

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO
DA CIDADE
CURSO DE DOUTORADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA
CIDADE

ANA PAULA MOURA DE ALMEIDA

**NEOPLASIAS CUTÂNEAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
CAMPOS DOS GOYTACAZES: INTEGRAÇÃO DOS REGISTROS E
SUA INTERFACE COM A POLÍTICA EM SAÚDE**

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Novembro de 2020

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO
DA CIDADE
CURSO DE DOUTORADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA
CIDADE

Ana Paula Moura de Almeida

**NEOPLASIAS CUTÂNEAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
CAMPOS DOS GOYTACAZES: INTEGRAÇÃO DOS REGISTROS E
SUA INTERFACE COM A POLÍTICA EM SAÚDE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Doutorado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes – Campos/RJ, como requisito para obtenção do grau de DOUTORA EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DA CIDADE

Orientador: Prof. Eduardo Shimoda, D.Sc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ

Novembro de 2020

Catálogo na Fonte

Preparada pela Biblioteca da **UCAM – CAMPOS** 002/2021

Almeida, Ana Paula Moura de.

Neoplasias cutâneas em hospital de referência em Campos dos Goytacazes: integração dos registros e sua interface com a política em saúde. / Ana Paula Moura de Almeida – 2020.
97 f.

Orientador (a): Eduardo Shimoda.

Tese de Doutorado em Planejamento Regional e Gestão da Cidade – Universidade Candido Mendes – Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, 2020.
Referências: f. 90-97.

1. Câncer de pele. 2. Melanoma. 3. Políticas públicas. 4. Norte fluminense. I. Shimoda, Eduardo, orient. II. Universidade Candido Mendes – Campos. III. Título.

CDU – 616-006.6:35 (815.3)

Bibliotecária Responsável: Flávia Mastrogirolamo CRB 7ª-6723

ANA PAULA MOURA DE ALMEIDA

**NEOPLASIAS CUTÂNEAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
CAMPOS DOS GOYTACAZES: INTEGRAÇÃO DOS REGISTROS E
SUA INTERFACE COM A POLÍTICA EM SAÚDE**

Tese de doutorado apresentada ao
Programa de Doutorado em Planejamento
Regional e Gestão de Cidades da
Universidade Candido Mendes –
Campos/RJ, como requisito para
obtenção do grau de DOUTORA EM
PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO
DA CIDADE

Aprovada em 09 de Dezembro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof. Eduardo Shimoda, D.Sc. – orientador
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – CAMPOS

Prof. Aldo Shimoya – D.Sc.
UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – CAMPOS

Prof^a. Maria das Graças Sepúlveda Campos e Campos – D.Sc.
FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPOS

Prof. Fábio Freitas da Silva – D.Sc.
PUC-RJ

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2020

Aos meus pais que me ensinaram o valor do conhecimento
Ao meu marido Raphael pelo incentivo, amor e dedicação à família
À Deus, sempre ao meu lado em minha caminhada
Aos meus filhos Marina e Pedro, para que no futuro compreendam que a
dedicação abre portas e nos torna melhores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar, iluminar e me dar tranquilidade para seguir em frente com os meus objetivos.

Ao meu orientador, Prof. Eduardo Shimoda o meu reconhecimento pela dedicação e orientação sempre sensata e objetiva.

À colega Verônica Porto por toda parceria e prontidão na coleta dos dados dos pacientes do RHC incluídos no estudo

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha família, pela compreensão pelos momentos de ausência, estresse e reclusão.

Meu agradecimento e profundo respeito a todos.

“Pouco conhecimento faz com que as
pessoas se sintam orgulhosas. Muito
conhecimento, que se sintam humildes.”

Leonardo da Vinci

RESUMO

NEOPLASIAS CUTÂNEAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES: INTEGRAÇÃO DOS REGISTROS E SUA INTERFACE COM A POLÍTICA EM SAÚDE

Dada sua importância e multidimensionalidade, a saúde ocupa lugar de destaque na área de políticas públicas. O câncer de pele é o tipo de neoplasia mais frequentemente encontrado no Brasil e é considerado um problema de saúde pública. Neste sentido, a presente pesquisa aborda a temática do câncer de pele, sendo realizado um diagnóstico da sua incidência no município de Campos dos Goytacazes – RJ, por meio do Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Esses registros obtiveram dados de todos os pacientes atendidos em um hospital de referência (Hospital Escola Álvaro Alvim), que apresentavam diagnóstico confirmado do câncer de pele entre os anos de 2012 e 2017, totalizando 656 casos. Através da análise estatística descritiva de variáveis como idade, profissão, local do tumor, bairro e sexo foi possível traçar um perfil dos pacientes acometidos pelo câncer de pele no município, detectando setores da área onde a população local é mais afetada pela doença, além de fatores ambientais que possam estar relacionados e a raça mais acometida. Dessa forma, o presente estudo teve o objetivo de diagnosticar a situação do câncer de pele em Campos dos Goytacazes e sugerir ações que visem a diminuição da sua incidência. Os resultados do estudo evidenciam que a população de pele clara (69,1%) e a faixa etária acima de 55 anos de idade (com idade predominante dos 70 a 74 anos para os carcinomas basocelulares e dos 80 a 84 anos para os carcinomas espinocelulares), configuram o grupo mais acometido pelo câncer de pele. As informações obtidas desses registros seriam capazes de auxiliar nas políticas públicas e campanhas junto à população, visando melhorar as estratégias para sua prevenção e diagnóstico precoce.

Palavras-chave: Carcinoma basocelular. Carcinoma de células escamosas. Políticas públicas. Melanoma. Câncer de pele.

ABSTRACT

CUTANEOUS NEOPLASMS IN A REFERENCE HOSPITAL IN CAMPOS DOS GOYTACAZES: INTEGRATION OF RECORDS AND ITS INTERFACE WITH HEALTH POLICY

Given its importance and multidimensionality, health occupies a prominent place in the area of public policies. Skin cancer is the most common type of cancer found in Brazil and is considered a public health problem. In this sense, the present research addresses the theme of skin cancer, with a diagnosis of its incidence in the city of Campos dos Goytacazes - RJ, through the Hospital Cancer Registry (RHC). These records obtained data from all patients treated at a referral hospital (Hospital Escola Álvaro Alvim), who had a confirmed diagnosis of skin cancer between the years 2012 and 2017, totaling 656 cases. Through the descriptive statistical analysis of variables such as age, profession, tumor location, neighborhood and sex it was possible to draw a profile of patients affected by skin cancer in the municipality, detecting sectors in the area where the local population is most affected by the disease, in addition to environmental factors that may be related and the race most affected. Thus, the present study aimed to diagnose the situation of skin cancer in Campos dos Goytacazes and suggest actions aimed at reducing its incidence. The results of the study show that the fair-skinned population (69.1%) and the age group above 55 years of age (with a predominant age of 70 to 74 years for basal cell carcinomas and 80 to 84 years for squamous cell carcinomas), configure the group most affected by skin cancer. The information obtained from these records would be able to assist in public policies and campaigns with the population, aiming to improve strategies for their prevention and early diagnosis.

Keywords: Basal cell carcinoma. Squamous cell carcinoma. Public policy. Melanoma. Skin cancer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Países com mais publicações a respeito do tema “câncer de pele” na base Scopus.	47
Figura 2- Crescimento das publicações no mundo sobre o tema câncer de pele na base Scopus.....	48
Figura 3- Equação de regressão do número de publicações no Brasil sobre o tema “câncer de pele” na base Scopus em função do ano.	49
Figura 4– Principais autores com publicação em câncer de pele na base Scopus com número de publicações associado.	50
Figura 5- Número de publicações em câncer de pele nos principais periódicos no Brasil e no mundo na base Scopus.....	51
Figura 6- Número de publicações em câncer de pele nos principais Centros Médicos e Universidades no Brasil e no mundo na base Scopus.	52
Figura 7– Distribuição dos casos novos de câncer de pele por tipo clínico	60
Figura 8– Distribuição dos tipos de câncer de pele por ano.....	62
Figura 9– Distribuição do tipo de câncer de pele por sítio anatômico	64
Figura 10– Distribuição do câncer de pele por área fotoexposta e não fotoexposta .	66
Figura 11– Distribuição do câncer de pele por sexo	67
Figura 12– Distribuição das raças por tipo de câncer de pele.....	69
Figura 13– Distribuição dos tipos de câncer de pele por cada raça	71
Figura 14– Distribuição dos tipos de câncer de pele por faixa etária	72
Figura 15– Distribuição dos grupos de idade por tipo de câncer de pele.....	73
Figura 16– Distribuição dos casos de câncer de pele por bairro.....	75
Figura 17– Distribuição dos tipos de câncer de pele por cada bairro.....	79
Figura 18– Distribuição dos sítios anatômicos acometidos por cada bairro.....	81
Figura 19– Distribuição dos sexos por bairro	83
Figura 20– Tipos de câncer de pele por profissão	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100.000 habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.....	42
Tabela 2– Distribuição do número de habitantes por bairro.....	76
Tabela 3– Distribuição dos tipos de profissão por bairro.....	77

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

Apac	Oncologia	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões	
CBC	Carcinoma basocelular	
CEC	Carcinoma epidermóide, espinocelular ou escamoso	
CIDERM	Círculo Dermatológico	
CNPCP	Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer de Pele	
CONASP	Conselho Consultivo da Administração Previdenciária	
CPNM	Câncer de Pele Não Melanoma	
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde	
DNA	Ácido Desoxirribonucleico	
EPI	Equipamento de Proteção Individual	
EUA	Estados Unidos da América	
HEAA	Hospital Escola Álvaro Alvim	
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana	
IARC	Associação Internacional de Registros de Câncer	
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões	
IACR	International Agency for Research on Cancer	
INCA	Instituto Nacional do Câncer	
INEN	Instituto de Câncer Nacional de Doenças Neoplásicas	
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social	
Ipase	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado	
NOB	Normas Operacionais Básicas	
OMS	Organização Mundial da Saúde	
ONGs	Organizações Não Governamentais	
PREV	Saúde Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde	
RHC	Registro Hospitalar de Câncer	
RCBP	Registro de Câncer de Base Populacional	
SAI	Sistema de informações Ambulatoriais	
Samis	Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde	
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade	

SINPAS Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

UNACON Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

UV Luz ultravioleta

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	13
1.2	OBJETIVOS	16
1.2.1	Objetivo geral	16
1.2.2	Objetivos específicos	16
1.3	ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO	17
2	A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	19
2.1	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	23
2.2	OS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE	26
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITO E ORIGEM	28
2.4	IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE	30
3	CÂNCER DE PELE	33
3.1	O CÂNCER DE PELE E SEUS FATORES DE RISCO	34
3.2	IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE	36
3.3	POPULAÇÃO DE RISCO E CAMPANHAS DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE	40
3.4	INDICADORES BIBLIOMÉTICOS SOBRE CÂNCER DE PELE NA BASE SCOPUS	46
3.5	REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER	53
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	56
4.1	ÁREA DE ESTUDO: O MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES	56
4.2	POPULAÇÃO AMOSTRAL E AMOSTRA	57
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	90

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O processo global de industrialização, ocorrido principalmente no século passado, conduziu a uma crescente integração das economias e das sociedades dos vários países, desencadeando a redefinição de padrões de vida com uniformização das condições de trabalho, nutrição e consumo. Paralelamente, deu-se uma significativa alteração na demografia mundial, devido à redução nas taxas de mortalidade e natalidade, com aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional. Este processo de reorganização global determinou grande modificação nos padrões de saúde-doença no mundo. Essa transição epidemiológica foi caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade, com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas e o câncer. Porém, nos países da América Latina, ao contrário dos países desenvolvidos, esta transição epidemiológica ainda não se completou, observando-se aumento de doenças crônico-degenerativas, enquanto a frequência de doenças infecciosas permanece elevada (GUERRA; GALLO, MENDENÇA, 2005).

O câncer é o principal problema de saúde pública em nível mundial e configura uma posição entre as quatro principais causas de morte em pacientes com idade inferior a 70 anos. A incidência e a mortalidade por câncer vêm apresentando índices crescentes em todo o mundo, em parte pelo envelhecimento populacional,

como já citado, mas também pelo crescimento populacional e pela mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco para seu desenvolvimento, principalmente os associados ao desenvolvimento socioeconômico. Dessa forma, os principais tipos de câncer observados nos países em desenvolvimento vêm também apresentando uma transição, com declínio dos tipos associados a infecções, em contrapartida um aumento daqueles associados à melhoria das condições socioeconômicas, com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização, como o sedentarismo e alimentação inadequada (BRAY *et al.*, 2018).

Governos em diversas partes do mundo têm solicitado mais pesquisas que auxiliem principalmente países de média e baixa rendas a elaborarem políticas e programas de aperfeiçoamento e controle do câncer. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC), em resposta a essas solicitações, lançaram dois estudos. O primeiro deles: *Report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all* foi realizado pela OMS e visa definir a agenda global sobre câncer, mobilizar parceiros e auxiliar países a estabelecerem prioridades no investimento de controle do câncer e na cobertura universal de saúde. O segundo estudo, que foi realizado pela IARC: *World Cancer Report: Cancer research for cancer prevention*, tem foco na prevenção ao câncer e oferece ampla visão das pesquisas mais relevantes disponíveis. A OMS destaca ainda a necessidade na intensificação de serviços de câncer nos países de baixa e média rendas, já que caso permaneçam na mesma situação, o mundo verá um aumento de 60% nos casos de câncer nas próximas duas décadas. Esse aumento seria às custas principalmente dos casos novos nos países de baixa e média rendas, nos quais as taxas de sobrevivência são atualmente mais baixas. Esse fato ocorre principalmente devido a esses países concentrarem recursos limitados de saúde no combate a doenças infecciosas e na melhoria da saúde materna e infantil, deixando os serviços de saúde sem o recurso adequado para prevenir, diagnosticar e tratar câncer (INCA, 2020).

No Brasil, os Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP) fornecem informações sobre o impacto do câncer nas comunidades, configurando-se uma condição necessária para o planejamento e a avaliação das ações de prevenção e controle de câncer. O RCBP, em conjunto com os Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS), formam o eixo estruturante para

a vigilância de câncer e para o desenvolvimento de pesquisas em áreas afins (INCA, 2020)

Uma recente estimativa mundial, do ano de 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer (17 milhões sem contar os casos de câncer de pele não melanoma) e 9,6 milhões de óbitos (9,5 milhões excluindo os cânceres de pele não melanoma). O câncer de pulmão é o mais incidente no mundo (2,09 milhões) seguido pelo câncer de mama (2,08 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). Para ambos os sexos combinados, estima-se que quase metade dos casos e mais da metade das mortes por câncer no mundo ocorreram na Ásia no ano de 2018, em parte porque perto de 60% da população global reside lá (BRAY *et al.*, 2018; INCA, 2020).

O câncer de pele é o câncer mais comum mundialmente, sendo o melanoma, o carcinoma basocelular e o carcinoma espinocelular os tipos mais frequentes da doença, os dois últimos classificados como 'não melanoma' (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016 apud INCA, 2018). Em 2018, foi estimada mundialmente, 1,04 milhão (5,8%) de casos novos de câncer de pele não melanoma e 290.000 (1,6%) de casos de câncer de pele melanoma. As maiores taxas de incidência do câncer de pele não melanoma se situam na Austrália e Nova Zelândia, América do Norte e nos países da Europa Ocidental, tanto para homens quanto para mulheres. No que se refere ao câncer de pele melanoma, as maiores incidências estão na Austrália e Nova Zelândia e nos países do Norte, Centro e Leste Europeu (BRAY *et al.*, 2018; FERLAY *et al.*, 2018).

A luz ultravioleta (UV) foi identificada como o mais importante fator ambiental no desenvolvimento do câncer de pele e estudos epidemiológicos e laboratoriais mostram que a exposição solar é o principal fator de risco. Estima-se que, 90% dos casos de câncer de pele não melanoma e 65% dos melanomas no mundo estão associados à exposição a radiação UV. O uso do protetor solar é um fator muito importante na prevenção a esse câncer, porém outros meios como: o uso de roupas e chapéus, evitar o sol nos horários mais quentes e roupas adequadas não podem ser deixados de lado (THOMAS-GAVELAN *et al.*, 2011; AZULAY, 2017).

Assim como existem campanhas e diretrizes para a prevenção e diagnóstico precoce de diversos tipos de câncer, como o de mama, próstata e intestino, o câncer de pele, como sendo o mais comum, teria um grande impacto com a implantação de políticas públicas visando a redução de sua incidência. Vale ressaltar que, por

geralmente não necessitar de exames complementares, a prevenção e detecção precoce do câncer de pele, pode ser feita através de medidas simples e de baixo custo.

Este contexto corrobora a relevância de análises estatísticas acerca dos tumores primários da pele por ofertar ferramentas epidemiológicas úteis na identificação de subgrupos de risco e na promoção da prevenção como medida ímpar neste cenário.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral da presente tese é diagnosticar a situação do câncer de pele em Campos dos Goytacazes e sugerir ações que visem a diminuição da sua incidência.

1.2.2 Objetivos específicos

A presente tese visa coletar os dados por meio do Registro Hospitalar de Câncer, dos pacientes atendidos no hospital de referência a ser estudado, com diagnóstico confirmado de câncer. A partir desta análise objetiva-se detectar setores da área onde a população local é mais afetada pela doença, fatores ambientais que possam estar relacionados, além de identificar grupos étnicos mais afetados. As informações obtidas desses registros também são capazes de auxiliar nas políticas públicas e campanhas junto à população, na detecção precoce e prevenção do câncer.

1.3 ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

Capítulo 1 - INTRODUÇÃO.

Neste capítulo apresenta-se o tema, objeto de pesquisa, objetivos, escolha metodológica e suas motivações.

Capítulo 2 – A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.

2.1 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

2.2 – OS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE.

2.3 – POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: CONCEITO E ORIGEM.

2.4 – IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE.

Neste capítulo contextualiza-se o Sistema Único de Saúde (SUS), destacando como se iniciou o processo de organização do SUS e as políticas públicas para a saúde. Explorar os trabalhos já publicados no que tange às discussões em torno das políticas públicas voltadas para a saúde.

Capítulo 3 – CÂNCER DE PELE.

3.1 – O CÂNCER DE PELE E SEUS FATORES DE RISCO.

3.2 – IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE.

3.3 – POPULAÇÃO DE RISCO E CAMPANHAS DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE.

3.4–INDICADORES BIBLIOMÉTICOS SOBRE CÂNCER DE PELE NA BASE SCOPUS.

3.5-REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER.

Neste capítulo contextualiza-se sobre a situação do câncer de pele no Brasil e no Mundo, com foco na sua prevenção e explorando os trabalhos publicados no tema.

São apresentados detalhamentos do registro hospitalar do câncer como subsídio para efetivar ações na área de planejamento e vigilância do câncer.

Capítulo 4 – METODOLOGIA.

Neste capítulo detalha-se a metodologia escolhida para a realização da pesquisa, isso inclui as tipologias de pesquisa, instrumentos de coletas de dados e técnicas de análise de dados.

Capítulo 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.

Neste capítulo é apresentada a situação atual do câncer de pele em Campos dos Goytacazes, e os resultados das avaliações desenvolvidas durante o referido trabalho.

As populações geográficas de maior risco são evidenciadas, sendo propostas ações de educação e políticas públicas visando a diminuição de sua incidência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Neste capítulo formulam-se conclusões obtidas sobre o tema estudado e são verificados se os objetivos propostos inicialmente foram alcançados.

2 A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A política pública no Brasil teve sua evolução marcada por diversos momentos históricos. No século XIX, o processo de industrialização marcou o início da intervenção do Estado no setor de saúde em países centrais como a Alemanha, França e Inglaterra. A conquista de alguns direitos sociais pela classe trabalhadora foi mediada pelo Estado, com o intuito de manter a ordem social e intervir na relação entre as classes. No território brasileiro, esse processo foi mais tardio, sendo iniciado efetivamente na década de 1930 (CORDONI JÚNIOR; MARTIN; CARVALHO, 2001; VERDI; COELHO, 2005; BRAVO, 2004).

No Brasil, a partir dos anos 1920, os funcionários de empresas começaram a depositar parte do seu salário em fundos para que, em caso de necessidade, pudessem utilizar esse recurso financeiro em serviços de saúde, além de garantir suas aposentadorias. Esses fundos, chamados de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) eram financiadas de forma tripartite: pelos empregados, empresas e governo. Estas caixas, porém, eram organizadas por empresas ou categorias profissionais e excluíaam muitos segmentos da população (BRASIL, 2000).

Com a crise dos anos 1930 e o advento da revolução liderada por Getúlio Vargas, foi desencadeado o movimento das classes populares, forçando a incorporação das questões sociais na intervenção política estatal, incluindo os setores de saúde e previdência. Ao longo dos anos 1930, a estrutura dos CAPs foi acrescida dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias centralizadas no Governo Federal, supervisionadas pelo Ministério do Trabalho,

Indústria e Comércio. Estas estruturas, organizadas por ramos de atividades, absorveram a maioria das antigas CAPs (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

O processo de industrialização acelerou a urbanização e, conseqüentemente, o aumento da população nas cidades. A precariedade das condições de vida e saúde de grande parte da população trabalhadora levou à necessidade de aprimoramento das ações no campo da saúde. A política de saúde foi reorganizada em dois setores: Saúde Pública e Medicina Previdenciária. O Ministério da Educação e Saúde foi criado na década de 1930 e organizado em dois departamentos nacionais – o de Educação e o de Saúde. O Departamento Nacional de Saúde se transformou, após a reforma ministerial, no Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médica Social. Após a metade da década de 1940, houve um estímulo à expansão do serviço médico hospitalar privado, cuja estrutura, com fins lucrativos, já estaria montada a partir dos anos 1950 e apontava na direção da formação das empresas médicas. Porém, apesar das pressões vindas da iniciativa privada, até o período militar, a assistência médica previdenciária era prestada pelos serviços disponíveis nos institutos (BRASIL, 2000).

Com o período desenvolvimentista (1950-1960), o processo de interiorização marcou a ocorrência de transformações econômicas, como a operação nordeste e a construção de Brasília. Junto a essas mudanças, a saúde pública passou então a encarar diversas dificuldades, já que a destinação de recursos do governo foi voltada principalmente para a industrialização, deixando a saúde em segundo plano. Nesse contexto, no ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que até então estava ligado à educação, e fez com que a saúde fosse prejudicada, já que a educação absorveu a maioria dos recursos (CORDONI JÚNIOR; MARTIN; CARVALHO, 2001; VERDI; COELHO, 2005).

O início do período militar em 1964 e o governo autoritário que se instituiu criaram condições propícias para alterar o sistema de previdência social e assistência médica. Em 1967, foi feita a reforma previdenciária, unificando cinco dos seis IAPs num único instituto – o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O último Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado (Ipase) foi extinto nos anos 1980 e suas estruturas de assistência médica incorporadas ao INPS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

O INPS passou a ser responsável pela assistência de todos os trabalhadores formais, independente de ramo de atividade ou categoria profissional, que

contribuíam com parte de seus salários. Também estariam com a cobertura os trabalhadores autônomos ou empregadores que contribuíssem em dobro para o INPS. Esta extensão de cobertura trouxe problemas para as instituições de assistência médica da previdência social, visto que os estabelecimentos dos antigos IAPs não comportavam esse acréscimo de pessoas do INPS. Foi necessário não apenas ampliar as instalações de assistência médica da previdência como também contratar uma rede maior de estabelecimentos privados que, mediante processo de compra e venda de serviços médicos, passariam a integrar a rede de assistência médica do INPS (BRASIL, 2000).

O final da década de 1970 e início dos anos de 1980 foram marcados pela crise do regime militar e pela reorganização do país em direção a um Estado de Direito. O agravamento das condições de vida e saúde da população foram consequência desses anos de política centralizadora e privatizante. O exaurimento do “milagre econômico” neste período causou o agravamento da questão social, influenciando a sociedade civil brasileira a se organizar pela defesa dos direitos sociais, civis e políticos. Com isso, emergiram diferentes movimentos sociais que questionavam e defendiam a ampliação dos direitos sociais no país (DOBASHI; BRÊTAS JUNIOR; SILVA, 2010).

Na saúde, o movimento de Reforma Sanitária teve um papel importante no processo de avaliação, questionamento e monitoramento da política de saúde. Havia a luta pela universalização do acesso à saúde, o questionamento à ditadura, o modelo de privatização dos serviços de saúde e a busca para a construção de um Estado Democrático de Direito. Foi nesse contexto que a Previdência Social migrou do padrão seguro-saúde para um perfil de seguridade social e ocorreu a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Apesar dessas medidas, problemas como centralização das decisões operacionais, financiamento baseado em contribuições sociais, redes não integradas de atendimento, privatização dos serviços de saúde e dificuldades quanto ao acesso e à qualidade continuaram existindo (DOBASHI; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

Com o intuito de amenizar a crise do setor de saúde em 1980, os Ministérios da Saúde e da Previdência Social apresentaram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE- focada na atenção primária. Este programa não foi viabilizado principalmente devido a escassos recursos para sua implantação. Em 1982 foi criado o pacote da previdência que estabeleceu o aumento da contribuição

e fundou o Conselho Consultivo da Administração Previdenciária (CONASP). Esse conselho seria responsável pela racionalização das despesas e controle dos gastos públicos. Foi iniciado, então, um processo de investimento em programas preventivos, alterando a lógica do governo militar, sendo criados programas de assistência integrada à saúde da mulher, da criança, do idoso, do trabalhador e à saúde mental. Estas ações ganharam apoio dos governadores, eleitos nos Estados, que faziam oposição ao governo militar (VERDI; COELHO, 2005; CORDONI JÚNIOR; MARTIN; CARVALHO, 2001; BRAVO, 2004).

Nutrido por essas discussões, o Movimento Sanitarista teve sua expressão máxima na 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, quando a participação popular, a igualdade, a descentralização, a universalidade e a integralidade das ações de saúde foram definidas como princípios da desejável Reforma Sanitária (MENDES; MARQUES, 2009).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde veio a discutir o direito à saúde como parte da cidadania e a reorganização do setor no Sistema Único de Saúde. Foi levantada a bandeira da reforma sanitária, que sempre apresentou uma concepção mais ampla de saúde, entendido como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos (BRASIL, 2000).

A Conferência ocorreu em um momento histórico em que o país estava saindo de duas décadas de ditadura, com crise no sistema de saúde e na previdência social, motivado pela capitalização da medicina privada pela previdência social, pela centralização do sistema de saúde e pela fragmentação institucional (PAIM *et al.*, 2011).

Impulsionado por esses movimentos, foi aprovado o decreto de criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha o objetivo de contribuir com o desenvolvimento das políticas integradas de saúde. Porém, apesar do SUDS, persistia a desigualdade de acesso a serviços entre outros problemas. Foi com a promulgação da nova Constituição do Brasil em 1988 que se deu prioridade aos direitos sociais e que a saúde e a educação foram reconhecidas como direito de todos (GIAMBIAGI; VILLELA; CASTRO; HERMANN, 2011). Diante desse cenário, a Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurou a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos; e

o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

O SUS surgiu então no contexto de redemocratização do Brasil e foi fruto de discussão e luta do movimento sanitário, sendo planejado para acabar com a dicotomia existente na assistência à saúde e assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais da Constituição de 1988, na qual os serviços de saúde deixaram de ser restritos e passaram a ser universais, bem como deixaram de ser centralizados e passaram a nortear-se pela descentralização. A criação do SUS trouxe uma nova concepção acerca da saúde no nosso país, onde anteriormente era entendida como um “Estado de não doença” fazendo com que sua lógica girasse em torno da cura dos agravos à saúde. Essa lógica deu lugar a uma nova noção de saúde, agora voltada para a prevenção dos agravos e na promoção da saúde (BRASIL, 2000).

Em outubro de 1988, o SUS foi instituído constitucionalmente trazendo também a previsão da necessidade de novas leis para sua regulamentação. Isso ocorreu por meio das Leis 8.080 e 8.142, ambas editadas em 1990, que conjuntamente formaram a “Lei Orgânica da Saúde” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Definiu também os objetivos, as atribuições, os princípios, as diretrizes, a organização, a direção, a gestão, a competência e atribuições de cada nível das esferas do governo (federal, estadual e municipal), além da participação complementar do sistema privado, os recursos humanos, o funcionamento, a gestão financeira, o planejamento e o orçamento. Já a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da população na gestão do SUS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, a instituição das conferências e conselhos federais, estaduais e municipais de saúde (CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

As Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996, também se constituíram em investimentos de regulamentação do SUS, voltadas para a definição de estratégias de operacionalização do sistema (WEEGE, 2012). Da leitura dessas e de outras normas, bem como uma série de portarias do Ministério da Saúde e outras tantas resoluções do Conselho e das Conferências Nacionais de Saúde, tem-se a perfeita compreensão que se trata de um processo em constante aperfeiçoamento (BRASIL, 2000).

O processo jurídico regulatório evidenciou a forma hierarquizada e de gestão pública descentralizada do sistema, além de garantir que as ações de saúde fossem submetidas a organismos do executivo com representação paritária entre governo, usuários e demais representantes, através da criação dos Conselhos de Saúde. Dessa forma, designaram-se os princípios norteadores do sistema: a universalidade, a integralidade, a participação e a descentralização (VERDI; COELHO, 2005; MENICUCCI, 2009; MAIO; LIMA, 2009).

A questão do financiamento foi identificada como uma lacuna na regulamentação do SUS. A Lei 8.080 previu que os recursos seriam oriundos do orçamento da Seguridade Social, de outros orçamentos e fontes, porém, a falta de clareza sobre o financiamento do sistema gerou alguns problemas do ponto de vista da distribuição e corte de recursos. Assim, no ano 2000 foi aprovada a proposta da Emenda Constitucional de nº 29, que definiu os percentuais mínimos de financiamento do SUS para a União, Estados e Municípios (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

A destinação de recursos da União aos Estados e Municípios trazia em destaque o fundo de saúde, constituído de uma conta própria para o depósito dos recursos, sendo esta fiscalizada pelo conselho de saúde. Este conselho, órgão colegiado com caráter deliberativo, era composto por integrantes do governo, profissionais da saúde e usuários, que têm como atribuição auxiliar na formulação de estratégias para consolidação da política, assim como no controle social sobre a gestão do SUS (VERDI; COELHO, 2005; MENICUCCI; 2009; MAIO; LIMA, 2009).

A constituição dos fundos de saúde passou a ser obrigatória e encontrou-se com vinculação crescente de recursos nos três níveis de governo em função da Emenda Constitucional nº 29. A forma de funcionamento desses fundos constituiu uma maneira de descentralização existente nos serviços públicos brasileiros, pois trouxe consigo o mecanismo conhecido como “transferência fundo a fundo”. Ou seja,

os fundos eram remunerados automaticamente, uma vez cumpridos os critérios e os requisitos exigidos e pactuados (BRASIL, 2000).

No que diz respeito à abrangência, o sistema envolve vários níveis de serviços, que perpassam pela atenção básica à alta complexidade, devendo todas as esferas de serviço/assistência trabalharem em conformidade. No entanto, a atenção básica constitui-se como a porta de entrada ao sistema. Neste sentido, o SUS funciona de forma referenciada, através de convênios entre os municípios, visto que nem todos possuem estrutura para dispor dos serviços de média e alta complexidade (ROMANO; SCATENA; KEHRIG, 2015).

A estrutura descentralizada envolve a definição de competência para cada um dos três níveis de gestão do SUS: União, Estados e Municípios. Com isso, a criação e execução das políticas municipais devem obrigatoriamente ser aprovadas pelos Conselhos Municipais de Saúde, sendo o gestor municipal responsável pela saúde da população e pela gestão das ações e serviços de saúde oferecidos no âmbito do seu território. Na esfera estadual, as políticas de saúde são acordadas pela comissão de intergestores bipartite, formada por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria de estado da saúde, sendo deliberadas pelo conselho estadual de saúde. A implementação das políticas nacionais e estaduais, além da organização do atendimento à saúde em seu território cabe aos governos estaduais. No âmbito nacional, as políticas do SUS são representadas pela comissão intergestores tripartite, composta por representantes do ministério da saúde, das secretarias municipais e estaduais de saúde. A União, diferentemente dos Estados e municípios, é a principal financiadora da saúde pública no país. Além disso, através do Ministério da Saúde, a União é também o órgão proponente e formulador das políticas nacionais, no entanto, a implementação é feita através dos estados, municípios e outros parceiros como as Organizações Não Governamentais (ONGs) e iniciativa privada (VERDI; COELHO, 2005; MENICUCCI; 2009; MAIO; LIMA, 2009).

Algumas ações e programas desenvolvidos evidenciam uma ampliação dos serviços de saúde, principalmente no que refere à atenção primária, buscando garantir a universalização a partir do acesso, além da reversão do modelo assistencial centrado no atendimento hospitalar. Um exemplo é a Saúde da Família, que se torna uma das principais estratégias da Atenção Básica da Saúde e tem o objetivo de reorganizar a Atenção Básica no País, substituindo a rede de Atenção

Básica Tradicional, permitindo um atendimento familiar no espaço em que as pessoas vivem e com isso um entendimento ampliado do processo de atenção às necessidades de saúde (RODRIGUES; DALLANORA; ROSA; GERMANI, 2009).

De acordo com Menicucci (2009), o SUS consolidou-se como a maior política de Estado do país, sendo considerada uma expressiva inovação institucional no campo das políticas sociais criadas a partir da década de 1980 com o regime democrático. Porém, apesar da ampliação significativa nas ações de promoção e prevenção à saúde, percebeu-se uma insuficiência de recursos para garantir todas as demandas do sistema, nas diversas esferas de serviço. Com isso, a dependência do setor privado se manteve, além de incidir em avaliações negativas da qualidade dos serviços prestados pelo SUS (MENICUCCI, 2009).

Ainda existem lacunas para tornar o SUS público e universal, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade na assistência prestada. No entanto, seus maiores desafios são políticos, já que incluem a questão do financiamento, redefinição da articulação público-privada e redução das desigualdades de renda, poder e saúde (PAIM, 2011).

2.2 OS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE, INTEGRALIDADE E EQUIDADE

Conforme já exposto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado da luta travada pelo movimento sanitarista desde os anos 1970 e da crítica aos sistemas e instituições de saúde vigentes até 1988. Com isso, o SUS foi concebido, incorporando alguns dos princípios e diretrizes do movimento sanitário, tais como a universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde da população e tendo como premissa fundamental o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado (TEIXEIRA, 2011).

Vale a pena lembrar também a prioridade dada as ações preventivas como forma de promover a saúde e não somente a cura de doenças, como ocorria no passado. Esta representa a principal estratégia para a efetivação da saúde como qualidade de vida e não como o estado de ausência de doença (BRASIL, 2000).

A universalidade na saúde pode ser considerada uma das maiores conquistas da população frente à Constituição Federal de 1988, e significou o rompimento da

atenção à saúde vinculada à contribuição previdenciária, que garantia o acesso às ações e serviços apenas aos trabalhadores com vínculo formal de trabalho. Segundo esse princípio, a saúde é um direito de todos e é um dever do Poder Público prover serviços e de ações para a sua garantia. A universalização não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde, mas sim coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que deles necessitem, enfatizando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2012).

O princípio da Integralidade visa demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Trata-se a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que diz respeito aos níveis de complexidade diferenciados. Dessa forma, há projetos e ações direcionadas especificamente aos jovens, às mulheres, aos idosos, aos portadores do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e de outras moléstias e enfermidades, às gestantes entre outros grupos. Nesse mesmo sentido, vem se trabalhando na estruturação de redes de maneira hierarquizada, com níveis crescentes de complexidade dos serviços. Assim, as ações de baixa, média e alta complexidade buscam articular-se para racionalizar o sistema, para aumentar o seu nível de resolutividade e sua capacidade de atendimento da demanda (BRASIL, 2000).

A integralidade, portanto, não se caracteriza como um conceito pronto, mas sim como um valor desejável nas práticas de saúde. Neste sentido, pensar a integralidade, implica repensar os processos de trabalho e construir a partir das necessidades de saúde da população, associadas ao meio social em que vivem os sujeitos, novos saberes e práticas de saúde (ARENDR, 2007).

A equidade em saúde “[...] nos remete à noção de que, [...] todos os indivíduos de uma sociedade devem ter justa oportunidade para desenvolver seu pleno potencial de saúde e, no aspecto prático, ninguém deve estar em desvantagem para alcançá-lo” (FAUSTO; LIMA; VIANA, 2003, p.58).

Frente aos dois princípios já apresentados, vem a necessidade de se reduzir as disparidades sociais e regionais existentes no Brasil. O princípio da equidade reafirma essa necessidade de dar-se também por meio das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2000).

Reduzir disparidades regionais e sociais significa a busca de um melhor equilíbrio. O entendimento é, portanto, que a equidade possui uma relação com as desigualdades existentes entre as diferentes condições de vida da população, expondo os sujeitos de forma distinta aos determinantes de saúde. Para Malta (2001, p.155), a equidade é entendida:

[...] como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas.

Teixeira (2011, p. 5) também compreende a equidade a partir do reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais. “Em saúde, especificamente, as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, reconhecendo-se a possibilidade de redução dessas desigualdades.” Assim, a contribuição do sistema para redução desse problema implica na oferta de ações em serviços que priorize a atenção a grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, além de reforçar ações específicas a grupos que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer em função das suas particularidades, buscando contemplar todas as dimensões humanas (FAUSTO; LIMA; VIANA, 2003).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: CONCEITO E ORIGEM

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, referencia a saúde como o “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou incapacidade” (FERREIRA *et al.*, 2014). Além disso, a própria Constituição de 1988, artigo 196, diz:

[...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco a doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Apesar das definições bem concebidas sobre a saúde, o desafio é pensar sobre essas questões a partir da ideia de justiça e liberdade que envolve dimensões econômicas, culturais, políticas, dentre outras. A saúde não pode ser compreendida como algo abstrato, mas sim como um processo social marcado por uma história. Nesse sentido, de acordo com Caponi (2003), a saúde poderia ser apreendida a partir de uma margem de segurança, que seria definida pelas possibilidades e capacidades de cada indivíduo, ou grupo, enfrentar novas situações e superar as desigualdades do meio.

A origem da política pública como área de conhecimento de acordo com Souza (2006), surge nos Estados Unidos da América (EUA) com ênfase nos estudos sobre a ação dos governos. Frey (2000) destaca que, nos EUA, as pesquisas em políticas públicas surgem nos anos 1950, sob a denominação de Policy Science. Na Europa, esse campo teve um início mais tardio, nos anos de 1970, na Alemanha, a partir do crescimento da social democracia, que exigiu a ampliação do planejamento das políticas setoriais.

A política pública nos EUA nasce como subárea da ciência política e procura entender como e por que os governos optam por determinadas ações. De acordo com Souza (2006), o pressuposto analítico que conduziu a construção e materialização dos estudos sobre políticas públicas foi o de que, em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser formulado cientificamente e analisado por pesquisadores independentes.

Na literatura, podem ser encontradas diferentes definições de política pública, enfocando aspectos distintos, que abordam diversas teorias, modelos de análise e avaliação. Souza (2006) apresenta as definições formuladas por diversos autores:

[...] Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política[...] Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. A definição mais conhecida continua sendo a de Laswell, ou seja, decisões e análises sobre política pública implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006, p.24).

É possível perceber que os autores destacam a presença dos governos no processo decisório, na busca de alternativas e propostas para as demandas

constituídas em determinado contexto. No decorrer deste processo, vários autores aparecem influenciando na percepção de determinadas questões, tornando-as problemas. Os problemas, ao entrarem na agenda, não implicam, necessariamente, na tomada de decisão, pois a implantação das políticas públicas envolve cenários, interesses e atores diversos, além de passar por diferentes etapas até sua implementação (CAPELLA, 2006).

Após o processo de escolhas e criação da política, iniciou-se a fase de implementação, etapa de suma importância, pois, segundo Arretche (2001), esta modifica a política. Este fato ocorre porque, na maioria das vezes, os formuladores e os implementadores são pessoas distintas, sendo que os agentes executores geralmente não participam do processo decisório.

A última etapa do ciclo das políticas caracteriza-se pela avaliação, isto é, momento de verificar a eficiência da ação ou programa. As políticas não devem ser eficientes apenas do ponto de vista econômico, precisam ser também eficientes do ponto de vista de satisfação da população alvo. O importante é considerar a etapa da avaliação como um processo de aprendizado contínuo, de busca de melhores decisões e aprimoramento da prática da gestão (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986).

Em relação aos propósitos das políticas, Figueiredo e Figueiredo (1986) consideram que as políticas públicas apresentam dois aspectos: o primeiro é gerar um produto físico (tangível e mensurável); e o segundo, gerar um impacto, que pode ser tanto físico como subjetivo, relacionado a atividades, comportamentos e opiniões.

2.4 IMPORTÂNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Dada sua importância e multidimensionalidade, a saúde ocupa lugar de destaque na área de políticas públicas, de modo que, nas últimas décadas, têm sido constantes as discussões e os planejamentos por parte de instituições governamentais.

No Brasil, na década de 1980, teve início a Reforma Sanitária Brasileira. Esse movimento não foi apenas uma reforma setorial, mas serviu à democracia e à

consolidação da cidadania ao propor um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral.

Conforme Zurba (2012, p.41 e 42):

A ausência de políticas públicas efetivas para a saúde foi fortemente criticada no Movimento da Reforma Sanitária, cujas proposições apontavam, basicamente, para a construção de uma nova política de saúde que fosse democrática e considerasse a descentralização, universalização e unificação como componentes imprescindíveis à saúde coletiva da população brasileira.

De acordo com Zurba (2012), foi a partir da Constituição de 1988, em especial do que dispõe o artigo 6º, que a saúde pública no Brasil “passou a ser reconhecida oficialmente como um direito de cidadania, garantida a todos os brasileiros”. Portanto, a Constituição Federal estabelece que a saúde seja um direito de todos e um dever do Estado, a ser garantido mediante políticas públicas que visem à redução do risco de doença e articulem ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A importância da saúde ultrapassa a dimensão individual e lança seus efeitos sobre o desenvolvimento social como um todo, pois há que se reconhecer que:

[...] a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio-ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um “círculo virtuoso” no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente.

Dessa forma, é inegável a “importância social da saúde (com forte impacto sobre as condições de vida e bem-estar da população), que é um bem público, um direito social e elemento estruturante do Estado de Bem-Estar Social brasileiro (...)” (GADELHA; BRAGA, 2016).

Portanto, a essencialidade da saúde para o bem-estar humano e também para o desenvolvimento social de uma forma geral transforma a saúde em um direito fundamental a ser assegurado mediante políticas públicas. De acordo com Queiroz (2011, p. 97).

[...] as políticas públicas são, no estado democrático de direito, os meios que a administração pública dispõe para a defesa e a concretização dos direitos de liberdade e dos direitos sociais dos cidadãos, estabelecidos numa Constituição Nacional.

Quanto ao modo de elaboração das políticas públicas, Cecconello, Avila e Stein (2018, p. 1058) esclarece que inicialmente elaborase um diagnóstico da realidade e identifica-se uma problemática. A partir disso, constrói-se uma ação governamental, um programa específico, com previsão de orçamento, prazo e público-alvo. As políticas públicas seriam respostas a determinados problemas sociais, sendo formuladas a partir de demandas e tensões geradas na nossa sociedade. Logo, elas são estratégias de regulação de relações sociais que se institucionalizam por meio de ações, de programas, de projetos, de regulamentações, de leis, de normas, que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais. Isso indica que as políticas públicas são criadas porque igualmente é criada uma demanda de proteção social. Logo, a área de saúde tem passado por transições uma vez que os programas e ações estão mais atentos ao caráter multidimensional do processo saúde-doença.

3 CÂNCER DE PELE

O câncer é uma doença de etiologia multifatorial, resultante, principalmente, de alterações genéticas, fatores ambientais e do hábito de vida. O câncer mais frequente no Brasil é o câncer de pele não melanoma e corresponde a cerca de 30% de todos os tumores malignos registrados no país (INCA, 2020). Embora múltiplos fatores de risco genéticos e fenotípicos já tenham sido documentados na literatura, o principal fator causal para o câncer de pele, permanece a exposição ao sol, em decorrência da ação carcinogênica da radiação ultravioleta (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016). Sendo assim, as pessoas expostas cronicamente aos raios solares são as mais susceptíveis a esse tipo de neoplasia (SCHALKA; STEINER, 2013).

A tendência ascendente da sua morbidade pode ser atribuída a alguns fatores como o aumento da exposição à radiação ultravioleta relacionada ao lazer principalmente na infância; mudança de hábito em relação à proteção mecânica e exposição solar cotidiana; valorização estética do bronzamento da pele e aumento da incidência de raios ultravioleta (UV) devido à diminuição da camada de ozônio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006). Esse aumento da morbidade gera custos elevados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e mal estar social ao paciente.

Além da importância do câncer de pele já demonstrada, juntamente às evidências do aumento de sua morbidade e mortalidade, impõe sua caracterização como um problema de saúde pública.

3.1 O CÂNCER DE PELE E SEUS FATORES DE RISCO

O câncer de pele não é uma patologia única. Ele possui divisões e classificações, sendo importante o conhecimento de suas variações para o bom tratamento e prognóstico da doença. Ele se apresenta sob a forma de duas variantes: melanoma e não melanoma (CASTILHO, 2010).

O tipo mais comumente observado de câncer de pele na população brasileira é o não melanoma, que se apresenta sob a forma de carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC), também denominado, epidermóide ou escamoso, ambos com alto índice de cura se o diagnóstico for precoce (POPIM *et al.*, 2008).

O melanoma, mesmo ocorrendo em menor incidência, é o mais agressivo, sendo responsável por aproximadamente 75% das mortes causadas por câncer de pele, já que esse tipo de neoplasia pode facilmente disseminar para gânglios linfáticos e órgãos internos (SOUZA, 2004).

A pele é o maior órgão do corpo humano e tem como principal função fazer a interface do organismo com o ambiente externo, conseqüentemente, é ela quem mais sofre com os efeitos ambientais. Dentre os agentes ambientais, o sol, através de suas radiações, é o que mais tem importância para a pele, sendo responsável por alguns efeitos danosos sobre a mesma, como por exemplo: o envelhecimento, a queimadura solar e o câncer de pele entre outros (SCHALKA; STEINER, 2013).

O aumento da quantidade de luz solar ultravioleta que atinge a superfície do planeta é considerado como o principal fator de desenvolvimento do câncer de pele na população mundial. De acordo com o comprimento de onda, o espectro da radiação ultravioleta é subdividido em três bandas: Ultravioleta A, B e C (UVA, UVB e UVC). Os raios UVA são os que apresentam o maior comprimento de onda (315-400nm), sendo esta indutora de processos oxidativos. A banda UVB (280-315nm) gera danos diretos ao ácido desoxirribonucleico (DNA), além de fotoimunossupressão, eritema, espessamento do estrato córneo e melanogênese. Os raios UVC (100-280nm) são carcinogênicos e contêm o pico de absorção pelo DNA puro. Devido à destruição da camada de ozônio, a incidência de raios UVB, intrinsecamente relacionados ao câncer de pele, vem aumentando

progressivamente, permitindo, inclusive, que raios UVC se aproximem mais da atmosfera terrestre. Já a incidência dos raios UVA depende da camada de ozônio e, portanto, causa câncer de pele em indivíduos que se expõem ao sol, sobretudo em horários de alta atividade solar, continuamente e durante muitos anos (SOUZA, 2004).

Associada a exposição solar excessiva, pessoas que possuem pele clara, que vivem em áreas de maior radiação solar ou que trabalham intensamente expostas (marinheiros, trabalhadores rurais), assim também como pessoas que são portadoras de doenças cutâneas prévias entre elas o xeroderma pigmentoso¹, estão entre os grupos de maior risco no desenvolvimento do câncer de pele (POPIM *et al.*, 2008).

Dessa forma, como já exposto, o principal fator de risco para o câncer de pele, tanto para melanoma quanto para não melanoma, é a exposição excessiva à radiação solar. Para o tipo não melanoma, em particular para o carcinoma epidermóide, a incidência aumenta com a idade, sendo mais frequente na população masculina do que na feminina. Em geral, o carcinoma de células escamosas está associado ao acúmulo das doses de exposição ao sol, enquanto o carcinoma basocelular parece mais associado a uma exposição intermitente para altas doses de radiação solar. As populações de pele clara possuem um risco aumentado para o desenvolvimento do câncer de pele não melanoma, principalmente ao se exporem à radiação ultravioleta do sol. Pessoas que realizam bronzamento artificial também possuem o risco aumentado, especialmente em idades jovens (SCHALKA; STEINER, 2013).

Outros fatores carcinogênicos como o fumo, uso de agentes químicos como o arsênio, além da presença de ceratose actínica são considerados potenciais precursores para o desenvolvimento do câncer não melanoma do tipo epidermóide. Além disso, a detecção da presença de DNA de alguns tipos de HPV em carcinomas epidermóides sugere que ele possa estar envolvido no desenvolvimento e na progressão da doença (CASTILHO; SOUZA; LEITE, 2010).

O câncer de pele melanoma é o mais agressivo tipo de câncer de pele, apesar de ser menos frequente do que os outros tumores. A idade, o sexo e a

¹ Xeroderma Pigmentoso é doença autossômica dominante rara caracterizada por marcada fotossensibilidade e consequentemente uma precocidade do envelhecimento cutâneo e aparecimento de lesões pré malignas e o câncer de pele (AZULAY, 2017).

susceptibilidade individual também são importantes no desenvolvimento desse tipo de câncer. Cerca de 20% a 30% dos melanomas está associada à presença de nevo melanocítico prévio. Além disso, pessoas com história familiar de melanoma ou melanoma prévio também possuem aumento no risco de desenvolver esse câncer. Sem contar os fatores genéticos, a radiação ultravioleta do sol contribui para o desenvolvimento do melanoma. Aproximadamente 80% dos melanomas de pele estão associados a essa exposição, principalmente naquelas pessoas de pele sensível; ou seja, que se queimam com facilidade, pele clara e pele com múltiplas sardas. Por outro lado, indivíduos de pele escura possuem menor risco de apresentar melanoma de pele. O prognóstico desse câncer é considerado bom se os tumores forem diagnosticados e tratados, de forma adequada, em sua fase inicial. Quando os melanomas são diagnosticados em fases mais avançadas, principalmente com a presença de metástases, eles apresentam pior prognóstico (DIMATOS *et al.*, 2009).

3.2 IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE

O câncer da pele é indubitavelmente um problema de saúde pública, sendo o tipo de câncer mais frequentemente encontrado. Dessa forma, torna-se necessária uma discussão sobre sua prevenção. Em um contexto geral, prevenir o câncer consiste em reduzir ao mínimo ou eliminar a exposição aos agentes carcinogênicos, além de minimizar a suscetibilidade individual aos efeitos destes agentes, podendo ainda serem acrescentados os aspectos sociais, econômicos e culturais (INCA, 2020).

Atualmente tem se difundido os saberes sobre saúde, riscos e doenças através dos meios de comunicação como a internet. A busca da preservação e recuperação da saúde no plano individual tem tornado o próprio sujeito responsável por decisões e ações que afetam direta ou indiretamente a sua saúde (TEIXEIRA, 2011).

Em países como a Inglaterra e Canadá a promoção da saúde ganha evidência, sendo responsável por um novo modelo que incorpora políticas públicas saudáveis e mudanças no estilo de vida. A importância das atitudes individuais na

promoção, prevenção e proteção de doenças ganha então evidência nos últimos anos (CESTARI; ZAGO, 2005).

Na década de 1970 o termo “promoção da saúde” surgiu como estratégia de renovação do campo da saúde pública. Essa expressão foi usada pela primeira vez em 1974 em um documento chamado “The new perspectives of the health of Canadians” (Novas perspectivas sobre a saúde dos canadenses) que destacava a influência de fatores ambientais, comportamentos individuais e modo de vida na ocorrência de doenças e da morte (OLIVEIRA, 2005).

Em 1986, na conferência da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Ottawa, foi formulada uma base ideológica para promoção da saúde. A carta de Ottawa descreve a promoção da saúde como processo pelo qual os indivíduos são capacitados a ter um melhor controle sobre sua própria saúde. Reconhece-se que a saúde pode ser influenciada por fatores físicos, socioeconômicos, culturais e ambientais. Os hábitos reprovados (regime alimentar pobre, tabagismo, falta de exercício entre outros) são tidos como consequência de decisões individuais equivocadas, e conseqüentemente essa “falta de saúde” como uma falha moral da pessoa e um discurso que culpa a vítima pelo seu próprio problema (OLIVEIRA, 2005).

A prevenção, na área de saúde, é composta por ações de caráter primário, como redução da suscetibilidade das pessoas às doenças, educação sanitária e melhoria das condições de vida. A prevenção se dá também por meio da detecção precoce de doenças e seu tratamento adequado, porém, qualquer ação de prevenção deve levar em conta os valores, atitudes e crenças dos grupos sociais a quem a ação se dirige (CESTARI; ZAGO, 2005).

A prevenção é definida, então, por ações direcionadas a evitar o surgimento de doenças específicas, por meio do controle da transmissão e redução do seu risco, enquanto a promoção tem um conceito mais amplo, que enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho, com vistas a aumentar a saúde e bem estar, não estando relacionada a alguma doença específica (CESTARI; ZAGO, 2005).

Pode-se denominar prevenção primária na Oncologia, o período anterior à doença, que inclui medidas inespecíficas de proteção dos indivíduos contra riscos e danos, isto é, procura-se reduzir a exposição da população a fatores de risco da doença, visando reduzir sua ocorrência. Nesta forma de prevenção incluem-se as

ações de promoção e proteção específicas contra os fatores de risco para o câncer. Na promoção da saúde, incluem-se as medidas inespecíficas da prevenção primária, como as orientações sobre dieta saudável e proteção solar. Na proteção específica, verificam-se as ações mais diretas, como a vacinação contra diversas doenças e o exame de Papanicolau, para a detecção de alterações de risco para o câncer de colo uterino. A prevenção primária pode ser a melhor alternativa quando comparada ao diagnóstico ou mesmo ao tratamento do câncer (NEUGUT, 1999).

Na prevenção secundária inclui-se o rastreamento do câncer, ou seja, é realizada uma avaliação de indivíduos assintomáticos objetivando descobrir um câncer ou uma afecção pré-maligna (CESTARI; ZAGO, 2005).

O modelo de atenção à saúde presente no país foi por muitos anos centrado na assistência curativa individual. Quando o assunto é câncer, este modelo fica aquém de resolver os problemas de saúde da população, principalmente no que diz respeito ao câncer de pele (CESTARI; ZAGO, 2005).

Dessa forma, a educação em saúde passa a não se destinar apenas a prevenir doenças, mas a preparar o indivíduo para a busca por uma vida mais saudável. Nesse contexto, o indivíduo deve ser estimulado a tomar decisões sobre sua própria vida (OLIVEIRA, 2005).

Como já exposto, a neoplasia cutânea pode sofrer diminuição dos seus índices através de medidas preventivas e de conscientização da população, principalmente entre os mais jovens, pois como já se sabe, o efeito do sol é cumulativo sobre a pele, portanto, medidas tomadas na infância podem ser de grande importância (FREITAS, 2009).

No que se refere ao câncer de pele, existem algumas medidas preventivas que devem ser colocadas em prática. O uso de fotoprotetores bem como a fotoproteção mecânica (roupas, chapéus, óculos de sol, coberturas e vidros) podem ser consideradas ações capazes de oferecer barreira física ou mecânica à radiação solar, atenuando sua incidência na pele. A orientação quanto ao horário adequado para exposição ao sol também é considerada medida fotoprotetora, assim, recomenda-se evitar a exposição ao sol entre 10 e 15 horas (SCHALKA; STEINER, 2013).

A fotoproteção é considerada um conjunto de ações que visam reduzir a exposição ao sol e prevenir o desenvolvimento do dano actínico. Inclui-se como medidas de fotoproteção: educação em fotoproteção, proteção por meio de

coberturas e vidros, proteção pelo uso de roupas e acessórios, fotoprotetores tópicos e orais. A educação em fotoproteção pode ser definida como o conjunto de ações de caráter educativo, desenvolvido para conscientizar determinado grupo populacional sobre os riscos da exposição inadvertida ao sol e orientar condutas saudáveis em fotoproteção. Cabe ao profissional de saúde, em especial ao médico dermatologista, identificar e promover as medidas adequadas para o paciente ou para o grupo populacional envolvido (SCHALKKA, 2013).

Vale ressaltar que a educação em fotoproteção traz em seu contexto uma base educacional global como característica primordial. A gênese histórica da escola dá-se ao longo do século XVIII e ela surge como uma instituição pública, gratuita, universal e laica, que tem como função desenvolver uma nova cultura, integrar as novas gerações à sociedade moderna e socializar o conhecimento científico. Em sua característica clássica, a escola é um ambiente de diferentes aprendizagens como valores, atitudes, símbolos e concepções (FRIGOTTO, 2008).

O Brasil é um país que tende a investir pouco na educação e suas escolas, e sabe-se que uma parte significativa das escolas públicas brasileiras enfrenta graves problemas que afetam o seu funcionamento. A deficiência em uma educação de base na formação de uma sociedade traz com ela consequências que são transmitidas também para as ações públicas que visam o enfrentamento de problemas (FREITAS, 2009).

Este fato é bem ilustrado por um estudo realizado por Popim et al. (2008), em que buscou-se um grupo de risco para o desenvolvimento de câncer de pele e foi avaliado o uso de medidas preventivas, no caso deste estudo o grupo avaliado foi o de carteiros da cidade de Botucatu/SP. Observou-se que quanto maior a escolaridade maior foi a tendência dos entrevistados a usar equipamentos de proteção ao sol (POPIM; CORRENTE; MARINO; SOUZA, 2008).

Uma parcela importante da população ainda carece de informações sobre prevenção e detecção precoce desse tipo de neoplasia. Existe ainda, principalmente na população de baixa renda, dificuldades de aquisição do protetor solar ou qualquer outro equipamento de proteção, porém como também visto no estudo de Popim et al (2008) com carteiros de Botucatu/SP, apesar da empresa estudada possuir um programa de prescrição e distribuição de filtro solar, bem como os demais equipamentos de proteção ao sol, que entram na composição do uniforme dessa classe profissional, isso não foi suficiente. Nesse sentido ações profiláticas por meio

de educação e saúde, visando à conscientização desses profissionais para com as medidas preventivas devem ser adotadas e incentivadas (POPIM; CORRENTE; MARINO; SOUZA, 2008).

Nesse mesmo sentido, que as políticas de prevenção ao câncer de pele devem ter uma abordagem mais ampla, com o papel da educação tendo um caráter primordial, não apenas de fornecer a informação isolada, mas também orientar, capacitar e responsabilizar o indivíduo pelos seus atos e consequências.

Apesar de ser uma patologia de alta incidência e gravidade e, sendo considerado um problema de saúde pública, ainda não há decretos ou leis para prevenção da doença. Um projeto de Lei de número 4.027 de 2012 dispõe sobre o fornecimento do protetor solar ao empregado que trabalhe a céu aberto, como um equipamento de proteção individual (EPI), assegurando os profissionais que são expostos a radiação UV, deveriam obrigatoriamente receber o protetor solar do empregador, infelizmente essa lei nem sempre é cumprida (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2012).

Dessa maneira, a prática infringe diretamente a seguridade de promoção e prevenção da saúde que consta na constituição federal, o que prejudica diretamente a saúde dos indivíduos.

3.3 POPULAÇÃO DE RISCO E CAMPANHAS DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DE PELE

A exposição ao sol é o principal fator relacionado ao surgimento do câncer de pele. Esse fator, associado a baixos fototipos (tonalidade mais clara da pele) e queimaduras solares pode aumentar ainda mais a probabilidade de surgimento de lesões cancerígenas cutâneas. Pessoas que residem em países tropicais, como Brasil e Austrália, estão expostas a um risco aumentado para o desenvolvimento dessa patologia, sendo a Austrália o país com maior notificação de casos de câncer da pele no mundo. Vale ressaltar, que indivíduos que possuem atividades profissionais que requerem exposição solar, como pescadores, carteiros, trabalhadores rurais, constituem um grupo de risco. Aqueles que possuem pele clara

e olhos claros apresentam um risco ainda maior, principalmente quando associados à queimadura solar (SCHALKA; STEINER, 2013).

Além disso, a população que pratica atividades profissionais ou de lazer, expostas cronicamente ao sol, principalmente aquela que não adere às medidas de prevenção ao câncer da pele, sofre o efeito cumulativo da radiação solar sobre a pele, fato que pode aumentar progressivamente a chance de desenvolvimento de neoplasia cutânea. Além disso, considerando que o Brasil situa-se numa zona de alta incidência de raios ultravioleta, a ocorrência de câncer da pele no país apresenta altos índices (COSTA; WEBER, 2004).

Os jovens também constituem um grupo vulnerável à exposição solar inadequada, seja pela influência de fatores estéticos ou pela maior atividade física ao ar livre. Um estudo feito com 368 estudantes universitários, na faixa etária dos 20 anos, dos cursos de Medicina, Educação Física, Direito e Comunicação Social de instituição privada em Taguatinga (Distrito Federal) mostrou que, apesar de mais de 90% dos estudantes acreditar na associação entre radiação ultravioleta e câncer de pele, menos de 25% dos estudantes referiam uso diário de protetor solar (CASTILHO; SOUZA; LEITE, 2010).

Em outro estudo realizado por Thomas-Gavelan *et al.* (2011), com 364 pacientes de 4 hospitais de Lima, no Peru, mostrou que apesar de 80% dos entrevistados reconhecerem que a radiação solar causa câncer da pele, apenas 38% faz uso diário do protetor solar. Já no estudo feito por Castanedo-Cazares em pessoas entrevistadas no Shopping Center do México mostrou que apenas 11,8% faziam uso do protetor solar apesar de 85,4% relatarem saber que a radiação solar causa câncer da pele (THOMAS-GAVELAN *et al.*, 2011).

Esses estudos reforçam a ideia de que não basta o conhecimento sobre o câncer de pele mas é essencial mostrar os meios e a importância dessas medidas de prevenção e seu impacto sobre a saúde de cada indivíduo. Vale ressaltar também a importância de tornar os meios de prevenção mais acessíveis à população de risco para essa neoplasia, pois muitas vezes o custo dos equipamentos de proteção e do protetor solar inviabilizam o uso regular por uma parcela significativa dos indivíduos.

Reforçando a já demonstrada alta incidência do câncer de pele no Brasil, a Tabela 1., evidencia uma estimativa, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), de 83.770 casos novos de câncer de pele não melanoma nos homens e

93.160 nas mulheres no Brasil, em 2020. Esses valores correspondem a um risco estimado de 80,12 casos novos a cada 100 mil homens e 86,65 para cada 100 mil mulheres. Quanto ao câncer de pele melanoma, o número de casos novos estimados será de 4.200 em homens e de 4.250 em mulheres (INCA, 2020).

Tabela 1- Estimativas para o ano de 2020 das taxas brutas e ajustadas de incidência por 100.000 habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária.

Localização Primária Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos											
	Homens						Mulheres					
	Estados			Capitais			Estados			Capitais		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa Ajustada
Próstata	65.840	62,95	50,78	13.640	60,53	57,33	-	-	-	-	-	-
Mama feminina	-	-	-	-	-	-	66.280	61,61	43,74	19.820	78,88	45,90
Colo do útero	-	-	-	-	-	-	16.590	15,43	12,60	4.180	16,55	10,13
Traqueia, brônquio e pulmão	17.760	16,99	16,19	3.180	14,17	16,11	12.440	11,56	9,24	3.760	14,96	11,32
Cólon e reto	20.520	19,63	18,80	5.320	23,59	21,26	20.470	19,03	13,36	6.260	24,90	15,59
Estômago	13.360	12,81	11,37	2.430	10,85	11,23	7.870	7,34	5,95	1.920	7,71	6,61
Cavidade oral	11.180	10,69	9,25	2.040	9,03	9,19	4.010	3,71	2,66	1.040	4,00	3,21
Laringe	6.470	6,20	5,75	1.150	5,00	4,97	1.180	1,06	0,92	360	1,06	0,79
Bexiga	7.590	7,23	4,61	1.800	7,87	7,12	3.050	2,80	2,03	900	3,44	2,61
Esôfago	8.690	8,32	6,48	1.160	5,00	6,27	2.700	2,49	1,76	460	1,60	1,42
Ovário	-	-	-	-	-	-	6.650	6,18	4,84	1.870	7,50	5,19
Linfoma de Hodgkin	1.590	1,52	1,33	450	1,71	1,93	1.050	0,95	0,88	430	1,35	1,04
Linfoma não Hodgkin	6.580	6,31	5,67	1.430	6,41	7,27	5.450	5,07	3,37	1.260	4,96	4,27
Glândula tireoide	1.830	1,72	1,52	1.090	4,52	1,81	11.950	11,15	8,13	4.650	18,47	8,13
Sistema nervoso central	5.870	5,61	5,22	1.150	5,07	6,27	5.220	4,85	4,17	1.440	5,69	4,55
Leucemias	5.920	5,67	5,55	1.210	5,43	5,93	4.890	4,56	3,95	1.180	4,69	4,64
Corpo do útero	-	-	-	-	-	-	6.540	6,07	5,22	1.930	7,61	6,14
Pele melanoma	4.200	4,03	2,01	790	3,36	3,40	4.250	3,94	1,78	870	3,28	2,49
Outras localizações	48.060	45,97	41,48	9.320	41,34	48,09	42.390	39,43	29,40	9.790	38,88	26,48
Todas as neoplasias, exceto pele não melanoma	225.460	215,65	215,86	46.160	204,92	238,47	222.980	207,36	145,00	62.120	247,24	159,85
Pele não melanoma	83.770	80,12	-	20.010	88,84	-	93.160	86,65	-	19.090	75,98	-
Todas as neoplasias malignas	309.230	295,78	-	66.170	293,75	-	316.140	294,00	-	81.210	323,22	-
Todas as neoplasias malignas, corrigidas para sub-registro	387.980	371,11	-	-	-	-	297.980	277,11	-	-	-	-

*População padrão mundial (1960). / * Números arredondados para múltiplos de 10.

Fonte: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – (INCA), (2020)

O câncer de pele não melanoma é o primeiro e mais incidente em homens nas Regiões Sul (138,75/100 mil), Centro-Oeste (114,71/100 mil) e Sudeste (92,86/100 mil). Nas Regiões Nordeste (42,48/100 mil) e Norte (28,89/100 mil), encontra-se na segunda posição. Nas mulheres, é o mais frequente em quatro Regiões, com um risco estimado de 134,19/100 mil na Região Sudeste, 102,71/100 mil na Região Centro-Oeste, 93,58/100 mil na Região Sul e 44,12/100 mil na Região Nordeste. Já na Região Norte (23,12/100 mil), ocupa a segunda posição. Quanto ao

melanoma, sua letalidade é elevada; porém sua incidência é, comparativamente, baixa (3 mil casos novos em homens e 2.670 casos novos em mulheres). As maiores taxas estimadas em homens e mulheres encontram-se na região Sul (INCA, 2020).

Dessa forma, considerando tratar-se do câncer mais prevalente, de fácil diagnóstico clínico torna-se clara a necessidade de campanhas públicas que envolvam tanto a prevenção primária quanto secundária do câncer de maior morbidade do mundo. Baseado com os dados epidemiológicos nacionais e mundiais, a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) promove anualmente desde 1999, a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele (CNPCP). Em uma data específica do ano, essa campanha funciona entre 9h e 15h em postos de atendimento que funcionam na maioria dos estados do Brasil, onde médicos dermatologistas examinam gratuitamente a população e orientam sobre hábitos de exposição ao sol e traçam a conduta necessária diante de cada paciente (SBD, 2006). Desde 2014 é também realizado o movimento Dezembro Laranja, com a promoção de uma série de iniciativas de conscientização sobre a prevenção e o diagnóstico precoce da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006).

As campanhas de prevenção são importantes não só pelo número de pessoas atendidas, o número de lesões suspeitas identificadas e suas características, mas também pelas orientações diretas e por meio de impresso fornecido, em conformidade com os objetivos de educar e promover uma cultura de prevenção e proteção dos indivíduos, especialmente as crianças, que são o segmento mais vulnerável. As campanhas também servem para reunir dados sobre o que acontece na população e o grau de conhecimento que possuem sobre o assunto. Os dados referentes a lesões suspeitas de câncer de pele são consistentes com o descrito a nível nacional e global, de modo a que os dados estatísticos recolhidos são um bom indicador do estado dessas neoplasias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006).

Essa medida ímpar do ponto de vista de prevenção ao câncer de pele foi bem avaliada em um estudo que analisou os dados da campanha de prevenção ao câncer de pele promovida pela SBD entre os anos de 1999 a 2005. Foi evidenciada uma razão de prevalência de 1,7 entre homens e mulheres que seria reflexo não apenas do maior risco, mas também de menos cuidado com a pele, ainda

considerado um campo estético e mais direcionado ao sexo feminino. Outro fato importante demonstrado no estudo foi a alta prevalência da doença no Estado do Tocantins, o que poderia ser explicado pelo menor acesso ao diagnóstico. O achado de maior prevalência nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Norte reforça as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que estima para Florianópolis e Natal as maiores incidências do país para o Câncer de Pele Não Melanoma (CPNM) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006).

É importante salientar também alguns pontos interessantes a serem abordados nas campanhas nacionais, como reconhece a Sociedade Brasileira de Dermatologia. A prevenção primária do câncer da pele deve ter como principal população-alvo a infantil, uma vez que as crianças se expõem ao sol três vezes mais que os adultos, e a exposição cumulativa durante os primeiros 10 a 20 anos de vida determina o risco de câncer da pele, mostrando ser a infância uma fase particularmente vulnerável aos efeitos nocivos do sol. Assim, um programa de prevenção primária do câncer da pele envolve necessariamente pais e professores, responsáveis por evitar a exposição solar das crianças nos horários de maior radiação UV, estimular e criar o hábito de uso de proteção física e também de protetores solares com fator de proteção. A prevenção secundária nos indivíduos adultos pode e deve ser realizada na rotina da atenção à saúde, o que, porém, requer maior engajamento dos profissionais de saúde e da população, em geral na ação preventiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006).

A iniciativa da campanha junto à divulgação dos riscos da exposição solar pela mídia vem aumentando a consciência sobre o problema do câncer de pele entre os brasileiros, criando um ambiente favorável a iniciativas de prevenção primária na infância (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006).

As alterações que ocorrem devido ao dano solar na pele são de caráter progressivo e se iniciam com queimadura, pele mais espessa, hiperpigmentação das manchas, rugas finas e depois profundas, queratose actínica (lesão categorizada como pré-neoplásica mas considerada por alguns autores como neoplasia *in situ*), e então, a neoplasia cutânea se estabelece (BARDINI; LOURENÇO; FISSMER, 2012).

A identificação precoce, durante a campanha, de lesões pré-neoplásicas e do campo de cancerização através de exame físico dermatológico abrangendo também a dermatoscopia e seu acompanhamento, tem a capacidade de reduzir o número de pacientes com neoplasias malignas no futuro e conseqüentemente os prejuízos à

saúde do paciente e custos provocados por elas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006).

Vale citar também que a consciência da gravidade sanitária do câncer da pele é ainda pequena entre os profissionais de saúde em várias partes do mundo. Para ampliá-la, são geradas iniciativas como intervenções educacionais para profissionais envolvidos com a atenção básica sobre práticas para o controle de câncer da pele ou a inclusão de profissionais de enfermagem no processo de suspeição e encaminhamento de casos. No Brasil, a consciência da gravidade do problema entre os responsáveis pela saúde pública é influenciada pela ideia de que a mestiçagem racial determinaria um baixo risco para a população brasileira. Sem dúvida, o câncer da pele não melanoma é mais frequente em pessoas de pele mais clara e sensível ao sol, o que não invalida o risco naquelas de pele negra (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006).

As medidas de prevenção são também analisadas em outros países. Na Austrália, durante o período de oito anos (2006-2013), resultados de um estudo nacional com campanha midiática sugerem que o efeito cumulativo de três campanhas foi de 885 casos a menos de melanoma, 12.289 menos casos de câncer de pele não-melanoma, 109 mortes por melanoma evitadas e 2.7 mortes por câncer de pele não-melanoma evitadas (OCANHA, 2016).

No mesmo contexto da prevenção, algumas estratégias como a ocorrida no Canadá em 2014, após ter sido constatado que cerca de 7.000 casos de câncer de pele, que foram atribuídos à exposição solar ultravioleta, deu-se o início a um projeto de transferência de conhecimento e intercâmbio em três províncias canadenses para aumentar a segurança do sol em 14 locais de trabalho com trabalhadores do exterior em dois setores da indústria. Nesse estudo, o principal foco da intervenção foi o de encorajar os trabalhadores destes locais de trabalho a ver a segurança do sol como uma questão de saúde e segurança ocupacional que deve ser integrada às medidas de proteção das empresas, em vez de ver a segurança do sol como um problema de bem-estar do empregado. Medidas como esta devem se tornar frequentes em nosso meio na perspectiva de controle da doença (KRAMER *et al.*, 2017).

É importante levar em consideração que a geração que em determinado momento é a população adulta, alvo da prevenção secundária, será a responsável por implementar a prevenção primária junto às crianças. Com isso, as campanhas de prevenção de diagnóstico são também de conscientização para a prevenção

primária. Além disso, apesar dos dados coletados nas campanhas corresponderem a um registro de uma atividade e não dados coletados para pesquisa, sua análise pode nortear sobre o problema do câncer da pele no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2006).

3.4 INDICADORES BIBLIOMÉTICOS SOBRE CÂNCER DE PELE NA BASE SCOPUS

Em 25 de Agosto de 2020 foram levantados, na base de dados Scopus, os artigos na temática “Câncer de Pele”. Foi utilizada a opção de busca rápida, a qual retorna as publicações que tenham a palavra digitada no título, no resumo ou nas palavras-chaves. Nos campos de refinamento de busca foram obtidas as informações relacionadas à evolução temporal, nome de autores, periódicos, afiliação, veículos de comunicação, palavras-chaves e país.

As expressões de busca com operadores booleandos utilizados foram:

`(title-abs-key(skin neoplasms) and (limit-to (doctype,"ar"))) and (limit-to (srctype,"j"))`:
136.509 artigos

`(title-abs-key(skin neoplasms) and (limit-to (affilcountry,"brazil"))) and (limit-to (doctype,"ar")) and (limit-to (srctype,"j"))`: 2031 artigos

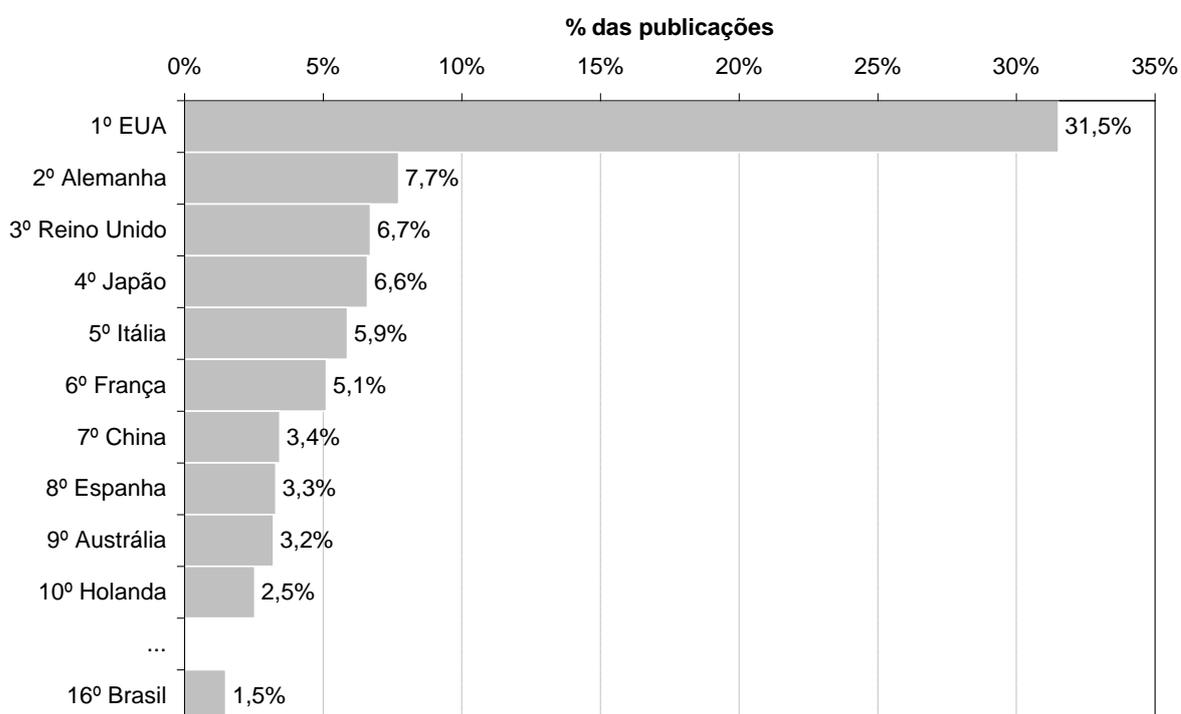
A partir de equações de regressão exponenciais do número de publicações sobre câncer de pele em função do ano, foi realizada a análise temporal, determinando-se assim, uma equação para cada tema. Os valores de cada variável foram linearizados mediante a aplicação de logaritmo, de forma que o coeficiente angular da equação indica a taxa de crescimento em dado período.

Para realizar a análise de concentração das outras informações como países, autores, universidades, veículos de comunicação e palavras-chaves, foi realizada a

comparação dos dez primeiros contribuintes de cada caso em relação ao total de publicações.

Na Figura 1., observa-se a distribuição do número de publicações a respeito do tema câncer de pele em diferentes países usando como referência a base Scopus.

Figura 1- Países com mais publicações a respeito do tema “câncer de pele”.

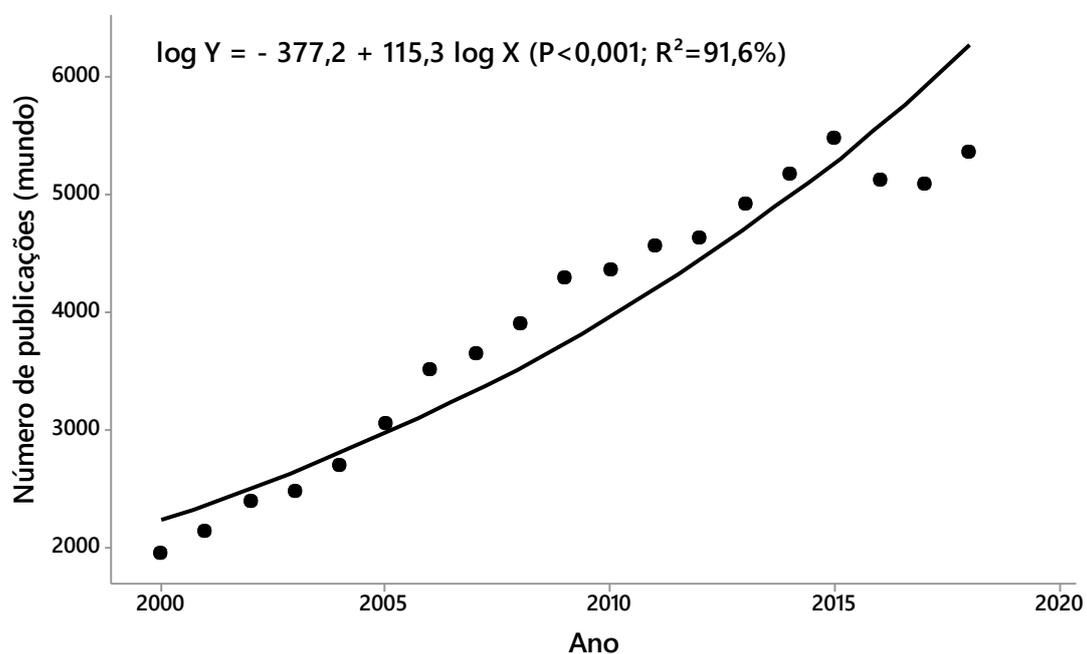


Fonte: Adaptado da base Scopus (2020).

Pode-se perceber que os Estados Unidos representam o país com maior número de publicações, correspondendo a 31,5% das publicações, enquanto o Brasil fica em 16º lugar com apenas 1,5% desse número.

Na Figura 2 é possível observar a curva crescente dessas publicações no mundo ao longo dos últimos 20 anos, reforçando a importância e os novos conhecimentos nessa área.

Figura 2- Crescimento das publicações no mundo sobre o tema câncer de pele

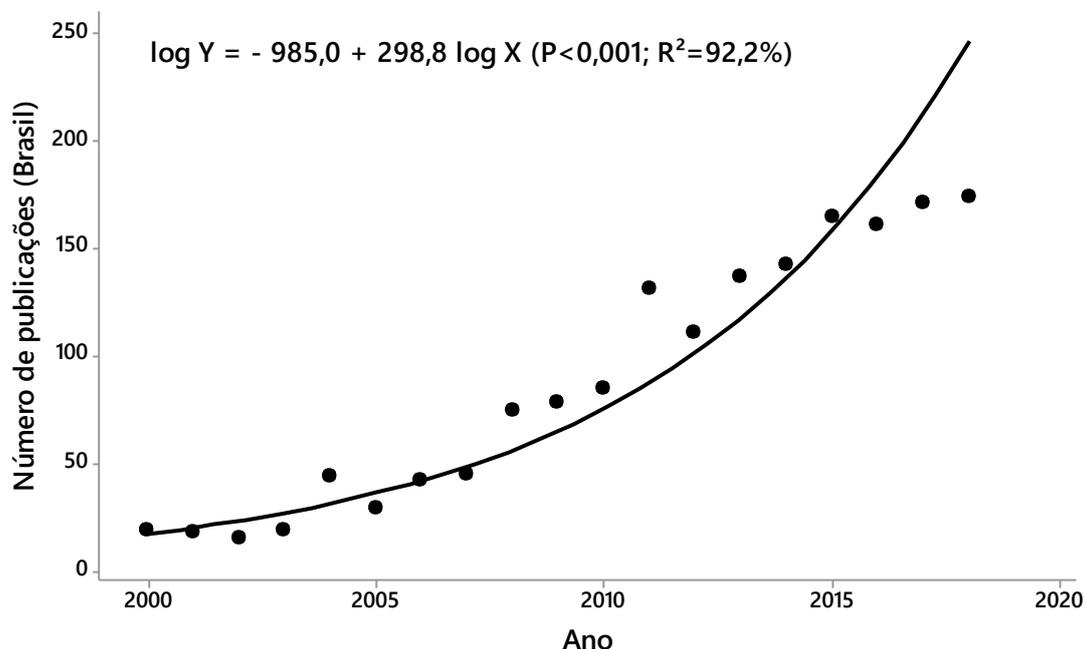


Taxa de crescimento anual: 5,9%

Fonte: Adaptado da base Scopus (2020).

Na Figura 3 pode-se observar o crescimento também em nível nacional das publicações em câncer de pele.

Figura 3- Equação de regressão do número de publicações no Brasil sobre o tema “câncer de pele” em função do ano



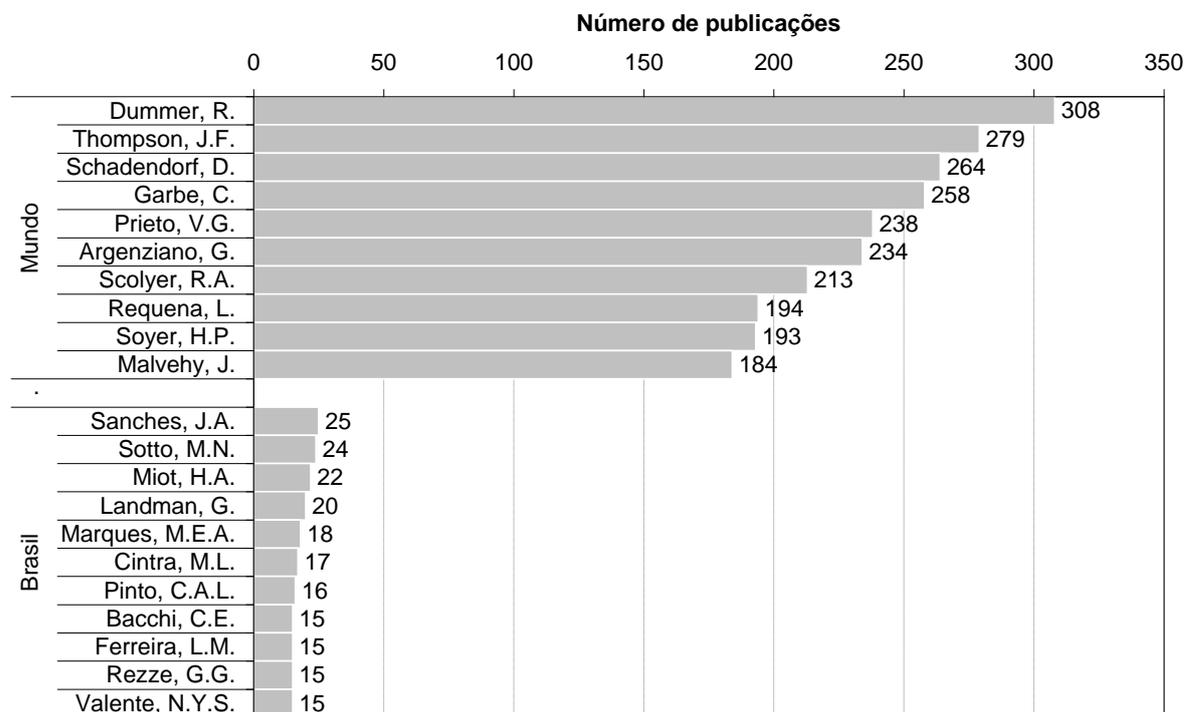
Taxa média de crescimento anual = 16,0%.

Fonte: Adaptado da base Scopus (2020).

Corroborado pelo aumento do número de casos em nível mundial, é notável o crescimento das publicações tanto no Brasil como no mundo, mostrando assim a importância do assunto estudado. No nosso país, a taxa média de crescimento anual foi de 16,0% comparado a uma taxa de crescimento mundial de 5,9%, demonstrando o fortalecimento das publicações nacionais nessas estatísticas. Dessa forma, é considerável o crescimento das publicações em câncer de pele no Brasil, colocando o tema em um patamar de grande importância e evidência no país, acompanhando a tendência mundial.

Na Figura 4 observa-se o número de publicações referente aos principais autores no Brasil e no mundo na temática abordada.

Figura 4– Principais autores com publicação em câncer de pele com número de publicações associado

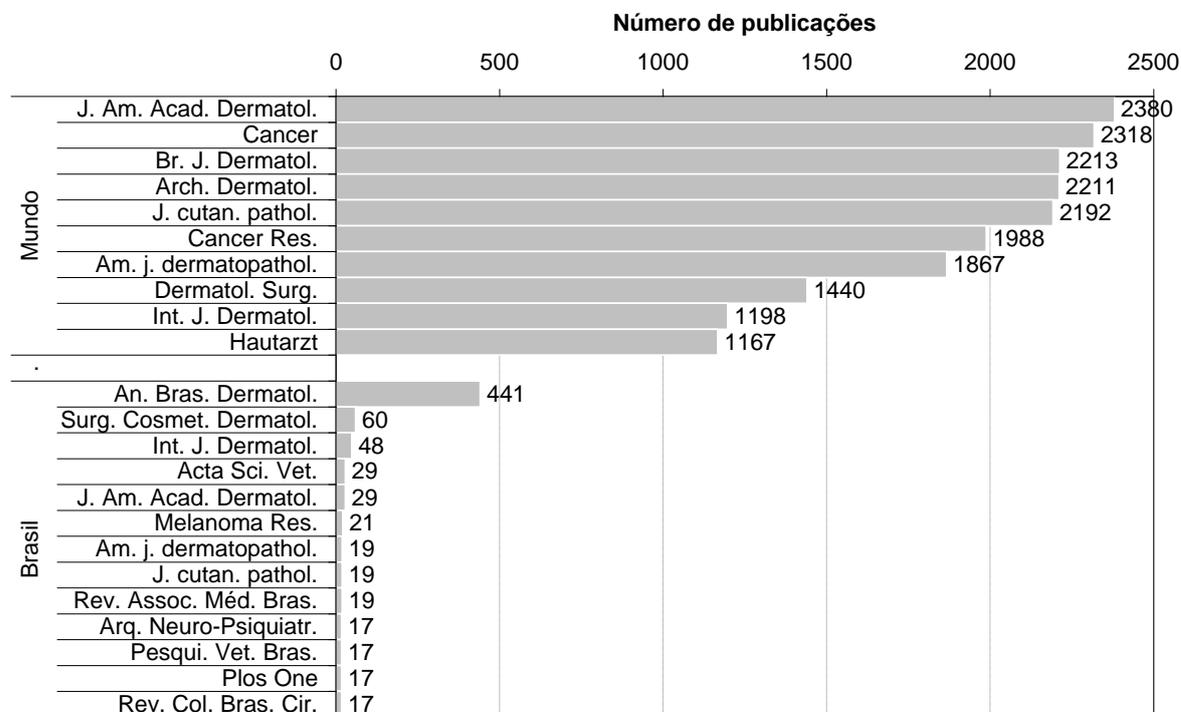


Fonte: Adaptado da base Scopus (2020).

No mundo, importantes autores como Dummer, R. e Thompson, J.F. apresentam o maior número de publicações no tema, com 308 e 279 publicações respectivamente. Observa-se que o Brasil, apesar de ter apresentado um crescimento importante nas publicações no tema câncer de pele, ainda está bem abaixo dos principais autores no mundo, tendo Sanches, J.A. e Sotto, M.N. como os de maior destaque, com 25 e 24 publicações, respectivamente.

Na Figura 5 observa-se os principais periódicos em níveis nacional e mundial com publicações no tema câncer de pele.

Figura 5- Número de publicações em câncer de pele nos principais periódicos no Brasil e no mundo



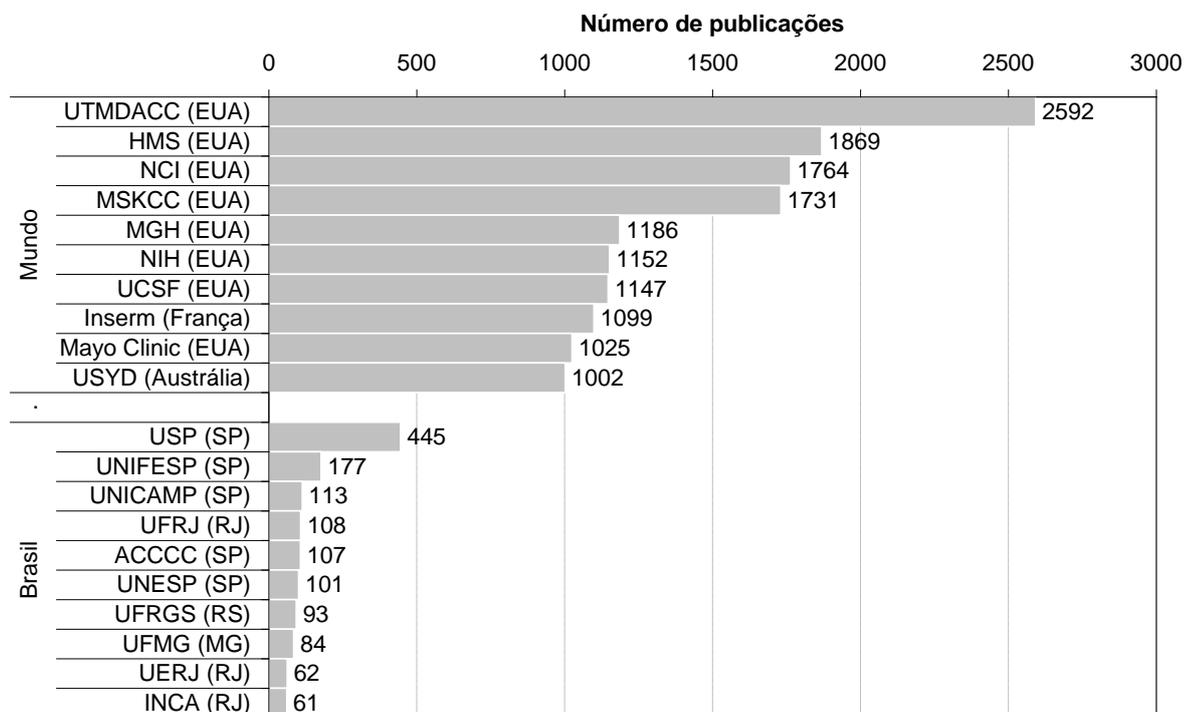
Abreviaturas: J. Am. Acad. Dermatol. (Journal Of The American Academy Of Dermatology); Br. J. Dermatol. (British Journal Of Dermatology); Arch. Dermatol. (Archives Of Dermatology); J. cutan. pathol. (Journal Of Cutaneous Pathology); Cancer Res. (Cancer Research); Am. j. dermatopathol. (American Journal Of Dermatopathology); Dermatol. Surg. (Dermatologic Surgery); Int. J. Dermatol. (International Journal Of Dermatology); An. Bras. Dermatol. (Anais Brasileiros De Dermatologia); Surg. Cosmet. Dermatol. (Surgical And Cosmetic Dermatology); Acta Sci. Vet. (Acta Scientiae Veterinariae); Melanoma Res. (Melanoma Research); Rev. Assoc. Méd. Bras. (Revista Da Associacao Medica Brasileira); Arq. Neuro-Psiquiatr. (Arquivos De Neuro Psiquiatria); Pesqui. Vet. Bras. (Pesquisa Veterinaria Brasileira); Rev. Col. Bras. Cir. (Revista Do Colegio Brasileiro De Cirurgioes).
Fonte: Adaptado da base Scopus (2020).

Como observado na Figura 5, em relação aos principais periódicos com publicação no tema abordado, existem importantes revistas no mundo, onde seu principal representante é o Journal of the American Academy of Dermatology. No Brasil, os Anais Brasileiros de Dermatologia ocupam a primeira posição no assunto com 441 publicações, correspondendo a um periódico de grande importância nacional no assunto.

No que se refere aos Centros Médicos e Universidades com maior publicação no tema câncer de pele, na Figura 6. Observam-se em nível mundial, os EUA com

as primeiras posições, sendo estas ocupadas pela University of Texas MD Anderson Cancer Center, seguido por Harvard Medical School. No Brasil, a USP e a UNIFESP são os centros que mais publicam no assunto.

Figura 6- Número de publicações em câncer de pele nos principais Centros Médicos e Universidades no Brasil e no mundo



Abreviaturas: UTMDACC (University of Texas MD Anderson Cancer Center); HMS (Harvard Medical School); NCI (National Cancer Institute); MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center); MGH (Massachusetts General Hospital); NIH (National Institutes of Health); UCSF (University of California, San Francisco); USYD (The University of Sydney); ACCCC (A.C.Camargo Cancer Center); INCA (Instituto Nacional de Câncer)

Fonte: Adaptado da base Scopus (2020).

3.5 REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER

O registro de câncer é uma importante ferramenta de vigilância epidemiológica das neoplasias malignas, correspondendo a uma unidade sistematizada de coleta, armazenamento e análise do perfil dos casos incidentes de câncer numa população de uma área geográfica definida. Ele tem como objetivo estimar a incidência, a mortalidade e a sobrevida populacional devida a câncer através de coleta, análise, interpretação e divulgação de informações em períodos de tempo definidos. Esses registros também fornecem informações sobre a ocorrência e o perfil epidemiológico dos diferentes tipos de neoplasias nas comunidades, permitindo aos gestores ter subsídios para o planejamento, implementação de programas e ações de prevenção, de controle e de atenção à população doente (BRASIL, 2000).

A maioria das informações de incidência de câncer no mundo é proveniente dos registros de câncer. A implementação desses registros data desde 1926 em Hamburgo, na Alemanha; posteriormente, em 1927 em Massachusetts nos Estados Unidos; Saskatchewan no Canadá em 1932; Connecticut nos Estados Unidos em 1935; e na Dinamarca em 1942. Em 1966, a Associação Internacional de Registros de Câncer (IACR) foi criada com iniciativa da World Health Organization (WHO) com objetivo de padronizar e incentivar a implementação dos RCBP (Registro de Câncer de Base Populacional) no mundo (INCA, 2020).

Dessa forma, é importante saber que, classicamente, existem dois tipos de registros de câncer. O primeiro deles é o registro de câncer populacional – Registro de Câncer de Base Populacional (RCBP), que se refere a áreas geográficas estabelecidas, para conhecer o impacto da doença na população, por meio da avaliação de incidência e mortalidade. As informações geradas pelos RCBP permitem ainda determinar o comportamento temporal das neoplasias, a avaliação de medidas de intervenção e a execução de estudos epidemiológicos direcionados à avaliação de medidas terapêuticas, à identificação de fatores de risco e à análise de sobrevida (MOURA, 2006).

O outro registro de câncer corresponde aos registros hospitalares – Registro Hospitalar de Câncer (RHC), implantados em hospitais que atendem pacientes com

câncer, com o objetivo de conhecer o perfil da população assistida na instituição, os recursos utilizados e a efetividade dos tratamentos oferecidos (BRASIL, 2000).

No Brasil existem atualmente 27 RCBP distribuídos nas regiões a seguir. Região Norte: Belém (Pará), Manaus (Amazonas), Palmas (Tocantins) e Roraima; Região Nordeste: Aracaju (Sergipe), Fortaleza (Ceará), João Pessoa (Paraíba), Natal (Rio Grande do Norte), Recife (Pernambuco), Salvador (Bahia), Teresina (Piauí); Região Centro-oeste: Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Cuiabá (Mato Grosso), Goiânia (Goiás) e Distrito Federal; Região Sudeste: Campinas, Jaú, Santos e São Paulo (São Paulo), Vitória (Espírito Santo), Belo Horizonte e Poços de Caldas (Minas Gerais); e Região Sul: Porto Alegre, Caxias do Sul e Passo Fundo (Rio Grande do Sul), Curitiba (Paraná) e Florianópolis (Santa Catarina). Os registros brasileiros estão em diferentes níveis de produção de dados de incidência e trabalham sob a supervisão do Instituto Nacional do Câncer. Eles representam uma importante fonte de informações sobre a incidência do câncer no Brasil, correspondente a cerca de 40 milhões de habitantes ou 21% da população brasileira. Essas informações permitem comparar a magnitude da doença entre as diferentes regiões brasileiras e outros países (INCA, 2012).

A partir dos dados gerados pelos RCBP, estima-se a incidência de câncer por áreas geográficas. Esses dados são divulgados periodicamente pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS), órgão do Ministério da Saúde, que define as políticas de saúde para o câncer e planeja as intervenções a serem implementadas no país (MOURA, 2006).

A partir de 1980 no Brasil, por iniciativa do INCA, foram desenvolvidas ações para fomentar a implantação de RHC, seguindo orientações padronizadas em nível nacional e a oferta de apoio técnico, incluindo a capacitação de pessoas, com a convicção de que assim estaria corroborando para a melhoria da gestão hospitalar da assistência ao paciente com câncer e do apoio ao desenvolvimento da pesquisa clínica (BRASIL, 2000).

Devido à necessidade de organização da rede de atenção ao câncer, em 2005 o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, estabelecendo regulamento técnico para a implantação e credenciamento dos serviços de alta complexidade em oncologia, que dentre outras exigências, mantém a obrigatoriedade de existência dos RHCs e define parâmetros para sua implementação e funcionamento (MOURA, 2006).

O Brasil possui, além dos RCBP e do RHC, outra fonte de informação específica: a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade em Oncologia (Apac-Oncologia), do Sistema de informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS), que registra os pacientes do SUS submetidos a quimioterapia e a radioterapia (MOURA, 2006).

Apesar da existência desses registros de câncer, observa-se que as estimativas de incidência do melanoma são bem documentadas pela maioria desses registros, no entanto as taxas dos CPNM são pouco conhecidas mundialmente. Há registros que não coletam os casos de CBC e CEC, e outros que coletam apenas a primeira lesão destes tumores. Isto é atribuído à carência de recursos de muitos registros, ao grande número de casos e às baixas taxas de mortalidade dos CPNM. Desta forma há um grande sub-registro destes tumores na maioria dos RCBP. Além disso muitos casos são tratados a partir da suspeita clínica de CBC e CEC e o material extraído não é encaminhado para exame histopatológico (LOMAS, 2012).

Assim, a avaliação do risco de câncer de pele deve sempre levar em consideração a dificuldade dos registros existentes no país para manter a coleta de dados continuamente. Além disso, estes registros em alguns casos também enfrentam problemas estruturais para a sua manutenção, que irão refletir na análise dos dados das diferentes regiões do país (GERRA, 2005).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 ÁREA DE ESTUDO: O MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES

O município de Campos dos Goytacazes localiza-se no Norte Fluminense, situado entre o Estado do Espírito Santo e as regiões Noroeste Fluminense, Serrana e Baixada Litorânea. A região Norte Fluminense é formada por oito municípios: Macaé, Conceição de Macabu, Carapebus e Quissamã, Campos dos Goytacazes, São Fidelis, São João da Barra e São Francisco de Itabapoana. Esta região corresponde a 21% da área total do Estado e o município de Campos dos Goytacazes é responsável por 44% da Região (IBGE, 2020).

Campos dos Goytacazes possui uma população estimada de 507.548 habitantes e uma área de 4.032,487 km², sendo considerado o maior município do Estado em área, conforme dados do Censo Demográfico Territorial de 2010 (IBGE, 2020).

A indústria açucareira e do álcool foi a principal atividade econômica na região, embora atualmente em franco esgotamento no Norte Fluminense. Nos últimos anos, outras atividades, como a produção de petróleo e gás natural na Bacia de Campos têm protagonizado o desenvolvimento e empregabilidade na região Norte em geral e de Campos dos Goytacazes em particular.

Os estados brasileiros receberam importantes participações nos royalties do petróleo e participações especiais e, em 2019, estes foram responsáveis por quantias significativas principalmente para o estado do Rio de Janeiro, sendo que o

município de Campos dos Goytacazes recebeu a quantia de R\$ 454.385.721,50 (UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES. **Inforoyalties**, 2020).

4.2 POPULAÇÃO AMOSTRAL E AMOSTRA

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, realizado no Hospital Escola Álvaro Alvim no município de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, no qual situa-se a Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Este corresponde a uma das unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes.

A busca dos pacientes foi realizada no banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que correspondem a centros de coleta, armazenamento, processamento e análise, de forma sistemática e contínua, de informações de pacientes atendidos em uma unidade hospitalar, com diagnóstico confirmado de câncer. As bases de dados são enviadas para compor a base nacional dos registros hospitalares de câncer, sob a guarda do INCA, por meio do IntegradorRHC.

As informações contidas nos registros dos pacientes selecionados foram coletadas em uma etapa inicial, sendo selecionados os pacientes com diagnóstico de câncer de pele entre Janeiro de 2012 a Dezembro de 2017, totalizando 656 casos. A seguir, os prontuários desses pacientes foram obtidos junto ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (Samis). Cada prontuário foi integralmente revisado em busca da confirmação do diagnóstico e procurando identificar fatores de risco associados ao câncer de pele. Os dados coletados foram primeiramente agrupados em tabelas simples do Microsoft® Excel® 2019 e, posteriormente, convertidos em gráficos também no mesmo programa.

No que tange aos itens propostos para a explanação deste estudo, foram selecionados: faixa etária, gênero, período em análise (em anos) bem como os tipos de neoplasia cutânea (se carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma ou outros). A topografia anatômica acometida também foi abordada neste estudo e definida em cinco áreas de interesse, a saber: couro cabeludo, face,

membros superiores, membros inferiores e tronco, das quais as quatro primeiras foram listadas como fotoexpostas. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos – CAAE 34307120.5.0000.5244.

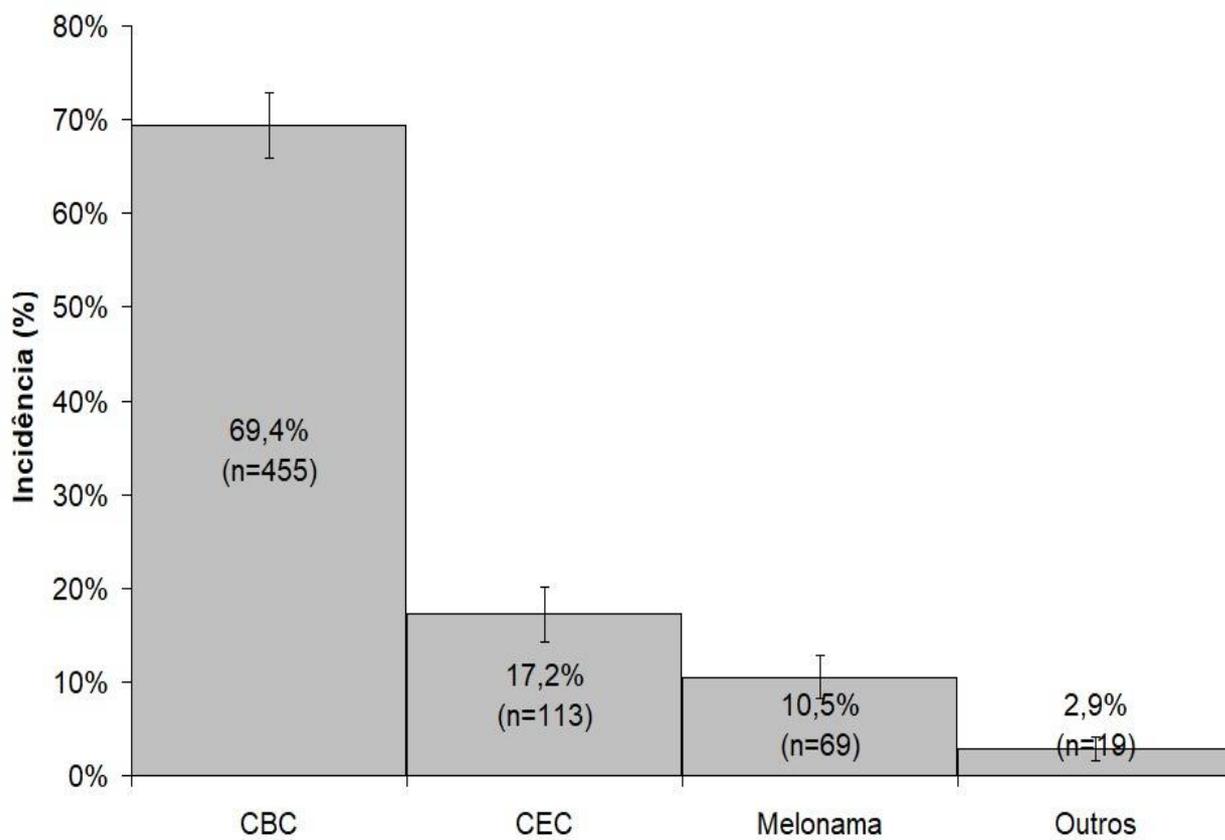
A partir de um entendimento do perfil epidemiológico do câncer de pele, seria possível detectar áreas geográficas mais afetadas, com as populações de maior risco e os fatores que poderiam estar envolvidos no desenvolvimento desse câncer, sendo possível a aplicação de medidas que auxiliem não apenas no controle desta neoplasia mas que também orientem uma melhor demanda do gasto público.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo revela, ainda que parcialmente, o perfil epidemiológico dos tipos mais comuns de câncer de pele sob a análise estatística retrospectiva de um hospital-escola em Campos dos Goytacazes. A instituição desempenha um papel de referência para muitos serviços locais, sendo ponto de drenagem para diversos casos de neoplasias, fazendo desta análise um potencial espelho da realidade.

Dos 4.259 pacientes registrados no banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital Escola Álvaro Alvim no período de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2017, uma amostra de 656 casos (15,4%) de câncer de pele (total de casos de câncer de pele registrados no período) foi selecionada para o estudo. Conforme demonstrado na Figura 7, destes 656 tumores, 455 (69,4%) foram casos de carcinoma basocelular, 113 (17,2%) de espinocelular e 69 (10,5%) de melanoma. Ainda foram incluídos no estudo a presença de outros tumores cutâneos, correspondendo a 19 casos (2,9%).

Figura 7– Distribuição dos casos novos de câncer de pele por tipo clínico



CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos
 Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020)

Como anuncia a vasta literatura existente acerca da prevalência dos tumores malignos da pele, o CBC é o subtipo mais frequente e corresponde a 70-80% de todos os casos (CHINEM; MIOT, 2011). Cameron *et al.* (2019) reforça essa estimativa e demonstra em estudo realizado que os CBCs podem alcançar até 80% dos tumores de origem queratinocítica.

Em relação aos anos incluídos no estudo, a Figura 8. demonstra uma nítida divisão em relação aos anos analisados e aos tumores estudados. Entre os anos de 2012 e 2015 observa-se aumento importante na incidência do carcinoma basocelular, enquanto o carcinoma espinocelular apresentou declínio significativo. O melanoma manteve relativa estabilidade comparando o início e o fim do período analisado.

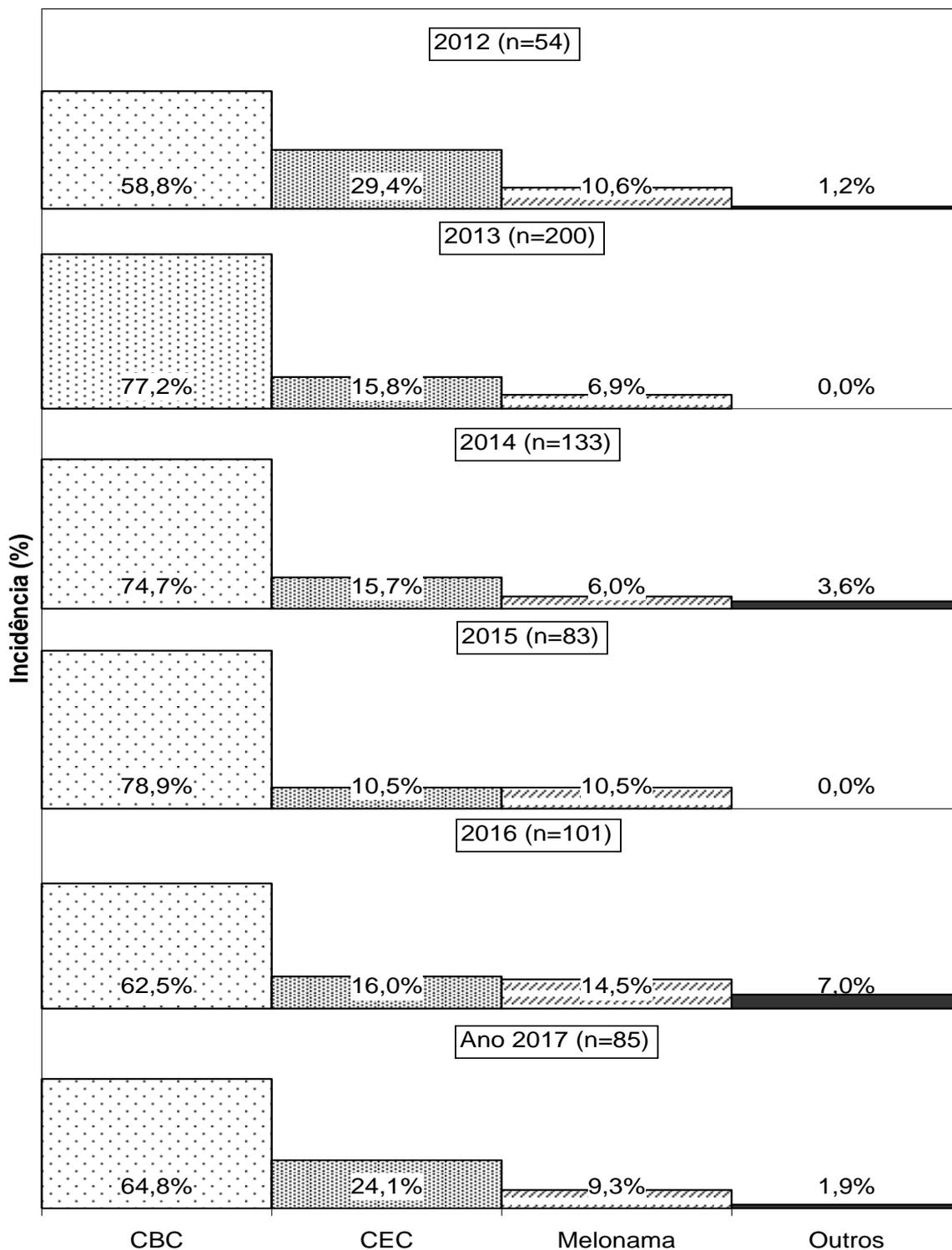
A queda da incidência dos CECs nos quatro primeiros anos do estudo está em parte relacionada à melhora na abordagem das lesões pré-cancerosas, especialmente as ceratoses actínicas, e também das neoplásicas *in situ* (doença de

Bowen), com a introdução abrangente do procedimento de crioterapia no serviço de dermatologia do hospital desde 2011, sendo este método de tratamento deixado de ser realizado a partir de 2015 devido a dificuldade de repasse financeiro. Já é bem elucidado que a criocirurgia com nitrogênio líquido é um procedimento destrutivo e altamente efetivo, com taxas de cura entre 75 e 99% (POZIOMCZYK; KOCHE; DORNELLES; DORNELLES, 2011).

Por outro lado, entre os anos de 2016 e 2017, apesar do CBC comparativamente ao ano de 2015 ter apresentado diminuição da sua incidência, quando analisando esses anos isoladamente, tanto o carcinoma basocelular como o carcinoma espinocelular apresentaram aumento das suas estatísticas. Essa ascendência nas curvas das neoplasias cutâneas nos dois últimos anos do estudo deveu-se principalmente ao aumento do CEC.

O carcinoma basocelular é indubitavelmente o câncer de pele mais comum, seguido pelo carcinoma espinocelular, porém diversas publicações têm evidenciado que o CEC vem apresentando aumento de sua incidência nos últimos 20 anos (AL-ZOU et al., 2016). Com isso, a proporção que anteriormente era encontrada na literatura, de quatro a cinco CBCs para cada CEC, vem sendo substituída por uma nova relação de 2,5:1 como demonstrado por Cameron et al., (2019). Essa nova relação ficou bem evidenciada no último ano do estudo (CAMERON *et al.*, 2019).

Figura 8– Distribuição dos tipos de câncer de pele por ano

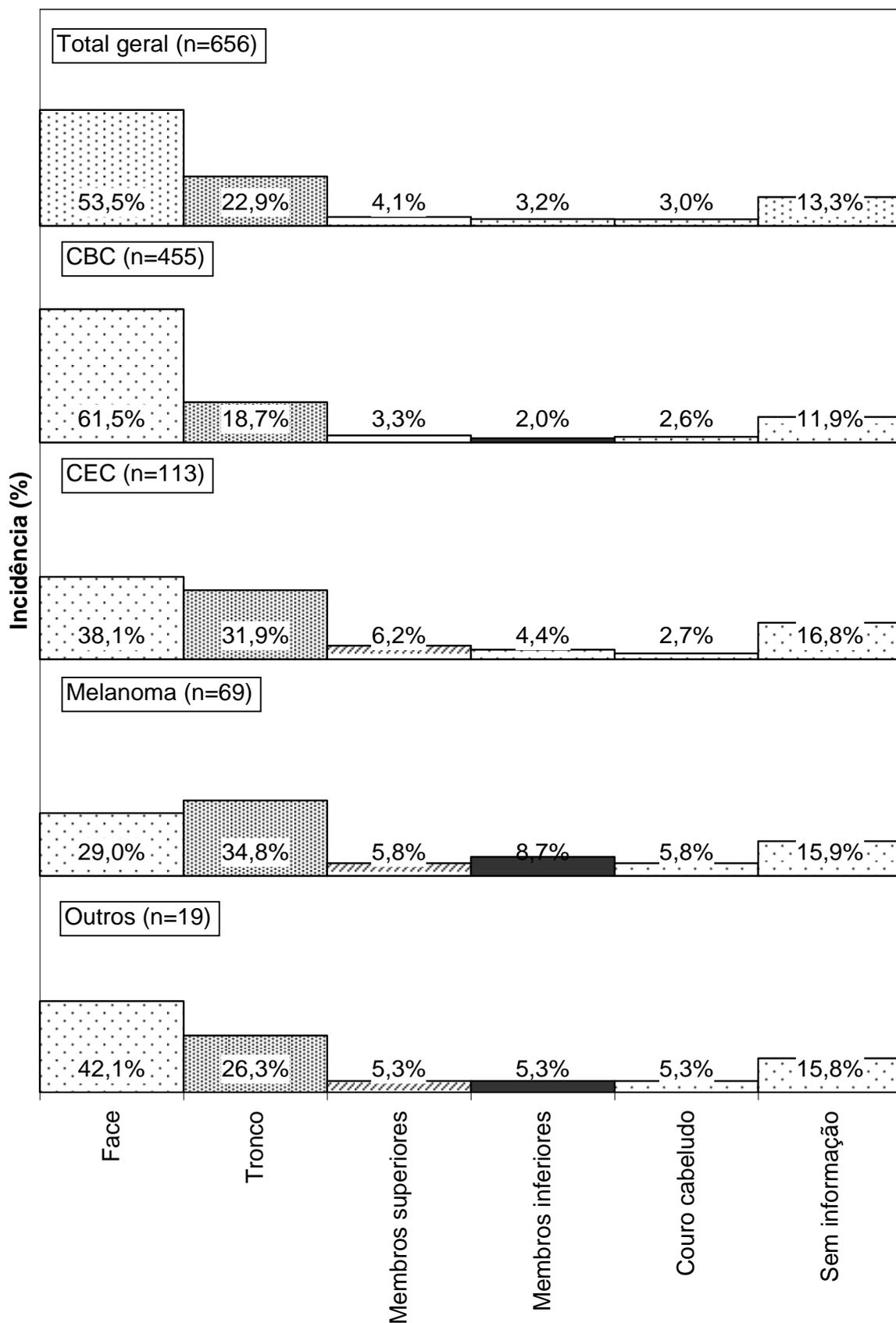


CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos
 Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

De modo geral, conforme observado na Figura 9., o acometimento dos diferentes sítios anatômicos foi variado, tendo ocorrido, em relação ao CBC, na face

o maior número de casos (61,5%), seguida do tronco (18,7%) e membros superiores (3,3%). No que diz respeito aos CECs, a face também foi o local mais acometido (38,1%), seguido pelo tronco (31,9%) e membros superiores (6,2%). O melanoma teve uma incidência maior no tronco (34,8%), seguido pela face (29,0%) e membros inferiores (8,7%).

Figura 9– Distribuição do tipo de câncer de pele por sítio anômico

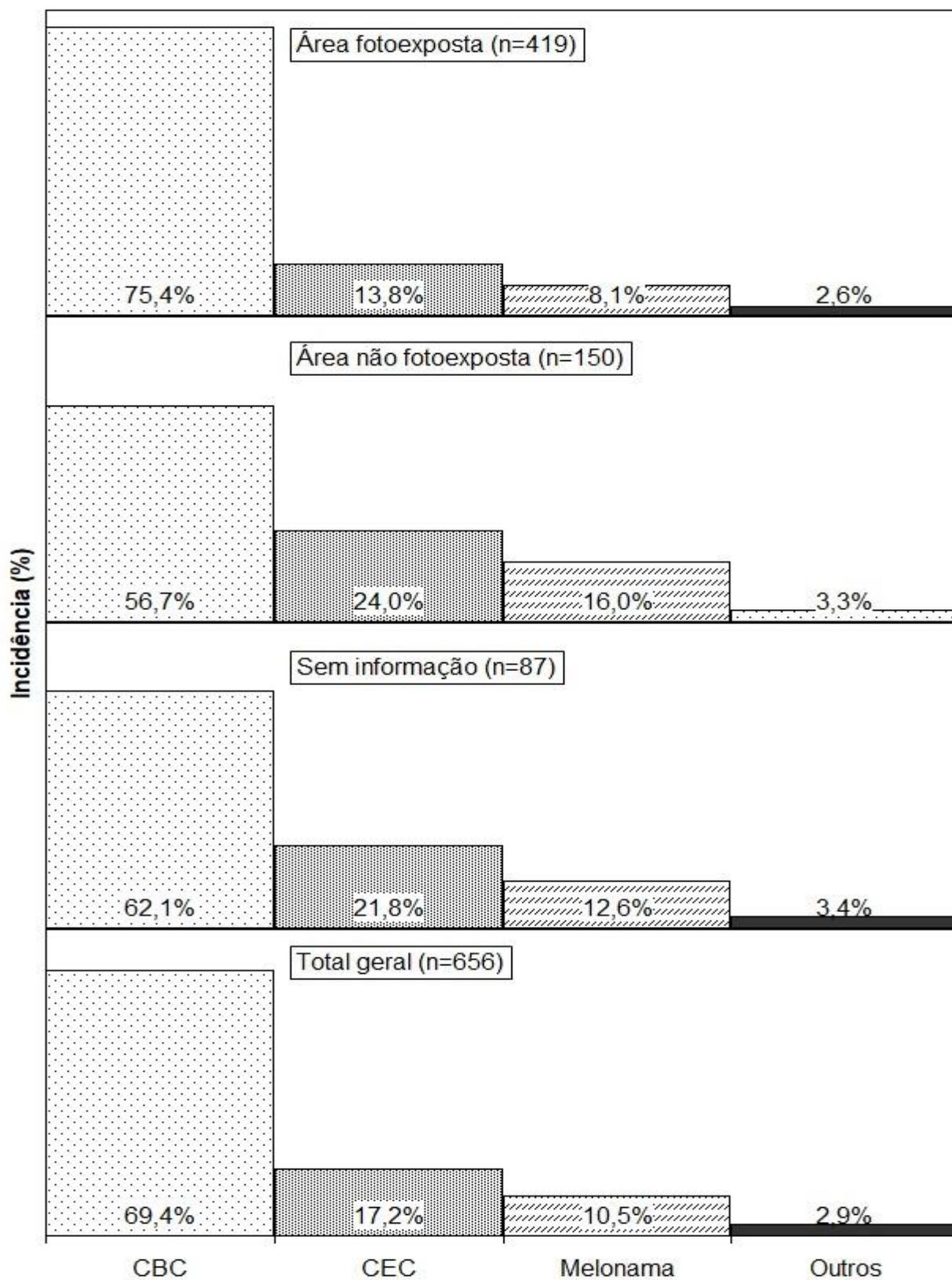


CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos
 Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

A prevalência das neoplasias em áreas consideradas de fotoexposição, como a face, membros e couro cabeludo, corrobora o importante papel da radiação ultravioleta na gênese desses tumores (INCA, 2019). Vale ressaltar uma quantidade representativa do número total das neoplasias cutâneas registradas sem informação de localização (13,3%).

A topografia anatômica acometida como já exposto, foi definida em cinco áreas de interesse, a saber: couro cabeludo, face, membros superiores, membros inferiores e tronco, das quais as quatro primeiras foram listadas como fotoexpostas. No que diz respeito ao desenvolvimento de tumores não melanocíticos sobre áreas fotoexpostas, a Figura 10. evidencia que o carcinoma basocelular foi o mais prevalente, com 75,4% dos casos diagnosticados em áreas sob efeito actínico. É importante ressaltar que 87 pacientes registrados no RHC não possuíam informação quanto ao sítio anatômico, o que é um número representativo e, apesar da área de fotoexposição se sobressair, esse número poderia até mesmo ser mais significativo.

Figura 10– Distribuição do câncer de pele por área fotoexposta e não fotoexposta

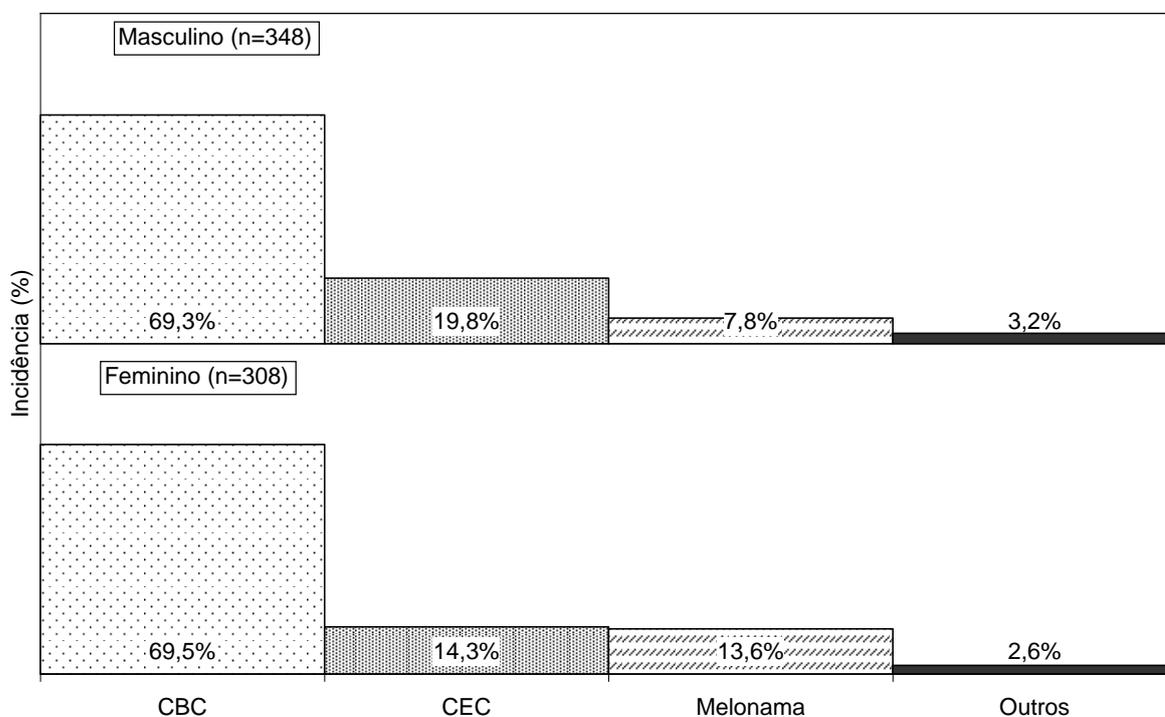


CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos
 Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Está documentado na literatura que o câncer de pele tem uma influência significativa da radiação ultravioleta, sendo o câncer de pele não-melanoma mais incidente nas áreas fotoexpostas. A cabeça e o pescoço são porções mais expostas do corpo a essa radiação em quase todos os países, independentemente do estilo de vestimentas. Dessa forma, a face foi o local mais comumente envolvido pelo câncer de pele no estudo, correspondendo a 53,5% de todas as neoplasias cutâneas. Este achado é corroborado pelo trabalho de Al-Zou et al. (2016) em hospital do Yemen com 204 casos em registro hospitalar de câncer, o qual evidenciou a ocorrência de 58% dos casos de câncer de pele localizados nos sítios anatômicos da cabeça e pescoço.

A distribuição por sexo, como demonstrada na Figura 11, revela que, no que se refere ao CBC, houve uma proporção praticamente igual entre mulheres (69,5%) e homens (69,3%). Entre os carcinomas espinocelulares, o sexo masculino foi o principal acometido, com 19,8% dos casos em relação ao sexo feminino, com 14,3%. Nos melanomas ocorreu o inverso, com as mulheres (13,6%) sendo mais acometidas do que os homens (7,8%).

Figura 11– Distribuição do câncer de pele por sexo

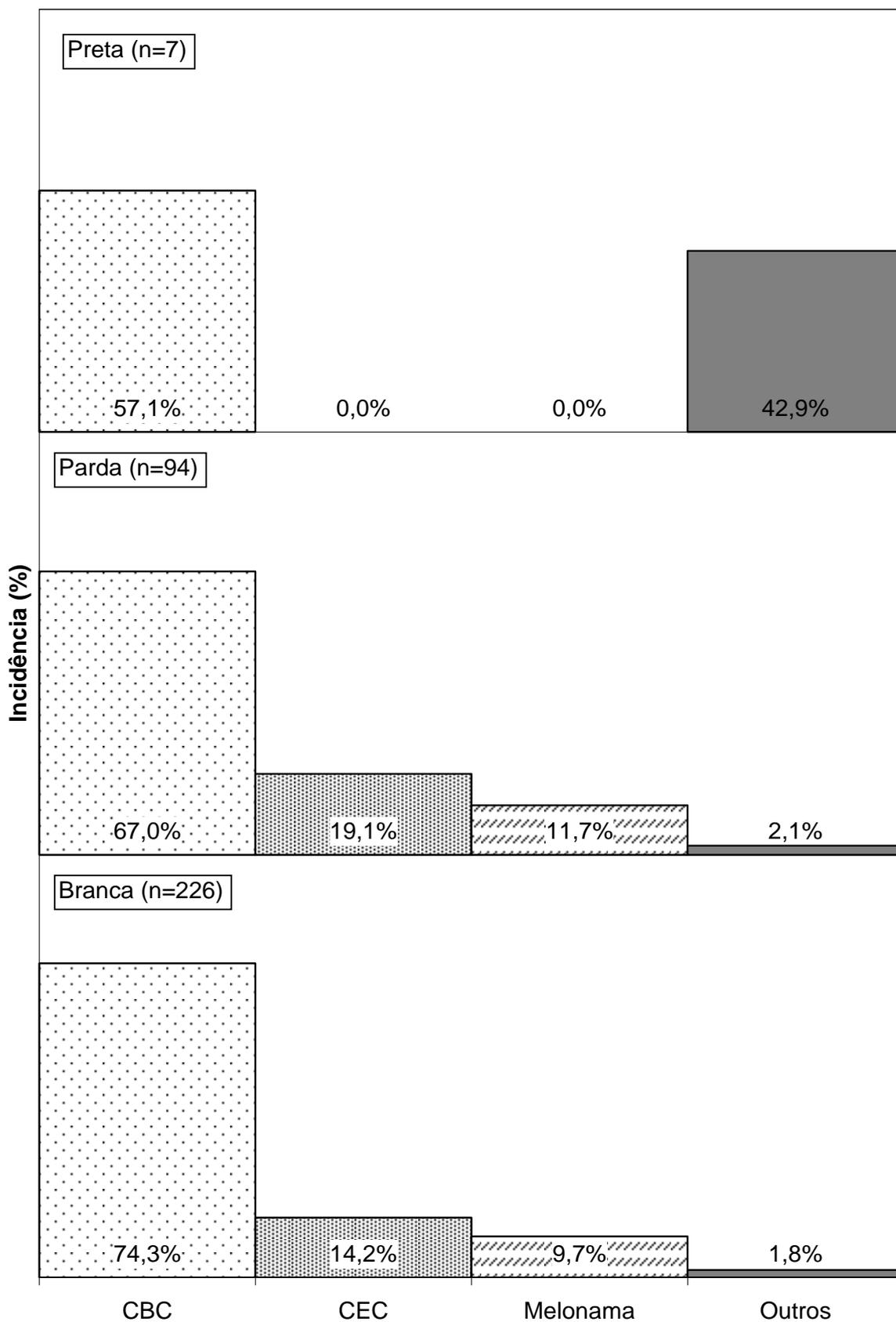


Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Espera-se, conforme observado em vários estudos na literatura em todo o mundo, um maior acometimento de homens do que de mulheres, provavelmente por razões profissionais ligadas à exposição solar em demasia (MARZUKA; BOOK, 2015). Estudos com uma relação maior em homens foram demonstrados por Armstrong e Kricke (2001) e Vries *et al.* (2004). No Brasil, por outro lado, um estudo realizado por Ferreira; Nascimento (2008) com uma casuística de 639 pacientes, demonstrou uma maior proporção de pacientes femininas (57,2%) acometidas pelo câncer de pele comparada aos pacientes masculinos (42,8%). O presente estudo teve uma prevalência ligeiramente maior no sexo feminino e isso pode ser justificado em parte pelo fato de em nosso país, ser comum o trabalho de mulheres em lavoura, áreas rurais e trabalhos domésticos com frequente exposição solar.

Quando compara-se a raça com cada tipo de câncer de pele, observa-se, como demonstrado na Figura 12, que em todas as raças o carcinoma basocelular foi o mais prevalente, principalmente entre os pacientes brancos, sendo responsável por 74,3% dos casos. O carcinoma espinocelular foi o segundo mais incidente nas raças pardas e brancas, com 19,1% e 14,2% respectivamente. Entre os pacientes de cor preta não houve incidência de carcinoma espinocelular nem melanoma, tendo sim uma representação significativa de outros tumores relatados (42,9%).

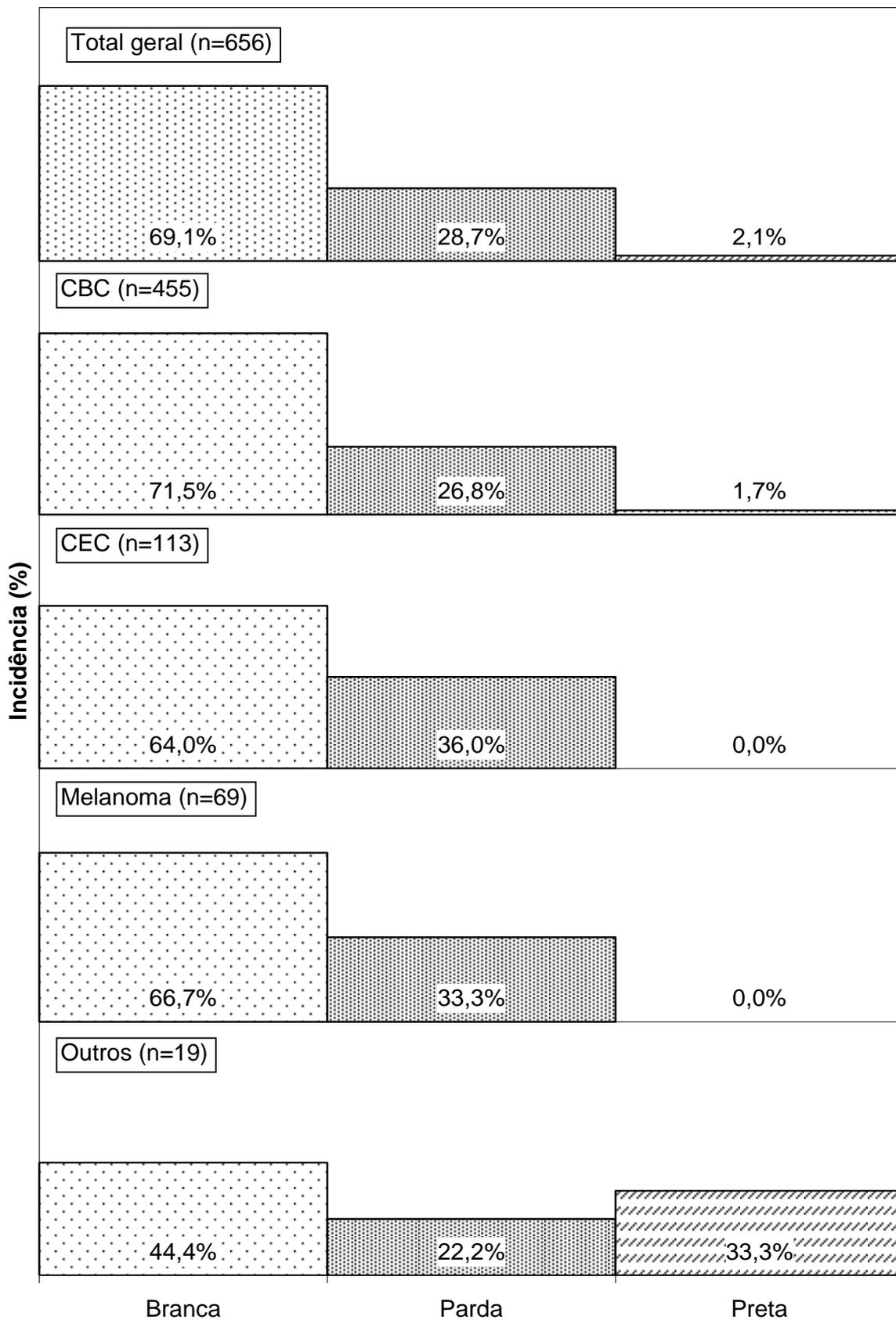
Figura 12– Distribuição das raças por tipo de câncer de pele



CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos
 Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Ainda na avaliação da raça, quando são comparados os tipos de neoplasia pela cor, como demonstrado na Figura 13., observa-se que a maior parte dos indivíduos que foram incluídos nos registros são da cor branca, totalizando 69,1% do total, seguidos por aqueles de cor parda e preta, que representam 28,7% e 2,1%, respectivamente. Nesse mesmo panorama, entre os carcinomas basocelulares, 71,5% dos registros foram de pacientes da cor branca, seguido por 26,8% de pacientes da cor parda e 1,7% da cor negra. Entre os carcinomas espinocelulares, 64,0% foram da cor branca e 36,0% da cor parda, e entre os pacientes com diagnóstico de melanoma, 66,7% eram brancos e 33,3% dos pardos. Como já comentado anteriormente, os pacientes de cor preta não apresentaram registro de carcinoma espinocelular e melanoma.

Figura 13– Distribuição dos tipos de câncer de pele por raça

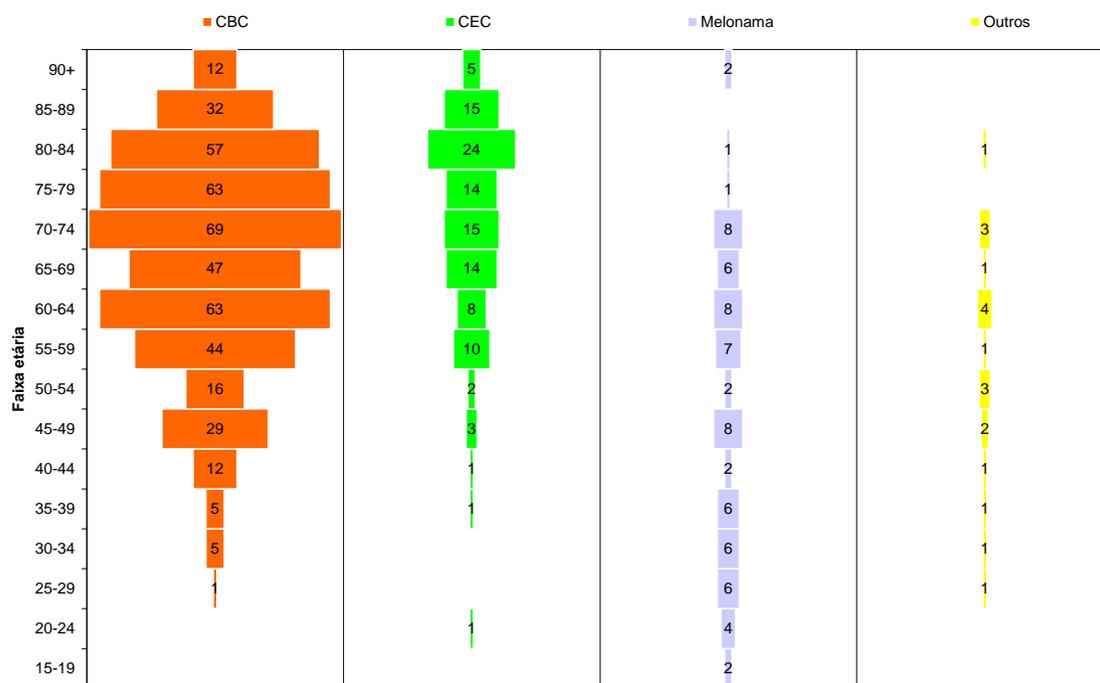


CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos
 Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Na literatura está definido que as pessoas de pele clara possuem um risco aumentado para o desenvolvimento do câncer de pele, principalmente quando expostos em maior intensidade à radiação ultravioleta, sendo tanto o câncer de pele melanoma como o não melanoma os tipos mais comuns de câncer em populações brancas (LEITER, 2014). A baixa incidência de neoplasias cutâneas em grupos de pele mais escura é resultado principalmente da fotoproteção proporcionada pela quantidade maior de melanina epidérmica, que fornece uma proteção natural maior aos negros. A melanina epidérmica nos pacientes negros filtra duas vezes mais radiação UVB do que comparado aos caucasianos (NARAYANAN, 2010).

Como demonstrado na Figura 14., o maior número de casos do carcinoma basocelular e espinocelular ocorreu nos pacientes a partir dos 55 anos de idade, sendo mais significativa entre os CBCs, dos 70 aos 74 anos (69 casos) e entre os CECs, dos 80 aos 84 anos (24 casos). O melanoma apresenta-se distribuído em quase todas as faixas etárias incluídas no estudo.

Figura 14– Distribuição dos tipos de câncer de pele por faixa etária

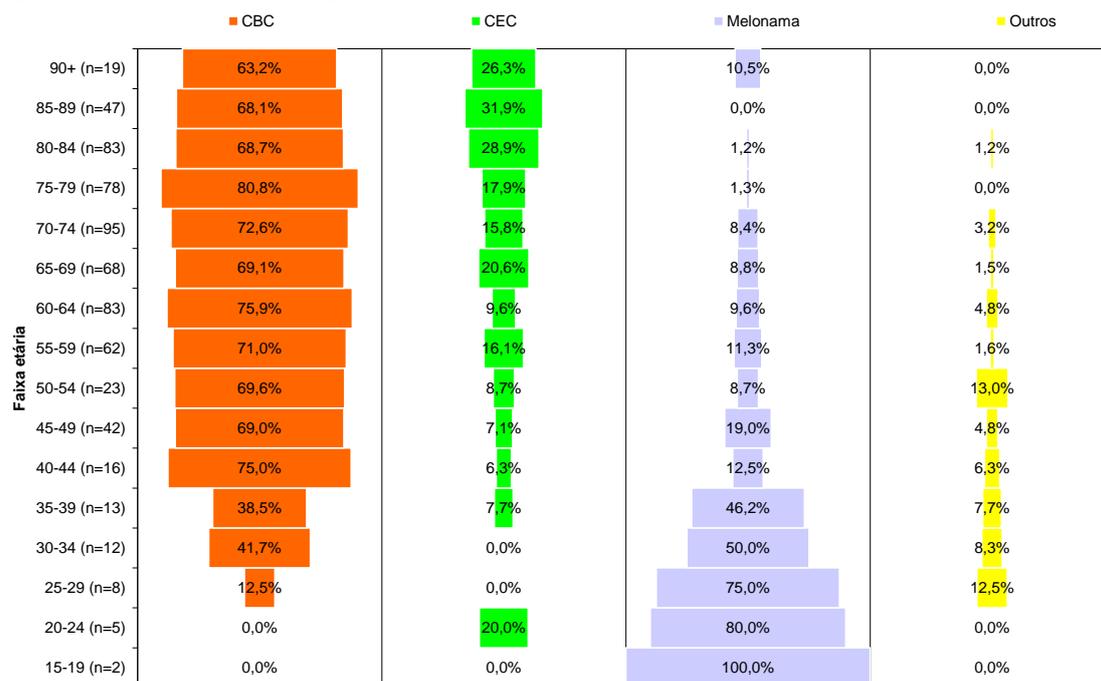


CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos
 Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Quando são associadas a faixa etária e o tipo de tumor, como demonstrado na Figura 15., os pacientes mais jovens (15-19 anos) apresentaram apenas a

ocorrência de melanoma com 100% dos casos incluídos nos registros e até os 39 anos, foi este o tipo de câncer de pele mais prevalente. A partir dos 40 anos, o CBC coloca-se em primeira posição, sendo que o carcinoma espinocelular diminui sua diferença em relação ao CBC a partir dos 80 anos, atingindo uma relação próxima de 1:2,5 (CEC:CBC).

Figura 15– Distribuição dos grupos de idade por tipo de câncer de pele



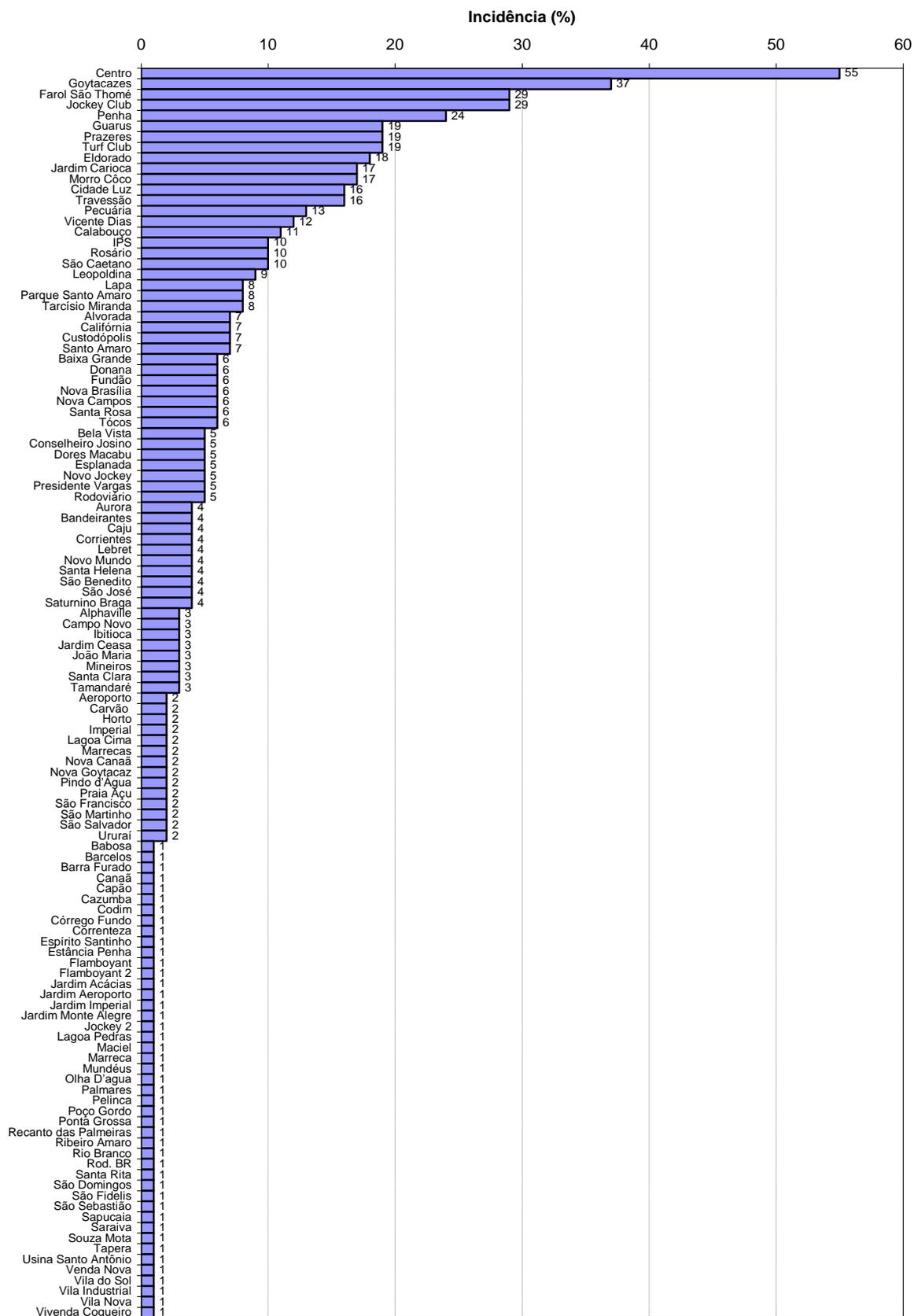
CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos
 Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

No que se refere a faixa etária, é importante ter em mente que o envelhecimento representa o acúmulo de mudanças no ser humano ao longo do tempo, abrangendo mudanças físicas, psicológicas e sociais. O envelhecimento está entre os maiores fatores de risco conhecidos para a maioria das doenças, e é um dos fatores de risco mais importantes para o câncer (RIBEIRO et al., 2018). A faixa etária mais acometida no presente estudo foi acima dos 55 anos, que foi similar a várias publicações na literatura, demonstrando que os indivíduos de mais idade sofrem um efeito cumulativo do sol.

Ao correlacionar as áreas geográficas do município de Campos dos Goytacazes com a incidência do câncer de pele, a Figura 16. demonstra que o bairro de residência do maior número de casos registrados foi o Centro (55) seguido por

Goytacazes (37) e após, com o mesmo número de casos, o Farol de São Thomé e o Jockey Club (29).

Figura 16– Distribuição dos casos de câncer de pele por bairro



Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Com base em um documento da Prefeitura Municipal de Campos denominado Perfil dos Bairros (CAMPOS DOS GOYTACAZES, 2016), verifica-se que estes são divididos em quatro regiões (Norte, Oeste, Sul e Centro), obtendo no total 201 bairros registrados no município. Quando avaliado o número de habitantes nos bairros em que se encontra um número maior da população acometida pelo câncer de pele, percebe-se, conforme observado na Tabela 2, que o Centro, Goytacazes e o Farol de São Thomé correspondem aos cinco bairros mais populosos do município de Campos dos Goytacazes. Por outro lado, o Jockey Club que está na terceira colocação entre os bairros mais acometidos pelas neoplasias cutâneas junto ao Farol de São Thomé, encontra-se em 21ª posição no que diz respeito ao número de habitantes.

Tabela 2– Distribuição do número de habitantes por bairro

BAIRROS	POPULAÇÃO
1-Travessão	14.690
2-Parque Guarus	12.820
3-Farol de São Thomé	11.947
4-Goytacazes	11.290
5-Centro	10.071
6-Parque Vicente Gonçalves	8.843
7-Parque Novo Mundo	6.984
8-Parque Prazeres	6.696
9-Parque Fazenda Grande	6.302
10-Ururai	6.222
11-Parque Niterói	6.180
12-Penha	5.928
13-Parque João Maria	5.517
14-Parque Turf Club	5.462
15-Parque Rui Barbosa	5.369
16-Parque Nova Brasília	5.317
17-Vila Industrial	5.157
18-Novo Jockey	5.148
19-Parque Conselheiro Tomaz Coelho	5.051
20-Saturnino Braga	4.934
21-Parque Jockey Club	4.824

Fonte: Perfil dos Bairros – Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes (2016)

Dessa forma, é de fundamental importância esse mapeamento dos bairros que possuem uma maior incidência de câncer de pele, para que possam ser realizadas políticas públicas com ações dirigidas por parte do governo a estas localidades. A avaliação dos fatores que levaram o bairro do Jockey Clube com um nível populacional inferior a muitos outros a ter uma incidência relevante no contexto do câncer de pele faz com que haja a necessidade de um maior conhecimento desses fatores com as adequadas tomadas de decisão nesse combate ao câncer de pele.

Corroborando com este achado, na Tabela 3. pode-se observar as profissões mais expostas nesses bairros. No Centro e em Goytacazes, os pacientes do lar foram os mais acometidos, com 70,4% e 60,0% respectivamente, enquanto no Farol de São Thomé, a pesca foi a profissão mais acometida pela ocorrência do câncer de pele, correspondendo a 44,4% da profissão desses pacientes.

Tabela 3– Distribuição dos tipos de profissão por bairro

Bairro	Do lar	Agricultor	Doméstica	Marceneiro	Pescador	Policial	Motorista	Pedreiro	Comerciante	Cozinheiro	Servente	Outros
Centro	70,4%	7,4%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%
Goytacazes	60,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	5,0%
Farol São Thomé	27,7%	5,6%	0,0%	0,0%	44,4%	0,0%	5,6%	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%	11,1%
Penha	22,2%	0,0%	0,0%	44,4%	0,0%	5,6%	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	11,1%
Jockey Club	76,4%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	5,9%	0,0%	5,9%
Eldorado	46,7%	26,7%	26,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Morro Côco	73,3%	0,0%	0,0%	26,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Prazeres	53,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	46,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Turf Club	76,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	15,4%
Guarus	58,4%	8,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%
Travessão	66,7%	8,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%
Jardim Carioca	63,6%	0,0%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%
Pecuária	27,3%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	63,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	55,8%	6,4%	6,4%	5,9%	4,0%	4,0%	3,5%	3,5%	2,5%	1,5%	1,5%	5,0%

Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

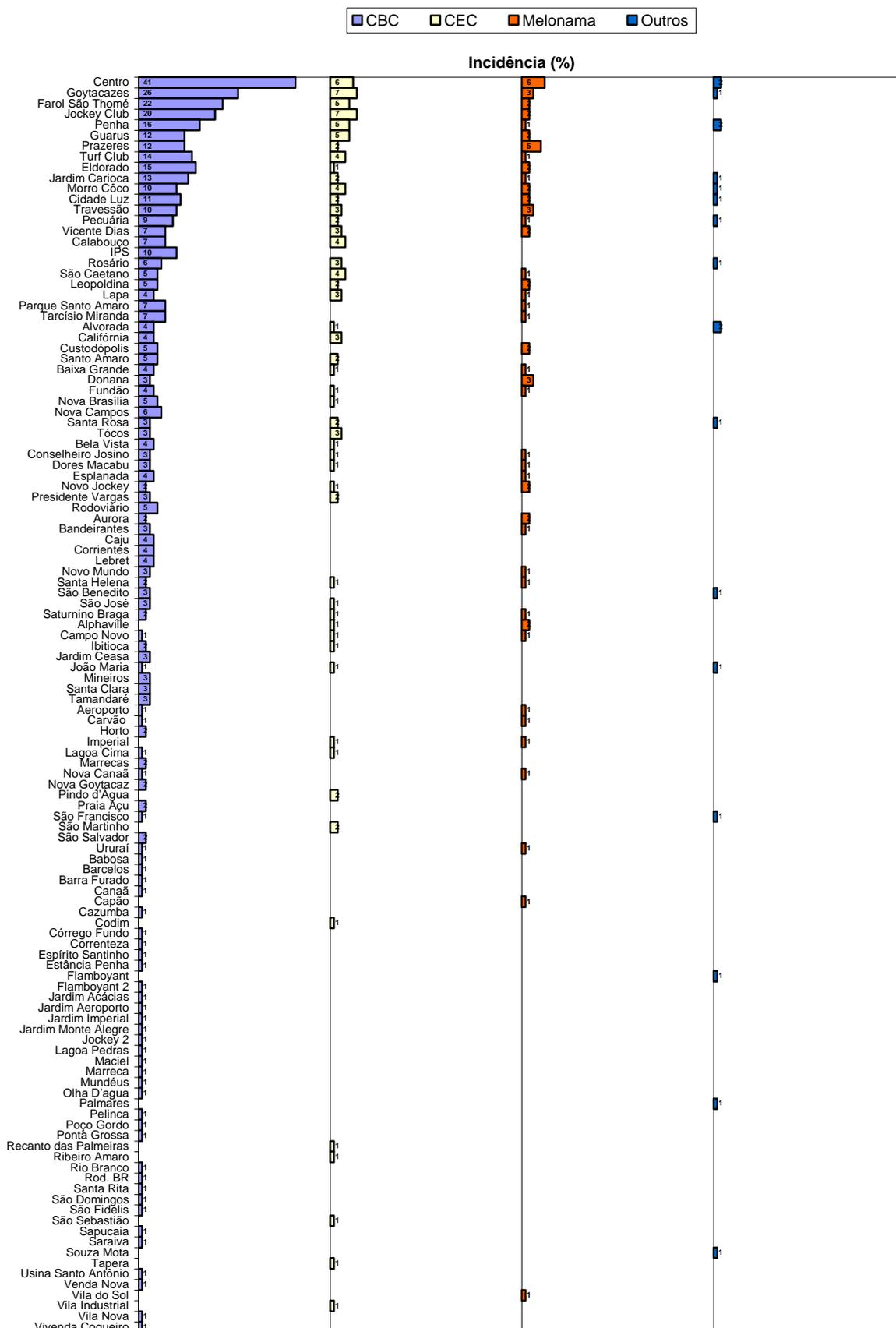
Chama a atenção nessa análise por bairros que, o Farol de São Thomé, que foi o terceiro bairro mais acometido, ocupando a mesma posição com o Jockey Club, tem a atividade pesqueira como uma importante atividade econômica. A população

que faz parte dessa economia pesqueira estaria mais exposta à radiação ultravioleta, fazendo parte de um grupo de maior risco para o desenvolvimento do câncer de pele e deve ser considerado um grupo alvo para a implantação de políticas públicas com foco na prevenção e orientação dessa população.

Como já evidenciado no nosso estudo, a exposição solar à radiação ultravioleta é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de pele. Um estudo europeu realizado por Trakatelli *et al.* (2016), corrobora com este fato, em que os autores demonstraram que trabalhadores ao ar livre tiveram comportamentos de maior risco, com mais exposição UV (ocupacional e de lazer) e menor utilização de filtro solar, o que resultou em maior exposição solar, com maior fotodano e conseqüentemente um risco aumentado de desenvolver pré-neoplasias e neoplasias cutâneas. Esse estudo vai ao encontro do que foi evidenciado de resultado em relação às profissões mais expostas ao sol, com uma predisposição maior ao desenvolvimento do câncer de pele.

A Figura 17 reforça o já conhecido conceito do carcinoma basocelular ser a neoplasia cutânea mais incidente em níveis local e mundial. Como demonstrado, também em relação aos bairros do município estudado, o CBC foi o tipo clínico mais encontrado, com 41 casos no Centro, 26 em Goytacazes e 27 no Farol de São Thomé. O carcinoma espinocelular continua ocupando a segunda posição, exceto no Centro, onde houve um número de casos igual ao de melanoma (6 casos).

Figura 17– Distribuição dos tipos de câncer de pele por cada bairro

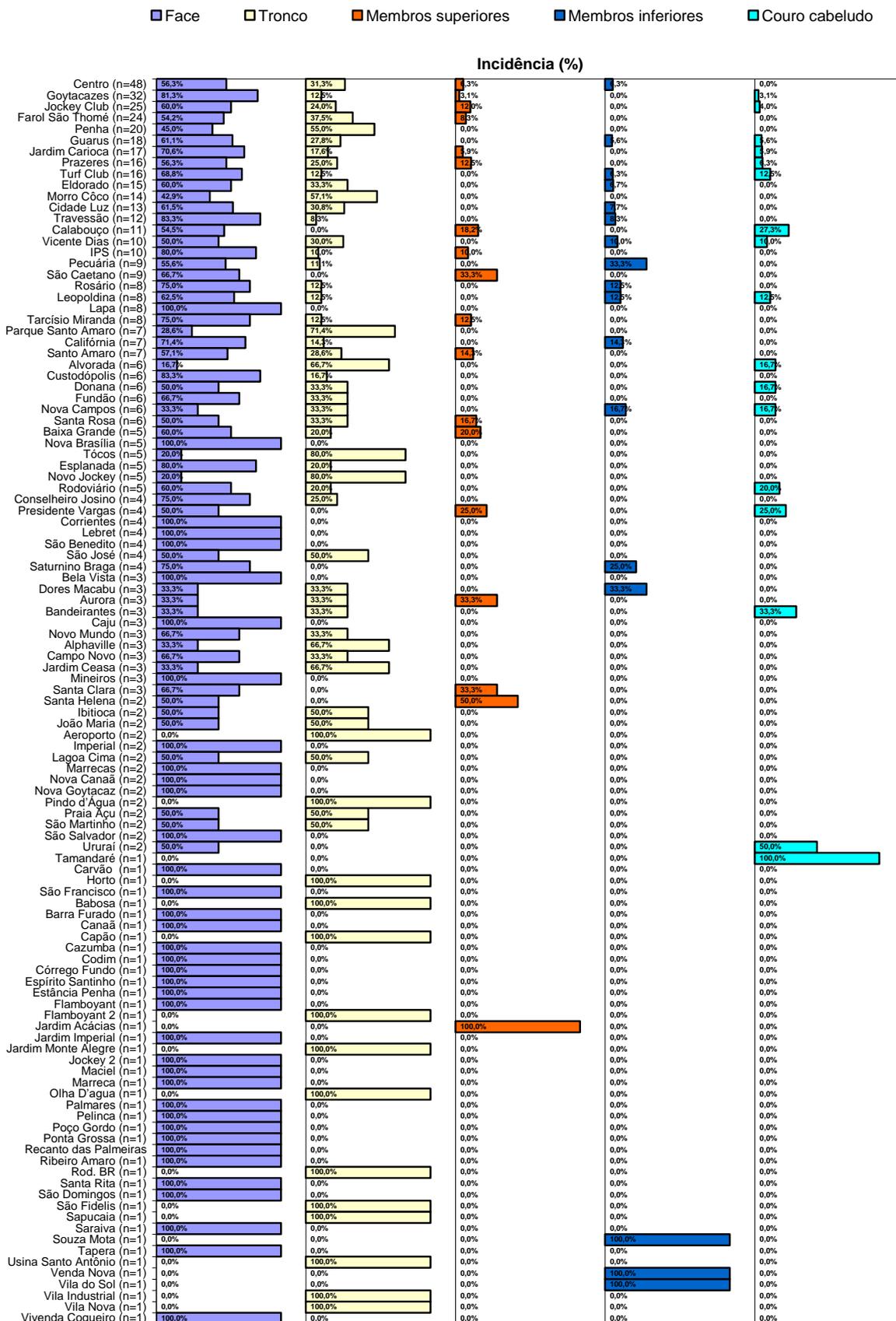


CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos

Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Na Figura 18. Identificou-se que, na distribuição por bairros, a face também foi o local mais acometido pelas neoplasias cutâneas. Esse sítio anatômico foi o mais encontrado na maior parte dos bairros avaliados, como no Centro (56,3%), em Goytacazes (81,3%), no Jockey Club (60,0%) e no Farol de São Thomé (54,2%).

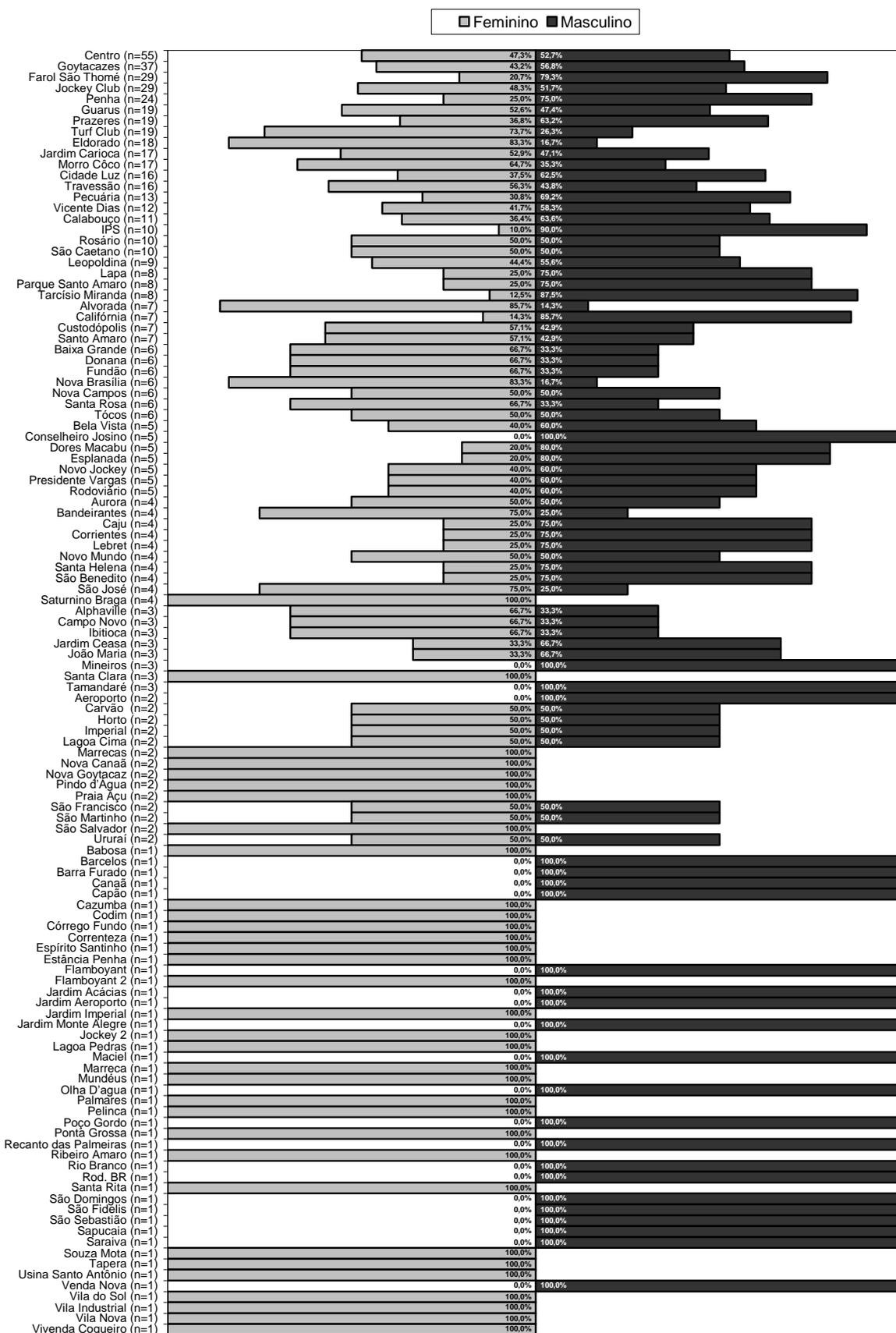
Figura 18– Distribuição dos sítios anatómicos acometidos por cada bairro



Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

No que se refere ao sexo mais acometido em cada bairro do município, conforme demonstrado na Figura 19., os homens foram os mais acometidos nos principais bairros relatados no estudo, com predominância desse sexo no Centro (52,7%), em Goytacazes (56,8%) e no Farol de São Thomé (79,3%). Apesar de um relativo equilíbrio entre os homens e mulheres nos dois primeiros bairros citados, no Farol de São Thomé essa proporção se torna maior, possivelmente pela ocupação da pesca nessa localidade. Como já pontuado anteriormente, a atividade pesqueira, mais frequente entre os homens, caracteriza-se por uma exposição aumentada à radiação UV, ficando então esses indivíduos mais predispostos ao desenvolvimento do câncer de pele.

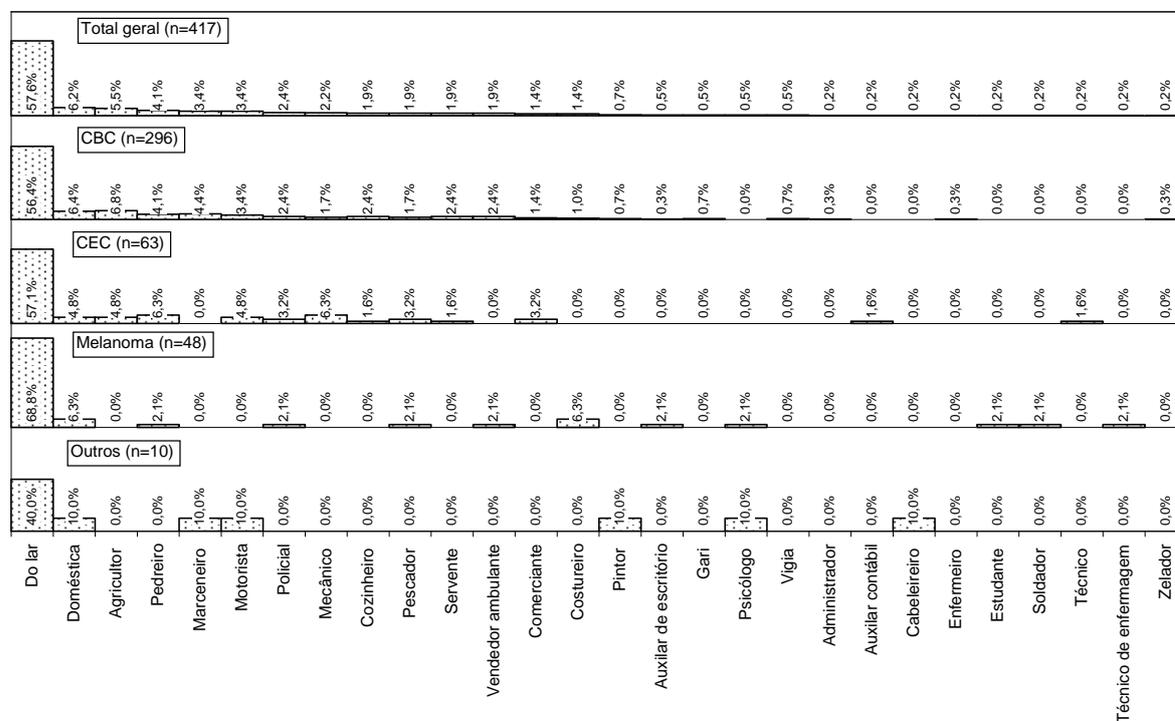
Figura 19– Distribuição dos sexos por bairro



Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Corroborando os dados já enfatizados no que diz respeito às profissões de maior exposição solar e conseqüentemente maior risco de desenvolvimento das neoplasias cutâneas, foi demonstrado na Figura 20., que os pacientes do lar (57,6%), domésticas (6,2%), agricultor (5,5%), pedreiro (4,1%), marceneiro (3,4%) e motorista (3,4%) foram os mais acometidos. Dentre as inúmeras profissões listadas no estudo, as que possuem um maior hábito de exposição solar são as principais listadas, tornando assim evidente a associação entre o tipo de profissão com o risco de desenvolvimento do câncer de pele.

Figura 20– Tipos de câncer de pele por profissão



CBC: carcinoma basocelular, CEC: carcinoma espinocelular, Outros: outros tumores cutâneos

Fonte: Base de dados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) (2020).

Em artigo publicado por Sena et al. (2016), trabalhadores ao ar livre são mais vulneráveis ao desenvolvimento de câncer de pele ocupacional, estimando que profissionais com baixo nível de instrução e ascendência europeia correm um risco maior de desenvolver esse câncer. Portanto, as empresas precisam investir mais na saúde dos trabalhadores, fornecendo equipamentos de proteção e, assim, prevenindo o câncer de pele ocupacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fato de o câncer de pele ser a neoplasia de maior incidência no Brasil e no mundo merece uma profunda reflexão. O presente estudo obteve dados relevantes à caracterização da população acometida por esta doença.

Este perfil foi realizado entre os pacientes registrados no banco de dados do Registro Hospitalar de Câncer de um hospital de referência do município de Campos dos Goytacazes, permitindo traçar um cenário atual da doença e contribuindo para um maior conhecimento no auxílio à resolução deste problema de Saúde Pública. Este estudo visou igualmente alertar para a alta incidência da doença no município, permitindo fomentar novas formas de intervenção junto à população alvo.

Os resultados do estudo evidenciam que a população de raça branca, totalizando uma soma de 69,1% de todos os casos novos registrados no período, foi o grupo mais acometido pelo câncer de pele. Este fototipo, associado à idade e hábitos de sol, torna-se um grupo extremamente vulnerável ao desenvolvimento das neoplasias cutâneas. Foi demonstrada uma maior incidência destas neoplasias em pacientes acima de 55 anos de idade, principalmente os carcinomas basocelulares em pacientes entre 70 e 74 anos (69 casos) e os carcinomas espinocelulares em pacientes entre 80 a 84 anos (24 casos). Isso reforça o efeito cumulativo do sol ao longo dos anos, constituindo assim um maior risco para o desenvolvimento dessa neoplasia. Por esta razão, é importante destacar que as campanhas educativas devem ter focos em públicos-alvo como as crianças bem como profissionais que estão em constante exposição ao sol.

Outro fator que corrobora para a importante participação da exposição solar na gênese dessa neoplasia é o dado revelado no estudo de que a face (sítio anatômico de frequente incidência de exposição solar) foi a área mais acometida, dentre os cinco sítios descritos, sendo esta localização responsável por 53,5% dos casos de câncer de pele registrados.

permitindo fomentar novas formas de intervenção junto à população alvo.

O presente estudo também revela que o carcinoma basocelular é o tipo de neoplasia cutânea mais encontrada (69,4%), indo ao encontro de vários estudos publicados nacional e mundialmente. Os dados do Instituto Nacional do Câncer demonstram que existe uma curva ascendente no que se refere aumento da incidência tanto do câncer de pele melanoma como do não melanoma. Por outro lado, sabe-se que há uma diminuição na sua taxa de mortalidade, talvez aí o diagnóstico e tratamento precoces desses tumores possam ser os responsáveis pela redução dessa estatística.

Torna-se então fundamental que o monitoramento da morbimortalidade por câncer incorpore-se na rotina da gestão da saúde de modo a corresponder a um instrumento essencial para o estabelecimento de ações de prevenção e controle do câncer e de seus fatores de risco. Esse monitoramento engloba a supervisão e a avaliação de programas, como ações necessárias para o conhecimento da situação e do impacto no perfil de morbimortalidade da população, bem como a manutenção de um sistema de vigilância com informações oportunas e de qualidade que subsidie análises epidemiológicas para as tomadas de decisões.

Esta necessidade imediata de melhorar as estratégias de prevenção é corroborada pelas estatísticas crescentes de casos de câncer de pele e pelas evidências dos custos econômicos associados principalmente aos tratamentos desse tipo de neoplasia. Além do impacto financeiro, a prevenção poderia evitar cirurgias mutiladoras ou com resultados cosméticos indesejáveis. Por essa razão, políticas públicas com ênfase mais forte na prevenção são necessárias para conscientizar a população dos riscos relacionados à exposição inadequada à radiação ultravioleta.

Aponta-se ainda que, em relação ao carcinoma basocelular, o acometimento dos homens (69,3%) foi bem próximo ao acometimento das mulheres (69,5%), o que já não ocorreu em relação ao carcinoma espinocelular, o qual teve um maior acometimento no sexo masculino (19,8%) comparado ao feminino (14,3%). Este fato

indica uma associação com a profissão desempenhada, já que muitas destas apresentam um índice diário de altas doses de radiação ultravioleta. Como evidenciado no estudo houve uma maior incidência das neoplasias cutâneas entre os profissionais do lar, domésticas, agricultores, pedreiros, marceneiros e motoristas.

É de suma importância o desenvolvimento de um plano de prevenção e diagnóstico do Câncer de Pele, que inclua a divulgação de informações de fotoproteção em escolas, empresas, órgãos do sistema de saúde, assim como rastreio e detecção precoce de casos, por profissionais de saúde, devidamente treinados. A educação preventiva visa que esses hábitos sejam inseridos no dia a dia da população, buscando no futuro reduzir a morbidade e mortalidade da população, decorrente desse agravo à saúde e, conseqüentemente, redução de custos para o tratamento desse tipo de câncer, que é o que detêm o maior número de pessoas acometidas no Brasil.

Outro dado que a pesquisa revela é que os bairros mais acometidos como o Centro (55), Goytacazes (37) e Farol de São Thomé (29), além de possuírem uma maior densidade populacional, provavelmente são responsáveis pela maior parcela desses profissionais de hábitos de trabalho que favoreçam uma maior fotoexposição. O Farol de São Thomé, conhecido pela atividade pesqueira, traz uma maior parcela de homens e pescadores acometidos, reforçando essa evidência. Isso se torna um dado fundamental para a realização de ações dirigidas por parte do governo a estas localidades de maior incidência da doença.

Apesar de ser esta uma das atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), vários segmentos da sociedade podem atuar de modo complementar visando à disseminação da informação a respeito dos mecanismos de prevenção ao câncer da pele e ainda a sua detecção precoce, reduzindo assim gastos futuros de todo o sistema de saúde com o tratamento da doença.

A conscientização da importância e gravidade sanitária do câncer de pele ainda é pequena entre os profissionais de saúde em diversas partes do mundo. Na tentativa de ampliá-la, são geradas algumas iniciativas como intervenções educacionais para profissionais envolvidos na atenção básica sobre práticas para o controle de câncer de pele ou a inclusão de profissionais de enfermagem no processo de suspeição e encaminhamento de casos.

O quadro de risco atual do câncer no Brasil e suas tendências mostram relevância no âmbito da saúde pública e evidenciam a necessidade continua de

realização de pesquisas sobre este tema, as quais são essenciais para o desenvolvimento de políticas de saúde adequadas que visem ao controle de câncer no país. Uma efetiva política de controle dessa neoplasia deve considerar também a situação socioeconômica e as desigualdades existentes nas diversas regiões do Brasil.

Apesar do conhecimento em grande parte sobre os fatores de risco e os mecanismos causais do câncer cutâneo, as medidas preventivas comportamentais se mostram difíceis de serem implementadas em populações amplas. Portanto, uma visão maior sobre a exposição ao sol e a prevenção do câncer de pele ainda é necessária para entender qualquer falha nos comportamentos preventivos e, conseqüentemente, adaptar a comunicação às populações com o objetivo final de reduzir o desenvolvimento tardio dessas neoplasias.

Essas evidências reforçam a ideia de que a ação educativa de prevenção deve ser priorizada entre as diversas estratégias de controle do câncer de pele. Dessa forma, há a necessidade de um maior esforço não apenas de dermatologistas, mas também das demais especialidades médicas, profissionais da saúde e demais categorias responsáveis por tomada de decisão no sistema de saúde e aos formuladores de políticas de educação para que a prevenção ao câncer de pele possa ser iniciada já na infância, evitando assim a exposição solar cumulativa.

Deve-se salientar que este estudo demonstra ser um valioso instrumento no auxílio ao controle da doença no município. É preciso, no entanto, incentivar medidas para que se obtenha um diagnóstico mais precoce da doença. Além disso, a instituição do tratamento adequado e da ampliação do acesso às informações sobre a doença e suas formas de prevenção são requisitos fundamentais para o sucesso do seu controle.

PROPOSTAS PARA TRABALHOS FUTUROS

Considerando que o trabalho realizado nesta pesquisa possui pontos que podem continuar sendo explorados no futuro, são sugeridas as seguintes propostas:

- Dar continuidade a este trabalho aumentando o número de pacientes com o aumento da abrangência dos anos de estudo.
- Promover programas de orientação direta às populações mais acometidas pelo câncer de pele com a análise comparativa dessas ações

REFERÊNCIAS

AL-ZOU, Amer Bin; THABIT, Mazen Abood Bin; AL-SAKKAF, Khalid Abdulla; BASALEEM, Huda Omer. Skin Cancer: Clinico-Pathological Study of 204 Patients in Southern Governorates of Yemen. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 17, n. 7, p. 3195-3199, 2016.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts and figures 2016**. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2016/cancer-facts-and-figures-2016.pdf>>. Acesso em: 01 jul 2019.

ARENDDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. 352 p.

ARMSTRONG, Bruce K.; KRICKER, Anne. The epidemiology of UV induced skin cancer. **Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology**, v. 63, p. 8-18, 2001.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org.). **Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais / Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

ASSOCIAÇÃO DE COMBATE AO CÂNCER EM GOIÁS, INSTITUTO DE PESQUISA BÁSICA. **Câncer em Goiânia: tendências 1988-1997**. Goiânia: Associação de Combate ao Câncer em Goiás; 2000.

AZULAY, R. D; AZULAY, D.R. Neoplasias epiteliais. In: AZULAY, R.D (ed.); AZULAY, D.R (ed). **Dermatologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 609-58.

BARDINI, Gabriela; LOURENÇO, Diego; FISSMER, Mariane Corrêa. Avaliação do conhecimento e hábitos de pacientes dermatológicos em relação ao câncer da pele. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 41, n. 2, p. 56-63, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 01 jul. 2019.

BRAVO, Maria Inês Souza; VASCONCELOS, Ana Maria de; GAMA, Andréa de Sousa; MONNERAT, Giselle Lavinias. **Saúde e serviço social**. Rio de Janeiro, Cortez, 2004. p.25-47.

BRAY, Freddie *et al.* Global cancer statistics 2018: globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer Journal for Clinicians**, [s.l.], v. 68, n. 6, p. 394-424, 12 set. 2018.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de Lei nº 4.027, de 2012. 2012. Márcio Marinho. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=F0223D4EC7F743E1F7FD3CFE84A0. Acesso em: 01 jul. 2019.

CAMERON, Michael C. *et al.* Basal cell carcinoma. [s.l.] **Journal of The American Academy of Dermatology**, [United States], v. 80, n. 2, p. 303-317, 2019.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. **Revista Brasileira de Informações Bibliográficas em Ciências Sociais (BIB)**, São Paulo, v. 61, p. 25-52, 2006.

CAPONI, Sandra. A saúde como cobertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. cap. 3. p. 55-77.

CASTILHO, Ivan Gagliardi; SOUSA, Maria Aparecida Alves; LEITE, Rubens Marcelo Souza. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 2, p. 173-178, 2010.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira; GUIMARÃES, Alóide Ladeia. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 19-27, 2011.

CECCONELLO, William Weber; AVILA, Gustavo Noronha de; STEIN, Lilian Milnitsky. A (ir)repetibilidade da prova penal dependente da memória: uma discussão com base na psicologia do testemunho. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 2, n. 8, p. 1058-1073, 2018.

CESTARI, Maria Elisa Wotzasek; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 218-221, 2005.

CHINEM, Valquiria Pessoa; MIOT, Hélio Amante. Epidemiology of basal cell carcinoma. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 2, p. 292-305, 2011.

CORDONI JÚNIOR, Luiz; MARTIN, Gilberto Berguio; CARVALHO, Brígida Gimenez. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. *In*: ANDRADE, Selam Maffei de (org); SOARES, Darli Antônio; CORDONI JUNIOR, Luiz (orgs.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf. Acesso em: 07 fev. 2013.

COSTA, Francine Batista; WEBER, Magda Blessman. Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 2, p. 149-155, 2004.

DIMATOS, Dimitri Cardoso; *et al.* Melanoma cutâneo no Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 38, n. 1, p. 14-19, 2009.

DOBASHI, B. F; BRÊTAS JÚNIOR, R; SILVA, S. F.. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde? *In* SANTOS, N. R (org); AMARANTE, P.D.C (org). **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p.11-23.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ana Luiza D'Ávila. Política de Saúde e Equidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

FERLAY, Jacques *et al.* Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: globocan sources and methods. **International Journal Of Cancer**, [s.l.] v. 144, n. 8, p. 1941-1953, 2018.

FERREIRA, Clara Fontes; DIAS, Gustavo Nobre; FRANCISCON, Isabela Nunes; MOTA, João Paulo Tavares da; OLIVEIRA, Thamires Quinhões. **Organização Mundial da Saúde (OMS)**: guia de estudos. Sinus, 2014. 71 p. Disponível em: <https://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2019.

FERREIRA, Flávia Regina; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Câncer cutâneo em Taubaté (SP) - Brasil, de 2001 a 2005: um estudo de prevalência. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 317-322, 2008.

FIGUEIREDO, Marcus Faria; FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. **Análise & Conjuntura**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, set./dez. 1986.

FREITAS, L. A instituição do fracasso: a educação da ralé. *In*: SOUZA, Jesse. **Ralé brasileira: quem é e como vive**. Belo Horizonte: EDUFMG, 2009.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 21, p. 211-259, 2000.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise N. Educação profissional e desenvolvimento. **Revista Pedagogia Resignificado**, São Luís, MA, v. 2, p. 39-62, 2008.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BRAGA, Patrícia Seixas da Costa. Health and innovation: economic dynamics and welfare state in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. s1-s12, 2016.

GIAMBIAGI, Fabio; VILLELA, André; CASTRO, Lavinia Barros de; HERMANN, Jennifer. **Economia brasileira contemporânea: 1945-2010**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 272 p.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; GALLO, Cláudia Vitória de Moura; MENDONÇA, Gulnar Azevedo e Silva. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. SIDRA: Sistema do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de Recuperação Automática. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: www.sidra.ibge.gov.br. Acesso em: 25 jul. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Dados de epidemiologia do câncer na Internet**: acesso durante o ano 2020. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <http://www.inca.org.br>. Acesso em: 08 ago. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional**: planejamento e gestão. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/manual-de-rotinas-e-procedimentos-para-registros-de-cancer-de-base-populacional>. Acesso em: 19 ago 2020.

KRAMER, Desre M.; *et al.* Sun Safety at Work Canada: baseline evaluation of outdoor workplaces recruited to participate in a sun safety knowledge transfer and exchange intervention. **Safety Science**, [s.l.], v. 96, p. 172-182, jul. 2017.

LEITER, Ulrike; EIGENTLER, Thomas; GARBE, Claus. Epidemiology of Skin Cancer. **Adv Exp Med Biol**, [s.l.], v. 810, p. 120-40, 2014.

LOMAS Alexander, LEONARDI-BEE Jo, BATH-HEXTALL Fiona. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. **Br J Dermatol**, [s.l.], v. 166, n. 5, p. 1069-80, 2012.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1611-1613, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. 2001. 423 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2001.

MARZUKA, Alexander G.; BOOK, Samuel E.. Basal Cell Carcinoma: Pathogenesis, Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Histopathology, and Management. **Yale Journal Of Biology And Medicine**, [s.l.], v. 88, n. 2, p. 167-179, 2015.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, Ims: Abrasco, 2006. cap. 2, p. 43-68.

MENDES, Áquilas; MARQUES, Rosa Maria. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MILLER, Arlo J.; MIHM, Martin C. Melanoma. **New England Journal of Medicine**, Waltham, MA, v. 355, n. 1, p. 51-65, 6 jul. 2006.

MOURA, Lenildo de; CURADO, Maria Paula; SIMÕES, Eduardo Jardim; CEZÁRIO, Antônio Carlos; URDANETA, Margarita. Avaliação do Registro de Câncer de Base Populacional do Município de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 4, p. 7-17, 2006.

NARAYANAN, Deevya L.; SALADI, Rao N.; FOX, Joshua L. Review: ultraviolet radiation and skin cancer. **International Journal of Dermatology**, [s.l.], v. 49, n. 9, p. 978-986, 2010.

NEUGUT, A.I. Prevenção primária. In: LOVE, R. R. (ed). **Manual de oncologia clínica**. 6. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro, 1999. p. 93-102.

OCANHA, Juliana Polizel. **FOXP3 e IMP3: impacto na evolução dos diferentes subtipos clínicos de melanoma cutâneo**. 2016. 99 f. Dissertação (Mestrado em Fitopatologia) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2016.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, United Kingdom, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

POPIM, Regina Célia; CORRENTE, José Eduardo; MARINO, Jaqueline Aparecida Geromel; SOUZA, Carolina Arantes de. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 133-1336, 2008.

POZIOMCZYK, Claudia Schermann; KÖCHE, Bruna; DORNELLES, Marcel de Almeida; DORNELLES, Sérgio Ivan Torres. Avaliação da dor em criocirurgia de ceratoses actínicas. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 4, p. 645-650, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPOS DOS GOYTACAZES. Perfil dos bairros. Campos dos Goytacazes: Cidac, 2016. 247 p. Disponível em: <https://cidac.campos.rj.gov.br/perfil-dos-bairros/>. Acesso em: 01 jul. 2019.

QUEIROZ, Roosevelt Brasil. **Formação e gestão de políticas públicas**. 3. ed. Curitiba: IBPEX, 2011.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Módulo Político Gestor, 2012. 21 p. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidad_e_4.pdf. Acesso em: 01 jul. 2019.

RIBERO, Simone; STUCCI, Luigia S.; MARRA, Elena; MARCONCINI, Riccardo; SPAGNOLO, Francesco; ORGIANO, Laura; PICASSO, Virginia; QUEIROLO, Paola; PALMIERI, Guiseppe; QUAGLINO, Pietro; BATAILLE, Veronique. Effect of Age on Melanoma Risk, Prognosis and Treatment Response. **Acta Derm Venereol**. 2018 Jul 11;98(7):624-629.

RODRIGUES, Andréia Dornelles; DALLANORA, Carlise Rigon; ROSA, Jonathan da; GERMANI, Alessandra Regina Müller. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da Uri, Rio Grande do Sul**, v. 5, n. 7, p. 101-106, 2009.

ROMANO, Cátia Maria Costa; SCATENA, João Henrique Gurtler; KEHRIG, Ruth Terezinha. Articulação público-privada na atenção ambulatorial de média e alta complexidade do SUS: atuação da secretaria de estado de saúde de mato grosso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1095-1115, 2015.

SCHALKA, Sérgio; STEINER, Denise (org.). **Consenso Brasileiro de Fotoproteção**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2013. 40 p. Disponível em: https://issuu.com/sbd.br/docs/consensob.fotoprote_____oleigo-web. Acesso em: 01 jul. 2019.

SENA, Jéssica Suellen *et al.* Occupational skin cancer: systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 280-286, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 533-539, 2006.

SOUZA, Sonia R P de; FISCHER, Frida M; SOUZA, José M P de. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 588-598, Aug. 2004.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

STAPLES, Margaret P; ELWOOD, Mark; BURTON, Robert C; WILLIAMS, Jodie L; MARKS, Robin; GILES, Graham G. Non-melanoma skin cancer in Australia: the 2002 national survey and trends since 1985. **Medical Journal of Australia**, v. 184, n. 1, p. 6-10, 2006.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. 2011. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/acompanhe/eventos/hotsites/2016/encntro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/07_principios_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em 10 mar. 2019.

THOMAS-GAVELAN, Elizabeth *et al.* Knowledge, attitudes and practices about sun exposure and photoprotection in outpatients attending dermatology clinics at four hospitals in Lima, Peru. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 6, p. 1122-1128, 2011.

TRAKATELLI, M. *et al.* Skin cancer risk in outdoor workers: a european multicenter case-control study. **Journal of The European Academy of Dermatology and Venereology**, [s.l.], v. 30, p. 5-11, 2016.

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES. **Inforoyalties**. Disponível em: www.royaltiesdopetroleo.ucam-campos.br/. Acesso em: 18 ago. 2020.

VERDI, Marta; COELHO, Elza Berger Salema. Do Higienismo ao SUS: A Evolução Histórica das Políticas de Saúde no Brasil. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005. v. 1, cap. 3.

VRIES, Esther de; *et al.* Rapid and Continuous Increases in Incidence Rates of Basal Cell Carcinoma in the Southeast Netherlands Since 1973. **Journal Of Investigative Dermatology**, [s.l.], v. 123, n. 4, p. 634-638, 2004.

WEEGE, Sonia Adriana. **Política pública de saúde e desenvolvimento regional: uma avaliação do financiamento do sistema único de saúde dos municípios de Apiúna, Timbó e Blumenau em razão dos pressupostos da organização da política**

pública de saúde. 2012. 189 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2012.

ZURBA, Magda do Canto. **Psicologia e saúde coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012. 240 p. Disponível em:

https://psicologia.paginas.ufsc.br/files/2012/06/Miolo_Psicologia-e-Saude.pdf.

Acesso em: 10 abr. 2019.