



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MARIANA WILLES SANTANA SOARES

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DO SERVIÇO DE
DERMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

ARACAJU-SE
2018

MARIANA WILLES SANTANA SOARES

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DO SERVIÇO DE
DERMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Dantas Oliveira

ARACAJU-SE
2018

MARIANA WILLES SANTANA SOARES

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DO SERVIÇO DE
DERMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

Monografia apresentada ao colegiado do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Medicina.

Orientador:
Prof. Dr. Pedro Dantas Oliveira

Aprovada em: ___ / ___ / ___

Autora: _____

Mariana Willes Santana Soares

Orientador: _____

Prof. Dr. Pedro Dantas Oliveira

Aracaju/SE
2018

“Se faire printemps, c’est prendre le risque de l’hiver”

(Para se fazer primavera, é necessário o risco do inverno)

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, por ser a luz que nos guia, sem o qual nenhuma conquista seria possível.

A meus queridos pais, Willes e Cleonildes, por todo incentivo e confiança. Em especial ao meu pai, por dedicar-se incansavelmente na elaboração desse trabalho ao longo de um ano. Esse trabalho é tão meu quanto seu.

Ao meu grupo de internato composto por Felipe, Gabriel, Jéssica, Julianne, Lucas, Paulo, Raphael e Vinícius, por toda compreensão e generosidade no processo de coleta de dados desse trabalho. Obrigada também, por junto a amigos como Wallace, tornar a jornada da medicina divertida e mais leve.

A Dr Pedro pela orientação neste Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada por todas as oportunidades desde a LADERM e iniciação científica, e por tantos ensinamentos que vão além do espaço acadêmico.

Aos funcionários do HU-UFS, desde a diretoria de ambulatórios até a recepção da dermatologia, pela solicitude de sempre.

LISTA DE ABREVIATURAS

CBC	Carcinoma basocelular
CEC	Carcinoma espinocelular
DALY	Ano de vida ajustado por incapacidade
EUA	Estados Unidos da América
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
RUV	Radiação ultravioleta
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
UV	Ultravioleta
YLD	Anos de vida com com incapacidade
YLL	Anos de vida perdidos devido doença

SUMÁRIO:

1. CONCEITOS INICIAIS	8
2. EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS	8
2.1. Epidemiologia Internacional e Nacional	8
2.2. Aspectos epidemiológicos específicos em subgrupos de faixa etária	12
2.2.1. Faixa etária pediátrica	13
2.2.2. Faixa etária adulta	14
2.2.3. Faixa etária idosa	14
2.3. Impacto das doenças dermatológicas em diferentes esferas	15
2.3.1. Esfera financeira	15
2.3.2. Esfera psicológica	16
2.3.3. Morbidade e mortalidade	17
3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PELE	18
3.1. Peculiaridades epidemiológicas do câncer de pele	18
3.2 Fatores de risco e predisposição	19
3.2.1. Carcinoma basocelular (CBC)	19
3.2.2. Carcinoma espinocelular (CEC)	20
3.2.3. Melanoma	20
3.3. Epidemiologia do câncer de pele não melanoma (CPNM)	21
3.3.1. Carcinoma basocelular	21
3.3.2. Carcinoma espinocelular	22
3.4. Epidemiologia do câncer de pele melanoma	23
4. EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1. CONCEITOS INICIAIS

A pele ou *cúti*s é o manto de revestimento do organismo humano, indispensável à vida ao isolar os componentes orgânicos do meio exterior. (RIVITTI, 2014) Assim como os demais órgãos, a pele é passível a fenômenos patológicos que determinam alterações microscópicas que, macroscopicamente, traduzir-se-ão em lesões elementares. (SAMPAIO, 2008) A combinação destas, determina sinais morfológicos que caracterizam as dermatoses humanas.

Há mais de 3000 doenças de pele descritas na literatura médica. (BICKERS et al., 2006) A Classificação Internacional de Doenças 10 (CID 10), em sua versão atual, ao agrupar das dermatoses mais comumente diagnosticadas, lista mais de mil afecções como “doenças de pele e doenças relacionadas à pele”. (HAY et al., 2014)

Existem diversas formas de agrupar e categorizar as diferentes dermatoses. Isso pode ser feito através de sintomas, aparência física, distribuição anatômica, características histopatológicas, padrão imunológico, agente causal, desabilidade resultante e derivação genética da doença. (KALIA; HAIDUCU, 2012)

2. EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS

Diversos são os estudos que apontam dermatoses entre as doenças humanas mais comuns. Permeiam todas culturas, idades e afetam de 30% a 70% dos indivíduos com taxas mais elevadas em subpopulações de risco. (BICKERS et al., 2006; HAY; FULLER, 2011)

Segundo *The Global Burden of Skin Disease*, uma colaboração epidemiológica sistemática que determinou incidência, prevalência, mortalidade e desabilidade por doenças cutâneas ao longo de uma década em 187 países, elas correspondem a quarta principal causa de afecção não fatal a nível mundial. (HAY et al., 2014)

Revisão de literatura desenvolvida pelo Rochester Epidemiology Project, avaliou mais de dois mil artigos, que indicaram um aumento na incidência das doenças de pele mais estudadas nas últimas décadas. (ANDERSEN; DAVIS, 2013).

2.1. EPIDEMIOLOGIA INTERNACIONAL E NACIONAL

Os Estados Unidos da América (EUA) apresentam numerosos estudos epidemiológicos sobre doenças de pele, visto que esse grupo de doenças corresponde a

uma das principais causas de busca por atendimento médico dermatológico e não dermatológico no país. (LIM et al., 2017)

O estudo mais abrangente e atual realizado em território americano analisou dados do sistema de saúde público e privado em 2013. Neste ano, 85 milhões de americanos, ou seja, 27% da população, foram atendidos por médicos devido pelo menos uma doença de pele. (LIM et al., 2017) Esses números ultrapassam a prevalência de diabetes e aproximam-se do número de adultos com doenças cardiovasculares no mesmo país. (BENJAMIN et al., 2017; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014)

Ao compararmos estudos metodologicamente semelhantes que fizeram uso do mesmo banco de dados em diferentes épocas, notamos crescimento da demanda por atendimento devido patologias cutâneas nesse país. Primeiros dados são do ano de 1974 em que ocorreram 44 milhões de consultas médicas devido queixas dermatológicas, 7% de todas consultas no ano. (RS et al., 1977) Já na década seguinte detectou-se média anual de consultas devido queixas dermatológicas de 42 milhões, 7,3% do total. (STERN; GARDOCKI, 1986) Estudo descritivo de 1990 a 1994 indicou 9% do total de 3,5 bilhões de atendimentos médicos por causa dermatológica, o que proporciona média de 63,2 milhões de consultas anuais devido queixas desse tipo. (FELDMAN; FLEISCHER; MCCONNELL, 1998) Análise mais recente das consultas entre 1999 e 2000 indica 35 milhões de visitas anuais a dermatologistas, o dobro de 1974, além de acne como mais frequente diagnóstico, mas com redução da sua proporção em relação aos demais diagnósticos se compararmos aos estudos anteriores. (STERN, 2004) Vale ressaltar que a maioria desses diagnósticos é fornecido por médicos não dermatologistas (52.9%). Destacam-se médicos de família e comunidade como os que diagnosticam maior número de doenças dermatológicas (20.5%), seguidos por pediatras (11.3%), internistas (9.2%), cirurgiões gerais (3.4%), otorrinolaringologistas (1.0%), e médicos de emergência (0.2%).(WILMER et al., 2014)

Diante desse inegável impacto na saúde pública do país, pesquisadores como Lim e colaboradores buscaram através de estudos nacionais obter mais detalhes sobre o tema. Determinaram que a prevalência e o número médio de doenças de pele por pessoa foi relativamente similar em todos os grupos de faixa etária, porém destacou-se o grupo com 65 anos ou mais, em que a prevalência foi de 50% com média de 2,2 dermatoses por

pessoa, enquanto que a prevalências e média global foram de 26,98% e 1,6 respectivamente. (LIM et al., 2017)

Vários estudos indicam quais dermatoses são mais frequentes em diferentes populações com diferenças ao avaliarmos de acordo com sexo e faixa etária. Em comum entre as mais prevalentes nos EUA, estão: acne, tumores benignos, infecções cutâneas e dermatite de contato. Já entre as menos diagnosticadas estão: doenças bolhosas, linfoma cutâneo e vitiligo. (JOHNSON; ROBERTS, 1978; LIM et al., 2017; WILMER et al., 2014)

Na Europa, por sua vez, não há estudos multicêntricos semelhantes àqueles desenvolvidos nos EUA. Há trabalhos locais, em sua maioria retrospectivos, que avaliam de diferentes formas o impacto causado pelas doenças de pele em suas populações com suas particularidades étnicas, culturais e geográficas.

Estudo desenvolvido em Londres, na década de 1970 por Rea e colaboradores, já comprovava a elevada prevalência de patologias cutâneas (22,5%). (REA; NEWHOUSE; HALILL, 1976) Prevalência semelhante a observada em levantamento recente na Suécia (20,5%), sendo maior em mulheres (23,3%) que homens (17,5%). (BINGEFORS; LINDBERG; ISACSON, 2002)

Na Alemanha, estudo coorte que avaliou mais de quarenta mil trabalhadores revelou que dentre as dermatoses diagnosticadas, as doenças inflamatórias crônicas foram a de maior incidência e que 19% da população avaliada necessitava de algum tipo de tratamento dermatológico. (SCHAEFER et al., 2008)

Estudo francês conduzido pelo Instituto Teylon Nelson Sofres baseou-se na aplicação de questionário produzido por painel de especialistas em amostra considerada representativa da população francesa. Indicou que 86,8% apresentaram pelo menos uma doença de pele desde o nascimento e 50% apresentou alguma dermatose nos últimos 2 anos.(WOLKENSTEIN et al., 2003) Esse impacto reflete-se no número de consultas a dermatologistas neste país, estimado em 12 a 14 milhões em 2000.(LUKASIEWICZ et al., 2002)

Ao analisarmos países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, são limitados os estudos sobre o impacto das doenças de pele em seus sistemas de saúde. (FIGUEROA et al., 1998) Os existentes determinam que patologias cutâneas estão entre as principais

causas de morbidade tanto no ambiente rural quanto no ambiente urbano, e são responsáveis por elevado número de consultas em centros de atendimento médico primário. Essa alta prevalência desencadeia impacto social e econômico mais severo que nas nações ditas desenvolvidas visto que o custo dos tratamentos, comumente erroneamente prescritos ou usados, causa sobrecarga para já limitada economia e populações pobres. (FIGUEROA et al., 1998; HAY; ANDERSSON; ESTRADA, 1991)

Estudos realizados nessas nações ditas de terceiro mundo, determinam que a incidência de afecções cutâneas é especialmente influenciada por fatores geográficos e sócio econômicos. O padrão de doenças cutâneas varia inclusive em diferentes regiões do mesmo país. (KHATRI, 2004) Esta influência pôde ser percebida em estudo comparativo realizado no Reino Unido e em Gana. Nele, incidência de infecções cutâneas na população do país africano foi elevada (46.3%) se comparada à incidência nos países do Reino Unido (9.6%). Isso pode ser justificado pelo ambiente úmido de Gana, mas também pelas condições socioeconômicas relativamente pobres do mesmo. (DOE et al., 2001)

Apesar da gama de particularidades que envolvem essas nações, estudos convergem ao apontar como principal fator de risco para desenvolvimento de dermatoses a superpopulação no ambiente doméstico. Aspecto não apontado em estudos americanos e europeus. (GIBBS, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005)

Vale ressaltar que dados de incidência e prevalência desses estudos podem subestimar valores reais já que certas dermatoses, como tinea capitis por exemplo, são comuns e apresentam curso benigno, e por isso, não são consideradas doenças por certas populações. Prova disso é estudo conduzido no sudoeste da Etiópia, onde 47% e 59% dos membros de duas comunidades rurais referiam apresentar algum sintoma na pele. Todavia, avaliações dermatológicas conduzidas em membros selecionados de forma randômica indicou que 67% dos indivíduos que não referiam sintoma, na verdade apresentavam dermatoses significantes, em sua maioria infecciosas. (FIGUEROA et al., 1998)

Na Tanzânia, estudo em duas comunidades em que 1.114 pacientes foram avaliados, identificou que 26,9% dos mesmos apresentavam doença de pele tratável, e mais uma vez, as patologias infecciosas eram as mais prevalentes, principalmente em na faixa etária infantil. (GIBBS, 1996) Estudo similar conduzido na região rural de Sumatra, Indonésia, a prevalência de doenças de pele foi de 28,2%. (SAW et al., 2001)

Estudo da International Foundation of Dermatology fornece informações sobre padrões de doenças dermatológicas em nove países (Australia, Etiópia, Indonésia, México, Moçambique, Senegal, Tanzânia, e Tailândia) e regiões tropicais pouco favorecidas financeiramente. Segundo o mesmo, as principais dermatoses diagnosticadas nessas comunidades são: escabiose; micoses superficiais; pioderma; pediculose; eczema ou dermatite; doença de pele relacionada ao HIV; distúrbios de pigmentação; acne. (HAY et al., 2005)

No Brasil, o maior estudo epidemiológico no campo das dermatoses foi desenvolvido em 2006 pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Levou-se em consideração a demanda de especialistas tanto do âmbito público quanto privado em todo território nacional para determinar as principais causas de consultas dermatológicas no país. São elas: acne (14%); micoses superficiais (8,7%); transtornos de pigmentação (8,4%); ceratose actínica (5,1%); dermatites de contato (3,9%); dermatite seborreica (3,5%); verrugas de origem viral (3,4%); nevos melanocíticos (3,3%); dermatites (2,7%); psoríase (2,5%). (PENNA et al., 2006)

Quanto à avaliação do perfil noológico de centros de referência em dermatologia, existem alguns estudos no país. No estado do Amazonas o padrão de doenças cutâneas observado foi semelhante àquele descrito pela SBD, com o diferencial que as doenças sexualmente transmissíveis foram o grupo mais diagnosticado (25,12%). (ADRIANA ANDRADE et al., 2011) Já em São Paulo, percebeu-se uma mudança no padrão das dermatoses diagnosticadas no mesmo serviço em 1977 e em 2005. O grupo dos tumores cutâneos prevaleceu como primeira causa de atendimento (22,32%), contrastando com o grupo mais prevalente no trabalho realizado em 1977, eczemas (40,25%). (LOPES; KUNDMAN; DUARTE, 2010)

No Estado de Sergipe, até onde sabemos, não existem estudos publicados que delimitam o perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidos em serviço de referência em dermatologia.

2.2. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS ESPECÍFICOS EM SUBGRUPOS DE FAIXA ETÁRIA

O envelhecimento de órgãos é processo inevitável e complexo que conta com particularidades intrínsecas a cada órgão. No caso da pele, o envelhecimento está associado a alterações cutâneas através de dois processos. O envelhecimento intrínseco

ou cronológico, de principal determinação genética, conta com alterações hormonais e atrofia da derme e subcutâneo, e também o envelhecimento extrínseco, relacionado a influência do meio ambiente, sendo a exposição solar seu principal determinante (AZULAY, R.D.; AZULAY, 2011)

Por outro lado, a pele humana apresenta vulnerabilidade dependente da maturidade do seu estrato córneo. Portanto, em indivíduos com menor maturidade (desde o recém-nascido até o adolescente) a patogênese de doenças cutâneas apresenta características específicas com reflexos nas características clínico-epidemiológicas desse grupo. (LOPEZ, F.A.; JUNIOR, 2017)

Nos EUA, estudo retrospectivo avaliou diagnósticos fornecidos por dermatologistas de todo país de 1993 a 2010. Indicou diagnósticos comuns a todos grupos de faixa etária como dermatites de contato, eczemas e tumores benignos. Além disso, determinou as dermatoses mais frequentes em cada grupo de faixa etária. Em indivíduos entre 0 e 4 anos dermatite atópica foi a mais frequente; entre 5 a 44 anos destacou-se acne e acima de 45 anos, ceratose actínica.(ERIN; SCOTT, 2014)

2.2.1. FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2005 revisão de 18 estudos de prevalência realizados em países em desenvolvimento e que eram representativos de grandes áreas geográficas. Destes, 13 forneciam informações específicas da faixa etária pediátrica. Nessa população particular, as dermatoses mais frequentes foram pioderma (prevalência 0,2-35%, 6,9-35% na África subsaariana), tinea capitis (1-19,7%), escabiose (0,2-24%, 1,3-17% na África subsaariana), dermatoses por vírus (0,4-9%, principalmente molusco contagioso), pediculose (0-57%), dermatites (0-5%), e reação à picada de insetos (0-7,2%). Em relação aos adultos, a prevalência de piodermite, tinea capitis e escabiose foi maior em crianças.(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005)

Em países subdesenvolvidos nota-se semelhança nas mais frequentes. No Mali (prevalência de 34%) e na Índia (38,8% de prevalência), configuravam entre as dermatoses mais frequentes em crianças: pioderma, pitiríase alba, tinea capitis, e infecções como pediculose, escabiose e molusco contagioso.(DOGRA; KUMAR, 2003; MAHE et al., 1995)

No Brasil, segundo Sociedade Brasileira de Dermatologia, as dez dermatoses mais frequentes no grupo etário até 15 anos de idade são: acne (13,9%); dermatite atópica (13,7%); verrugas de origem viral (8,2%); micoses superficiais (6,9%); dermatites: eczema / disidrose / pitiríase alba (6,5%); outras infecções virais / molusco contagioso (5,1%); escabiose (3,6%); dermatite seborreica (3,5%); dermatites de contato (3,1%); nevos melanocíticos (3%).

Um dos maiores estudos voltados a essa população específica foi conduzido no Acre, no norte do Brasil, e identificou nas mais de 9 mil crianças avaliadas, prevalência de dermatoses que variou entre 21% e 87% nos municípios analisados. As dermatoses mais comuns foram: pediculose (50%), nevus (16,8%), pitiríase versicolor (13,2%), pioderma (12,2%), pitiríase alba (9,9%), dermatofitoses (6,2%), escabiose (3%) e acne (2,7%).(BECHELLI et al., 1981)

2.2.2. FAIXA ETÁRIA ADULTA

Engloba grupos de indivíduos com intervalo extenso de idades, que variam de acordo com referencial adotado. No Brasil, ao avaliarmos determinações dos Estatutos da Criança e do Idoso, Adultos estariam enquadrado na faixa etária de 18 anos a 59 anos e 11 meses. Esse grupo foi avaliado em estudo multicêntrico global que identificou que dermatites impactam todas categorias de idade mas é maior na primeira e terceira décadas de vida. Além disso merecem destaque entre 20 e 59 anos as seguintes dermatoses: dermatites, psoríase, urticária e acne (principalmente entre 20 e 24 anos). (KARIMKHANI et al., 2017)

Vale ressaltar que corresponde a grupo que em muitos países representa a grande maioria da força laboral. Nele destaca-se a elevada frequência de doenças inflamatórias crônicas.(SCHAEFER et al., 2008)

2.2.3. FAIXA ETÁRIA IDOSA

O estudo epidemiológico das doenças dermatológicas a faixa etária idosa (60 anos ou mais, segundo OMS) é particularmente relevante devido as tendências demográficas de envelhecimento populacional e pelas peculiaridades cutâneas intrínsecas a essa faixa etária. A pele do idoso apresenta menor estabilidade funcional e estrutural, o que compromete a integridade da mesma e a torna mais susceptível ao desenvolvimento de patologias específicas.(MILLER et al., 2013)

Estudo conduzido em Boston com indivíduos entre 50 e 91 anos indicou que dois terços do grupo e 83% dos octogenários referiram queixas relacionadas à pele. Em avaliação médica, constatou-se que todos participantes apresentavam pelo menos, uma anormalidade cutânea. 64,7% apresentavam sintoma e/ou patologia clinicamente significativa. Nesse grupo americano, as dermatoses passíveis de tratamento mais frequentes, foram ceratose actínica, tinea pedis, dermatite de contato, dermatite seborreica, dermatite de estase e câncer de pele. (BEAUREGARD; GILCHREST, 1987)

Um dos maiores estudos epidemiológicos com esse tema foi desenvolvido em Taiwan. Do total de 16.924 pacientes com 65 anos ou mais, atendidos no Hospital Universitário Nacional entre 1993 e 1999, a patologia cutânea mais comum foi dermatite (58,7%), seguida por infecções fúngicas (38,0%), pruridos (14,2%), tumores benignos (12,8%) e infecções virais (12,3%). Neoplasias malignas de pele foram identificadas em 2,1% sendo carcinoma basocelular o mais comum nesse grupo (29,8%).

Estudo brasileiro direcionado a idosos com mais de 80 anos, na chamada 4ª idade, revelou que as dermatoses mais frequentes segundo a queixa principal foram, em ordem decrescente: ceratose actínica, tumores malignos e ceratose seborreica. (SITTART; ZANARDI, 2008) Dado que diverge de estudo epidemiológico conduzido em centro de atendimento dermatológico universitário do Rio de Janeiro, Brasil. Segundo o mesmo, Dermatoses infecciosas/infestações corresponderam à maioria dos casos (24,2%), seguida por eczemas (19,8%) e fotoenvelhecimento (8,9%). As neoplasias representaram apenas 3,8% das afecções cutâneas.(PEREIRA, 2011)

2.3. IMPACTO DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS EM DIFERENTES ESFERAS

2.3.1 ESFERA FINANCEIRA

O conceito de custo de doença é abrangente por englobar os custos diretos do tratamento, mas também custos indiretos resultantes da desabilidade imposta pela patologia, e seu impacto pessoal e trabalhista. Quantificar os custos de uma doença, portanto, não é tarefa fácil e são escassos os estudos consistentes que se propõem a levantar o impacto financeiro direto e indireto de dermatoses. (KALIA; HAIDUCU, 2012)

O custo direto total das doenças de pele nos EUA, calculado em estudo com dados de 2013, foi próximo a 75 bilhões de dólares. Desse total, 46 bilhões são atribuídos a

gastos médicos (procedimentos, testes e consultas), 15 bilhões à prescrição de drogas, 4 bilhões a vacinas, screening de câncer de pele e outros procedimentos. Linfoma cutâneo, úlceras e melanoma foram as dermatoses com maior custo relativo a sua prevalência. Por outro lado, dermatite atópica, pruridos, e dermatite seborreica, tiveram um menor custo relativo à sua prevalência. (LIM et al., 2017)

Há afecções não dermatológicas que apresentam custos em dólares significativamente mais elevados, são elas: doenças cardiovasculares com custo de 316 bilhões, diabetes com 245 bilhões e doença renal crônica com 50 bilhões. (BENJAMIN et al., 2017; NIDDK, 2016; PETERSEN, 2016) Todavia, ao analisarmos o custo per capita dessas três afecções (950 para doenças cardiovasculares, 785 para diabetes, 147 para doença renal em estágio final), são semelhantes ao por dermatoses (240).(LIM et al., 2017)

2.3.2. ESFERA PSICOLÓGICA

Do ponto de vista físico, poucas doenças dermatológicas são severamente debilitantes ou representam ameaça à vida. Por isso, tradicionalmente, o impacto dessas doenças na qualidade de vida é subestimado.(BARANKIN; DEKOVEN, 2002; KALIA; HAIDUCU, 2012)

Estudo americano obteve dados do Nacional Center for Health Statistics para avaliar o impacto das doenças de pele na população e revelou que mais de dois terços (68.1%) dos pacientes queixavam-se de desfiguração corporal. Esta foi classificada em mínima por 48% e moderada por 20%. Os que classificaram como severa eram principalmente jovens entre 12 e 17 anos e adultos com 55 a 74 anos. Ainda no mesmo estudo, um terço dos entrevistados indicou desvantagem social devido sua dermatose. (JOHNSON, 2004; JOHNSON; ROBERTS, 1978)

Esses números podem ser explicados pelo fato de que doenças de pele podem provocar além da nuance cosmética, problemas psicológicos.(BARANKIN; DEKOVEN, 2002) Cerca de 30% dos pacientes europeus portadores de patologia cutânea apresentam níveis clinicamente significantes de alguma desordem psicológica como estresse, ansiedade, depressão, vergonha, isolamento social ou baixa autoestima. (COMELLAS et al., 2016)

Estudo multicêntrico conduzido em 13 países europeus buscou determinar associação entre depressão, ansiedade e ideação suicida com variadas dermatoses. Os resultados foram os seguintes: depressão foi diagnosticada em 10,1% (grupo controle com 4,3%, odds ratio (OR) 2,40); ansiedade clínica estava presente em 17,2% (grupo controle com 11,1%, OR 2,18). Ideação suicida foi reportada por 12,7% dos pacientes (grupo controle com 8,3%, OR 1,94). Apenas pacientes com psoríase apresentaram associação significativa com ideação suicida. A associação com depressão e ansiedade foi maior em paciente com psoríase, dermatite atópica, eczema em mãos, úlceras em pernas.(DALGARD et al., 2015)

2.3.3. MORBIDADE E MORTALIDADE

Estudo multicêntrico global, publicado em 2017, avaliou morbimortalidade de doenças e as comparou partir de unidade de medida denominada “Ano de vida ajustado por incapacidade” (sigla em inglês DALY) que é corresponde a adição de “anos de vida perdidos devido doença” (YLLs) a “anos de vida com com incapacidade” (YLDs). Portanto, um DALY é equivalente a um ano de vida saudável perdido. Segundo seus pesquisadores, doenças cutâneas e do subcutâneo correspondem a décima oitava principal causa global de DALY entre as 306 doenças analisadas. Impactos globais que envolvem doenças de pele correspondem a 41 milhões DALYs. Posicionadas no ranking diretamente atrás de anemia ferropriva (43,7 milhões DALYs) e tuberculose (49,8 milhões DALYs). Outro dado importante é que ao excluirmos mortalidade, os anos de vida com doenças (YLDs) dermatológicas (36,4 milhões) são superiores àqueles causados por diabetes mellitus (29,5 milhões) e migrânicas (28,9 milhões).(KARIMKHANI et al., 2017) No Brasil, doenças de pele enquadram-se na terceira principal causa de YLDs (anos vividos com desabilidade) em 2016, uma posição a mais que em 1990.(MARINHO et al., 2018)

Ao avaliarmos os indicadores de mortalidade por doenças de pele notamos que os mesmos são diminutos. Isso pode ser justificado pelo fato de que apenas número limitado de dermatoses, tais como doenças bolhosas, psoríase, herpes simples, herpes zoster, lúpus eritematoso, úlceras cutâneas e sífilis, podem ser causa de morte. (BICKERS et al., 2006)

Doenças de pele causaram diretamente 22953 mortes (0,9% do total) nos EUA em 2013. A idade média de óbito foi 68,2 anos, 5 anos a menos que a média global do mesmo ano. Câncer de pele foi o principal responsável pelas mortes (60%), sendo 41% devido

Melanoma. (LIM et al., 2017) No Brasil, segundo o DATASUS, doenças da pele e do tecido subcutâneo foram responsáveis por 5.874 mortes em 2016 (0,004% do total). No mesmo ano a essas patologias foram atribuídas apenas 88 mortes no estado de Sergipe (0,02% do total). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Ao analisarmos a mortalidade por afecções cutâneas no contexto global, existem robustas diferenças de acordo com nível socioeconômico das populações. Estudo global conduzido em 50 países desenvolvidos e 137 em desenvolvimento de 1990 a 2010 revelou disparidades relevantes. Em países desenvolvidos a principal causa de morte dermatológica é oncológica, enquanto que nas nações em desenvolvimento são as infecções cutâneas.

O câncer de pele, com subtipos entre neoplasias malignas mais comuns, merece destaque no aspecto mortalidade, especialmente o subtipo Melanoma. Estudo global indica que em 2010, Melanoma causou número de mortes por 100.000 pessoas cinco vezes maior em países desenvolvidos que nos em desenvolvimento. Um dado que se mantém estável desde 1990, segundo Boyers e colaboradores. Dentre os fatores que podem justificar essa diferença significativa, estão mortalidade ainda elevada em países europeus possivelmente por diagnóstico tardio e a Austrália, país com maior mortalidade por esse tipo de câncer no mundo, fazer parte do grupo. (FORSEA et al., 2012) Propõe-se que a elevada mortalidade detectada nesse país seja justificada por: população com pele clara, cultura de realizar atividades ao ar livre e altos níveis de radiação ultravioleta (UV). (BOYERS et al., 2014; DESCHAMPS et al., 2004)

3.EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PELE

3.1. PECULIARIDADES EPIDEMIOLÓGICAS DO CÂNCER DE PELE

São numerosos os estudos que demonstram a importância epidemiológica do câncer de pele. Essa neoplasia maligna epitelial apresenta, inquestionavelmente, elevadas incidência, morbimortalidade e encargo econômico. (LOMAS; LEONARDI-BEE; BATH-HEXTALL, 2012) Trata-se do câncer mais diagnosticado atualmente em diversos países, dentre eles, EUA e Brasil. Estima-se que em 2018, mais de 5 milhões de diagnósticos ocorram no primeiro e 171.840 novos casos no segundo. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018; INCA, 2018)

Dentre as patologias dermatológicas, é a de maior mortalidade. Em média, um americano morre devido Melanoma a cada hora.(ERDEI; TORRES, 2010) Em 2018, estima-se que 9.320 mortes serão atribuídas a ele nesse país. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018) Numericamente, Melanoma corresponde a apenas 1% de todos os casos de câncer de pele, mas à maioria das mortes. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017) Estudo global que avaliou a incidência e a mortalidade dos 27 tipos de câncer mais comuns no mundo em 2012 indica que 0,7% das mortes por câncer ocorreram devido ao Melanoma. Sua maioria em países desenvolvidos e em homens.(FERLAY et al., 2015) A mesma tendência é observada no Brasil, onde o Melanoma corresponde a 3% das neoplasias malignas do órgão e por número semelhante de mortes causado por todas neoplasias não melanoma somadas.(INCA, 2018)

Além disso, custo anual com seu tratamento nos EUA entre 2007 e 2011 é estimado em 8,1 bilhões de dólares (\$4,8 bilhões para não melanoma e \$3,3 milhões para melanoma), valor que corresponde a aumento de 126% em relação ao custo entre 2002 e 2006. Enquanto que a média de custos para todos outros cânceres cresceu em apenas 25,1%. (GUY et al., 2015)

3.2. FATORES DE RISCO E PREDISPOSIÇÃO

3.2.1 CARCINOMA BASOCELULAR (CBC)

O principal fator ambiental envolvido na gênese no carcinoma basocelular é a exposição à radiação ultravioleta (RUV). (CHINEM; MIOT, 2011; MARZUKA; BOOK, 2015) A forma que se dá essa exposição é crucial na sua patogênese. Sabe-se que a exposição solar na infância e adolescência representam fator de risco para desenvolvimento de CBC na vida adulta. (GALLAGHER et al., 1995) Há estudos que corroboram e aprofundam o que Gallanher e colaboradores propuseram em 1995: a exposição cumulativa crônica à RUV não aumenta risco de carcinoma basocelular, e sim, o risco de carcinoma espinocelular. O aumento do risco de CBC estaria mais relacionado a exposições intermitentes intensas principalmente em indivíduos com menor fototipo. (KEK et al., 1995; ZANETTI et al., 2006)

Outros fatores de risco diretamente relacionados a esse subtipo são cor de pele clara; presença de sardas e queimaduras solares na infância; camas de bronzamento artificial, especialmente se usadas por indivíduos jovens; exposição à radiação ionizante;

consumo de arsênio; síndromes genéticas como Síndrome do Carcinoma Basocelular Nevóide (NBCCS)(GALLAGHER et al., 1995; MARZUKA; BOOK, 2015)

3.2.2. CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)

A radiação ultravioleta (RUV) também parece ser o fator de risco ambiental mais importante para o desenvolvimento desse tipo de câncer. Todavia, a correlação entre os dois ainda não é bem entendida. Sabe-se que não há associação com exposição solar intermitente acumulativa ao longo da vida, e sim com exposição ocupacional crônica.(GALLAGHER et al., 1995)

Estudo caso controle conduzido no Canadá indica que o risco de desenvolver CEC é reduzido naqueles cuja mãe tem ancestralidade do sul europeia. Mas o risco é aumentado para indivíduos com pele clara e cabelos ruivos, expostos a terapia PUVA (Psolareno e UVA) e imunosupressos devido transplante de órgãos, com risco proporcional à duração da terapia. (GALLAGHER et al., 1995; MARZUKA; BOOK, 2015)

3.2.3. MELANOMA

São numerosas as evidências que comprovam o papel da RUV como mais importante fator de risco para esse câncer de pele. A exposição intermitente, principalmente se associada a história de queimadura solar (duplicadora de risco), exerce fator determinante para desenvolvimento da patologia. Isso justifica o uso de Psoraleno-UVA (PUVA), usado na fototerapia, aumentar seu risco. No grupo de fatores de risco com forte evidência na literatura também enquadram-se história familiar de melanoma, presença de nevus displásico ou numerosos nevus, estados de imunossupressão, e características fenotípicas como pele clara, incapacidade de bronzear, olhos azuis ou verdes, cabelos loiros ou ruivos.(MARKOVIC SN, ERICKSON LA, RAO RD, WEENIG RH, POCKAJ BA, BARDIA A, 2007)

Existem outros numerosos fatores de risco postulados, mas com evidência fraca ou inconclusiva. Dentre eles, fatores reprodutivos estão entre os mais estudados pois autores indicam que estrogênio e progesterona podem estimular proliferação melanocítica em modelos animais.(BISCHITZ, P G; SNELL, 1963) Todavia, mais estudos são necessários para melhor entendimento desse fator e de outros como a obesidade, que teoricamente proporcionaria maior superfície corporal exposta ao sol e diferente perfil hormonal. (NALDI et al., 2005)

3.3. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PELE NÃO MELANOMA (CPNM)

O carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinocelular (CEC) correspondem aos subtipos mais comuns de câncer de pele não melanoma (CPNM) e às neoplasias malignas mais comuns em populações brancas. (DIEPGEN; MAHLER, 2002; LOMAS; LEONARDI-BEE; BATH-HEXTALL, 2012)

Apesar de compartilharem semelhanças, esses subtipos apresentam diferentes taxas de incidência e importantes diferenças etiológicas. A maior revisão de literatura sobre epidemiologia do câncer de pele não melanoma no mundo revela que na Europa a incidência de carcinoma basocelular aumentou em taxa semelhante nas últimas quatro décadas (aumento de 5-5% por ano) enquanto o carcinoma espinocelular apresenta tendência de crescimento. (LOMAS; LEONARDI-BEE; BATH-HEXTALL, 2012) Credita-se esse aumento nas taxas de incidência dos subtipos não melanoma à combinação de aumento da exposição solar ou exposição à luz ultravioleta, aumento de atividades ao ar livre, mudanças do estilo de roupas, aumento da longevidade e depleção da camada de ozônio. (GLOSTER; BRODLAND, 1996)

Dados epidemiológicos sobre CPNM de elevada qualidade são escassos visto que registros de câncer tradicionais geralmente excluem esse subtipo total ou parcialmente de seu banco de dados. (DIEPGEN; MAHLER, 2002) Estudo global que determinou medidas epidemiológicas de mais de 24 cânceres em 2009 e projeções para 2020 através de colaboração internacional, estimou apenas Câncer de Pele Melanoma. Essa neoplasia em 2020 representará em relação a novos casos de câncer, 0,8% dos casos no mundo, 0,7% na África, 1,0% nas Américas, 0,5% na Ásia, 1,2% na Europa e 1,1% na Oceania. (BEAULIEU N, BLOOM D, BLOOM R, 2009)

No Brasil, mais especificamente, a incidência do CPNM varia de acordo com região geográfica e composição étnica da população. Os valores mais altos ocorrem na região Sul, com 85 casos por 100.000 habitantes e mais baixos na região Norte com 25 casos por 100.000 habitantes. (CHINEM; MIOT, 2011)

3.3.1. CARCINOMA BASOCELULAR

Constituído por células que se assemelham às células basais da epiderme e, por conseguinte, também denominado basalioma ou epitelioma basocelular, é o mais benigno

dos tumores malignos de pele. (RIVITTI, 2014) Esse caráter é justificado pela baixa mortalidade, a qual é decrescente se avaliada nas últimas décadas. Todavia, o Carcinoma basocelular não deve ser subestimado, pois pode causar significativa morbidade devido seu acometimento local destrutivo. (GLOSTER; BRODLAND, 1996; MARZUKA; BOOK, 2015)

Estudos desenvolvidos em diferentes estados americanos indicam que a taxa de incidência de CBC aumenta com idade e que homens apresentam maior incidência que mulheres. Além disso os sítios mais comuns são cabeça e pescoço, seguidos por tronco com um terço das lesões. Após diagnóstico de CBC há risco substancial de desenvolver CBC subsequente (16,9% a 30%). (CHUANG et al., 1990a; FARMER, 1993) Artigos mais recentes apontam novas tendências, tais como o aumento da incidência entre americanos com menos de 40 anos e o risco aumentado de desenvolver CBC subsequente ser o mesmo se o câncer anterior for CEC, por outro lado, o risco de CEC em pacientes com CBC anterior é baixo (6%).(CHRISTENSON BORROWMAN, TA, VACHON, CM, TOLLESFON, MM, OTLEY, CC, WEAVER, AL, 2005; MARCIL; STERN, 2000)

Geograficamente, há variações na incidência de CBC visto que há correlação positiva entre incidência e proximidade com a linha do Equador. A explicação desse fenômeno reside no fato que em menores latitudes a exposição à radiação ultravioleta é maior.(MARZUKA; BOOK, 2015)

No Brasil, as projeções geralmente são subestimadas já que as técnicas não excisionais de tratamento não resultam em notificação aos serviços de anatomia patológica. Mesmo assim, a estimativa anual de carcinomas basocelulares no Brasil é de 90.000.(CHINEM; MIOT, 2011) O perfil clínico epidemiológico neste país corresponde a mulher, de raça branca, com história de exposição solar, e localização mais frequente em tronco.(MANTESE, SAO, 2006)

3.3.2. CARCINOMA ESPINOCELULAR

Também denominado carcinoma epidermoide, trata-se de tumor maligno resultado da proliferação atípica de células espinhosas, com caráter invasor, é capaz de originar metástases.(RIVITTI, 2014) Estudos atuais revelam tendência de crescimento da incidência dessa neoplasia em todo o mundo.

Estudos populacionais locais indicam maior frequência no sexo masculino, idade média de diagnóstico aos 77.32 ± 11.52 anos; 3,6% metastáticos ocorrendo em média de 3,8 anos, novas lesões ocorrem em 12% e principal sítio corresponde à face. (CHUANG et al., 1990b; REVENGA-ARRANZ et al., 2004)

No Brasil, a incidência de CEC por 100.000 habitantes na população de Tubarão, Santa Catarina, segue a tendência global de crescimento com 50,86 para o ano de 2000, 71,16 para 2003 e de 94,39 para 2006. Nesse estudo não foi observado predomínio de gênero e a face foi o local mais afetado.(NUNES; VIEIRA; BACK, 2009)

Esse câncer de pele apresenta a mesma tendência dos demais subtipos na relação entre frequência e proximidade da linha do Equador, sendo que este tipo especificamente dobra a incidência a cada 8 a 10 graus de declínio na latitude. (GILES; MARKS; FOLEY, 1988) Na Europa, a Suíça é o país com maior incidência, o que pode ser justificado pela elevada incidência de raios UV nas maiores médias de altitude do continente. (LOMAS; LEONARDI-BEE; BATH-HEXTALL, 2012)

3.4. EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PELE MELANOMA

Melanoma é um tumor maligno originado nos melanócitos cuja localização mais comum é cutânea primária, mas pode ocorrer em outras áreas como olhos, mucosas e meninges. Apresenta maior potencial metastático e letalidade que qualquer outro câncer de pele. (AZULAY, R.D.; AZULAY, 2011)

Sua incidência é baixa se compararmos seus subtipos a outras neoplasias (1.6% dos novos cânceres) porém sua tendência atual é preocupante.(FERLAY et al., 2015) Desde meados da década de 1950, a incidência de melanoma foi a que mais cresceu entre países desenvolvidos, em especial, europeus.(FORSEA et al., 2012; SCHMERLING et al., 2011; THOMPSON; SCOLYER; KEFFORD, 2005)Esse aumento em sua incidência pode ser justificado por mais diagnósticos e aumento do conhecimento populacional sobre o tema, mas também por maior exposição a radiação UV natural e artificial e mudanças de comportamento relacionadas a exposição solar. (ELWOOD; JOPSON, 1998)

Apesar dessa tendência a taxa de sobrevivência relativa em 5 anos atribuída a essa doença é de 99% para estágio localizado de doença; 63% para estágio regional e 20%

para estágio com doença a distância, segundo relatório global mais atual.(AMERICAN CANCER SOCIETY, 2018)

É mais frequente em mulheres que homens antes dos 50 anos, porém na idade de 65 anos a incidência no sexo masculino é o dobro, e aos 80, o triplo. É provável que esse padrão reflita diferenças ocupacionais e recreacionais relacionadas à exposição à radiação UV, e também a detecção precoce relacionada a maior adesão das mulheres aos serviços de saúde. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017)

Quanto a distribuição espacial dessa patologia, geralmente as populações mais afetadas são aquelas com pele branca (sobretudo de origem europeia). As maiores incidências ocorrem em ambos os sexos na Austrália e Nova Zelândia (40,3 por 100.000 e 30,5 por 100.000 respectivamente). São seguidos por América do Norte e Europa ocidental e nortenha (taxas acima de 10 por 100,000 em ambos sexos). Na região central e sudeste asiático, a sua incidência é baixa (inferior a 0,5 por 100.000 em ambos os sexos). Ao avaliarmos mortalidade, suas taxas são bastante variáveis, de 0,1 em mulheres no Sudoeste e Ásia Central, a cerca de 6 por 100.000 em homens na Austrália/Nova Zelândia. Em 2012, 0,7% das mortes por câncer foram causadas por Melanoma, sendo que cerca de 2 de cada 3 mortes ocorreram em regiões desenvolvidas e em homens (FERLAY et al., 2015)

No Brasil, estudo retrospectivo de 15 anos conduzido em São Paulo, estabeleceu as características epidemiológicas do melanoma no País. A prevalência em ambos os sexos foi semelhante, 91,2% apresentavam pele clara, e principal sitio de localização foi tronco (32,2%). A taxa de sobrevivência após cinco anos foi de 67,6%, valor abaixo das taxas internacionais. A prevalência de casos avançados também destacou-se negativamente, mas reforça a importância desse tipo de estudo para desenvolvimento de políticas nacionais voltadas ao diagnóstico precoce de melanoma. (VAZQUEZ et al., 2015)

4. EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

Epidemiologia é o estudo da ocorrência e distribuição de eventos relacionados à saúde em populações específicas, incluindo estudo dos determinantes influenciadores de tal processo, e a aplicação desse conhecimento no controle de problemas de saúde relevantes. (PORTA, 2014) Por conseguinte, seria a epidemiologia, a base científica para políticas de saúde pública. (BROWNSON, 2011)

Devido a elevada frequência e impacto psicossocial das doenças dermatológicas, é inegável a necessidade de desenvolver estudos epidemiológicos sobre o tema. Tendo em vista a variação de padrões dentro de um mesmo país, por influência de fatores genéticos, ambientais, raciais e socioeconômicos, são imperativos estudos locais no norteamento de políticas de saúde de combate e prevenção às patologias que acometem aquela determinada população. (OGUNBIYI; DARAMOLA; ALESE, 2003)

Além disso, por proporcionar direcionamento de investimentos às reais necessidades das populações, merece destaque um dos recursos terapêuticos utilizados em grandes centros de atendimento dermatológico terciário: a fototerapia. Esta, é empregada no tratamento de diversas de doenças dermatológicas de custo relativamente baixo, porém carecem de estudos epidemiológicos para justificar sua implantação.

Mesmo com tamanha demanda, as doenças cutâneas, continuam a receber relativamente pouca atenção no debate nacional e internacional. (HAY et al., 2014) No Brasil, estudos epidemiológicos de base populacional são insuficientes, portanto, há dificuldade em determinar a situação de saúde da população brasileira. (BRASIL, 2005) No Estado de Sergipe, mais especificamente, não há estudo que determine o perfil clínico epidemiológico das doenças de pele.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADRIANA ANDRADE, R. et al. Perfil nosológico de centro de referência em dermatologia no estado do Amazonas - Brasil / Nosological profile in a dermatology referral center in the state of Amazonas -Brazil. **Anais Brasileiros de Dermatologia VO - 86**, v. 86, n. 3, p. 463, 2011.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer Facts and Figures 2017. **Genes and Development**, v. 21, n. 20, p. 2525–2538, 2017.

AMERICAN CANCER SOCIETY. Cancer facts and figures 2018. 2018.

ANDERSEN, L. K.; DAVIS, M. D. P. The epidemiology of skin and skin-related diseases: A review of population-based studies performed by using the rochester epidemiology project. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 88, n. 12, p. 1462–1467, 2013.

AZULAY, R.D.; AZULAY, L. **Dermatologia**. 5. ed. São Paulo: Guanabara-Koogan, 2011.

BARANKIN, B.; DEKOVEN, J. Psychosocial effect of common skin diseases. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, v. 48, p. 712–716, 2002.

BEAULIEU N, BLOOM D, BLOOM R, S. R. The global burden of cancer. **London: The Economist Intelligence Unit**, 2009.

BEAUREGARD, S.; GILCHREST, B. A. A Survey of Skin Problems and Skin Care Regimens in the Elderly. **Archives of Dermatology**, v. 123, n. 12, p. 1638–1643, 1987.

BECHELLI, L. M. et al. Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus Valley (Acre State, Amazonia, Brazil). **Dermatologica**, v. 163, n. 1, p. 78–93, 1981.

BENJAMIN, E. J. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update: A Report From the American Heart Association. **Circulation**, v. 135, n. 10, p. e146–e603, 7 mar. 2017.

BICKERS, D. R. et al. The burden of skin diseases: 2004. A joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 55, n. 3, p. 490–500, 2006.

BINGEFORS, K.; LINDBERG, M.; ISACSON, D. Self-reported dermatological

problems and use of prescribed topical drugs correlate with decreased quality of life: An epidemiological survey. **British Journal of Dermatology**, v. 147, n. 2, p. 285–290, 2002.

BISCHITZ, P G; SNELL, R. S. The melanocytes and melanin in human abdominal wall skin: a survey made at different ages in both sexes and during pregnancy. **Journal of Anatomy**, p. 361–376, 1963.

BOYERS, L. N. et al. Global mortality from conditions with skin manifestations. **Journal of American Dermatology**, v. 71, n. 6, p. 1137–1143, 2014.

BRASIL, I. P. D. P. O. D. D. E. N. B. A epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. Supl. 1, p. 28–39, 2005.

BROWNSON, R. C. **Epidemiology in Public Health Practice: By A. Haveman-Nies, S. C. Jansen, J. A. M. van Oers, and P. van 't Veer.** [s.l: s.n.]. v. 174

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Diabetes Statistics Report , 2014 Estimates of Diabetes and Its Burden in the Epidemiologic estimation methods. **US Department of Health and Human Services**, n. Cdc, p. 2009–2012, 2014.

CHINEM, V. P.; MIOT, H. A. **Epidemiologia do carcinoma basocelular Anais Brasileiros de Dermatologia** scielo , , 2011.

CHRISTENSON BORROWMAN, TA, VACHON, CM, TOLLESFON, MM, OTLEY, CC, WEAVER, AL, L. J. Incidence of basal cell and squamous cell carcinoma in a population younger than 40 years. **JAMA: the journal of the American Medical Association**, v. 294, n. 681–690, p. 681–690, 2005.

CHUANG, T. Y. et al. Basal cell carcinoma: A population-based incidence study in Rochester, Minnesota. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 22, n. 3, p. 413–417, 1990a.

CHUANG, T. Y. et al. Squamous cell carcinoma. A population-based incidence study in Rochester, Minn. **Archives of dermatology**, v. 126, n. 2, p. 185–8, fev. 1990b.

COMELLAS, M. et al. Social and Economic Burden of Skin Disease in Europe. A Narrative review of the Literature. **Value in Health**, v. 19, n. 7, p. A567, 1 nov. 2016.

DALGARD, F. J. et al. The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional

Multicenter Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 135, n. 4, p. 984–991, 2015.

DESCHAMPS, L. et al. UV Index and UV dose distributions for Australia (1997-2001). **Australian meteorological magazine**, v. 53, n. December, p. 239–250, 2004.

DIEPGEN, T. L.; MAHLER, V. The epidemiology of skin cancer. **British Journal of Dermatology**, v. 146, n. s61, p. 1–6, abr. 2002.

DOE, P. T. et al. Skin diseases in Ghana and the UK. **International Journal of Dermatology**, v. 40, n. 5, p. 323–326, 2001.

DOGRA, S.; KUMAR, B. Epidemiology of skin diseases in school children: a study from northern India. **Pediatric Dermatology**, v. 20, n. 6, p. 470–473, 2003.

ELWOOD, J. M.; JOPSON, J. Melanoma and sun exposure: An overview of published studies. **International Journal of Cancer**, v. 73, n. 2, p. 198–203, 1998.

ERDEI, E.; TORRES, S. M. A new understanding in the epidemiology of melanoma. **Expert Review of Anticancer Therapy**, v. 10, n. 11, p. 1811–1823, 2010.

ERIN, T.; SCOTT, A. Top dermatologic diagnoses by age. **Dermatology Online Journal**, v. 20, n. 4, 2014.

FARMER, E. R. Basal cell carcinoma in Kauai, Hawaii: The highest documented incidence in the United States. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 29, n. 2, p. 184–189, 1993.

FELDMAN, S. R.; FLEISCHER, A. B.; MCCONNELL, R. C. Most Common Dermatologic Problems Identified by Internists, 1990-1994. **Archives of Internal Medicine**, v. 158, n. 7, p. 726, 13 abr. 1998.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, p. E359–E386, 2015.

FIGUEROA, J. I. et al. Dermatology in southwestern Ethiopia: Rationale for a community approach. **International Journal of Dermatology**, v. 37, n. 10, p. 752–758, 1998.

FORSEA, A. M. et al. Melanoma incidence and mortality in Europe : new estimates ,

persistent disparities. **British Journal of Dermatology**, v. 167, p. 1–7, 2012.

GALLAGHER, R. P. et al. Sunlight Exposure, Pigmentary Factors, and Risk of Nonmelanocytic Skin Cancer. I. Basal Cell Carcinoma. **Archives of Dermatology**, v. 131, p. 157–163, 1995.

GIBBS, S. Skin Disease and Socioeconomic Conditions in Rural Africa: Tanzania. **International Journal of Dermatology**, v. 35, n. 9, p. 633–639, 1996.

GILES, G. G.; MARKS, R.; FOLEY, P. Incidence of non-melanocytic skin cancer treated in Australia. **British medical journal (Clinical research ed.)**, v. 296, n. 6614, p. 13–7, 2 jan. 1988.

GLOSTER, H. M.; BRODLAND, D. G. The Epidemiology of Skin Cancer. **Dermatologic Surgery**, v. 22, n. 3, p. 217–226, mar. 1996.

GUY, G. P. et al. Prevalence and Costs of Skin Cancer Treatment in the U.S., 2002–2006 and 2007–2011. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 48, n. 2, p. 183–187, fev. 2015.

HAY, R. et al. Skin Diseases. In: JAMISON DT, BREMAN JG, MEASHAM AR, ET AL. (Ed.). . **Disease Control Priorities in Developing Countries**. [s.l.] Oxford University Press, 2005. p. 707–722.

HAY, R.; ANDERSSON, N.; ESTRADA, R. Mexico: Community dermatology in Guerrero. **The Lancet**, v. 337, n. 8746, p. 906–907, abr. 1991.

HAY, R. J. et al. The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the prevalence and impact of skin conditions. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 134, n. 6, p. 1527–1534, 2014.

HAY, R. J.; FULLER, L. C. The assessment of dermatological needs in resource-poor regions. **International Journal of Dermatology**, v. 50, n. 5, p. 552–557, 2011.

INCA. **Estimativa de câncer no Brasil. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Rio de Janeiro. 2018.**

JOHNSON, M.-L. T. Defining the Burden of Skin Disease in the United States—A Historical Perspective. **Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings**, v. 9, n. 2, p. 108–110, 2004.

JOHNSON, M. T.; ROBERTS, J. Skin conditions and related need for medical care among persons 1-74 years. United States, 1971-1974. **Vital and health statistics.**, v. 11, n. 212, nov. 1978.

KALIA, S.; HAIDUCU, M. L. The Burden of Skin Disease in the United States and Canada. **Dermatologic Clinics**, v. 30, n. 1, p. 5–18, 2012.

KARIMKHANI, C. et al. Global skin disease morbidity and mortality an update from the global burden of disease study 2013. **JAMA Dermatology**, v. 153, n. 5, p. 406–412, 2017.

KEK, A. K. et al. Does intermittent sun exposure cause basal cell carcinoma? a case-control study in Western Australia. **International Journal of Cancer**, v. 494, p. 489–494, 1995.

KHATRI, M. L. Spectrum of skin diseases in Yemen (Hajjah and adjacent region). **International Journal of Dermatology**, v. 43, n. 8, p. 580–585, 2004.

LIM, H. W. et al. The burden of skin disease in the United States. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 76, n. 5, p. 958–972.e2, 2017.

LOMAS, A.; LEONARDI-BEE, J.; BATH-HEXTALL, F. A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer. **British Journal of Dermatology**, v. 166, n. 5, p. 1069–1080, 2012.

LOPES, L. R. S.; KUNDMAN, D.; DUARTE, I. A. G. Avaliação da frequência de dermatoses no serviço ambulatorial de dermatologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, n. 2, p. 264–266, 2010.

LOPEZ, F.A.; JUNIOR, D. C. **Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017.

LUKASIEWICZ, E. et al. [Dermatology in private practice in France in 2000]. **Annales de dermatologie et de venerologie**, v. 129, n. 11, p. 1261—1265, 2002.

MAHE, A. et al. Skin diseases of children in Mali: a public health problem. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 89, n. 5, p. 467–470, 1995.

MANTESE, SAO, ET AL. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia-MG. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 2, p. 136–42, 2006.

MARCIL, I.; STERN, R. S. Risk of developing a subsequent nonmelanoma skin cancer in patients with a history of nonmelanoma skin cancer. **Archives of Dermatology**, v. 136, p. 1524–1530, 2000.

MARINHO, F. et al. Burden of disease in Brazil, 1990–2016: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 0, n. 0, p. 1–16, 2018.

MARKOVIC SN, ERICKSON LA, RAO RD, WEENIG RH, POCKAJ BA, BARDIA A, ET AL. Malignant Melanoma in the 21st Century, Part 1: Epidemiology, Risk Factors, Screening, Prevention, and Diagnosis. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 82, n. March, p. 364–380, 2007.

MARZUKA, A. G.; BOOK, S. E. Basal Cell Carcinoma : Pathogenesis , Epidemiology , Clinical Features , Diagnosis , Histopathology , and Management. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 88, p. 167–179, 2015.

MILLER, K. W. et al. Characteristics of the Aging Skin. **Advances in Wound Care**, v. 2, n. 1, p. 5–10, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde. Informações epidemiológicas e morbidade.**, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def m>>

NALDI, L. et al. Cutaneous Malignant Melanoma in Women . Phenotypic Characteristics , Sun Exposure , and Hormonal Factors : A Case – Control Study from Italy. **Annals of Epidemiology**, v. 15, n. 7, p. 545–550, 2005.

NIDDK. **Kidney Disease Statistics for the United States. The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.**, 2016. Disponível em: <<https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/kidney-disease>>

NUNES, D. H.; VIEIRA, R.; BACK, L. Incidência do carcinoma de células escamosas da pele na. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84, n. 5, p. 482–488, 2009.

OGUNBIYI, A. O.; DARAMOLA, O. O. M.; ALESE, O. O. Prevalence of skin diseases in Ibadan, Nigeria. **International Journal of Dermatology**, v. 43, n. 1, p. 31–36, 2003.

PENNA, G. et al. Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil . **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 6, p. 549–558, 2006.

PEREIRA, R. Cadernos UniFOA Cadernos UniFOA. **Cadernos UniFOA**, v. 17, p. 89–94, 2011.

PETERSEN, M. Economic costs of diabetes in the U.S. in 2012. **Diabetes Care**, v. 39, n. 7, p. 1033–1046, 2016.

PORTA, M. (ED.). **A dictionary of epidemiology**. [s.l: s.n.]. v. 15

REA, J. N.; NEWHOUSE, M. L.; HALILL, A. T. Skin disease in Lambeth A community study of prevalence and use of medical care. **Brit. J. prev. soc. Med**, v. 30, p. 107–114, 1976.

REVENGA-ARRANZ, F. et al. Descriptive epidemiology of basal cell carcinoma and cutaneous squamous cell carcinoma in Soria (north-eastern Spain) 1998 – 2000 : a hospital-based survey. **J Eur Acad Dermatol Venereol**, v. 18, p. 137–41, 2004.

RIVITTI, E. A. **Manual de Dermatologia Clínica de Sampaio e Rivitti**. Editora Artes Médicas. Porto Alegre. 2014.

RS, S. et al. Utilization of physician services for dermatologic complaints: The united states, 1974. **Archives of Dermatology**, v. 113, n. 8, p. 1062–1066, 1 ago. 1977.

SAMPAIO, S. **Dermatologia**. 3. ed. [s.l.] Editora Artes Médicas, 2008.

SAW, S. M. et al. A population-based prevalence survey of skin diseases in adolescents and adults in rural Sumatra, Indonesia, 1999. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 95, n. 4, p. 384–388, 2001.

SCHAEFER, I. et al. Prevalence of skin diseases in a cohort of 48,665 employees in Germany. **Dermatology**, v. 217, n. 2, p. 169–172, 2008.

SCHMERLING, R. A et al. Cutaneous melanoma in Latin America: the need for more data. **Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health**, v. 30, n. 5, p. 431–8, 2011.

SITTART, J. A. DE S.; ZANARDI, F. H. T. Prevalência das dermatoses em pacientes da 4ª idade. **Rev Soc Bra Clin Med**, v. 6, n. 4, p. 14-125–129, 2008.

STERN, R. S. Dermatologists and Office-Based Care of Dermatologic Disease in the 21st Century. **Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings**, v. 9, n. 2, p. 126–130, 2004.

STERN, R. S.; GARDOCKI, G. J. Office-based care of dermatologic disease. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 14, n. 2, p. 286–293, 1 fev. 1986.

THOMPSON, J. F.; SCOLYER, R. A.; KEFFORD, R. F. Cutaneous melanoma. **The Lancet**, v. 365, p. 687–701, 2005.

VAZQUEZ, V. D. L. et al. Melanoma characteristics in Brazil: Demographics, treatment, and survival analysis. **BMC Research Notes**, v. 8, n. 1, p. 1–9, 2015.

WILMER, E. N. et al. Most common dermatologic conditions encountered by dermatologists and nondermatologists. **Cutis**, v. 94, n. 6, p. 285–92, dez. 2014.

WOLKENSTEIN, P. et al. French People and Skin Diseases. **Archives of Dermatology**, v. 139, n. 12, 1 dez. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries**. Disponível em: <[http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Epidemiology+and+Management+of+Common+Skin+Diseases+in+Children+in+Developing+Countries#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Epidemiology+and+management+of+common+](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Epidemiology+and+Management+of+Common+Skin+Diseases+in+Children+in+Developing+Countries#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Epidemiology+and+management+of+common+>)>.

ZANETTI, R. et al. Comparison of risk patterns in carcinoma and melanoma of the skin in men : a multi-centre case – case – control study. **British Journal of Cancer**, p. 743–751, 2006.

INFORMAÇÕES GERAIS

O periódico **Anais Brasileiros de Dermatologia**, indexado nas bases de dados *MedLine*, *Web of Science*, *Scopus*, *Embase – Excerpta Medica*, *Latindex*, *LILACS*, *Periódica*, *Tropical Diseases Bulletin (TDB)* –, e incluído na coleção da biblioteca eletrônica SciELO Brasil, é uma publicação bimestral destinada à divulgação de trabalhos técnico-científicos inéditos, resultantes de pesquisas ou revisões de temas dermatológicos e correlatos. Permutas com outras publicações poderão ser aceitas e, conforme consta no Estatuto da Sociedade Brasileira de Dermatologia, sua distribuição é gratuita aos seus associados.

Os Anais Brasileiros de Dermatologia seguem os "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (normas de Vancouver), cujo texto original atualizado, em inglês, está disponível no endereço eletrônico www.icmje.org. Trabalhos originados de experimentos em seres humanos e animais devem atender às normas oficiais vigentes (Resolução CNS 466/12). Pesquisas que envolvam intervenção em seres humanos e animais precisam ter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, que deve ser informada nos manuscritos.

A submissão aos Anais Brasileiros de Dermatologia requer que os manuscritos não tenham sido publicados anteriormente, exceto na forma de resumos, e nem estejam sendo considerados para publicação em outros periódicos.

Os originais recebidos são encaminhados a especialistas para emissão de pareceres. Nomes de autores e de pareceristas são mantidos em sigilo. Nomes de instituições, cidades, estados e países, onde o trabalho foi realizado, deverão ser omitidos no título e no corpo do texto no início da submissão. Os autores são informados quanto aos pareceres emitidos e devem cuidar da revisão dos originais quando sugeridas modificações substanciais.

As opiniões e declarações contidas na revista são de responsabilidade única e exclusiva de seus autores, não sendo, necessariamente, coincidentes com as da Equipe Editorial, do Conselho Consultivo ou da Sociedade Brasileira de Dermatologia. A Equipe Editorial dos Anais Brasileiros de Dermatologia e a Sociedade Brasileira de Dermatologia não garantem nem endossam os produtos ou serviços anunciados – as propagandas são

de responsabilidade única e exclusiva dos anunciantes – nem qualquer promessa relacionada a serviço ou produto anunciado na revista.

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS

Desenvolvimento, Elementos essenciais

Encaminhar os originais por meio do sistema de submissão *online*, de acordo com as orientações do mesmo. A fonte a ser utilizada deverá ser Times New Roman, tamanho 12.

Todos os trabalhos deverão ser submetidos em LÍNGUA INGLESA; no entanto, autores que têm o português como idioma nativo, sejam brasileiros ou estrangeiros, deverão apresentar a versão do trabalho TAMBÉM EM LÍNGUA PORTUGUESA.

Optar pela seção a que se destina o manuscrito e verificar o título completo do artigo, os nomes dos autores, por extenso e abreviados, suas afiliações, com o nome da instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país, local em que o trabalho foi realizado, com nome da instituição, o endereço completo do autor correspondente, seus telefones, e-mail, eventual suporte financeiro e conflitos de interesse. Informar ainda, em declaração assinada pelo autor principal, a participação específica de cada autor na execução do trabalho, quando solicitada pelo Conselho Editorial (veja adiante em "Critérios de autoria").

Indicar, no mínimo, três e, no máximo, dez descritores (palavras-chave), em inglês e português, que identifiquem os assuntos tratados no texto e que estejam incluídos na publicação da Bireme "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), disponível no endereço <http://decs.bvs.br> ou no *Medical Subject Headings (MeSH)*, do *Index Medicus*, disponível no endereço www.nlm.nih.gov/mesh.

Critérios de autoria

A inclusão como autor subentende substancial contribuição intelectual na elaboração do trabalho, que compreende a participação na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, análise e interpretação dos dados, na redação ou revisão crítica do manuscrito e na aprovação de sua versão final.

Outras participações, como obtenção de financiamento, simples coleta e catalogação de dados, auxílio técnico na execução de rotinas, encaminhamento de pacientes, interpretação de exames de rotina e chefia de serviço ou departamento, que não estejam diretamente envolvidas no estudo, não constituem critérios para autoria. Entretanto, caso tenham contribuído substancialmente para o estudo, merecerão citação nos "Agradecimentos", ao final do texto, para o que será preciso autorização escrita dos responsáveis.

Referências

As referências bibliográficas completas, em ordem de citação, devem incluir apenas as publicações mencionadas na matéria e obedecer aos "Requisitos de Uniformidade para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos" (estilo Vancouver). Os títulos de periódicos devem ser abreviados como no *Index Medicus*, cuja lista de abreviaturas pode ser obtida na publicação da *NLM List of Serials Indexed for Online Users*, que está disponível no endereço <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. É de responsabilidade dos autores a exatidão das referências bibliográficas.

Exemplos mais comuns

Artigo de periódico

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Se o artigo tiver vários autores, mencionar, no máximo, seis; havendo mais, citar os seis primeiros, seguidos da expressão "*et al.*".

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK *et al.* Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935:40-6.

Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Tese ou dissertação

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Nery JAC. Reação na hanseníase: uma descrição epidemiológica [tese]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 1995. 129 p.

Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Portal da internet

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org>. Saude.gov.br [Internet]. Prevalência da hanseníase no Brasil, macrorregiões e estados, 1985 - 2003 [acesso 22 fev 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/hansen_prevalencia.pdf. No caso de uma referência existir somente na internet, conservar cópia do arquivo para fornecer a leitores interessados, no caso de mudança ou desativação da URL.

Está disponível, também, uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas (requer Adobe Acrobat Reader).

Ilustrações

As ilustrações compreendem quadros, tabelas, gráficos, figuras e vídeos, justificando-se sua inclusão apenas quando servirem, efetivamente, para complementar as informações do texto ou simplificar sua compreensão. Por esse motivo, serão aceitas somente até o limite determinado para o tipo de artigo, salvo melhor juízo da Equipe Editorial.

Referir as ilustrações no texto e numerá-las em algarismos arábicos, em sequência própria para cada tipo, conforme a ordem de entrada.

Anexar todas as ilustrações nos campos apropriados disponíveis no sistema de submissão.

Inserir imagens digitalizadas sob a forma de arquivos nos formatos com extensão ".jpg" e resolução mínima de 300 dpi. Vídeos poderão ser aceitos até 10 MB com extensões ".mpg", ".avi" e ".wmv".

Quadros, tabelas e gráficos

Os quadros servem para apresentação tabular de informações textuais, sem dados estatísticos, ao contrário das tabelas, que têm por objetivo indicar resultados numéricos e valores comparativos, permitindo avaliação estatística. Nos gráficos, os dados são apresentados sob a forma de desenho, preferencialmente como diagramas de barras ou circulares.

Quadros, tabelas e gráficos devem ter título sucinto e claro, com explicações, se necessárias, como notas de rodapé.

Se, nos quadros e nas tabelas, forem usados dados de outra fonte, publicados ou não, será necessário obter permissão e informar a autoria, a data e a localização dos dados. A fonte deverá ser citada nas referências, e os créditos devem aparecer abaixo do quadro, tabela ou gráfico.

Figuras e vídeos

Figuras compreendem as demais formas de ilustração, principalmente fotografias e fotomicrografias, devendo ser informados método de coloração e aumento. Anexar as fotos na extensão ".jpg", e especificar e identificar as legendas com a respectiva numeração.

Se uma figura já tiver sido publicada, mencionar a fonte original e enviar permissão por escrito do detentor dos direitos autorais para a sua reprodução. Documentos de domínio público constituem exceção.

Para os vídeos, é necessário inserir legendas contendo informações, como título do manuscrito, autoria, instituição e outros comentários pertinentes.

Para usar fotografias de pacientes, sua identidade deverá ser resguardada; do contrário, será preciso anexar-lhes permissão, por escrito, para divulgação (v. "Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas").

Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas

Informações que permitam identificar participante de pesquisa ou relato de caso clínico não devem ser publicadas sob a forma de descrições, fotografias ou genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos científicos, e o paciente, ou seu responsável, dê permissão, por escrito, para a publicação.

O consentimento, por escrito, para esses propósitos exige que se mostre ao paciente, ou ao responsável, o manuscrito a ser publicado. Na publicação deverá constar que se obteve a autorização.

Na busca do anonimato, nunca alterar nem falsificar os dados do paciente. Omitir os detalhes que sirvam para identificar as pessoas, caso não sejam essenciais.

Não usar o nome do paciente, suas iniciais ou registro que lhe tiver sido conferido no hospital, especialmente no material ilustrativo.

Quando se tratar de experimentação com animais, deverá ser informada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Animal da instituição onde foi realizada a pesquisa.

Reprodução de imagens

O periódico poderá permitir o direito de reprodução de imagens mediante solicitação prévia aos editores, desde que citada a fonte e dados os devidos créditos a todos os envolvidos.

Unidades de medida e abreviações

Abreviações não são permitidas no Título nem recomendáveis no Resumo, exceto em situações excepcionais. O termo completo deverá preceder a abreviatura quando esta for utilizada pela primeira vez no texto.

Todas as medidas devem estar de acordo com o Sistema Internacional de Medidas (SI), encontradas no portal <http://physics.nist.gov/cuu/Units/units.html>. Informar as temperaturas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mmHg).

Conteúdo

Redigir o original para publicação nos Anais Brasileiros de Dermatologia e enquadrá-lo em uma das diferentes seções da revista:

INVESTIGAÇÃO

Artigo original, abrangendo estudos observacionais e de intervenção, caracterizados como ensaios controlados e randomizados; estudos quanto à fisiopatogenia das doenças e/ou sobre associações nosológicas; estudos sobre testes diagnósticos e prognósticos, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no máximo, 6.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. No manuscrito, deverão constar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e o número do protocolo do documento. O número máximo de referências é 50 e o de ilustrações, dez. Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos desta seção. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional e a juízo da Equipe Editorial, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente. Incluir os seguintes tópicos:

1. Introdução;
2. Métodos;
3. Resultados;
4. Discussão;
5. Conclusão;
6. Referências.

Estruturar o Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras, nos seguintes tópicos:

1. Fundamentos (estado atual do conhecimento);
2. Objetivos;

3. Métodos;
4. Resultados;
5. Limitações do estudo;
6. Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica para evitar especulação).

Perfil clínico epidemiológico de centro terciário em dermatologia em Sergipe, Brasil

Clinical epidemiological profile of a tertiary center of dermatology in Sergipe, Brazil

Mariana Willes Santana Soares¹, Pedro Dantas Oliveira^{1,2}

¹ Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão-SE-Brasil.

² Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, Aracaju-SE-Brasil.

RESUMO:

Fundamentos: As dermatoses correspondem a um grupo de doenças numeroso, com significativa prevalência a nível global e tendência atual de aumento de sua incidência. Todavia, são escassos os estudos epidemiológicos nacionais sobre as mesmas. No estado de Sergipe, até onde sabemos, não existem estudos publicados com enfoque no perfil clínico epidemiológico das dermatoses.

Objetivos: O presente estudo objetivou descrever a frequência de dermatoses diagnosticadas em serviço terciário, identificando-se o perfil dos pacientes em relação ao sexo, faixa etária, procedência e favorecimento pela fototerapia, e comparar os resultados com outros estudos realizados no Brasil e no exterior.

Métodos: Estudo observacional transversal, no qual foi avaliada amostra aleatória simples representativa de pacientes atendidos em serviço terciário de dermatologia de 1997 a 2018.

Resultados: Foram revisados 3.151 prontuários, sendo que 2.924 tinham informações suficientes para análise. As dermatoses mais frequentes foram carcinoma basocelular (10,2%), acne (7,7%) e ceratose actínica (5,5%). Afecções dos anexos cutâneos foi o grupo com mais pacientes acometidos. Variações na frequência de dermatoses foram observadas de acordo com faixas etárias.

Limitações do estudo: A frequência de hanseníase nesse estudo é subestimada e diagnósticos foram classificados como indefinidos em 4,2% dos pacientes.

Conclusões: O padrão de distribuição de dermatoses observado neste estudo pode servir como base científica para condução de políticas públicas direcionadas às necessidades de Sergipe e de outros estados com características populacionais semelhantes, a exemplo da alta prevalência de ceratose actínica e câncer de pele. Os dados corroboram ainda com a necessidade de implantação de serviço de fototerapia.

Palavras-chave: dermatoses; epidemiologia; pele; doenças dermatológicas

ABSTRACT

Background: The dermatoses corresponds to a numerous group of diseases, associated to a global significant prevalence and current tendency of an increase of its incidence.

However, national epidemiological studies about them are scarce. In the Brazilian State of Sergipe, as far as we know, there are no published studies focused in the clinical epidemiological profile of dermatoses,

Objective: This study aimed to describe the frequency of diagnosed dermatoses in a tertiary service, and to identify the profile of patients according to sex, age range, origin, favoring by phototherapy, and to compare its results to other studies developed in Brazil and abroad.

Methods: Observational and transversal study in which simple aleatory sample of patients consulted by dermatologists at a tertiary center from 1997 to 2018, were evaluated.

Results: 3.151 medical records were reviewed, in those, 2.924 had sufficient data. The most frequent dermatoses were basal cell carcinoma (10,2%), acne (7,7%), actinic keratosis (5,5%). Cutaneous annexes affections were the group with more patients. Variations in the frequency of dermatoses were evaluated according to age ranges.

Study's limitations: The frequency of leprosy, in this study, is underestimated. Also, in 4,2% of the patients, the diagnose was undefined.

Conclusion: The dermatoses' pattern of distribution in this study is useful as the scientific basis for the establishment of public policies directed to the needs of Sergipe and other States with similar popular characteristics, for instance, the high prevalence of actinic keratosis and skin cancer. The data also support the necessity in implementing a phototherapy service.

Key words: dermatoses; epidemiology; skin; dermatological diseases

1. INTRODUÇÃO

A pele, assim como demais órgãos, é passível a fenômenos patológicos. Determinando alterações microscópicas que, macroscopicamente, traduzem-se em lesões elementares. A combinação destas, designa sinais morfológicos que caracterizam as dermatoses humanas.¹ Com mais de 3.000 tipos descritos na literatura médica, as doenças dermatológicas acometem porcentagem significativa da população global.² São a quarta

principal afecção não fatal no mundo, com prevalência variável entre 30% a 70%, e tendência atual de aumento de sua incidência.²⁻⁵

Estudos internacionais apontam diferenças epidemiológicas consideráveis entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Nos primeiros, além da maior disponibilidade de estudos sobre o tema, nota-se aumento da demanda de serviços de saúde públicos e privados devido às queixas dermatológicas⁶ com predomínio de afecções dos anexos cutâneos e neoplasias cutâneas.^{7,8} No segundo grupo, a influência de fatores geográficos e socioeconômicos é mais marcante e há predomínio de patologias infecciosas.^{9,10}

No Brasil, o maior estudo epidemiológico no campo das dermatoses foi desenvolvido em 2006 pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) que determinou as principais causas de consultas dermatológicas no país. São elas: acne (14%); micoses superficiais (8,7%); transtornos de pigmentação (8,4%); ceratose actínica (5,1%); dermatites de contato (3,9%); dermatite seborreica (3,5%); verrugas de origem viral (3,4%); nevos melanocíticos (3,3%); dermatites (2,7%); psoríase (2,5%).¹¹ No estado do Amazonas o padrão de doenças cutâneas observado foi semelhante àquele descrito pela SBD, com o diferencial que as doenças sexualmente transmissíveis foram o grupo mais diagnosticado (25,12%).¹² Já em São Paulo, percebeu-se uma mudança no padrão das dermatoses diagnosticadas no mesmo serviço em 1977 e em 2005. O grupo dos tumores cutâneos prevaleceu como primeira causa de atendimento (22,32%), contrastando com o grupo mais prevalente no trabalho realizado em 1977, eczemas (40,25%).¹³

Na região Nordeste do país, são escassos estudos que delimitam perfil-clínico epidemiológico da população. Em relação a afecções dermatológicas, destacam-se estudos sobre afecções específicas, principalmente câncer de pele, hanseníase e leishmaniose.

No Estado de Sergipe, até onde sabemos, não existem estudos publicados que delimitam o perfil clínico epidemiológico de pacientes atendidos em serviço de referência em dermatologia. Por conseguinte, a proposta deste estudo foi descrever a frequência de dermatoses diagnosticadas em serviço terciário localizado em sua capital, identificando-se o perfil dos pacientes em relação ao sexo, faixa etária, procedência e favorecimento pela fototerapia, e comparar os resultados com outros estudos realizados no Brasil e no exterior.

O estudo foi conduzido no Hospital Universitário da Universidade Federal de

Sergipe (HU-UFS), que além da docência, oferece assistência de saúde pública e gratuita em nível terciário de complexidade. Corresponde ao único centro terciário do Estado em dermatologia, é credenciado pela SBD desde 2004 para o ensino e pesquisa na área. Está localizado na região norte de Aracaju, capital de Sergipe, estado com latitude baixa (-10°), área de 2.1918.433 km² e população estimada de 2 milhões de habitantes em 2018.¹⁴

2. MÉTODOS:

Trata-se de um estudo observacional transversal, baseado na análise de dados secundários de pacientes atendidos em serviço terciário de dermatologia de agosto de 1997 a maio de 2018.

Características Clínicas:

A amostra aleatória simples, consistiu em pacientes atendidos pelo serviço de Dermatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe.

Os dados clínico-epidemiológicos disponíveis foram colhidos mediante a revisão de prontuários físicos que registravam: número de prontuário, nome, sexo, data de nascimento, data da primeira consulta, diagnósticos dermatológicos, realização ou não de biópsia cutânea.

Definiu-se faixa etária a partir das determinações dos Estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso do Brasil.^{15,16} São classificados como crianças, indivíduos de 0 a 11 anos e 11 meses; adolescentes, de 12 anos a 17 anos e 11 meses; adultos, de 18 anos a 59 anos e 11 meses; idosos, com 60 anos ou mais.

Nesse banco de dados, as dermatoses diagnosticadas, foram registradas nos seguintes grupos: afecções atrófico escleróticas; afecções congênitas e hereditárias; afecções dos anexos cutâneos; afecções granulomatosas; afecções vasculares; colagenoses; dermatoses por protozoário; dermatoses por vírus; dermatozoonoses; diagnósticos dermatológicos indefinidos ou inespecíficos; diagnósticos não dermatológicos; distúrbios de pigmentação; distúrbios de queratinização; eritemas figurados; erupções eczematosas; erupções eritemato-escamosas; erupções pápulo-pruriginosas; erupções vesicobolhosas; farmacodermias; fotodermatoses; fotoenvelhecimento/envelhecimento da pele; micobacterioses; micoses superficiais; outras dermatoses; piodermite e outras dermatoses por bactérias; psicodermatoses; tumores benignos; tumores malignos melanoma; tumores malignos não melanoma;

urticárias. O grupo de outras dermatoses corresponde as dermatoses não enquadradas nos demais grupos. Já diagnósticos indefinidos ou inespecíficos relacionam-se a pacientes com lesões cutâneas inespecíficas e aqueles que seguem em investigação diagnóstica, sem o mesmo estabelecido até a última consulta.

Para determinar a frequência de pacientes beneficiados por fototerapia, foram classificados como beneficiados por essa terapêutica os portadores de doenças dermatológicas inflamatórias e com período crônico de evolução conforme descrito por Duarte e colaboradores.¹⁷

Crítérios de inclusão e exclusão do estudo

Foram incluídos todos os pacientes com prontuário único localizado e excluídos os pacientes cujo prontuário encontrava-se vazio ou não preenchido.

Cálculo amostral

Para uma significância de 1%, um poder de teste de 99%, um tamanho de efeito de 0,1 (considerado pequeno, Cohen et al 1988) e 3 graus de liberdade num teste qui-quadrado, são necessárias 2.983 observações. Este estudo conseguiu 2.924 observações. Assim, foi obtido considerando as mesmas configurações de poder, significância e graus de liberdade, um tamanho de efeito de 0,101.

Análise dos resultados

Os dados categóricos foram descritos por meio de frequência simples e percentual. Os dados contínuos e discretos foram descritos por meio de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. As associações entre variáveis categóricas foram avaliadas por meio de teste Qui-Quadrado. A múltiplas comparações de proporções foram testadas por meio de teste Z com correção de Bonferroni. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o R Core Team 2018.

Aspectos éticos:

Os princípios éticos que regem a experimentação humana foram cuidadosamente seguidos e o trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 60316916.0.0000.5546).

Não há conflitos de interesse.

O presente estudo não obteve fontes de financiamento externas.

3. RESULTADOS

Foram analisados 3.151 prontuários correspondentes ao mesmo número de pacientes. Dados foram extraídos de 2.924 deles, visto que 227 atendiam aos critérios de exclusão do estudo. No período estipulado, foram realizadas 15.541 consultas dermatológicas, com mediana de 2 consultas por paciente.

A maioria dos pacientes era oriunda da região metropolitana de Aracaju, que engloba a capital (51,9%), Nossa Senhora do Socorro (9,3%), São Cristóvão (6,2%) e Barra dos Coqueiros (1,8%). 29,9% dos pacientes eram oriundos do interior com destaque para os municípios de Lagarto (2,5%), Itabaiana (2%) e Estância (1,7%). Apenas 1% não residia no estado de Sergipe, e sim, em Alagoas, Amazonas, Bahia, Paraíba e Maranhão. Identificou-se maioria do sexo feminino, com proporção de cerca de 2:1 em relação ao sexo masculino, conforme indicado na Tabela 1.

A média de idade dos pacientes foi de 38,6 anos (DP 22,3 anos). Adultos foi o grupo com maior percentual de pacientes, 58,3%. As mulheres predominaram em todos os grupos etários, com maior proporção no grupo de Adultos (70,5%) e menor no Infantil (55,4%).

Também foi avaliada a frequência de pacientes em que a biópsia cutânea foi realizada (35,2%) e os que seriam beneficiados em sua terapêutica pela Fototerapia. Estes foram 15% dos pacientes, sendo psoríase, dermatite atópica e vitiligo os principais componentes desse grupo, com 24,3%, 22,3% e 14,8% dos pacientes do grupo, respectivamente.

A Tabela 2 apresenta os grupos de dermatoses avaliados e sua frequência na população. O grupo com maior número de dermatoses diagnosticadas foi o que engloba Afecções dos anexos cutâneos, dentre as quais, a mais frequente foi acne (49,2%), seguida por onicopatias (21,7%) e doenças do cabelo (20,9%).

As dez dermatoses mais frequentes na população, apresentadas na Tabela 3, foram: carcinoma basocelular (10,2%); acne (7,7%); ceratose actínica (5,5%); dermatite seborreica (4,9%); psoríase (4,3%); diagnóstico indefinido (4,2%); dermatite atópica (3,8%); melasma (3,8%); ceratose seborreica (3,5%) e onicopatias (3,4%). A distribuição das dermatoses mais frequentes de acordo com faixa etária é demonstrada na Figura 1.

As prevalências de grupos de dermatoses por faixa etária estão indicadas na Tabela 4. Os grupos que concentraram maior frequência de pacientes diagnosticados foram: erupções eczematosas (25,8%) em crianças; afecções dos anexos cutâneos em adolescentes (37,4%) e adultos (18,8%); tumores malignos não melanoma (38%) em idosos.

Ao avaliarmos a frequência de cânceres de pele na população, observamos maior número de pacientes acometidos por câncer de pele não melanoma conforme indicado na Tabela 5. Este tipo foi mais frequente em idosos e em pacientes residentes na grande Aracaju, com destaque para o subtipo basocelular, com 297 acometidos, dos quais 183 (61,1%) eram idosos. Já o tipo melanoma também acometeu mais mulheres, porém foi mais frequente em adultos e pacientes residentes no interior do Estado.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta o maior registro de pacientes atendidos em serviço dermatológico no estado de Sergipe, conforme literatura pesquisada. Estudos epidemiológicos de base populacional são insuficientes não somente nesse Estado, mas em toda Federação.¹⁸ Os mesmos proporcionam embasamento científico a políticas de saúde pública e educação em saúde direcionadas às dermatoses mais prevalentes.¹⁹

O predomínio de consultas dermatológicas por pacientes do sexo feminino, principalmente adultas, é aspecto esperado, pois são grupo com maior cuidado em relação à saúde em geral e por existirem mais dermatoses relacionadas ao sexo feminino.²⁰

A acne, principal diagnóstico no grupo de dermatoses mais prevalente, foi a segunda dermatose mais diagnosticada na população geral. Aspecto que diverge de estudo nacional em que essa dermatose correspondeu à principal causa de consultas dermatológicas.¹¹ Todavia, ao avaliarmos as faixas etárias, corresponde ao principal diagnóstico entre 12 e 59 anos, dado compatível com estudo nacional e estudos internacionais que investigam essa patologia não exclusivamente em adolescentes.^{11,21} Sabe-se, hoje, que número significativo de pacientes apresentam acne persistente ou de início na idade adulta.²²

Característica muito relevante deste estudo é carcinoma basocelular corresponder ao principal diagnóstico. Como fator de risco determinante para esse câncer é exposição

à radiação ultravioleta, principalmente se intermitente e intensa²³, infere-se que trata-se de uma população que expõe-se excessivamente ou inadequadamente a esse tipo de radiação. Além disso, como há correlação positiva entre sua incidência e proximidade com a linha do Equador,²⁴ em locais de baixa latitude como Sergipe, há mais indivíduos acometidos. Aspecto comprovado por Anselmo Lima e colaboradores que determinaram elevada incidência de câncer de pele não melanoma em Aracaju.²⁵ O presente estudo, em conformidade com evidências nacionais e internacionais²⁴⁻²⁷, apresentou frequência de CBCs mais elevada na população idosa, de forma que correspondeu ao principal diagnóstico realizado após os 60 anos. Destaca-se esse mesmo diagnóstico na população adulta, presente em 6,5% dos pacientes nessa faixa etária, número significativamente mais elevado que estudo nacional de 2006 (2,9%).¹¹ De fato, estudos apontam tendência de aumento da incidência de câncer de pele não melanoma em adultos com menos de 40 anos, e carcinoma basocelular com mais de 5% dos diagnósticos nessa população.^{26,28}

Ceratose actínica, terceira dermatose mais frequente, assim como carcinoma basocelular e espinocelular, está diretamente relacionada à exposição solar. Essas três patologias destacam-se por acometer 14,1% dos pacientes avaliados e por apresentarem necessidade mandatória de tratamento imediato. A ceratose actínica, como exposto, é resultado de exposição solar cumulativa, por conseguinte, pacientes portadores dessa dermatose, como apontado neste estudo, são geralmente adultos e idosos. Apenas pequena proporção, não bem quantificada na literatura, de ceratoses actínicas sofrem transformação maligna.²⁹ Todavia, vale destacar que neste estudo, duas das três dermatoses mais frequentes são apresentadas fator de risco determinante em comum.

Os principais diagnósticos encontrados por grupo etário refletem alterações patológicas determinadas por componentes intrínsecos à genética e à vulnerabilidade da pele, assim como por componentes extrínsecos relacionados ao meio ambiente. As crianças foram acometidas principalmente por erupções eczematosas, sendo dermatite atópica a responsável por 73% dos diagnósticos desse grupo e 18,8% do total nessa faixa etária. Números compatíveis com a representatividade dessa afeção crônica de início na infância, anteriormente observada em Aracaju em crianças de 6 a 7 anos com valor de 13%.³⁰

No principal grupo de dermatoses dos idosos, tumores malignos não melanoma, a neoplasia responsável pela maioria dos diagnósticos foi carcinoma basocelular, com 183 casos, 82,4% de frequência enquanto carcinoma espinocelular apresentou 58 casos

(26,1%). Proporção semelhante a estudo metodologicamente similar conduzido em São Paulo.³¹ Apesar de melanoma geralmente corresponder a cerca 3% dos cânceres de pele³², como também detectado neste estudo (16 casos - 4,4%), é a principal causa de morte dermatológica.³³ Em Sergipe, observou-se frequência maior em mulheres, mesmo em idosos, faixa etária que a frequência é geralmente maior em homens, porém com média de idade de pacientes acometidos semelhante à detectada em maior estudo nacional sobre essa patologia³⁴ e com pico de incidência em indivíduos jovens como indicado na literatura internacional.³⁵

Em relação ao segundo grupo mais prevalente, o de tumores benignos, destaca-se a ceratose seborreica como responsável pela maioria dos diagnósticos desse grupo em adultos e idosos. Estudo australiano³⁶ já indicava tendência de aumento da sua incidência com a idade, assim como a possibilidade de exposição solar ser fator de risco para a mesma. Além disso, é descrita na literatura, associação entre esse tumor benigno e neoplasias malignas cutâneas, em especial carcinoma basocelular, por mecanismos ainda desconhecidos.^{37,38}

Dentre as dermatoses mais frequentes ainda se destacam a dermatite seborreica e a psoríase. A primeira, afecção componente do grupo Erupções eritemato-escamosas, apresenta caráter crônico-recidivante com picos de incidência nos primeiros meses de vida, após a puberdade e na fase adulta, entre 30 e 60 anos.³⁹ Perfil fidedigno ao detectado neste estudo. A segunda, psoríase, diagnosticada em 4,3% dos pacientes, apresentou porcentagem mais elevada que a identificada em outros estudos brasileiros^{11,12}, o que pode ser justificado pelo fato de que o HU-UFS ser referência no seu atendimento e concentrar os pacientes com necessidade de tratamentos sistêmicos de mais alto custo. Quanto à distribuição por idade dessa erupção eritemato-escamosa no presente estudo, identificou-se o padrão bimodal descrito por Henseler e colaboradores. São observados pacientes acometidos em qualquer época da vida, com 75% dos pacientes desenvolvendo-a antes dos 40 anos, primeiro pico por volta dos 16 e 22 anos e segundo, por volta dos 57 e 60 anos.⁴⁰

Algumas particularidades deste serviço terciário merecem destaque, como o número mediano de consultas de 2, que pode indicar resolubilidade terapêutica; além da porcentagem de biópsias reduzida, o que aponta para maioria de diagnósticos clínicos. Quanto à fototerapia, método de tratamento aplicado a diversas doenças de pele, principalmente dermatoses inflamatórias e linfoma cutâneo¹⁷, observou-se prevalência de

pacientes beneficiados pela mesma de 15% nesse estudo. Número e perfil de dermatoses próximo ao encontrado em centro de referência em fototerapia no sul do Brasil.⁴¹ Através dos dados deste estudo, foi solicitado, equipamento de fototerapia para atender às necessidades desses pacientes do HU-UFS.

Uma grande limitação foi a análise do número de pacientes acometidos por Hanseníase nesse estudo que foi subestimado visto que os prontuários da maioria dos pacientes acometidos por essa patologia encontravam-se separados dos demais, e sua seleção inviabilizava a amostragem como aleatória simples. Em 4,2% dos pacientes os diagnósticos não foram definidos até a última consulta do prontuário refletindo a dificuldade em estabelecer alguns diagnóstico dermatológicos.

5. CONCLUSÃO

O perfil clínico epidemiológico dos pacientes atendidos no serviço terciário de dermatologia em Sergipe, determinado por esse estudo, reflete não somente frequências de dermatoses, mas também demandas de uma população.

As afecções dos anexos cutâneos, tumores benignos e malignos não melanoma, erupções eczematosas e distúrbios de pigmentação foram os grupos de dermatoses mais diagnosticadas. O carcinoma basocelular merece destaque como doença mais frequente (10,2%), com número significativo de adultos acometidos. Por isso, o presente estudo não somente reforça a necessidade de programas de prevenção, mas também sugere que os mesmos sejam voltados a populações mais jovens.

Os resultados desse estudo podem servir como base científica para condução de políticas públicas direcionadas às necessidades da instituição pesquisada, melhor capacitação de profissionais e acadêmicos além da obtenção de recursos para melhor atender às patologias mais prevalentes.

REFERÊNCIAS

1. Sampaio S, Rivitti EA. Dermatologia. 3. ed. Editora Artes Médicas: 2008. 2008.
2. Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Goodman C, Faulkner E, et al. The burden of skin diseases: 2004. A joint project of the American Academy of

- Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55(3):490–500.
3. Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, et al. The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *J Invest Dermatol* [Internet]. 2014;134(6):1527–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/jid.2013.446>
 4. Hay RJ, Fuller LC. The assessment of dermatological needs in resource-poor regions. *Int J Dermatol* [Internet]. 2011;50(5):552–7. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.04953.x>
 5. Andersen LK, Davis MDP. The epidemiology of skin and skin-related diseases: A review of population-based studies performed by using the rochester epidemiology project. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2013;88(12):1462–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2013.08.018>
 6. Lim HW, Collins SAB, Resneck JS, Bologna JL, Hodge JA, Rohrer TA, et al. The burden of skin disease in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(5):958–972.e2.
 7. Johnson MT, Roberts J. Skin conditions and related need for medical care among persons 1-74 years. United States, 1971-1974. *Vital Health Stat* 11. 1978 Nov;11(212):i–v, 1-72.
 8. Wilmer EN, Gustafson CJ, Ahn CS, Davis SA, Feldman SR, Huang WW. Most common dermatologic conditions encountered by dermatologists and nondermatologists. *Cutis* [Internet]. 2014 Dec;94(6):285–92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25566569>
 9. Hay R, Bendeck SE, Chen S, Estrada R, Haddix A, Mcleod T, et al. Skin Diseases. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR et al., editor. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Oxford University Press; 2005. p. 707–22.
 10. Khatri ML. Spectrum of skin diseases in Yemen (Hajjah and adjacent region). *Int J Dermatol*. 2004;43(8):580–5.
 11. Penna G, Ramos A, Café ME, Penna ML, Campos MR, Martelli CMT. Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil . *An Bras Dermatol* [Internet]. 2006;81(6):549–58. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-34248667537&partnerID=40&md5=474825bd698875446c423e0862392d38>

12. Adriana Andrade R, Antônio Pedro Mendes S, José Carlos Gomes S, Valderiza Lourenço P. Perfil nosológico de centro de referência em dermatologia no estado do Amazonas - Brasil / Nosological profile in a dermatology referral center in the state of Amazonas -Brazil. *An Bras Dermatologia* VO - 86 [Internet]. 2011;86(3):463. Available from: <https://liverpool.idm.oclc.org/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S0365.05962011000300007&site=eds-live&scope=site>
13. Lopes LRS, Kundman D, Duarte IAG. Avaliação da frequência de dermatoses no serviço ambulatorial de dermatologia. *An Bras Dermatol*. 2010;85(2):264–6.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Panorama dos Estados [acesso em 20 jul 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/panorama>.
15. BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.
16. _____. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
17. Duarte I, Buense R, Kobata C. Fototerapia . Vol. 81, *Anais Brasileiros de Dermatologia* . scielo ; 2006. p. 74–82.
18. Brasil IPDPODDENB. A epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(Supl. 1):28–39.
19. Brownson RC. *Epidemiology in Public Health Practice*: By A. Haveman-Nies, S. C. Jansen, J. A. M. van Oers, and P. van 't Veer [Internet]. Vol. 174, *American Journal of Epidemiology*. 2011. 871-872 p. Available from: <https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/aje/kwr255>
20. Chen W, Mempel M, Traidl-Hofmann C, Al Khusaei S, Ring J. Gender aspects in skin diseases. *J Eur Acad Dermatology Venereol* [Internet]. 2010;24(12):1378–85. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2010.03668.x>
21. Tan JKL, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol* [Internet]. 2015;172(S1):3–12. Available from: <https://doi.org/10.1111/bjd.13462>
22. Collier CN, Harper JC, Cantrell WC, Wang W, Foster KW, Elewski BE. The prevalence of acne in adults 20 years and older. *J Am Acad Dermatol* [Internet].

- 2008 Jan 1;58(1):56–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.06.045>
23. Zanetti R, Rosso S, Martinez C, Nieto A, Miranda A, Mercier M, et al. Comparison of risk patterns in carcinoma and melanoma of the skin in men : a multi-centre case – case – control study. *Br J Cancer*. 2006;743–51.
 24. Marzuka AG, Book SE. Basal Cell Carcinoma : Pathogenesis , Epidemiology , Clinical Features , Diagnosis , Histopathology , and Management. *Yale J Biol Med*. 2015;88:167–79.
 25. Maria A, Silva DA, Antonio M, Nunes P, Maria M, Lima M, et al. Do cancer registries play a role in determining the incidence of non-melanoma skin cancers? *Eur J Dermatology*. 2018;28(April):169–76.
 26. CHINEM, Valquiria Pessoa; MIOT HA. Epidemiologia do carcinoma basocelular. *An Bras Dermatol*. 2011;86(2):292–305.
 27. MANTESE, SAO et al. Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia-MG. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2006;81(2):136–42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v81n2/v81n02a04.pdf>
 28. Christenson Borrowman, TA, Vachon, CM, Tolleson, MM, Otle, CC, Weaver, AL LJ. Incidence of basal cell and squamous cell carcinoma in a population younger than 40 years. *JAMA*. 2005;294(681–690):681–90.
 29. Green AC. Epidemiology of Actinic Keratoses. In: *Actinic Keratoses*. 2015. p. 1–7.
 30. Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes IC, Naspitz CK. Prevalência de sintomas de asma, rinite e eczema atópico entre crianças e adolescentes brasileiros identificados pelo International Study of Asthma and Allergies (ISAAC) : fase 3 . Vol. 82, *Jornal de Pediatria* . sciELO ; 2006. p. 341–6.
 31. Ferreira FR, Nascimento LFC. Câncer cutâneo em Taubaté (SP) - Brasil, de 2001 a 2005: um estudo de prevalência . Vol. 83, *Anais Brasileiros de Dermatologia* . sciELO ; 2008. p. 317–22.
 32. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2018.
 33. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2017. *Genes Dev*. 2017;21(20):2525–38.
 34. Vazquez VDL, Silva TB, Vieira MDA, De Oliveira ATT, Lisboa MV, De Andrade DAP, et al. Melanoma characteristics in Brazil: Demographics, treatment, and

- survival analysis. *BMC Res Notes*. 2015;8(1):1–9.
35. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol* [Internet]. 2002 Apr;146(s61):1–6. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2133.146.s61.2.x>
 36. YEATMAN JM, KILKENNY M, MARKS R. The prevalence of seborrhoeic keratoses in an Australian population: does exposure to sunlight play a part in their frequency? *Br J Dermatol* [Internet]. 2008;137(3):411–4. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1997.18591952.x>
 37. Rigopoulos D, Rallis E, Toumbis-Ioannou E, Christophidou E, Limas C, Katsambas A. Seborrhoeic keratosis or occult malignant neoplasm of the skin? *J Eur Acad Dermatology Venereol* [Internet]. 2002;16(2):168–70. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2002.00396.x>
 38. Cascajo CD, Reichel M, Sánchez JL. Malignant Neoplasms Associated with Seborrhoeic Keratoses: An Analysis of 54 Cases. *Am J Dermatopathol* [Internet]. 1996;18(3). Available from: https://journals.lww.com/amjdermatopathology/Fulltext/1996/06000/Malignant_Neoplasms_Associated_with_Seborrhoeic.7.aspx
 39. Sampaio ALSB, Mameri ÂCA, Vargas TJ de S, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SC da S. Dermatite seborreica . Vol. 86, *Anais Brasileiros de Dermatologia . scielo* ; 2011. p. 1061–74.
 40. Henseler T, Christophers E. Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1985 Sep 1;13(3):450–6. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(85\)70188-0](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(85)70188-0)
 41. Casara C, Eidt L, Cunha V. Prevalence study of dermatoses referred to the phototherapy unit at the Dermatology Service of the Clinics Hospital of Porto Alegre, RS, Brazil . Vol. 88, *Anais Brasileiros de Dermatologia . scielo* ; 2013. p. 211–5.

Tabela 1. Distribuição quanto a sexo, idade e procedência dos pacientes avaliados

	n	%
Sexo		
Feminino	1.913	65,7
Masculino	997	34,3
Faixa Etária		
Criança	388	13,5
Adolescente	222	7,7
Adulto	1.672	58,3
Idoso	584	20,4
Procedência		
Grande Aracaju	1.509	69,0
Interior	654	29,9
Outros Estados	25	1,1
	Média (DP)	Med (Mín-Max)
Idade na data 1ª Consulta (Anos)	38,6 (22,3)	38 (0-116)
Número de Consultas	5,4 (7,3)	2 (1-68)

Legenda: n – frequência absoluta; % - frequência percentual; DP – Desvio Padrão; Med – Mediana; Mín – Mínimo; Max – Máximo;

Tabela 2. Frequência de grupos de dermatoses na população atendida de 1997 a 2018

	n	%
Afecções dos anexos cutâneos	459	15,7
Tumores benignos	354	12,1
Tumores malignos não melanoma	353	12,1
Erupções eczematosas	310	10,6
Distúrbios de pigmentação	308	10,5
Erupções eritemato-escamosas	298	10,2
Fotoenvelhecimento/Envelhecimento da pele	215	7,4
Diagnósticos dermatológicos indefinidos ou inespecíficos	181	6,2
Micoses superficiais	146	5
Dermatoses por vírus	134	4,6
Colagenoses	111	3,8
Piodermites e outras dermatoses por bactérias	107	3,7
Erupções pápulo-pruriginosas	102	3,5
Distúrbios de queratinização	95	3,2
Outras dermatoses	91	3,1
Diagnósticos não dermatológicos	64	2,2
Fotodermatoses	62	2,1
Afecções congênitas e hereditárias	54	1,8
Erupções vesicobolhosas	44	1,5
Afecções Vasculares	43	1,5
Farmacodermias	38	1,3
Afecções atrófico escleróticas	35	1,2
Micobacterioses	34	1,2
Dermatozoonoses	28	1
Afecções granulomatosas	21	0,7
Urticárias	19	0,6
Tumores malignos melanoma	16	0,5
Psicodermatoses	12	0,4
Eritemas figurados	11	0,4
Dermatoses por protozoário	5	0,2

Legenda: n – frequência absoluta; % - frequência percentual

Tabela 3. Dermatoses mais frequentes na população avaliada.

Dermatose	N	%
Carcinoma basocelular	297	10,2
Acne	226	7,7
Ceratose actínica	161	5,5
Dermatite seborreica	144	4,9
Psoríase	126	4,3
Diagnóstico indefinido	124	4,2
Melasma	111	3,8
Dermatite atópica	111	3,8
Ceratose seborreica	101	3,5
Onicopatias	100	3,4

Legenda: N – frequência absoluta; % - frequência percentual

Tabela 4. Distribuição de grupos de dermatoses de acordo com faixas etárias acometidas

	Faixa Etária				p-valor
	Criança n (%)	Adolescente n (%)	Adulto n (%)	Idoso n (%)	
Afecções atrófico escleróticas	0 (0) a	8 (3,6) b	24 (1,4) a,b	2 (0,3) a	<0,001
Afecções congênicas e hereditárias	19 (4,9) a	6 (2,7) a,b	24 (1,4) b	4 (0,7) b	<0,001
Afecções dos anexos cutâneos	13 (3,4) a	83 (37,4) b	314 (18,8) c	45 (7,7) d	<0,001
Afecções granulomatosas	6 (1,5)	0 (0)	12 (0,7)	1 (0,2)	0,040
Afecções Vasculares	0 (0) a	5 (2,3) b	34 (2)b	4 (0,7) a,b	0,006
Colagenoses	7 (1,8)	7 (3,2)	78 (4,7)	18 (3,1)	0,035
Dermatoses por protozoário	2 (0,5)	0 (0)	3 (0,2)	0 (0)	0,261
Dermatoses por vírus	49 (12,6) a	10 (4,5) b	54 (3,2) b	18 (3,1) b	<0,001
Dermatozoonoses	14 (3,6) a	4 (1,8) a,b	10 (0,6) b,c	0 (0) c	<0,001
Diagnósticos indefinidos	20 (5,2)	6 (2,7)	121 (7,2)	28 (4,8)	0,014
Diagnósticos não dermatológicos	10 (2,6)	5 (2,3)	39 (2,3)	8 (1,4)	0,515
Distúrbios de pigmentação	28 (7,2) a,b	19 (8,6) b,c	237 (14,2) c	21 (3,6) a	<0,001
Distúrbios de queratinização	18 (4,6)	11 (5)	47 (2,8)	19 (3,3)	0,150
Eritemas figurados	0 (0)	0 (0)	11 (0,7)	0 (0)	0,048
Erupções eczematosas	100 (25,8) a	29 (13,1) b	151 (9) b	27 (4,6) c	<0,001
Erupções eritemato-escamosas	26 (6,7) a	25 (11,3) a,b	189 (11,3) b	57 (9,8) a,b	0,055
Erupções pápulo-pruriginosas	42 (10,8) a	10 (4,5) b	34 (2)b	10 (1,7) b	<0,001
Erupções vesicobolhosas	9 (2,3)	1 (0,5)	26 (1,6)	8 (1,4)	0,332
Farmacodermias	3 (0,8)	1 (0,5)	30 (1,8)	3 (0,5)	0,043
Fotodermatoses	2 (0,5) a	0 (0) a	31 (1,9) a	29 (5) b	<0,001
Fotoenvelhecimento/Envelhecimento da pele	1 (0,3) a	0 (0) a	85 (5,1) b	124 (21,2) c	<0,001
Micobacterioses	3 (0,8)	0 (0)	26 (1,6)	4 (0,7)	0,086
Micoses superficiais	23 (5,9)	16 (7,2)	79 (4,7)	25 (4,3)	0,274
Outras dermatoses	8 (2,1) a,b	11 (5) b	64 (3,8) b	8 (1,4) a	0,006
Piodermites e outras dermatoses por bactérias	21 (5,4)	8 (3,6)	60 (3,6)	16 (2,7)	0,187
Psicodermatoses	2 (0,5)	2 (0,9)	8 (0,5)	0 (0)	0,270
Tumores benignos	23 (5,9) a	12 (5,4) a	197 (11,8) b	109 (18,7) c	<0,001
Tumores malignos melanoma	0 (0)	1 (0,5)	8 (0,5)	7 (1,2)	0,081
Tumores malignos não melanoma	3 (0,8) a	0 (0) a	122 (7,3) b	222 (38) c	<0,001
Urticárias	1 (0,3)	1 (0,5)	13 (0,8)	2 (0,3)	0,493

Legenda: n – frequência absoluta; % - frequência percentual;

Nota: Teste Qui-Quadrado; em vermelho as prevalências superiores a 5% e em negrito grupos de dermatoses que diferem entre as faixas etárias. **a,b,c** subgrupos distintos ao nível de 5% para o teste Z com correção de Bonferroni;

Tabela 5. Distribuição de pacientes diagnosticados com câncer de pele Melanoma e Não Melanoma de acordo com sexo, faixa etária, procedência e idade na primeira consulta.

	Melanoma		Não Melanoma		p-valor [£]
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	11	68,8	201	57,8	0,386
Masculino	5	31,3	147	42,2	
Faixa Etária					
Criança	0	0,0	3	0,9	0,017
Adolescente	1	6,3	0	0,0	
Adulto	8	50,0	120	34,9	
Idoso	7	43,8	221	64,2	
Procedência					
Grande Aracaju	4	30,8	156	63,9	0,045
Interior	9	69,2	82	33,6	
Outros Estados	0	0,0	6	2,5	
	Média (DP)	Med (Mín-Max)	Média (DP)	Med (Mín-Max)	p-valor [¥]
Idade na data 1ª Consulta (Anos)	53,9 (19,2)	59 (17-83)	63,0 (15,8)	65 (7-95)	0,062
Número de Consultas	13,5 (13,7)	6 (1-52)	9,2 (8,1)	7 (1-50)	0,281

Legenda: n – frequência absoluta; % - frequência percentual; DP – Desvio Padrão; Med – Mediana; Mín – Mínimo; Max – Máximo; [£] - Teste Qui-Quadrado de Pearson; [¥] - Teste de Mann-Whitney;

Figura 1. Histogramas: distribuição das frequências das cinco principais dermatoses de acordo com a idade na primeira consulta dermatológica.

