção primária que culminam em sobrecarga de serviços hospitalares ou de serviços especializados pela condução inadequada do quadro, gerando aumento dos custos<sup>9</sup>.

Por isso, é de fundamental importância que o médico generalista tenha conhecimento das principais patologias a fim de identificar e diferenciar doenças malignas, das benignas, e doenças sistêmicas com repercussões cutâneas das exclusivamente cutâneas<sup>14</sup>.

### 1.3 Aspectos gerais do câncer de pele não-melanoma

O câncer de pele possui alta prevalência no Brasil, correspondendo a cerca de 33% dos diagnósticos de câncer no Brasil (Sociedade Brasileira de Dermatologia-SBD) com incidência de aproximadamente 185 mil novos casos anuais, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA).

O câncer de pele subdivide-se em 2 tipos principais: melanoma e o não melanoma representado pelos carcinomas, que podem ser basocelulares e espinocelulares.

#### 1.3.1 Carcinoma basocelular

Carcinoma basocelular (CCB) é o tipo mais comum de tumor cutâneo. O desenvolvimento deriva da camada de células basais e da raiz da bainha externa dos folículos pilosos, que contêm células epiteliais pluripotentes<sup>12</sup>.

Possui incidência maior em adultos, principalmente a partir da 4ª década de vida, sendo a idade mais comum aos 68 anos. É mais prevalente em homens que mulheres em uma proporção 1,5-2:1<sup>18,28</sup>. Porém, pode ocorrer em crianças e jovens adultos com condições predisponentes específicas como a síndrome de Bazex e a síndrome nevóide basocelular, além de, distúrbios de fotossensibilidade e fatores de risco associados a iatrogenia como imunossupressão prolongada e radioterapia<sup>16,30</sup>.

Surge em regiões com maior exposição solar, principalmente na face, com maior incidência no nariz devido, provavelmente, essa área conter uma quantidade maior de células progenitoras alvo<sup>7,18</sup>. Outras áreas incomuns como cavidade oral ou vulva, possuem outros fatores de risco primários, não estando associados a radiação UV.

Dentre os fatores de risco, o principal é a exposição cumulativa à radiação UVA e UVB, caracterizando-se como um carcinógeno completo, por afetar todos os estágios da carcinogênese<sup>11</sup>. O tipo de exposição - contínua ou intermitente intensa, período da vida – infância e/ou vida adulta, e quantidade provavelmente interferem no aumento do risco, no entanto, ainda necessita de pesquisas para melhor comprovação. A localização geográfica mais próxima da Linha do Equador também favorece a exposição a maiores índices de radiação UV<sup>29,31</sup>.

A exposição a radiação UV artificial presente em câmaras de bronzeamento, fototerapia ultravioleta e soldagem a arco também são relatados apresentando uma forte relação ao desenvolvimento de CCB<sup>29</sup>.

Outros fatores de risco incluem exposição crônica ao arsênio, características fenotípicas como: Fitzpatrick I e II, do cabelo e dos olhos, história prévia de CCB, doenças hereditárias, imunossupressão crônica por transplante de órgãos, infecção pelo HIV<sup>11,31,29</sup>.

Em geral, ocorrem como lesão única, no entanto, não é infrequente ocorrer lesões múltiplas simultâneas ou subsequentes. Cerca de 40% dos pacientes apresentam um ou mais novos CCBs em 10 anos<sup>30</sup>.

Apresentam um crescimento muito lento e uma capacidade de invasão localizada e destrutiva<sup>3</sup>. Tal crescimento localizado e, muito raramente, metastático (menos de 0,1%), ocorre devido ao processo de invasão do CCB depender da degradação do estroma por metaloproteinasas específicas, as quais só se encontram elevadas em subtipos de CCB de maior risco (mais agressivos)<sup>28,30</sup>.

A via de sinalização para ocorrer o CCB, segundo estudos, é por meio de mutações no gene codificador do receptor PTCH, o qual, ativa a via de sinalização Sonic hedgehog (SHH), que por sua vez ativa mutações somáticas na proteína transmembrana Smoothed (SMO), culminando na transcrição das proteínas GLI, as quais induzem alterações cutâneas semelhantes ao CCB. Essas alterações foram observadas em modelos de estudo nos quais havia uma super ativação da via SHH<sup>19</sup>.

A segunda alteração genética mais comum é no gene TP53, o qual sofre mutações com assinatura de radiação UV, que resultam no aumento do número de células alvas (clones p53 epidérmicas) suscetíveis a transformação<sup>7</sup>.

E outro gene relacionado a mutação é o CDKN2A encontrado em um número esporádico de CCB<sup>7</sup>.

Além disso, possui uma classificação histopatológica e clínica que o subdivide em formas não agressivas/ menor risco – CCB nodular, superficial, pigmentado, infundíbulo cístico, e formas agressivas/ maior risco – CCB morfeiforme/ infiltrativo, basoescamoso, micronodular, CCB com diferenciação sarcomatóide<sup>23,31</sup>.

O subtipo nodular, representa 80% dos casos, apresenta-se como pápula rosada ou avermelhada, aspecto peroláceo ou translúcido, associada à presença de

telangiectasia no interior, friável ao menor trauma. Pode apresentar borda elevada e ulceração (CCB nodular ulcerado)<sup>19,31</sup>.

O subtipo superficial é o segundo tipo mais prevalente, surge como uma mácula, circunscrita, variando de rosa a vermelho, ou como pápula fina ou placa fina. Além disso, quantidades variadas de melanina podem estar presentes, pode também, apresentar crosta, pequenas áreas de ulceração superficial, borda fina, perolada, assim como, áreas de atrofia por regressão espontânea. Ocorre mais frequentemente no tronco<sup>19,30</sup>.

O subtipo morfeiforme, corresponde a menos de 10% dos CCBs, se comporta de forma mais agressiva, gerando extensa destruição local e maior taxa de recorrência. É caracterizado por placas infiltradas endurecidas e bordas mal definidas, coloração branca ou cor de carne, assemelha-se a uma cicatriz ou lesão esclerodérmica (placa de morfeia). Pode conter telangiectasias. Localiza-se em geral na cabeça e no pescoço<sup>20,41</sup>.

Diagnóstico é feito por meio de biópsia, definindo o subtipo de CCB e as opções de tratamento<sup>23</sup>.

Dentre as opções de tratamento inclui-se: remoção cirúrgica com margens de 3mm a 1cm, microcirurgia de Mohs para lesões de alto risco localizadas em cabeça e pescoço, radioterapia quando não há possibilidade tratamento cirúrgico, crioterapia para subtipo superficial, tratamento tópico com Imiquimode 5% ou 5-fluouracil indicado para o subtipo superficial, terapia fotodinâmica com fotossensibilizador tópico (ácido 5-aminolevulínico ou ácido metil aminolevulínico) indicado para CCB nodular ou superficial, Vismodegib primeiro agente oral aprovado indicado para CCB localmente avançado que não podem ser submetidos a radioterapia ou cirurgia e em doentes cujo cancro tenha metastizado<sup>10,23</sup>.

### 1.3.2 Carcinoma espinocelular

Carcinoma espinocelular (CEC) é uma neoplasia originada nas células escamosas da pele e mucosas, representa cerca de 20 a 50% dos cânceres de pele, sendo o segundo tipo mais comum. A incidência aumenta com a idade, sendo mais comum por volta dos 60 anos, e acomete mais homens do que mulheres (3:1)<sup>1,3,24</sup>.

O principal fator de risco é a exposição a radiação UV, dentre os outros, tem-se a idade, imunossupressão, Fitzpatrick I e II e o HPV subtipo 16 e 18 (papiloma vírus humano), exposição ao arsênio<sup>10-11</sup>.

Surge principalmente nas áreas expostas ao sol como face, pescoço, dorso das mãos, tronco, além das regiões de mucosa como: oral – borda lateral da língua e assoalho oral, glande, vulva<sup>3</sup>.

A patogênese do CEC segue um padrão progressivo típico de câncer, iniciando com lesão precursora (ceratoses actínicas), evoluindo para CEC in situ (doença de Bowen), seguindo para CEC invasivo e finalmente metastático. No entanto, essa evolução não ocorre em todos os pacientes, de forma que, apresentar a lesão precursora não significa desenvolvimento obrigatório do CEC. Alterações nos genes TP53 são as mutações mais frequentes encontradas em todos os estágios evolutivos<sup>6-7</sup>. Seu crescimento é mais rápido que o CCB, e pode ser no sentido longitudinal para fora ou para dentro<sup>15</sup>.

Possui baixa taxa de mortalidade, 5% dos tumores localmente avançados sofrem metástases, em geral, para os linfonodos, apresentando taxa de sobrevida de 25-50% em 5 anos. A capacidade de metástase é maior quando ocorre em mucosa<sup>6</sup>.

Clinicamente, os CECs se apresentam de forma heterogênea com lesões variando entre pápulas crostosas, nódulos ulcerados, verrucosidades. Além disso, tendem a ser friáveis e apresentarem mudanças na sensibilidade local, tanto com dor, como anestesia e parestesia<sup>7,10</sup>.

Os subtipos morfológicos descritos são: ceratose solar, CEC in situ (doença de Bowen e papulose bowenóide), CEC invasor, carcinoma verrucoso, ceratoacantoma, tumor pilar proliferante<sup>22</sup>.

Doença de Bowen apresenta-se como placa eritematosa escamosa ou placa levemente elevada, podendo se tornar crostosa. Comum nas regiões de cabeça, pescoço, seguido das extremidades e tronco<sup>22</sup>.

Papulose Bowenóide é um termo usado nos CECs encontrados nas regiões genitais, quando há concomitantemente infecção pelo HPV 16 ou 18. O aspecto clínico varia de pápulas marrons no pênis, pápulas róseas na região perianal e pápulas variando de marrom a rosa na região inguinal<sup>22</sup>.

Carcinoma verrucoso se constitui como um tipo especial de CEC o qual apresenta 3 variações topográficas: plantar, região anourogenital (condiloma

acuminado gigante de Buschke-Lowenstein) e cavidade oral (tumor de Ackerman). Relacionado ao vírus HPV, e ao tabaco. Possui baixa malignidade<sup>3</sup>.

Ceratoacantoma é uma variante do CEC caracterizado por uma pápula de crescimento rápido que evolui para um nódulo crateriforme circunscrito com núcleo ceratótico, o qual dura algumas semanas. Pode ou não apresentar dor e sensibilidade no local. Posteriormente, tende a se resolver lentamente ao longo de meses, deixando uma cicatriz atrófica. Pode se desenvolver como lesão única ou múltipla. São frequentes em região de cabeça e pescoço ou em área exposta ao sol nas extremidades<sup>7,17</sup>.

Diagnóstico é feito através de biópsia. Dentre as opções de tratamento inclui-se a remoção cirúrgica com margens de segurança de 4-6mm, cirurgia de Mohs indicada principalmente para as lesões de alto risco, curetagem e eletrodissecação indicada para as lesões de baixo risco com exceção das lesões com pelos, terapia fotodinâmica com ácido 5-aminolevulínico (ALA) ou metil éster (MAL) seguido de irradiação com luz azul, radioterapia quando a cirurgia não é indicada e criocirurgia para as lesões de baixo risco<sup>1</sup>.

#### **1.4 Justificativa**

Devido a alta incidência do câncer de pele do tipo não melanoma, o estudo da prevalência dele é de fundamental importância para o entendimento da patologia dentro do ambiente estudado em que se insere. Entender as variáveis observando quais são mais presentes, contribui para uma melhora nos atendimentos, no conhecimento dos acadêmicos e dos profissionais médicos.

Ademais, por meio desse trabalho é possível observar onde encontram-se as falhas nos registros das informações coletadas, as quais são de grande importância na construção dos dados analisados. Dessa forma, é possível contribuir para que, futuramente, quando novas pesquisas forem realizadas, tais informações estejam mais bem descritas.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Realizar uma análise transversal da casuística de câncer não-melanoma atendida no Serviço de Dermatologia do Centro de Especialidades Médicas (CEMEC) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA, 2012-2020)

### **2.2 Objetivos específicos**

Avaliar a prevalência do câncer de pele não-melanoma atendido no ambulatório de dermatologia do CEMEC

Realizar o levantamento de dados acerca dos pacientes atendidos no serviço que foram diagnosticadas com câncer de pele não-melanoma.

Avaliar as variáveis socioepidemiológicas na população estudada

Organizar, limpar e filtrar os dados, para evitar inconsistências nos resultados;

Analisar os dados utilizando-se de ferramentas estatísticas apropriadas;

Apresentar os resultados de modo apropriado, através de gráficos e tabelas, quando pertinente;

Avaliar a correlação de possíveis fatores de risco para câncer de pele não-melanoma e o desenvolvimento da doença.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Aspectos éticos**

Esse estudo obedeceu aos princípios das Resoluções de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/2012 e 510/2016) do Conselho Nacional de Pesquisa, assim como o Código de Nuremberg e a Declaração de Helsinque. Este trabalho é parte de um Projeto maior, intitulado INICIAÇÃO CIENTÍFICA MÉDICA - ICMED: IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE PRODUÇÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS OBSERVACIONAIS POR ALUNOS DO CURSO MEDICINA PARA CARACTERIZAÇÃO DAS DEMANDAS CLÍNICAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CESUPA (Parecer 5.429.013; ANEXO 1).

#### **3.2 Tipo de estudo**

Estudo observacional, transversal, analítico e descritivo.

#### **3.3 Local**

Centro de Especialidades Médicas do Centro Universitário do Estado do Pará.

#### **3.4 Instrumento de coleta e fonte de dados**

Os dados foram colhidos diretamente de prontuários de pacientes atendidos em consultas realizadas no Ambulatório de Dermatologia do CEMEC-CESUPA.

#### **3.5 Número de registros observados**

65 prontuários.

#### **3.6 Critérios de inclusão**

Estão inclusos todos os pacientes diagnosticados com câncer de pele não-melanoma que realizaram consultas no ambulatório de Dermatologia no período de 2012 a 2020 e realizaram biópsia com análise histopatológica.

### **3.7 Critérios de exclusão**

Foram excluídas as consultas realizadas em outras especialidades realizadas pelos mesmos pacientes diagnosticados com câncer não-melanoma que realizaram consultas no ambulatório de Dermatologia, assim como outros pacientes atendidos fora do período de 2012 a 2020 e/ou sem diagnóstico definido.

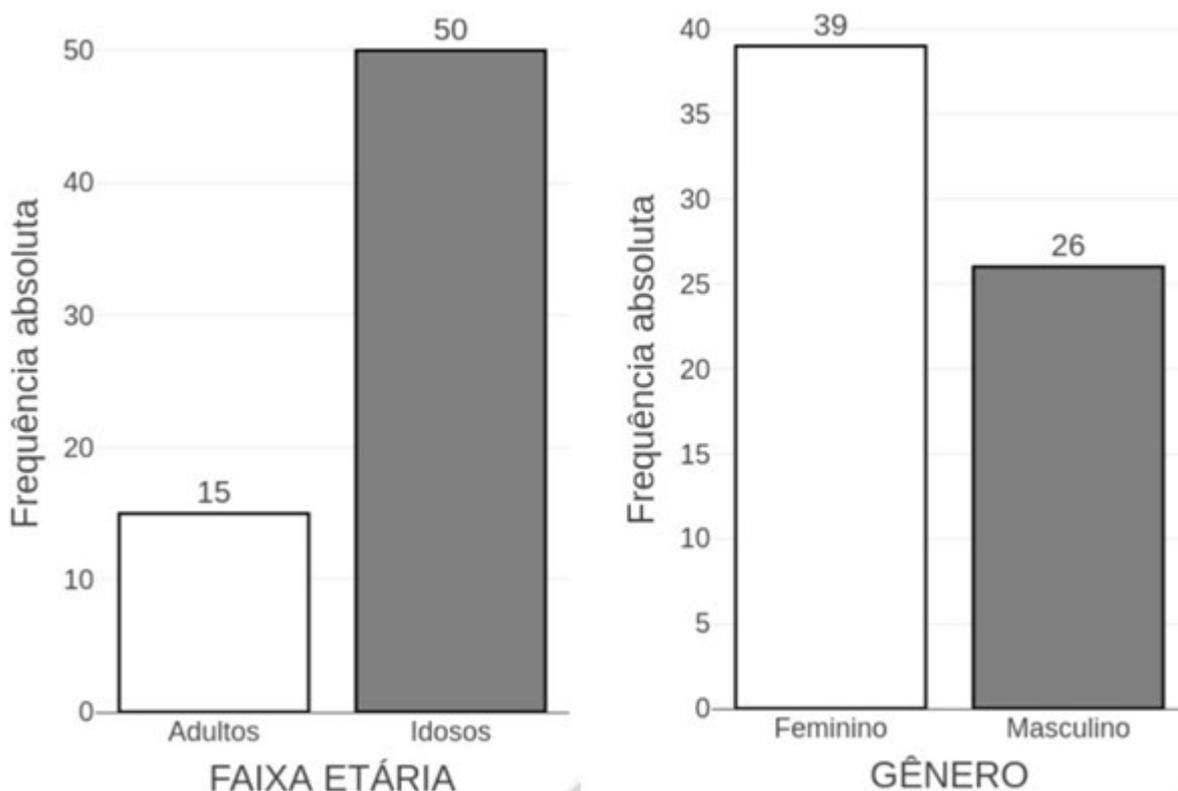
### **3.8 Apresentação e análise dos dados**

A análise de dados foi realizada pela comparação de proporções prevalentes com o teste do Qui-quadrado “N-1” ( $n = 65$ ,  $\alpha = 0,05$ , D de Cohen: 0,2, poder do teste:  $< 0,25$ ) e pelo cálculo do intervalo de confiança de 95% da diferença das proporções prevalentes. Todo o processo analítico foi executado utilizando-se o programa de computação estatística R ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)).

#### 4 RESULTADOS

Caracterizando a amostra em estudo, iniciamos considerando a faixa etária e o gênero dos pacientes cujos dados de prontuários foram utilizados. A Figura 1 (esquerda) mostra que, do total de 65 pacientes nesta amostra, 15 (23%) eram adultos, ou seja, tinham idade entre 20-59 anos, e 50 (77%) eram idosos, ou seja, tinham idade maior ou igual a 60 anos. A diferença de 54% entre essas prevalências apresentou intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre 37,65% e 66,08% ( $p < 0,0001$ ). Em relação ao gênero dos pacientes, a Figura 1 (direita) mostra que, do total de 65 pacientes nesta amostra, 39 (60%) eram do sexo feminino, e 26 (40%) eram do sexo masculino. A diferença de 20% entre essas prevalências apresentou IC95% entre 2,82% e 35,59% ( $p < 0,0231$ ). Assim, foram detectadas diferenças relevantes entre as proporções prevalentes de idosos e adultos, assim como entre as proporções prevalentes de pacientes do sexo feminino e masculino, na amostra em estudo, sendo maiores as proporções de idosos e de pacientes do sexo feminino.

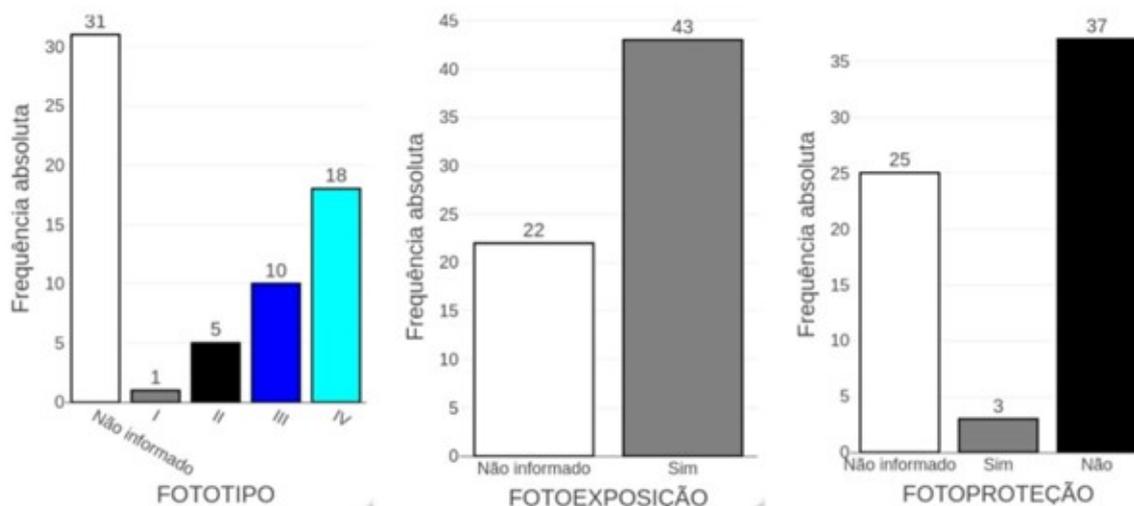
Figura 1 - Características gerais dos pacientes da amostra em estudo.



Em relação ao fototipo dos pacientes da amostra, a Figura 2 (esquerda) mostra que, do total de 65 pacientes nesta amostra, 31 (48%) não tinham esta informação registrada em seus prontuários, 18 (28%) eram do fototipo IV, 10 (15%) eram do fototipo III, 5 (8%) eram do fototipo, e 1 (2%) era do fototipo I. O impacto da falta de informação registrada pode ser detectado pela diferença de proporção prevalente da falta de registro com os dados registrados. Por exemplo, a diferença de 46% entre as prevalências de ausência de informação registrada nos prontuários e a de pacientes com fototipo do tipo I apresentou IC95% entre 32,4% e 58,01% ( $p < 0,0001$ ). A diferença de 40% entre as prevalências de ausência de informação registrada nos prontuários e a de pacientes com fototipo do tipo II apresentou IC95% entre 25,14% e 52,72% ( $p < 0,0001$ ). A diferença de 33% entre as prevalências de ausência de informação registrada nos prontuários e a de pacientes com fototipo do tipo III apresentou IC95% entre 17,21% e 46,67% ( $p = 0,0001$ ). A diferença de 20% entre as prevalências de ausência de informação registrada nos prontuários e a de pacientes com fototipo do tipo IV apresentou IC95% entre 3,31% e 35,2% ( $p = 0,0193$ ). Assim, foram detectadas diferenças relevantes entre as proporções prevalentes de prontuários sem registro de fototipo dos pacientes e prontuários com registro de fototipos na amostra em estudo.

Por outro lado, considerando apenas os fototipos registrados, observamos que a diferença de 26% entre as prevalências de fototipos do tipo IV e do tipo I apresentou IC95% entre 14,27% e 38% ( $p < 0,0001$ ). Entre as prevalências de fototipos do tipo IV e do tipo II, a diferença de 20% apresentou IC95% entre 6,83% e 32,71% ( $p = 0,0031$ ). Entre as prevalências de fototipos do tipo IV e do tipo III, a diferença de 13% apresentou IC95% entre -1,2% e 26,66% ( $p = 0,0723$ ). Assim, não foram detectadas diferenças entre as proporções prevalentes de pacientes com fototipos dos tipos III e IV na amostra em estudo, embora tenham sido encontradas diferenças relevantes entre as proporções prevalentes entre os fototipos I e IV, II e III, I e IV, e II e IV.

Figura 2 - Características de fotossensibilidade dos pacientes da amostra em estudo.



Em relação à fotoexposição dos pacientes da amostra, a Figura 2 (centro) mostra que, do total de 65 pacientes nesta amostra, 22 (34%) não tinham esta informação registrada em seus prontuários, 43 (66%) eram pacientes com fotoexposição. Novamente, o impacto da falta de informação registrada pode ser detectado pela diferença de proporção prevalente da falta de registro com os dados registrados. Por exemplo, a diferença de 32% entre as prevalências de ausência de informação registrada nos prontuários e a de pacientes fotoexpostos apresentou IC95% entre 14,86% e 46,61% ( $p = 0,0003$ ). Assim, foi detectada diferença relevante entre as proporções prevalentes de prontuários sem registro de fotoexposição dos pacientes e prontuários com registro de fotoexposição na amostra em estudo.

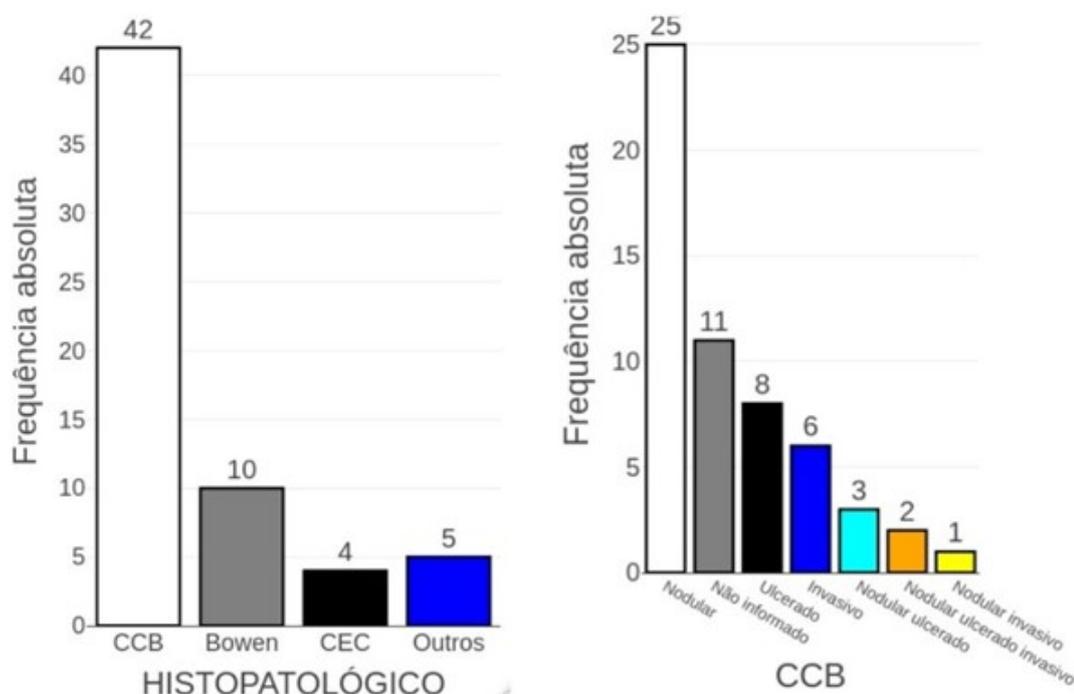
Na Figura 2 (direita), observamos dados referentes à fotoproteção dos pacientes da amostra em estudo. Dos 65 pacientes desta amostra, 25 (38%) não tinham registrado em seus prontuários dados sobre fotoproteção, 3 (5%) eram fotoprotetidos, e 37 (57%) não eram fotoprotetidos. Novamente, o impacto da falta de informação registrada pode ser detectado pela diferença de proporção prevalente da falta de registro com os dados registrados. Por exemplo, a diferença de 33% entre as prevalências de ausência de informação registrada nos prontuários e a de pacientes fotoprotetidos apresentou IC95% entre 19,4% e 45,57% ( $p < 0,0001$ ). Já a diferença de 19% entre as prevalências de ausência de informação registrada nos prontuários e a de pacientes não fotoprotetidos apresentou IC95% entre 1,85% e 34,64% ( $p = 0,0307$ ). Do mesmo modo, a diferença de 52% entre as prevalências de pacientes fotoprotetidos e não fotoprotetidos apresentou IC95% entre 37,36% e

63,75% ( $p < 0,0001$ ). Assim, foram detectadas diferenças relevantes entre as proporções prevalentes de prontuários sem registro de fotoproteção dos pacientes e prontuários com registro de fotoproteção, assim como foram detectadas diferenças relevantes entre as proporções prevalentes de pacientes com e sem fotoproteção na amostra em estudo.

Dos 65 pacientes, 4 não apresentavam registros de resultados de exame histopatológico, por isso foram descartados da análise baseada nos dados demonstrados na Figura 3. Assim, nesta Figura 3 (esquerda), observamos dados referentes ao diagnóstico histopatológico de 61 pacientes da amostra em estudo. Destes 61 pacientes, 42 (69%) tinham diagnóstico de carcinoma de célula basal (CCB), 10 (16%) tinham diagnóstico de doença de Bowen (Bowen), 4 (7%) tinham diagnóstico de carcinoma de célula escamosa ou espinocelular (CEC), e 5 (8%) tinham diagnóstico de outros tipos de alterações. A diferença de 59% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB e Bowen apresentou IC95% entre 43,01% e 70,48% ( $p < 0,0001$ ). Já a diferença de 62% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB e CEC apresentou IC95% entre 46,49% e 73% ( $p < 0,0001$ ). Do mesmo modo, a diferença de 61% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB e o conjunto de outros diagnósticos apresentou IC95% entre 45,32% e 72,16% ( $p < 0,0001$ ). Deste modo, observamos que o diagnóstico de CCB foi o mais frequente na amostra em estudo, se comparado com outros diagnósticos histopatológicos.

Ainda nesse sentido, e como esperado, não foram encontradas diferenças relevantes entre as frequências de diagnóstico de Bowen, CEC e outros. A diferença de 3% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de Bowen e CEC apresentou IC95% entre -7,67% e 13,87% ( $p = 0,5541$ ). Já a diferença de 2% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de Bowen e Outros diagnósticos apresentou IC95% entre -8,92% e 13,03% ( $p = 0,7007$ ). Do mesmo modo, a diferença de 1% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CEC e Outros diagnósticos apresentou IC95% entre -9,32% e 11,41% ( $p = 0,8346$ ).

Figura 3 - Características histopatológicas dos pacientes da amostra em estudo.



Nesta mesma Figura 3 (direita), observamos dados referentes ao diagnóstico histopatológico diferencial de CCB dos 42 pacientes da amostra em estudo. Destes 42 pacientes, 25 (60%) tinham diagnóstico de CCB nodular, 11 (26%) tinham diagnóstico de CCB sem informar qualquer padrão (não informado), 8 (19%) tinham diagnóstico de CCB ulcerado, 6 (14%) tinham diagnóstico de CCB invasivo, 3 (7%) tinham diagnóstico de CCB nodular ulcerado, 2 (5%) tinham diagnóstico de CCB nodular ulcerado invasivo, e 1 (2%) tinha diagnóstico de CCB nodular invasivo. A prevalência proporcional de diagnóstico histopatológico de CCB nodular foi superior a todos os outros diagnósticos de CCB. A diferença de 34% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB nodular e de CCB com padrão não informado apresentou IC95% entre 12,84% e 51,21% ( $p = 0,0018$ ); a diferença de 41% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB nodular e CCB ulcerado apresentou IC95% entre 20,28% e 57,14% ( $p = 0,0001$ ); a diferença de 46% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB nodular e CCB invasivo apresentou IC95% entre 25,78% e 61,31% ( $p < 0,0001$ ); a diferença de 53% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB nodular e CCB nodular ulcerado apresentou IC95% entre 33,86% e 67,14% ( $p < 0,0001$ ); a diferença de 55% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB nodular e CCB nodular ulcerado

invasivo apresentou IC95% entre 36,29% e 68,83% ( $p < 0,0001$ ); e, finalmente, a diferença de 58% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB nodular e CCB nodular invasivo apresentou IC95% entre 40,08% e 71,47% ( $p < 0,0001$ ).

Vale notar que a prevalência proporcional de diagnóstico histopatológico de CCB sem padrão informado foi superior a alguns diagnósticos de CCB, o que novamente evidencia o impacto que a falta de informação registrada pode trazer para a análise de dados dessa importância. A diferença de 7% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB com padrão não informado e CCB ulcerado apresentou IC95% entre -10,9% e 24,4% ( $p = 0,4451$ ); a diferença de 12% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB com padrão não informado e CCB invasivo apresentou IC95% entre -5,32% e 28,63% ( $p = 0,1718$ ); a diferença de 19% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB com padrão não informado e CCB nodular ulcerado apresentou IC95% entre 2,95% e 34,56% ( $p = 0,0197$ ); a diferença de 21% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB com padrão não informado e CCB nodular ulcerado invasivo apresentou IC95% entre 5,46% e 36,29% ( $p = 0,0082$ ); e, finalmente, a diferença de 24% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB com padrão não informado e CCB nodular invasivo apresentou IC95% entre 9,42% e 38,96% ( $p = 0,0016$ ).

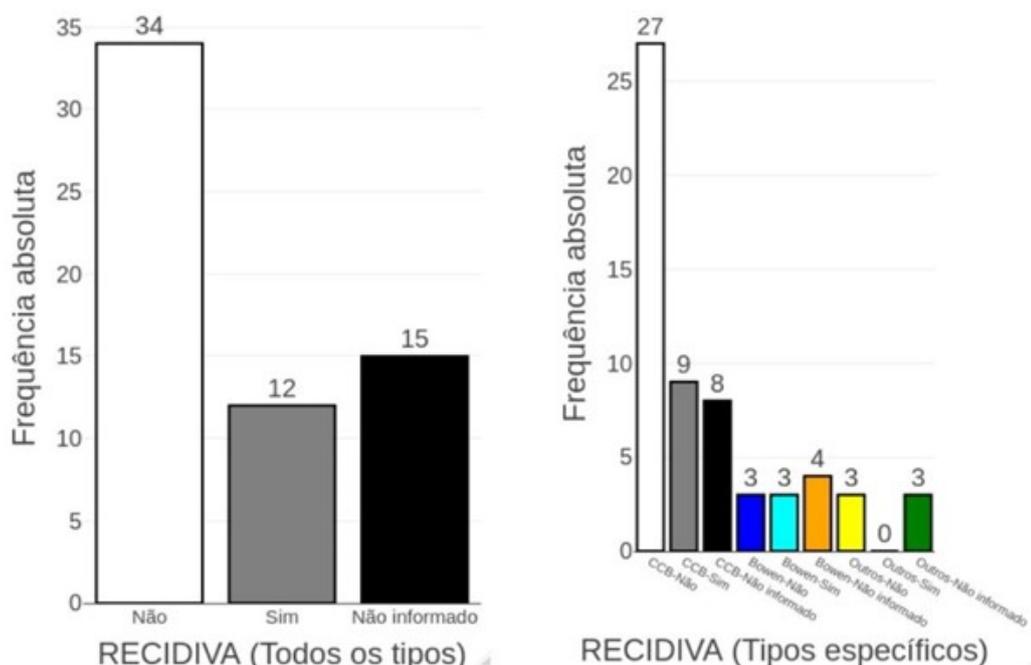
Por conseguinte, a prevalência proporcional de diagnóstico histopatológico de CCB ulcerado foi superior apenas a de CCB nodular invasivo, com diferença de 17% entre suas prevalências de diagnóstico histopatológico, e IC95% entre 3,7% e 31,34% ( $p = 0,0115$ ). A diferença de 5% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB ulcerado e CCB invasivo apresentou IC95% entre -11,25% e 21,08% ( $p = 0,5395$ ); a diferença de 12% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB ulcerado e CCB nodular ulcerado apresentou IC95% entre -2,88% e 26,97% ( $p = 0,1041$ ); a diferença de 14% entre as prevalências de diagnóstico histopatológico de CCB ulcerado e CCB nodular ulcerado invasivo apresentou IC95% entre -0,33% e 28,69% ( $p = 0,0497$ ).

Não foram observadas diferenças relevantes entre as proporções de prevalência de diagnóstico histopatológico de CCB invasivo, CCB nodular ulcerado, CCB nodular ulcerado invasivo e CCB nodular invasivo.

Todos os pacientes da amostra em estudo passaram para o procedimento cirúrgico a fim de extirpar suas lesões. Nesse contexto, avaliamos a presença de recidiva de câncer nesses pacientes, o que é mostrado na Figura 4. Nesta Figura 4 (esquerda) observamos a frequência de recidiva de modo geral, considerando todos os diagnósticos. Observa-se que a diferença de 36% entre as prevalências de recidiva não informada em prontuário e de ocorrência registrada de recidiva apresentou IC95% entre 18,93% e 50,26% ( $p < 0,0001$ ), e a diferença de 31% entre as prevalências de recidiva não informada em prontuário e de não ocorrência de recidiva apresentou IC95% entre 13,62% e 45,88% ( $p = 0,0005$ ), evidenciando novamente o impacto que a falta de registro desse tipo de informação em prontuários pode ter sobre o entendimento desses desfechos. Por outro lado, não foi encontrada diferença relevante entre as proporções prevalentes de ocorrência e de não ocorrência de recidiva, pois sua diferença de 5% apresentou IC95% entre -9,84% e 19,59% ( $p = 0,5102$ ).

Finalmente, a Figura 4 (direita) mostra que a proporção prevalente de não recidiva em CCB foi majoritariamente maior que todas as outras proporções prevalentes de recidiva (informada ou não) de CCB, Bowen ou de outros diagnósticos, e dentre estes outros diagnósticos não foram encontradas diferenças estatísticas relevantes na amostra em estudo.

Figura 4 - Presença de recidiva entre os pacientes da amostra em estudo.



## 5 DISCUSSÃO

O câncer de pele não-melanoma, em todos os seus subtipos, soma a maioria das neoplasias de pele diagnosticadas no Brasil e no mundo<sup>4,28</sup>. O carcinoma basocelular, do mesmo modo que o carcinoma espinocelular, raramente resultam em metástases<sup>27</sup>. Contudo, ainda assim, se faz uma questão fundamental de saúde pública, cujo os profissionais, desde a atenção básica até o profissional especializado, devem ser aptos a identificar lesões suspeitas e manejá-las de maneira adequada. Dessa forma, proporcionando maior resolubilidade e promoção de saúde ao usuário do Sistema Único de Saúde<sup>4</sup>.

De acordo com a literatura, o carcinoma basocelular, representa até 75% dos casos totais de câncer de pele não-melanoma, sendo assim, o tipo mais comum de tumor cutâneo<sup>20,27</sup>. Algo que, mediante a análise feita neste estudo, foi confirmado com a maior ocorrência deste subtipo de câncer de pele sobre os demais, apresentando um n = 42 dentre os 65 prontuários analisados, correspondendo ao descrito em outros estudos. Apesar de sua etiologia multifatorial, já foi descrito que a incidência de raios UV atua como importante fator de risco para ocorrência da doença<sup>8,11, 27</sup>.

Em relação aos subtipos, dentre os 42 pacientes da amostra com resultado de biópsia com CCB, o nodular se apresentou em 60% dos casos, demais subtipos em menores porcentagens. Tal informação demonstra concordância com a literatura, a qual descreve o nodular como o mais prevalente<sup>42,45</sup>. Além disso, uma outra justificativa para esse achado pode ser a prevalência da idade da população da amostra composta principalmente por pacientes idosos, nos quais o CCB nodular se constitui como mais prevalente<sup>43</sup>.

O carcinoma espinocelular apresenta-se como segundo mais prevalente. Estudos estimam que sua prevalência varia entre 20-50%<sup>36</sup>. Esta informação apresenta-se em consonância com os resultados obtidos na análise dos pacientes da amostra do presente estudo, em que fora obtido um n absoluto de 14 para CEC e seus subtipos. Vale lembrar, ainda, que tal qual para o CCB, os raios ultravioletas possuem íntima relação com o desenvolvimento deste tipo de neoplasia de pele, que possuem a característica de serem localmente invasivos, todavia permanecendo localizados na epiderme<sup>37</sup>.

A respeito da fotoexposição, tem-se que, atualmente, esta é a realidade da maioria da população brasileira, que carece de políticas públicas de informação adequada<sup>33-35</sup>. Esta, por sua vez, se manifesta junto da ausência de proteção solar, causando, dessa maneira, maior predisposição ao efeito cumulativo já conhecido que as radiações UVA e UVB provocam na pele<sup>35</sup>. Isto, ao analisar os resultados obtidos por este trabalho, entrou em concordância com os estudos disponíveis na literatura, haja visto que, quando a informação esteve presente nos prontuários analisados, 66% (n = 43) eram pacientes fotoexpostos. Não obstante, dentro do espaço amostral, 57% (n = 37) não eram fotoprotetidos.

Além deste fator de risco, se faz indispensável abordar acerca do fototipo, haja visto que a literatura disponível afirma que os fototipos I e II apresentam maior predisposição ao processo de carcinogênese<sup>38</sup>. Tal afirmação, por sua vez, se embasa na prerrogativa de que a melanina atua como fator protetor para o desenvolvimento de neoplasias cutâneas, em que, indivíduos com maior proporção deste pigmento na pele, teriam um fator protetor<sup>38-39</sup>. Isso, entretanto, entra em discordância com o abordado em nossos resultados, haja visto que, apesar da escassez relativa de dados com respeito ao fototipo dos pacientes inseridos na amostra, em que 48% (n = 31) não possuíam este dado registrado, 28% dos casos (n = 18) pertenciam ao fototipo IV, seguidos do fototipo III (n = 5).

Em relação aos resultados encontrados referentes à prevalência de câncer por faixa etária, foi demonstrado que dos 65 pacientes 50 eram idosos e 15 eram adultos. Essa informação se apresenta concordante com a literatura, tendo em vista que, o perfil epidemiológico de paciente com câncer de pele não melanoma tem uma predominância maior em idosos em um padrão global<sup>40,41,47</sup>. Dessa forma, é possível concluir que os fatores predisponentes ao surgimento ao longo da vida, culminaram com o surgimento da neoplasia em idades mais avançadas.

Já o perfil dos pacientes da amostra relacionado ao sexo, demonstrou uma prevalência maior do sexo feminino (39) em relação ao masculino (26), apresentando uma diferença de 20%. Esses dados contrapõe a literatura que no geral descreve uma prevalência maior do sexo masculino a partir dos 40 anos<sup>44,46</sup>. Essa inversão de prevalência possivelmente pode estar relacionada a uma busca mais ativa do sexo feminino aos serviços de saúde.

## 6 CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho permitem concluir que, na amostra em estudo, o perfil geral de maior proporção prevalente foi de pacientes idosos, do sexo feminino, fototipos III e IV, fotoexpostos, sem fotoproteção, com diagnóstico histopatológico de CCB nodular, e sem recidiva após tratamento cirúrgico de remoção de lesão.

Além disso, e como resultante de qualquer trabalho transversal, pode-se levantar a partir desse panorama questões como: há uma maior propensão a câncer não-melanoma em pacientes do sexo feminino e/ou idosas? Há uma maior propensão a câncer não-melanoma em pacientes de fototipos III e IV, é independente do sexo e/ou idade? Há uma maior propensão de recidiva de câncer não-melanoma em pacientes de fototipos III e IV? A maior propensão de recidiva de câncer não-melanoma é independente de sexo e/ou idade? Entre outras.

Por fim, a falta de registros completos nos prontuários mostrou-se como um fator limitante para que se avançasse nas análises a fim de se medir potenciais associações que pudessem esclarecer um pouco mais a geração de hipóteses voltadas a responder às questões acima descritas.

## REFERÊNCIAS

1. Work Group; Invited Reviewers, Kim JYS, Kozlow JH, Mittal B, Moyer J, Olenecki T, Rodgers P. Guidelines of care for the management of cutaneous squamous cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(3):560-578. doi: 10.1016/j.jaad.2017.10.007.
2. Antunes AA, Solé D, Carvalho VO, Bau AEK, Kuschnir FC, Mallozi MC, et al. Guia prático de atualização em dermatite atópica - Parte I: etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Posicionamento conjunto da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Arq Asma Alerg Imunol*. 2017;1(2):131-156.
3. Azulay RD, Azulay DR, Azulay-Abulafia L. *Dermatologia*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
4. Bernardes CA, Magalhães RF, Franca AFEC, et al. Diagnóstico e Condutas Dermatológicas em uma Unidade Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica [online]*. 2015;39(1):88-94. doi: 10.1590/1981-52712015v39n1e02782013.
5. Bernardo AFC, Santos K, Silva DP. Pele: Alterações Anatômicas e Fisiológicas do Nascimento à Maturidade. *Revista Saúde em Foco*. 2019;11:1221-1233. Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/11/PELE-ALTERA%C3%87%C3%95ES-ANAT%C3%94MICAS-E-FISIOLOGICAS-DO-NASCIMENTO-%C3%80-MATURIDADE.pdf>
6. Boeckmann L, Martens MC, Emmert S. Molecular Biology of Basal and Squamous Cell Carcinomas. *Adv Exp Med Biol*. 2020;1268:171-191. doi: 10.1007/978-3-030-46227-7\_9. PMID: 32918219.
7. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatology: 2-Volume Set*. 4 ed. Elsevier; 2017.
8. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, Barker CA, Mori S, Cordova M, Nehal KS, Rossi AM. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(2):303-317. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.060.
9. Cardoso PO, Giffoni RT, Alberti LR. Perfil epidemiológico das doenças dermatológicas em Centro de Saúde de Atenção Primária. *Revista Médica Minas Gerais*. 2013;23(2):169-172.
10. Craythorne E, Al-Niami F. Skin cancer. *Skin tumours*. 2017;45(7):431-434. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2017.04.003>
11. Didona D, Paolino G, Bottoni U, Cantisani C. Non Melanoma Skin Cancer Pathogenesis Overview. *Biomedicines*. 2018;6(1):1-15. doi: 10.3390/biomedicines6010006.

12. Fania L, Didona D, Morese R, Campana I, Coco V, Di Pietro FR, Ricci F, Pallotta S, Candi E, Abeni D, Dellambra E. Basal Cell Carcinoma: From Pathophysiology to Novel Therapeutic Approaches. *Biomedicines*. 2020;8(11):1-38. doi: 10.3390/biomedicines8110449.
13. Freitas PP, Senna CG, Tabai M, Chone CT, Altemani A. Metastatic Basal Cell Carcinoma: A Rare Manifestation of a Common Disease. *Case Rep Med*. 2017;2017:1-4. doi: 10.1155/2017/8929745.
14. Gomes TM, Moura ATMS, Aguiar AC. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2012;36(01):125-128. Disponível em: [http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-52712012000100017&lng=es&tlng=pt](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712012000100017&lng=es&tlng=pt).
15. Green AC, Olsen CM. Cutaneous squamous cell carcinoma: an epidemiological review. *Br J Dermatol*. 2017 Aug;177(2):373-381. doi: 10.1111/bjd.15324.
16. Khosravi H, Schmidt B, Huang JT. Characteristics and outcomes of nonmelanoma skin cancer (NMSC) in children and young adults. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(5):785-90. doi: 10.1016/j.jaad.2015.08.007.
17. Kwiek B, Schwartz RA. Keratoacanthoma (KA): An update and review. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(6):1220-33. doi: 10.1016/j.jaad.2015.11.033.
18. Lee KJ, Soyer HP. Cutaneous keratinocyte cancers of the head and neck: Epidemiology, risk factors and clinical, dermoscopic and reflectance confocal microscopic features. *Oral Oncol*. 2019;98:109-117. doi: 10.1016/j.oraloncology.2019.09.019.
19. Marzuka AG, Book SE. Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management. *Yale J Biol Med*. 2015;88(2):167-79.
20. McDaniel B, Badri T, Steele RB. Basal Cell Carcinoma. 2021 Sep 20. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
21. Niculet E, Craescu M, Rebegea L, Bobeica C, Nastase F, Lupasteanu G, Stan DJ, Chioncel V, Anghel L, Lungu M, Tatu AL. Basal cell carcinoma: Comprehensive clinical and histopathological aspects, novel imaging tools and therapeutic approaches (Review). *Exp Ther Med*. 2022;23(1):1-8. doi: 10.3892/etm.2021.10982.
22. Patterson JW. *Weedon's Skin Pathology*. 4 ed. Elsevier; 2014.

23. Peris K, Fargnoli MC, Garbe C, Kaufmann R, Bastholt L, Seguin NB, Bataille V, Marmol VD, Dummer R, Harwood CA, Hauschild A, Höller C, Haedersdal M, Malvehy J, Middleton MR, Morton CA, Nagore E, Stratigos AJ, Szeimies RM, Tagliaferri L, Trakatelli M, Zalaudek I, Eggermont A, Grob JJ; European Dermatology Forum (EDF), the European Association of Dermato-Oncology (EADO) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Diagnosis and treatment of basal cell carcinoma: European consensus-based interdisciplinary guidelines. *Eur J Cancer*. 2019;118:10-34. doi: 10.1016/j.ejca.2019.06.003.
24. Que SKT, Zwald FO, Schmults CD. Cutaneous squamous cell carcinoma: Incidence, risk factors, diagnosis, and staging. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78(2):237-247. doi: 10.1016/j.jaad.2017.08.059.
25. Kumar V, Abbas A, Fausto N. Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
26. Samarasinghe V, Madan V, Lear JT. Focus on Basal cell carcinoma. *J Skin Cancer*. 2011;2011:1-5. doi: 10.1155/2011/328615.
27. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/>
28. Tampa M, Georgescu SR, Mitran MI, Mitran CI, Matei C, Caruntu A, Scheau C, Nicolae I, Matei A, Caruntu C, Constantin C, Neagu M. Current Perspectives on the Role of Matrix Metalloproteinases in the Pathogenesis of Basal Cell Carcinoma. *Biomolecules*. 2021;11(6):1-23. doi: 10.3390/biom11060903.
29. Teng Y, Yu Y, Li S, Huang Y, Xu D, Tao X, Fan Y. Ultraviolet Radiation and Basal Cell Carcinoma: An Environmental Perspective. *Front Public Health*. 2021 Jul 22;9:1-12. doi: 10.3389/fpubh.2021.666528.
30. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the Skin*. 10 ed. Philadelphia: J.B. Lippincott (The Health Professions Publisher of Harper & Row, Inc.); 2009
31. Wu PA. Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiologypathogenesis-and-clinical-features-of-basal-cell-carcinoma>.
32. Castilho IG, Sousa MAA, Leite RMS. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. *Anais Brasileiros de Dermatologia [online]*. 2010;85(2):173-178. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000200007>.
33. Faria MB. Câncer de pele, fotoexposição e fatores de risco: avaliação de hábitos e conhecimentos de moradores rurais de Orizânia, Minas Gerais. *SAPIENS [Internet]*. 2019;1(1). Disponível em: <https://revista.uemg.br/index.php/sps/article/view/3436>.

34. Santos LFS, Souza AL. Avaliação da relação fotoproteção/ fotoexposição em acadêmicos do curso de graduação em Medicina na Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC. Rev. Med. (São Paulo) [Internet]. 2019;98(1):8-15. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/140983>.
35. Grupo Brasileiro de MELANOMA. Cartilha de Tratamento: CEC de Pele. 2019. Disponível em: <https://gbm.org.br/wp-content/uploads/2019/09/livreto-GBM-v2.pdf>
36. Villarroel RU, Gomes LM, Lourega P, Lazaretti N, Schlittler LA. Tratamento Quimioterápico para Carcinoma de Celulas Escamosas de Pele Localmente Avançado. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. 2013;11(40):87-90. Disponível em: <https://www.sbec.org.br/sbec-site/revista-sbec/pdfs/40/artigo6.pdf>.
37. Costa GLG. Estudo retrospectivo dos casos de câncer de pele diagnosticados no Hospital de Câncer de Mato Grosso [dissertação]. São Paulo: 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/963711/giovannalgcosta.pdf>
38. Moreira, et. Al., Associação entre a suscetibilidade a exposição solar e a ocorrência de câncer de pele em albinos. ISSN 1677-5090. 2010. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2010. [https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/23035/1/12\\_v.12\\_1.pdf](https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/23035/1/12_v.12_1.pdf)
39. Albert A, Knoll MA, Conti JA, Zbar RIS. Non-Melanoma Skin Cancers in the Older Patient. Curr Oncol Rep. 2019;21(9):79. doi: 10.1007/s11912-019-0828-9.
40. Kim RH, Armstrong AW. Nonmelanoma Skin Cancer. Dermatologic Clinics. 2012;30(1):125-139. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.det.2011.08.008>.
41. Cameron MC, Lee E, Hibler BP, Barker CA, Mori S, Cordova M, Nehal KS, Rossi AM. Basal cell carcinoma: Epidemiology; pathophysiology; clinical and histological subtypes; and disease associations. J Am Acad Dermatol. 2019;80(2):303-317. doi: 10.1016/j.jaad.2018.03.060.
42. Bastiaens MT, Hoefnagel JJ, Bruijn JA, Westendorp RG, Vermeer BJ, Bouwes Bavinck JN. Differences in age, site distribution, and sex between nodular and superficial basal cell carcinoma indicate different types of tumors. J Invest Dermatol. 1998;110(6):880-4. doi: 10.1046/j.1523-1747.1998.00217.x.
43. Collier V, Musicante M, Patel T, Liu-Smith F. Sex disparity in skin carcinogenesis and potential influence of sex hormones. Skin Health Dis. 2021;1(2):1-9. doi: 10.1002/ski2.27.
44. Scrivener Y, Grosshans E, Cribier B. Variations of basal cell carcinomas according to gender, age, location and histopathological subtype. Br J Dermatol. 2002;147(1):41-7. doi: 10.1046/j.1365-2133.2002.04804.x.
45. Asgari MM, Moffet HH, Ray GT, Quesenberry CP. Trends in Basal Cell Carcinoma Incidence and Identification of High-Risk Subgroups, 1998-2012. JAMA Dermatol. 2015;151(9):976-81. doi: 10.1001/jamadermatol.2015.1188.

46. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660.

## ANEXO A

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO CESUPA



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** INICIAÇÃO CIENTÍFICA MÉDICA - ICMED: IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE PRODUÇÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS OBSERVACIONAIS POR ALUNOS DO CURSO MEDICINA PARA CARACTERIZAÇÃO DAS DEMANDAS CLÍNICAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA

**Pesquisador:** Claudio Eduardo Corrêa Teixeira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 25682819.0.0000.5169

**Instituição Proponente:** Centro Universitário do Pará - CESUPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.429.013

##### **Apresentação do Projeto:**

O treinamento ofertado pela ICMED terá caráter optativo dentro do Curso de Medicina, sendo que a oferta de vagas limitadas acontecerá semestralmente, sendo disponibilizado um mínimo de 50 vagas para discentes do curso de Medicina que estejam regularmente matriculados a partir do 2º semestre de Curso. Este número de vagas poderá variar para mais, de acordo com a disponibilidade de orientadores. Não haverá processo seletivo, sendo as vagas ofertadas a demanda espontânea, voluntária. O discente deverá cumprir com todas as

atividades propostas para receber o certificado de conclusão de iniciação científica. Dentre as atividades programadas, ocorrerão aulas teóricas e práticas sobre tipos de pesquisa observacional, construção de projetos de pesquisa dessa natureza, aspectos éticos em pesquisa observacional, coleta e organização de dados de prontuários, análise e interpretação estatística de dados, construção de banners/apresentações orais, redação

científica de artigos, e submissão de artigos para publicação em jornais científicos. Além disso, os discentes realizarão coletas de dados em prontuários de diferentes especialidades disponíveis no CEMEC, o que já foi autorizado pela direção deste Centro de Especialidades e documentado pela assinatura de Termo de Compromisso de Utilização de Dados. Tudo com o objetivo de proporcionar ao discente um ambiente de iniciação

**Endereço:** Av. Governador José Malcher, 1963

**Bairro:** São Brás

**UF:** PA

**Telefone:** (91)4009-9100

**Município:** BELEM

**CEP:** 66.060-232

**E-mail:** cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 5.429.013

científica rico e diversificado, conferindo-lhe aptidão ao desenvolvimento de pesquisa clínica e epidemiológica em todas as suas fases, e qualificação

para produzir e transmitir novos conhecimentos, atuando de forma multidisciplinar e translacional. Como os trabalhos científicos serão de cunho observacional, serão objetivos desses determinar um dos seguintes fatores: prevalência, incidência, causa, prognóstico ou efeito de um tratamento.

Neste contexto, os estudos de coorte, transversal e caso-controle são coletivamente referidos como estudos observacionais, pois durante sua realização o investigador simplesmente observa e infere tais fatores a partir da análise de dados coletados em

fontes primárias (prontuários). Ou seja, nenhuma intervenção é realizada pelo investigador. Embora limitados em alguns aspectos, muitas perguntas podem ser respondidas eficientemente por esses métodos e, às vezes, são os únicos métodos disponíveis. Neste contexto, os discentes participantes do ICMED desenvolverão ao longo de sua iniciação científica, estudos transversais, de casos e controles e de coorte, a partir dos dados coletados nos prontuários arquivados no CEMEC.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Implantar um programa (Iniciação Científica Médica - ICMED) de produção sistemática de estudos observacionais (transversal, de casos e controles e de coorte) por alunos do curso de Medicina para caracterização das demandas clínicas atendidas no CEMEC.

Objetivo Secundário:

- Possibilitar ao discente o desenvolvimento de habilidades, competências e atitudes na organização e desenvolvimento de atividades de pesquisa científica;
- Contribuir para a formação de recursos humanos para a pesquisa e para o desenvolvimento tecnológico;
- Desenvolver o senso crítico dos alunos e sua introdução na metodologia científica;
- Incentivar os professores ao exercício da atividade científica e da orientação acadêmica;
- Motivar a interação discente e docente nas atividades de pesquisa para o incremento de resultados positivos, e criação de grupos e contatos interdisciplinares;
- Promover a produção científica e sua ampla divulgação, aumentando a contribuição da instituição na produção do conhecimento científico.
- Treinar recursos humanos (discentes) em nível de graduação/iniciação científica, considerando

**Endereço:** Av. Governador José Malcher, 1963

**Bairro:** São Brás

**CEP:** 66.060-232

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**Telefone:** (91)4009-9100

**E-mail:** cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 5.429.013

habilidades e competências para reconhecer, analisar e propor soluções a problemas de saúde pública no contexto Amazônico e global;

- Gerar novos conhecimentos que promovam interface entre a ciência medica observacional e a pratica clínica, com foco translacional;
- Integrar os dados arquivados no CEMEC, identificando as demandas dessa população, e propondo e desenvolvendo soluções às mesmas;
- Incentivar e apoiar o curso de Medicina na implementação de uma política de pesquisa para a iniciação científica na graduação;
- Valorizar a pesquisa junto aos acadêmicos do curso de Medicina por meio da integração da pesquisa com a prática, pelo discente, da atividade científica;
- Oferecer condições para o aumento na quantidade e qualidade da produção científica da comunidade acadêmica do curso de Medicina;
- Incentivar os alunos do curso de Medicina a se tornarem agentes de transformação social, tornando-se sensíveis e reflexivos aos problemas da comunidade;
- Auxiliar a Instituição na integração entre ensino, pesquisa e extensão.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

O risco de perda dos dados, e a consequente identificação dos indivíduos dos quais esses dados foram originalmente registrados é inerente a posse dos mesmos. Portanto, este risco será prevenido pela guarda dos dados sob a responsabilidade do proponente deste projeto, sendo garantida a privacidade dos indivíduos registrados nos prontuários pela codificação dos mesmos. Além disso, a própria natureza do método analítico utilizado em estudos transversais, de caso-controle e de coorte, também desidentificará a origem individual dos dados.

##### **Benefícios:**

Os benefícios dos resultados deste projeto são de variados aspectos. Primeiro, vem o cumprimento do que é preconizado pela LDB e pelas Diretrizes Curriculares dos cursos de Medicina no Brasil, ou seja, os discentes participarem de atividades de iniciação científica, o que fomenta no

<b>Endereço:</b> Av. Governador José Malcher, 1963	<b>CEP:</b> 66.060-232
<b>Bairro:</b> São Brás	
<b>UF:</b> PA <b>Município:</b> BELEM	
<b>Telefone:</b> (91)4009-9100	<b>E-mail:</b> cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 5.429.013

profissional em formação a busca por soluções aplicáveis aos problemas de sua realidade. Segundo, a utilização de dados do CEMEC neste processo potencializa o entendimento da realidade dos pacientes lá atendidos, o que facilita a proposição de estratégias mais efetivas nos casos específicos dos atendimentos. Terceiro, a utilização de dados do CEMEC neste processo potencializa a produção de artigos científicos, fomentando no profissional em formação a necessidade de se produzir fontes primárias de qualidade (prontuários bem preenchidos), e a necessidade de se analisar, interpretar e descrever a realidade observada. Finalmente, a consequente digitalização dos dados dos prontuários do CEMEC neste processo possibilita sua organização e arquivamento de modo mais seguro e útil.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trabalho relevante para o incremento científico da instituição, sem pendências éticas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCUD: adequado

Folha de rosto: adequada

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências e inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1885676_E1.pdf	17/01/2022 12:26:18		Aceito
Outros	PROJETOICMED2022.pdf	17/01/2022 12:25:03	Claudio Eduardo Corrêa Teixeira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	30/10/2019 12:47:17	Fabíola de Carvalho Chaves de Siqueira Mendes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	30/10/2019 12:46:01	Fabíola de Carvalho Chaves de Siqueira Mendes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOICMED.pdf	28/10/2019 11:51:03	Claudio Eduardo Corrêa Teixeira	Aceito

**Endereço:** Av. Governador José Malcher, 1963

**Bairro:** São Brás

**UF:** PA

**Município:** BELEM

**CEP:** 66.060-232

**Telefone:** (91)4009-9100

**E-mail:** cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 5.429.013

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcud.pdf	28/10/2019 11:48:02	Claudio Eduardo Corrêa Teixeira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	28/10/2019 11:47:46	Claudio Eduardo Corrêa Teixeira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 25 de Maio de 2022

---

**Assinado por:**  
**Celice Cordeiro de Souza**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Governador José Malcher, 1963  
**Bairro:** São Brás **CEP:** 66.060-232  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (91)4009-9100 **E-mail:** cep@cesupa.br

## ANEXO B

## TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS



NÚCLEO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E EXTENSÃO (NICE)  
INICIAÇÃO CIENTÍFICA MÉDICA (ICMed)

## TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Cláudio Eduardo Corrêa Teixeira**, professor do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), do curso de Medicina, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado *"INICIAÇÃO CIENTÍFICA MÉDICA – ICMED: IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE PRODUÇÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS OBSERVACIONAIS POR ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA PARA CARACTERIZAÇÃO DAS DEMANDAS CLÍNICAS ATENDIDAS NO CENTRO DE ESPECIALIDADE MÉDICA DO CESUPA"*, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no **CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CESUPA (CEMEC-CESUPA)**, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos arquivos de atendimentos dos pacientes nas várias especialidades médicas, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas, em consonância com a resolução 466/12 e 510/18 do Conselho Nacional de Saúde.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, as pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida.

Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas a apreciação do CEP/CESUPA.

Belém - PA, 25/04/19.

Assinatura do pesquisador responsável

Declaro ter ciência da pesquisa e autorizo o acesso aos prontuários solicitados.

Belém - PA: 25/04/19

Drª Érica Gomes do Nascimento Cavalcante  
REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA  
CRM 8866

**Drª Érica Gomes do Nascimento Cavalcante**  
Diretora técnica do CEMEC

**ANEXO C**  
**PARECER DO ORIENTADOR SOBRE A VERSÃO FINAL DO TC**

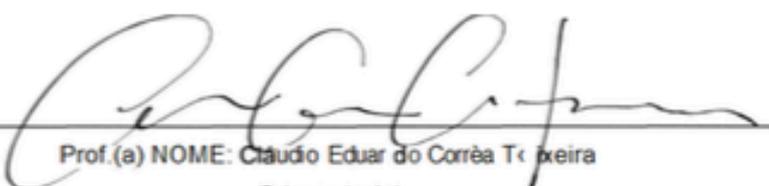
BEATRIZ CAVALCANTI DÓRIA

BRUNA NOGUEIRA MONTEIRO

**ANÁLISE TRANSVERSAL DA CASUÍSTICA DE CÂNCER NÃO-MELANOMA  
ATENDIDA NO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO CENTRO DE  
ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO  
PARÁ (2012-2020)**

Declaro junto a Coordenação do Trabalho de Curso do CESUPA que li a versão final do TC que tem como título: “**ANÁLISE TRANSVERSAL DA CASUÍSTICA DE CÂNCER NÃO-MELANOMA ATENDIDA NO SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DO CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ (2012-2020)**” considero que a mesma se encontra apta para apresentação.

Belém, \_19\_ / \_10\_ / \_2022\_

  
Prof.(a) NOME: Claudio Eduar do Correia Teixeira  
Orientador(a)