

**Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital de câncer****Incidence of basal cell and squamous cell carcinomas among users attended in a cancer hospital****Incidencia del carcinoma basocelular y espinocelular en usuarios atendidos en un hospital de cáncer****Recebido: 05/07/2016****Aprovado: 21/11/2016****Publicado: 01/05/2017****Ricardo Dias da Silva<sup>1</sup>**  
**Meyre Aparecida Inácio Dias<sup>2</sup>**

O estudo teve por objetivo avaliar a incidência do câncer de pele não melanoma (CPNM), a partir das biópsias anatomopatológicas de usuários atendidos em um hospital de câncer. Estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo onde foram avaliados 81 exames entre janeiro de 2015 e maio de 2016. Encontrou-se 42 biópsias com carcinoma basocelular (CBC), (51,85%), 20 com carcinoma espinocelular - CEC (24,69%), 3 com melanoma cutâneo - MC (3,7%) e 16 com outros diagnósticos (19,75%). Com a variável sexo achou-se o total de 48 de mulheres com CPNM (77,41%) e 14 homens (25,59%). Entre todos os CPNM têm-se 56 pessoas de pele branca (89,29%) e 6 de pele amarela (10,71%). O estudo concluiu que o CPNM é o mais incidente câncer de pele na região, com maior incidência no sexo feminino, em pessoas de pele clara sendo diretamente proporcional com o aumento da idade.

**Descritores:** Neoplasias cutâneas; Carcinoma basocelular; Carcinoma de células escamosas.

The study aimed to evaluate the incidence of nonmelanoma skin cancer (NMSC) from pathological biopsies of patients seen in an oncology hospital. It was a descriptive, quantitative and retrospective study, in which, between January 2015 and May 2016, 81 biopsies were evaluated. 40 biopsies with basal cell carcinoma were found - BCC (51.81%), 22 with squamous cell carcinoma - SCC (24.69%), 3 with cutaneous melanoma - CM (3.7%) and 16 with other diagnoses (19.75%). Regarding the variable gender, a total of 48 women (77.41%) and 14 men (25.59%) with NMSC were found. Among people with NMSC, 56 were white-skinned people (89.29%), and 6 had yellow skin (10.71%). The study concluded that the NMSC is the most frequent skin cancer in the region, with higher incidence in females and in clear skinned people. It was also directly proportional to age.

**Descriptors:** Skin neoplasms; Carcinoma basal cell; Carcinoma squamous cell.

El objetivo del estudio fue evaluar la incidencia de cáncer de piel no melanoma (CPNM) a partir de biopsias patológicas de los usuarios atendidos en un hospital de cáncer. Estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, donde fueron evaluados 81 exámenes entre enero de 2015 y mayo de 2016. Se encontraron 40 biopsias con carcinoma basocelular (CBC), (51,85%), 20 con carcinoma espinocelular (CEC) (24,69%), 3 con melanoma cutâneo - MC (3,7%) y 16 con otros diagnósticos (19,75%). Con la variable sexo se encontró un total de 48 mujeres con CPNM (77,41%) y 14 hombres (25,59%). En todos los CPNM 56 han sido personas de piel blanca (89,29%) y 6 de piel amarilla (10,71%). El estudio concluyó que el CPNM es el cáncer de piel más frecuente en la región, con mayor incidencia en el sexo femenino, en las personas de piel clara y directamente proporcional con el aumento de la edad.

**Descriptores:** Neoplasias cutâneas; Carcinoma basocelular; Carcinoma de células escamosas.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Especialista em Oncologia. Especializando em Saúde Coletiva. Enfermeiro da Atenção Primária da Prefeitura Municipal de Patrocínio, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5856-9318 E-mail: ricardodiv@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Oncológica. Enfermeira Responsável Técnica de Enfermagem do Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo / Patrocínio, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3436-821X Email: meyreapenf@gmail.com

## INTRODUÇÃO

São três os tipos de câncer de pele avaliados com relação a sua gravidade: o Carcinoma Basocelular (CBC) e o Carcinoma Espinocelular (CEC), ambos denominados CPNM, e o Melanoma Maligno (MM)<sup>1</sup>. As estimativas, dentre as neoplasias da pele, dos CPNM no Brasil são de cerca 70% para o CBC e 25% para o CEC<sup>2</sup>. Para o MM a estimativa é de 4%<sup>2</sup>. Apesar da alta incidência, os tumores de pele não melanoma tem baixa letalidade, em casos detectados precocemente<sup>3</sup>. Essa informação em nenhuma hipótese é interpretada como motivo para tornar os dados epidemiológicos dos CPNM sem relevância.

O CBC é o mais comum dos tumores de pele, manifestando-se nas áreas do corpo com maior exposição à luz solar<sup>1,4</sup>. O aparecimento desse tumor é diretamente proporcional à idade e à quantidade de exposição solar que o indivíduo sofreu<sup>4</sup>. Contudo, o surgimento do CBC é inversamente proporcional à quantidade de melanina na pele<sup>4</sup>.

O CBC constitui o tumor de pele mais incidente, porém o menos agressivo<sup>4-7</sup>. Seu local de surgimento mais frequente é na face, porém, também aparece em outras regiões<sup>4,6,7</sup>. Contudo, o CBC também é encontrado em outras regiões que foram expostas ao sol com frequência e por tempo prolongado<sup>4,5</sup>.

O CBC tem crescimento lento e raramente desenvolve metástases<sup>4-7</sup>. Tem sua origem nas células basais epiteliais imaturas pluripotentes da epiderme<sup>1</sup>. Acredita-se que o CBC se desenvolve a partir dos restos embrionários dos anexos cutâneos. O termo preferencial para denominar o CBC é carcinoma, ao invés de epitelioma<sup>5</sup>.

A caracterização clínica do CBC apresenta pápulas peroladas com teleangiectasias com capacidade de ulceração<sup>4,6</sup>. Tem a característica de sangramento, como uma ferida que não cicatriza. Torna-se importante ressaltar, que um CBC não diagnosticado e não tratado pode tornar-se invasivo e destrutivo<sup>6</sup>.

O CEC corresponde a cerca de 25% dos tumores de pele, surgindo a partir do epitélio escamoso da pele<sup>8,9</sup>. É curável e tem bom prognóstico quando detectado precocemente. Diferentemente do CBC, o CEC tem maior capacidade de produzir metástases linfáticas e viscerais<sup>5,6,9</sup>. O CEC apresenta-se mais incidente em homens que em mulheres<sup>1,6,11</sup>. Destaca-se a capacidade do carcinoma de células escamosas de surgir de uma lesão de pele preexistente, incluindo a ceratose actínica, diagnóstico que com frequência é encontrado em biópsias cutâneas<sup>4,5,6,12</sup>.

Clinicamente o CEC apresenta suas localizações comuns na face, orelha, nariz, pescoço, dorso das mãos e mucosas oral e genital, caracterizando-se por ser uma mancha persistente, escamosa, vermelha, com bordas irregulares e que sangra com facilidade. Pode aparecer também como uma lesão áspera<sup>1,4,11</sup>.

Por análise histológica, o CEC encontra seu surgimento a partir das células epiteliais espinhosas da pele e mucosas com tendência a ceratinização. Quanto menor a diferenciação histológica, maior é a malignidade da lesão<sup>5,6</sup>. As variedades clínicas do CEC são papilar córnea, nodular (menos frequente), placa, vegetante, ulcerada e infiltrante<sup>5,6</sup>.

O câncer de pele é relativamente raro em crianças e negros, com exceção daqueles portadores de doenças cutâneas prévias<sup>1,4-6</sup>. Pessoas de pele clara, sensíveis à ação dos raios solares, são as principais acometidas<sup>1,4,6</sup>. Os fatores de risco gerais para o desenvolvimento do câncer cutâneo são: exposição solar, exposição à radiação, idade, gênero (sexo masculino), pele clara, exposição a produtos químicos (arsênico, alcatrão, carvão, parafina), inflamação ou lesão de pele, pele seca, tratamento de psoríase, tabagismo, imunidade comprometida, Papiloma Vírus Humano (HPV) e Síndrome de Gorlin<sup>1,4,6,12,13</sup>.

O termo radiação consiste na emissão de ondas eletromagnéticas, tendo como exemplo a radiação solar, ondas de rádio e os raios alfa e gama<sup>10</sup>. A radiação ultravioleta (RUV), um dos principais fatores de risco do

câncer de pele, é formada por ondas invisíveis emitidas pelo sol, sendo classificados em UVA, UVB e UVC, de acordo com o seu comprimento de onda<sup>10,12</sup>. Os RUV que acometem e afetam a pele humana são os raios UVA e UVB, sendo que o UVC é absorvido pela camada de ozônio<sup>12,14</sup>. A radiação UVA possui um comprimento de onda mais longo, desencadeando processos oxidativos<sup>15</sup>. A radiação UVB é responsável por provocar danos diretos ao ácido desoxirribonucléico (DNA) celular, assim iniciando e promovendo o início do processo neoplásico<sup>15,16</sup>.

O Brasil encontra-se em uma região do globo terrestre com altas taxas de exposição à RUV. Em consequência disso as pessoas de pele clara no Brasil constantemente estão expostas aos RUV, e possuem maior probabilidade do desenvolvimento do câncer de pele relacionado a esse fator<sup>15</sup>.

O estudo teve por objetivo avaliar a incidência do câncer de pele não melanoma (CPNM), a partir das biópsias anatomopatológicas de usuários atendidos em um hospital de câncer.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo onde foram coletadas, processadas e analisadas 81 biópsias anatomopatológicas diagnósticas cutâneas e os prontuários de pacientes atendidos em um hospital de câncer, localizado em um município na região do alto Paranaíba / Triângulo Mineiro, no interior do estado de Minas Gerais, com cerca de 90.000 habitantes.

O critério de avaliação das biópsias cutâneas foi baseado na realização de consulta médica pelos usuários no Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo no período de tempo compreendido entre janeiro de 2015 e maio de 2016, com biópsia de pele pronta. Não foram avaliados os detalhes histológicos dos exames e nem a localização do corpo em que foram encontradas as alterações, mas somente o diagnóstico de CPNM fornecidos pelas análises dos exames e prontuários. Os achados das biópsias foram divididos em

CBC, CEC, MC e outros diagnósticos/resultados inconclusivos.

As variáveis gênero, idade e cor de pele foram coletadas dos prontuários dos usuários. Não foram estabelecidos limites de gênero e de idade para a elaboração da amostra. A variável cor da pele foi averiguada a partir do cadastro do usuário na instituição segundo o seu documento de identidade, também presente em prontuário com informações básicas dos pacientes. Dividiu-se a variável cor de pele em usuários de pele branca, amarela e negra. A variável idade dividiu-se em 30-39 anos, 40-59 anos, 50-69 anos e 70 anos e mais.

As 81 biópsias foram avaliadas quanto ao diagnóstico juntamente com a análise dos prontuários dos usuários com a instituição em inatividade, para preservar a identidade e os dados dos pacientes, além de evitar possíveis transtornos e intercorrências na dinâmica do trabalho na instituição.

Os dados foram processados e gerenciados no software Excel® versão 2007, com a elaboração de tabelas e gráficos com análise exploratória para a explicitação dos dados encontrados. Foi realizado o teste não paramétrico de Qui-quadrado de Pearson para avaliação da incidência do CBC, CEC e MC, isoladamente da amostragem total, sendo o nível de significância ( $\alpha$ ) estabelecido em 5% e o grau de liberdade (g.l.) em 2.

Para a realização da pesquisa e da coleta de dados foi solicitada por escrito, em duas vias, a autorização prévia da instituição por autoridade competente com entrega de termo de consentimento livre e esclarecido. Dessa forma, garantiu-se a privacidade de identidade dos pacientes que tiveram seus exames e prontuários avaliados. A partir da autorização concedida os dados foram coletados, processados e avaliados para a elaboração dos resultados e da discussão dos achados.

Essa pesquisa foi autorizada pela Instituição Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo por autoridade competente. O estudo está adequado aos critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## RESULTADOS

Encontrou-se na análise das variáveis do estudo os diagnósticos de CBC, CEC, MC, ceratose actínica, ceratose seborreica. Os achados de CBC e CEC foram o foco da pesquisa. Os outros diagnósticos não foram detalhados no estudo, estando classificados como "MC" e também "outros diagnósticos" para os fins epidemiológicos da pesquisa sugerindo estudos posteriores.

Analisando na amostragem a partir da incidência somente das neoplasias de pele diagnosticadas, sendo esse dado com um total de 65 biópsias das 81 analisadas, foi constatado: CBC (64,6%), CEC (30,76%) e MC (4,61%). O Teste de Qui-quadrado de Pearson aplicado a essa amostragem, com  $\alpha$  5% e g.l.

2 apresentou-se o valor calculado de 1,195 ( $p < 0,05$ ).

A incidência do CBC mostrou-se maior do que do CEC. Encontrou-se 42 biópsias com CBC (51,85%), 20 com CEC (24,69%), 3 com MC (3,7%) e 16 com outros diagnósticos e resultados inconclusivos (19,75%) dentre todas as 81 biópsias avaliadas (Tabela 1).

Avaliou-se na variável gênero uma maior quantidade de mulheres com diagnóstico de CBC e CEC (69,4%) do que de homens (29,6%). Especificamente para o CBC foi encontrados 10 homens (23,8%) e 32 mulheres (76,2%). No caso do CEC, foram 4 homens (20%) e 16 mulheres (60%). São 14 CNPM em homens e 48 CPNM em mulheres encontrados no estudo (Tabela 1).

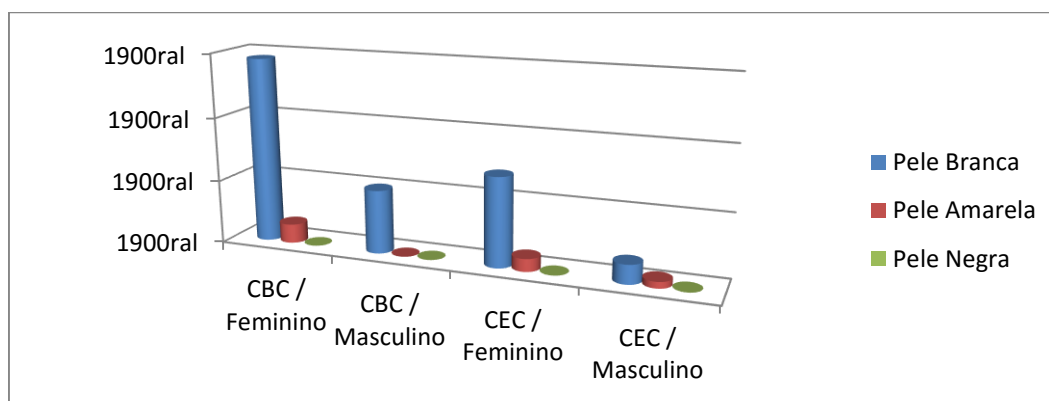
**Tabela 1.** Incidência dos diagnósticos de CBC, CEC, MC e outros diagnósticos relacionados ao gênero em biópsias cutâneas avaliadas entre janeiro de 2015 e maio de 2016. Hospital do Câncer Dr. José Figueiredo. Patrocínio/MG, Brasil.

Sexo	CBC	%	CEC	%	Melanomas	%	Outros diagnósticos	%
Feminino	32	39,51	16	19,75	2	2,46	10	12,34
Masculino	10	12,34	4	4,94	1	1,23	6	7,41
Resultados	42	51,85	20	24,69	3	3,7	16	19,75

Os dados encontrados de CBC para cor de pele branca foram de 29 no sexo feminino e 10 no sexo masculino. Para CBC com pele amarela foram de 3 em mulheres e nenhum em homem. Já para o CEC encontrou-se em mulheres de pele branca 14 biópsias e em homens 3. Para o CEC em pessoas de pele amarela achou-se 2 em mulheres e 1 em homens. Em indivíduos de pele negra não foi encontrado CPNM (Gráfico 1).

O gráfico 1 mostra percentual majoritário de pessoas com pele branca para a incidência dos tumores. Dos CPNM têm-se 56 pessoas de pele branca (89,29%) e 6 de pele amarela (10,71%). Deste total de 62 biópsias com CPNM encontram-se 69,35% de mulheres com pele branca e 8,06% de pele amarela. Entre os homens são 20,96% com pele branca e 1,61% com pele amarela. Depreende-se um total de 48 de mulheres com CPNM (77,41%) e 14 homens (25,59%).

**Gráfico 1.** Incidência dos diagnósticos de CBC e CEC por gênero e cor de pele nas biópsias com diagnóstico específico carcinoma de pele não melanoma entre janeiro de 2015 e maio de 2016. Hospital do Câncer de Dr. José Figueiredo. Patrocínio/MG, Brasil.



Referente à idade o CPNM foi encontrado, para o sexo feminino, em 2 mulheres entre 30 e 39 anos (3,22%), 7 mulheres entre 40 e 49 anos (11,29%), 12 mulheres entre 50 e 59 anos (19,4%), 11 mulheres entre 60 e 69 anos (19,36%) e 15 mulheres com 70 anos e mais (24,19%). Já para o sexo masculino, com a variável idade,

encontrou-se 3 homens entre 40 e 49 anos (4,83%), 2 homens entre os 50 e 59 anos (3,2%), 3 entre os 60 e 69 anos (4,84%) e 6 homens com 70 anos e mais (9,67%). Observou-se 62 pessoas com diagnóstico de CPNM sendo 48 mulheres (77,41%) e 14 homens (25,59%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Incidência de diagnósticos de CPNM por gênero e idade nas biópsias com diagnóstico específico CPNM entre janeiro de 2015 e maio de 2016. Hospital do Câncer de Dr. José Figueiredo. Patrocínio/MG.

Gênero	30/39 anos		40/49 anos		50/59 anos		60/69 anos		70 anos e mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	0	0	3	4,83	2	3,2	3	4,84	6	9,67
Feminino	2	3,22	7	11,29	12	19,4	12	19,36	15	24,19
Resultados	2	3,22	10	16,12	14	22,6	15	24,20	21	33,80

## DISCUSSÃO

A região onde o estudo foi feito, por ter economia voltada ao setor agrário, sugere um risco de exposição maior aos RUV, importante fator de risco para desenvolvimento de tumores de pele<sup>1-5</sup>. A exposição solar excessiva, quando ocorrida na infância e adolescência, pode influenciar o desenvolvimento de câncer no futuro<sup>18</sup>. É necessário, assim, o cuidado com a prevenção desde a infância, com trabalhos sociais de conscientização<sup>1-4,15</sup>.

Ações planejadas e específicas, multiprofissionais e intersetoriais voltadas à saúde das pessoas com relação aos tumores de pele devem ser estimuladas e implementadas<sup>18</sup>. Essas ações terão impactos diretos na qualidade de vida das pessoas, famílias e sociedade na região.

Os usuários de pele branca são o público acometido de forma majoritária pelos CPNM<sup>4,5,6,15</sup>.

A partir da análise das biópsias existe a confirmação nítida da maior incidência de CBC. Ele é, portanto, o mais incidente tumor de pele na população estudada. Já o CEC apresenta-se em segundo lugar em número de casos. Essa constatação epidemiológica confirma as estimativas que indicam que o CBC é mais incidente que o CEC<sup>1,3-5,16-18</sup>.

A incidência do CBC e do CEC aumenta com o avançar da idade, o que torna necessárias ações de promoção e prevenção

com o intuito de evitar o surgimento desses tumores comprovadamente incidentes e com possibilidade de complicações se não diagnosticados e tratados<sup>12,13</sup>. As avaliações da maior presença do CPNM ficam consolidadas em pessoas acima dos 40 anos de idade de forma diretamente proporcional, em conformidade com o que se é encontrado nas referências<sup>5,19</sup>.

O quantitativo feminino de CBC e CBE mostra-se maior do que o masculino nas avaliações de exames de acordo com o gênero. Esse achado encontra-se de acordo com outro estudo, que propõe que a variável gênero, no que diz respeito à incidência, é determinada pela população estudada<sup>6</sup>. Pode-se inferir uma maior procura das mulheres aos serviços de saúde em relação aos homens, fenômeno já iniciado desde a atenção primária a saúde, vista como porta de entrada principal e preferencial aos serviços de saúde<sup>20-22</sup>. Também é necessário avaliar se está ocorrendo uma maior exposição aos RUV por parte das mulheres nessa região, para explicar tal achado na pesquisa<sup>1-5</sup>.

Constata-se que existe uma necessidade de preenchimento de dados dos tumores de pele não melanoma de forma mais criteriosa, para fins epidemiológicos, desde o cadastro do usuário na entrada no serviço, às anotações dos profissionais de nível superior como enfermeiros e médicos, e

até mesmo nos laudos de exames dos laboratórios<sup>23</sup>.

As informações como: local de origem e procedência do indivíduo, características cutâneas, histórico familiar, hábitos de vida (incluindo tabagismo e hábitos alimentares), dados ocupacionais e o histórico prévio de doenças tornam-se relevantes para a realização de estudos sistemáticos e detalhados<sup>23</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo concluiu que o CPNM é o mais proeminente câncer de pele na região para o período considerado, com maior incidência no sexo feminino e em pessoas de pele clara, sendo diretamente proporcional ao aumento da idade. A pesquisa afirma a relevância da intensificação das ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação como medidas importantes.

A pesquisa propicia a continuidade de estudos para casos de recorrência de tumores, surgimento de carcinomas a partir de lesões preexistentes, localização dos tumores, características histopatológicas, diagnóstico dos tumores, perfil ocupacional dos usuários acometidos, perspectivas dos profissionais da área oncológica na região, estimativas de incidência dos tumores, propostas específicas de promoção e prevenção, ações de conscientização e combate ao câncer na região, dentre outras análises.

## REFERÊNCIAS

1. Sampaio SAP, Rivetti EA. *Dermatologia*. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas; 2007. 1600 p.
2. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [citado em 27 maio 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc\\_do\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf).
3. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Ações de enfermagem no controle do câncer. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2007 [citado em 27 mai 2016]. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes\\_enfermagem\\_controle\\_cancer.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf).

4. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. vol. 4.
5. Bogliolo L, Brasileiro Filho G, editores. *Patologia*. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 1492p.
6. Azulay DR, Azulay RD. *Dermatologia*. 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. 1156 p.
7. Nigro MHZ, Helena M, Brandão G, Stella L, Coelho CP, Paula A, et al. Estudo epidemiológico do carcinoma basocelular no período de 2010 a 2013 em um hospital de referência em dermatologia na cidade de Bauru, São Paulo. *Surg Cosmet Dermatol*. 2015; 7(3):232-5.
8. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, editores. *Robbins & Cotran Patologia: bases patológicas das doenças*. 8ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
9. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Câncer de pele [Internet]. Rio de Janeiro: SBD; [201-] [citado em 28 maio 2016]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>
10. Ministério da Saúde (Br). Glossário temático: controle de câncer. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 60 p.
11. American Cancer Society. Signs and symptoms of basal and squamous cell skin cancers [Internet]. Atlanta, Georgia: ACS; 2016 [citado em 2016 may 28]. Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/skincancer/basalandsquamouscell/detailedguide/skin-cancer-basal-and-squamous-cell-signs-and-symptoms>.
12. Duncan BB, Schmidt MI, Giuliani ERJ e colaboradores. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. 1600 p.
13. Longo, DL, organizador. *Hematologia e oncologia de Harrison*. 2ed. Porto Alegre: AMGH; 2015. 656p.
14. Flores-Sahagún JH, Análise do carcinoma basocelular a partir de análise infravermelha.

[dissertação]. Curitiba, PR: Universidade Federal do Paraná; 2010. 95p.

15. Popim RC, Corrente JE. Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1331-6.

16. Mantese SÃO, Berbert ALCV, Gomides MDA, Rocha A. Carcinoma basocelular: análise de 300 casos observados em Uberlândia - MG. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(2):136-42.

17. Nasser, N. Epidemiologia dos carcinomas basocelulares em Blumenau, SC, Brasil, de 1980 a 1999. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 2005 [citado em 28 maio 2016]; 80(4):363-68.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036505962005000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962005000400006&lng=en&nrm=iso).

18. Silva AC, Tommaselli JTD, Corrêa MP. Estudo retrospectivo dos casos novos de câncer de pele diagnosticados na região de São Paulo, Brasil. *Hygeia (Uberlândia)*. 2008; 4(7):1-14.

19. American Cancer Society. Basal and squamous cell skin cancer risk factors. [Internet]. Atlanta, Georgia: ACS; 2016

[citado em 29 maio 2016]; Disponível em: <http://www.cancer.org/cancer/skincancer-basalandsquamouscell/detailedguide/skin-cancer-basal-and-squamous-cell-risk-factors>.

20. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima ABL, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor Prat*. 2011; 13(3):152-66.

21. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5/6):365-73.

22. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110p.

23. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. 122 p.: il.

#### CONTRIBUIÇÕES

**Ricardo Dias da Silva** foi responsável pelo desenho do estudo, coleta de dados, análise e redação final do artigo. **Meyre Aparecida Inácio Dias** foi responsável pela coleta dos dados e revisão final.

#### Como citar este artigo (Vancouver)

Silva RD, Dias MAI. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital do câncer. *REFACS* [Internet]. 2017 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 5(2):228-234. Disponível em: *link de acesso*. DOI:

#### Como citar este artigo (ABNT)

SILVA, R. D.; DIAS, M. A. I. Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital do câncer. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 5, n. 2, p. 228-234, 2017. Disponível em: <*link de acesso*>. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI:

#### Como citar este artigo (APA)

Silva, R. D. & Dias, M. A. I. (2017). Incidência do carcinoma basocelular e espinocelular em usuários atendidos em um hospital do câncer. *REFACS*, 5(2), 228-234. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. *Inserir link de acesso*. DOI: