

**ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES COM CÂNCER DE PELE ATENDIDOS EM
UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM SANTA CATARINA/BRASIL**

**PROFILE ANALYSIS OF PATIENTS WITH SKIN CANCER ASSISTED AT A
REFERENCE HOSPITAL IN SANTA CATARINA/BRAZIL**

**ANÁLISIS DEL PERFIL DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL
ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN SANTA
CATARINA/BRASIL**

Priscila Soranzo Zappellini¹

Como citar este artigo:

ZAPPELINI, P.S. Análise do perfil de pacientes com câncer de pele atendidos em um hospital de referência em Santa Catarina/ Brasil. **Revista Saúde e Comportamento**, Florianópolis, v.1, n.1, p.44-54, 2022.

RESUMO

A ocorrência de câncer de pele no sul do Brasil é superior devido à colonização predominantemente europeia, à intensa atividade agrícola e à demasiada exposição solar. Trata-se de um estudo descritivo que analisou os registros de 59 pacientes atendidos em um hospital de referência no estado de Santa Catarina/ Brasil. Observou-se que 50,84% dos pacientes eram do sexo masculino (n = 30) e 49,15% eram do feminino (n = 29). O intervalo dos 60-69 anos foi o mais expressivo – 21 representantes (35,59%). 93,22% dos participantes identificaram-se como caucasianos. No quesito profissão, a mais significativa foi a de agricultor com 18 representantes ou 30,5% do total. No que se refere à escolaridade, 59,32% (n = 35) apresentavam o ensino fundamental incompleto. Quanto ao tipo histológico, a maioria (64%) foi CBC – carcinoma basocelular (n = 38) e 27% CEC – carcinoma espinocelular (n = 16), além de 4 melanomas (6,77%) e 1 carcinoma basoescomoso misto (1,69%). Dentre as regiões acometidas, mais da metade (61,01%) foram em região facial (n = 36). O câncer de pele é o mais incidente, mais evitável e apresenta altos percentuais de cura quando detectado precocemente. Espera-se que os dados epidemiológicos apresentados auxiliem o desenvolvimento de ações de prevenção e controle do câncer.

Palavras-chave: Carcinoma espinocelular. Carcinoma basocelular. Melanoma. Neoplasia cutânea.

ABSTRACT

The occurrence of skin cancer in southern Brazil is higher due to predominantly European colonization, intense agricultural activity, and excessive sun exposure. This is a descriptive

¹ Graduação em Medicina pela Universidade do Vale do Itajaí (Itajaí-SC). Residência Médica em Cirurgia Geral pelo Hospital e Maternidade Tereza Ramos (Lages-SC). Cursando Residência Médica em Cirurgia Plástica no Hospital de Clínicas da UFMG (Belo Horizonte-MG). E-mail: prizapp@hotmail.com
Link Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6185094421664219>

study that analyzed the records of 59 patients treated at a reference hospital in the state of Santa Catarina/Brazil. It was observed that 50.84% of the patients were male (n = 30) and 49.15% were female (n = 29). The range of 60-69 years was the most expressive: 21 representatives (35.59%). 93.22% of participants identified themselves as Caucasian. In terms of profession, the most significant was that of a farmer with 18 representatives or 30.5% of the total. About education, 59.32% (n = 35) had incomplete primary education. As for the histological type, the majority (64%) were BCC - basal cell carcinoma (n = 38) and 27% SCC - squamous cell carcinoma (n = 16), in addition to 4 melanomas (6.77%) and 1 mixed basal squamous carcinoma (1.69%). Among the affected regions, more than half (61.01%) were in the facial region (n = 36). Skin cancer is the most frequent, most preventable and has high cure rates when detected early. It is expected that the epidemiological data presented will help the development of cancer prevention and control actions.

Keywords: Squamous cell carcinoma. Basal cell carcinoma. Melanoma. Skin neoplasm.

RESUMEN

La incidencia de cáncer de piel en el sur de Brasil es mayor debido a la colonización predominantemente europea, la intensa actividad agrícola y la exposición solar excesiva. Este es un estudio descriptivo que analizó los registros de 59 pacientes atendidos en un hospital de referencia en el estado de Santa Catarina/Brasil. Se observó que el 50,84% de los pacientes eran del sexo masculino (n = 30) y el 49,15% del sexo femenino (n = 29). El rango de 60-69 años fue el más expresivo: 21 representantes (35,59%). El 93,22% de los participantes se identificaron como caucásicos. En cuanto a la profesión, la más significativa fue la de agricultor con 18 representantes o el 30,5% del total. En cuanto a la escolaridad, el 59,32% (n = 35) tenía primaria incompleta. En cuanto al tipo histológico, la mayoría (64%) fueron BCC - carcinoma basocelular (n = 38) y 27% SCC - carcinoma epidermoide (n = 16), además de 4 melanomas (6,77%) y 1 basocelular mixto. carcinoma escamoso (1,69%). Entre las regiones afectadas, más de la mitad (61,01%) fueron en la región facial (n = 36). El cáncer de piel es el más frecuente, el más prevenible y tiene altas tasas de curación cuando se detecta a tiempo. Se espera que los datos epidemiológicos presentados ayuden al desarrollo de acciones de prevención y control del cáncer.

Palabras clave: Carcinoma de células escamosas. Carcinoma de células basales. Melanoma. Neoplasia de piel.

INTRODUÇÃO

O câncer de incidência mais elevada no Brasil e no mundo está no maior órgão do corpo humano: a pele ⁽¹⁾. Apresenta altos percentuais de cura quando detectado precocemente ^(2,3). Os tumores malignos da pele são divididos em dois grandes grupos: melanoma e não melanoma ^(2,4). Neste último, incluem-se os carcinomas basocelular (CBC) e de células escamosas (CEC), que juntos representam 95% dos tumores malignos da pele e menor taxa de mortalidade ^(4,5). A

maior ocorrência está possivelmente ligada ao tempo de exposição ao sol, à maior longevidade e à melhora do diagnóstico ⁽⁶⁾.

Segundo o INCA (2018), “para o Brasil, estimam-se 165.580 novos casos de câncer de pele não melanoma para cada ano do biênio 2018-2019, correspondendo a um risco estimado de 82,53 casos novos a cada 100 mil homens e 75,84 para cada 100 mil mulheres”.

Na região sul do país, a taxa de câncer da pele é superior a nacional, sendo grande parte dela devida às taxas encontradas em Santa Catarina (SC). A segunda maior concentração de câncer da pele no Brasil encontra-se neste estado, com estimativa de 133,82 casos por 100.000 habitantes para câncer não melanoma e 7,13 casos por 100.000 habitantes para melanoma, perdendo apenas para o Rio Grande do Sul com estimativas de 139,49/100.000 e 7,55/100.000 habitantes, respectivamente ⁽⁶⁾.

A prevenção e controle das neoplasias cutâneas no país - de dimensões continentais e fortes diferenças regionais por abrigar uma população de comportamentos, crenças e atitudes de modo bem diversificado - representa, atualmente, um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta ⁽⁶⁾. A descrição da distribuição dos tipos mais incidentes de câncer tem sido uma das principais estratégias para o estabelecimento de diretrizes em políticas públicas e, principalmente, para o planejamento de ações de prevenção e controle do câncer ⁽⁷⁾. Dados epidemiológicos para a região serrana de Santa Catarina são escassos, dificultando a implementação de medidas de prevenção eficazes.

Assim, o presente estudo teve como objetivo: Avaliar e caracterizar o padrão e incidência de câncer de pele de pacientes atendidos em um hospital de referência em Santa Catarina/Brasil, no período de 01 de julho de 2017 a 31 de julho de 2018, em uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia.

MÉTODO

A abordagem utilizada neste estudo é quantitativa, retrospectiva e foi empregada por meio de uma pesquisa descritiva para compreender os fenômenos através da coleta de dados de todos os pacientes com câncer de pele diagnosticados através de laudo anatomopatológico de biópsias realizadas de 01 de julho de 2017 a 31 de julho de 2018 em um serviço de atendimento de referência em uma cidade do Planalto Catarinense. A coleta de dados foi realizada pela consulta aos prontuários (de papel ou eletrônico) de cada paciente com diagnóstico

anatomopatológico de câncer de pele referenciado ao serviço durante o período citado levando-se em consideração: sexo; faixa etária; etnia; local de residência (procedência); profissão; nível de escolaridade; local da lesão e resultado do exame anatomopatológico.

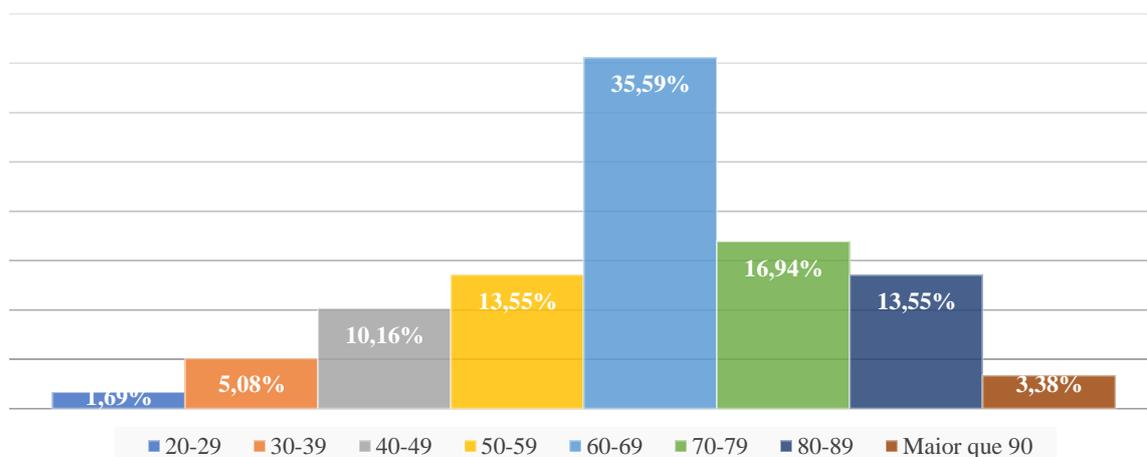
Os critérios de inclusão foram pacientes com câncer de pele – melanoma e não-melanoma – confirmado por resultado de exame anatomopatológico e que eram provenientes da região dos 18 municípios da região. Foram excluídos prontuários sem o exame de anatomopatológico confirmando o diagnóstico e de pacientes que não residam na região supracitada, além daqueles com informações em redação ilegível que impediu a correta avaliação das variáveis investigadas. Foram avaliados 75 prontuários inicialmente; destes, 15 foram excluídos por residirem em locais e 1 por não apresentar exame anatomopatológico, resultando num total final de 59 pacientes. O estudo seguiu todos os aspectos éticos previstos na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo autorização institucional, parecer positivo do Comitê de Ética e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 59 pacientes analisados, 50,84% eram do sexo masculino ($n = 30$) e 49,15% eram do feminino ($n = 29$).

A faixa etária variou de 29 anos (1 paciente, representando 1,69%) até 95 anos, sendo 2 pacientes acima de 90 anos (3,38%). O intervalo dos 60-69 anos foi o mais expressivo – 21 representantes (35,59%) –, seguida dos 70-79 anos com 16,94% ($n = 10$). As faixas dos 50-59 e 80-89 empataram com 8 pacientes cada, representando 13,55% cada. Por fim, o intervalo dos 40-49 anos contou com 6 pessoas (10,16%) e dos 30-39 anos com 3 (5,08%).

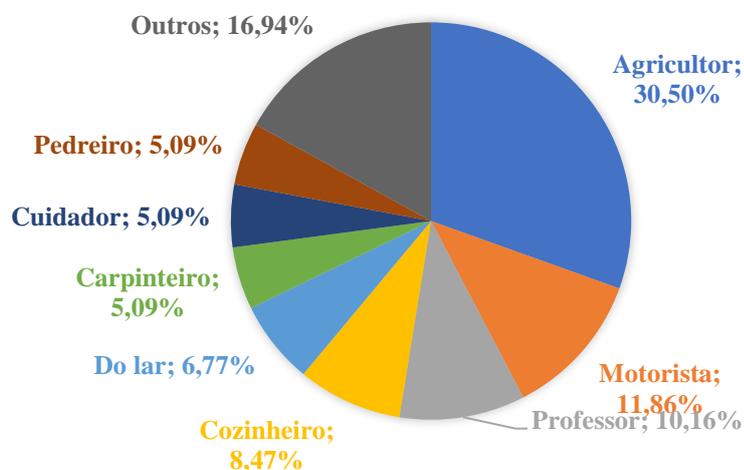
Figura 1 – Faixa etária dos participantes



Analisando a etnia, 93,22% dos pacientes identificaram-se como caucasianos (n = 55) e 1,69% (n = 1) como negro. Não foram encontrados os registros ambulatoriais de 3 pacientes (5,08%) com relação a este dado.

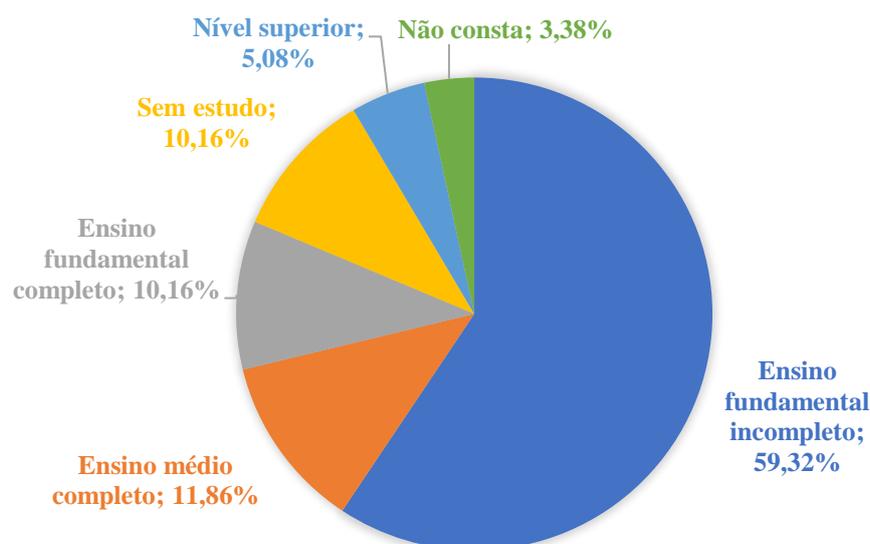
No quesito profissão, a mais significativa foi a de agricultor com 18 representantes ou 30,5% do total. Subsequentemente, seguiram as profissões de motorista (7 indivíduos ou 11,86%), professor (n = 6 ou 10,16%), cozinheiro (n = 5 ou 8,47%) e do lar (n = 4 ou 6,77%). As ocupações de carpinteiro, cuidador ou pedreiro configuraram 5,09% do total, com 3 pessoas cada. Os demais ofícios incluíram 16,94% (n = 10) e foram desde agente comunitário de saúde, até babá, bancário, marceneiro, mecânico, entre outras, com 1 representante em cada profissão.

Figura 2 – Profissão dos pacientes



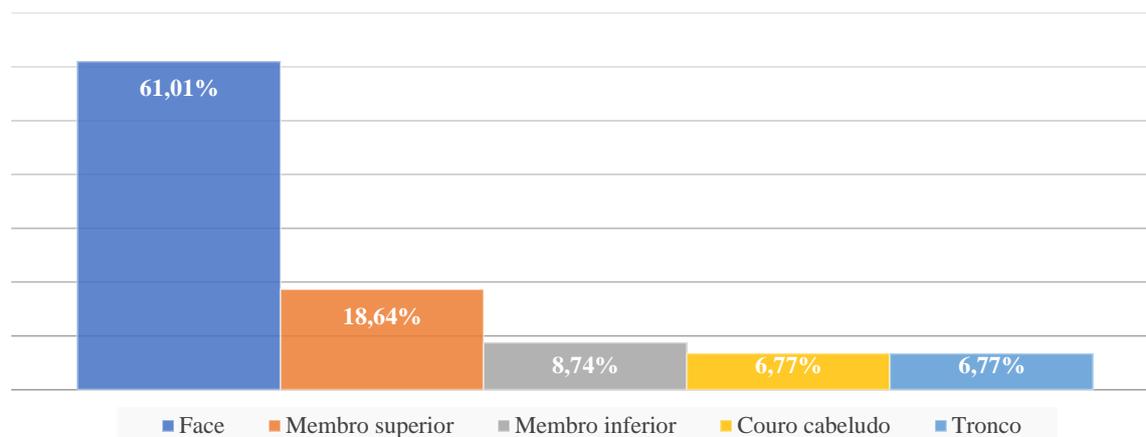
No que se refere à escolaridade, 59,32% (n = 35) apresentavam o ensino fundamental incompleto; 11,86% (n = 7) tinham o ensino médio completo; 10,16% (n = 6) contavam com ensino fundamental completo ou não tinham estudo; 5,08% (n = 3) com nível superior e 3,38% (n = 2) sem dados registrados.

Figura 3 – Nível de escolaridade dos pacientes



Quanto ao tipo histológico, a maioria (64%) foi CBC – carcinoma basocelular (n = 38) e 27% CEC – carcinoma espinocelular (n = 16), além de 4 melanomas (6,77%) e 1 carcinoma basoescamoso misto (collision tumor) (1,69%).

Dentre as regiões acometidas, mais da metade (61,01%) foram em região facial (n = 36), sendo 20,33% em nariz (n = 12), 16,94% em outras localizações da face (n = 10) e 11,86% em frente ou orelha (n = 7). O segundo mais frequentemente encontrado foi em membro superior (18,64%; n = 11), seguido membro inferior (8,47%; n = 5). Couro cabeludo e tronco representaram 6,77% cada (n = 4). O lado direito do corpo foi o menos acometido com 18,64% (n = 11) e o esquerdo o mais acometido com 30,5% (n = 18). 25% (n = 15) não continham a lateralidade em seus dados. 6,77% (n = 4) apresentavam 2 lesões concomitantes no dia da biópsia, 1,69% (n = 1) tinham 3 e 91,52% havia apenas uma lesão.

Figura 4 – Regiões acometidas

DISCUSSÕES

Analisando o sexo dos pacientes, pouco mais da metade eram do sexo masculino (50,84%), dado semelhante é encontrado na literatura ^(8,9,10,11).

A faixa etária dominante no estudo foi dos 60-69 anos, com 35,59% dos casos, seguida dos 70-79 anos com 16,94%. É justamente nesta faixa etária que predominam as lesões malignas de pele, já que a radiação recebida ao longo da vida é cumulativa e crônica e por isso há maior prevalência em pessoas idosas, ainda que sejam os jovens os mais expostos à radiação ^(12,13,14). A resposta aguda da pele humana à radiação solar excessiva é caracterizada por queimaduras solares e imunossupressão local, enquanto o desenvolvimento de cânceres de pele, envelhecimento cutâneo e alguns tumores oculares são o resultado da exposição crônica à radiação solar ⁽¹³⁾.

A radiação é considerada a principal causa de câncer de pele. Um grande corpo de evidências demonstra que os esforços para retardar o envelhecimento da pele e reduzir a incidência de câncer de pele em todo o mundo dependem principalmente da redução da exposição à luz solar ⁽¹⁵⁾. Os níveis de exposição à radiação UV estão relacionados tanto a características individuais quanto a fatores ambientais, incluindo tipo de pele e fenótipo, história familiar de câncer de pele e nível de exposição cumulativa ao longo da vida ⁽¹⁵⁾. Além disso, há um aumento na expectativa de vida destes intervalos etários ⁽¹⁶⁾. É raro ocorrer mortes por estes tipos de neoplasia. A maioria das pessoas que vai a óbito são os próprios idosos, que provavelmente só consultam um médico com a doença avançada ^(16, 17).

A vasta maioria (93,22%) dos pacientes identificaram-se como caucasianos (n = 55) e apenas um (1,69%) como negro. Estes dados correspondem ao esperado, já que as lesões são mais prevalentes em pessoas de etnia caucasiana – indivíduos com fototipo I e II segundo classificação de Fitzpatrick¹ – e pela distribuição fenotípica brasileira, que apresenta grande heterogeneidade ao longo das latitudes, chegando a 89% de população de pele clara nas áreas urbanas dos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, devido à forte presença da imigração europeia (alemães, poloneses, italianos). Ainda pode-se aventar sobre a possibilidade de pessoas de pele mais escura (pardos, por exemplo) identificarem-se erroneamente como caucasianos e às secretárias do ambulatório classificarem equivocadamente o fototipo dos pacientes nos prontuários.

Pele clara associada à ocupação que exija atividades ao ar livre aumenta o risco de desenvolvimento do câncer de pele. A exposição solar é o principal fator de risco ocupacional e os trabalhadores ao ar livre são os mais vulneráveis a desenvolvê-lo ⁽¹⁸⁾. É o caso dos trabalhadores agrícolas que representaram 30,5% do total. Também aumentam o risco outras ocupações que exponham o indivíduo à radiação solar - como motoristas (11,86%), pedreiros (5,09%), entre outros -, o local de residência, especialmente em áreas rurais, e o desconhecimento, por parte do indivíduo, de que a exposição excessiva ao Sol pode causar câncer de pele ⁽¹⁹⁾. Além disso, é importante também frisarem-se outros fatores ocupacionais como a exposição a fuligens; ao arsênico e seus compostos (utilizado na conservação de madeiras, na formulação de agrotóxicos, na metalurgia etc.); ao alcatrão de carvão (piche); aos óleos minerais (industriais, não tratados ou pouco tratados); e aos óleos de xisto (utilizados pela indústria petroquímica) ⁽⁷⁾.

59,32% dos avaliados dispunham de ensino fundamental incompleto, contrapondo com apenas 5,08% com nível superior. Em geral, um baixo nível de escolaridade, o que é consistente com a literatura, favorece esses indivíduos a não conhecer os fatores de risco e medidas preventivas para a neoplasia cutânea. Ademais, quanto menor o nível educacional, maior a tendência de trabalhar por períodos maiores, diversas vezes sob exposição solar, do que aqueles com maior formação ^(20,21).

Corroborando com a literatura, o tipo histológico mais frequente foi o CBC – carcinoma basocelular, que representou 64% da totalidade. Esta variante apresenta baixa letalidade e pode ser curado quando detectado precocemente ⁽²⁾. O segundo mais prevalente na literatura e no presente estudo é o CEC – carcinoma espinocelular com 27%. Tipo menos frequente dentre

todos os cânceres da pele, representando apenas 6,77% dos casos, o melanoma tem o pior prognóstico e o mais alto índice de mortalidade. Embora o diagnóstico de melanoma normalmente traga medo e apreensão aos pacientes, as chances de cura são de mais de 90%, quando há detecção precoce da doença. 1 caso de carcinoma basoescamoso misto (collision tumor) foi detectado, caracterizando 1,69% dos enfermos ⁽²⁾. Esses tumores podem se desenvolver em todas as partes do corpo, embora seja mais comum nas áreas expostas ao sol, como orelhas, rosto, couro cabeludo, pescoço ⁽²⁾. Mais da metade, 61,01% - encontravam-se em região facial, sendo 20,33% em nariz, 16,94% em outras localizações da face e 11,86% em frente ou orelha. O segundo mais frequentemente encontrado foi membro superior (18,64%), seguido membro inferior (8,47%; n = 5). Couro cabeludo e tronco representaram 6,77% cada. Importante ressaltar o possível viés na porcentagem de casos acometendo couro cabeludo, já que podem ter sido descritos como estando na face.

CONCLUSÃO

A população estudada está constantemente exposta às situações que podem promover o surgimento de câncer de pele, a saber: fototipo I e II típica de descendentes europeus, tempo e duração de exposição ao sol – principalmente nos trabalhadores rurais – e residir em um ambiente tropical. Outros fatores contribuidores seriam história familiar positiva de câncer de pele, além de número de horas de exposição solar não ocupacional e falta de medidas preventivas eficazes. Recomenda-se o incentivo de ações que auxiliem na prevenção e controle do câncer de pele.

COPYRIGHT: O texto exposto é de inteira responsabilidade dos autores quanto ao conteúdo, forma, opinião, respeito aos direitos autorais e demais aspectos.

REFERÊNCIAS

(1) Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer de pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. São Paulo. 2006;81(6):533-539. [citado em 2022 Fev. 06]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/vBNYLN3wdMjkvTCqFvD5kmm/?lang=pt>

- (2) Câncer de pele. Sociedade Brasileira de Dermatologia; 2017. [citado em 2018 Out 21]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/cancer-da-pele/64/>.
- (3) Goulart AV, Reckziegel JCL, Pinto CAC. Tricholeukemia and therapeutic perspectives in a refractory case. *International Journal of Development Research*. 2019; 9(3):26181-26184. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/15365.pdf>
- (4) Castilho IG, Sousa MA, Leite RM. Photoexposure and risk factors for skin cancer: an evaluation of behaviors and knowledge among university students. *An Bras Dermatol*. 2000; 85(2):173-178. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/8BJc9LYQbjhGCmTgwRzBnKG/?lang=pt>
- (5) Ferreira FR, Nascimento LF, Rotta O. Risk factors for nonmelanoma skin cancer in Taubate, Sao Paulo, Brazil: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(4):424-430. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21876926/>
- (6) Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Registro de Câncer de Base Populacional. Rio de Janeiro; 2018.
- (7) American Society Cancer. Key Statistics for Basal and Squamous Cell Skin Cancers. American Cancer Society, 2018. [citado em 2021 Ago 2]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/basal-and-squamous-cell-skin-cancer/about/key-statistics.htm>.
- (8) Roewert-Huber J. Epidemiology and aetiology of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol*. Rio de Janeiro. 2007; 157(2):47-51. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2007.08273.x>
- (9) Seretis K. Epidemiology of surgical treatment of nonmelanoma skin cancer of the head and neck in Greece. *Dermatol Surg*. Atenas. 2010; 36:15-22. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: DOI: 10.1111/j.1524-4725.2009.01379.x
- (10) Situm M, Buljan M, Bulat V, Mihić LL, Bolanca Z, Simić D. The role of UV radiation in the development of basal cell carcinoma. *Coll Antropol*. Croatia. 2008; 32(2):167-70. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19138022/>
- (11) Weinstock MA. Death from skin cancer among the elderly: epidemiological patterns. *Arch Dermatol*. New York. 1997;133:1207-9. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9382558/>
- (12) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2006: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2005.
- (13) Frost CA. The prevalence and determinants of solar keratoses at a subtropical latitude (Queensland, Australia). *Br J Dermatol*. Rio de Janeiro. 1998;139:1033-9. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: DOI: 10.1046/j.1365-2133.1998.02560.x

- (14) Lowe NJ. An overview of ultraviolet radiation, sunscreens, and photo-induced dermatoses. *Dermatol Clin.* Los Angeles. 2006;24:9-17. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: DOI: 10.1016/j.det.2005.08.001
- (15) Gallagher RP, Lee TK. Adverse effects of ultraviolet radiation: a brief review. *Prog Biophys Mol Biol.* Vancouver. 2006;92(1):119-131. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: DOI: 10.1016/j.pbiomolbio.2006.02.011
- (16) Pinto ACVD, Cavalcante MLLL, Silva GV, Brito FF, Oliveira AMN, Cleto NG.. Melanoma maligno: estudo epidemiológico dos casos diagnosticados em unidade de referência em dermatologia em Bauru-sp de 2007 a 2014. *Surg Cosmet Dermatol.* São Paulo. 2015;7(2):104-107. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.201572651>
- (17) Duquia RP. et al. Prevalence of sun exposure and its associated factors in southern Brazil: a population-based study. *An Bras Dermatol.* 2013;88(4):554-561. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/nhcdnqjs6p8rq5cxqmcxgqz/?lang=en>
- (18) Sena JS, Girão RJS, Carvalho SMF, Tavares RM, Fonseca FLA, Silva PBA, Barbosa MSFP.. Occupational skin cancer: Systematic review. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2016;62(3):280-286. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.280>
- (19) Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CSM, Sperhackle CL, Dzekaniak KS, Gleisner ALM.. Sunburn, sunscreens, and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. *International Journal of Dermatology.* 2002;(41):557-562. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: 10.1046/j.1365-4362.2002.01412.x
- (20) Malak AT, Yildirim P, Yildiz Z, Bektas M. Effects of training about skin cancer on farmers' knowledge level and attitudes. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(1):117-20. [citado em 2022 fev. 06]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21517242/>
- (21) Naser N. Melanoma cutâneo: estudo epidemiológico de 30 anos em cidade do sul do Brasil, de 1980-2009. *An. Bras. Dermatol.* 2011;86(5):932-941. [citado em 2021 Jun 5]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000500011>

Recebimento dos originais: 24/10/2022

Aceite para a publicação: 30/11/22

Data de publicação: 30/12/2022