



UFAM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CAMPUS MÉDIO SOLIMÕES
INSTITUTO DE SAÚDE E BIOTECNOLOGIA
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

ANDRESSA FERREIRA REIS DOS SANTOS

**CÂNCER DE PELE NO BRASIL E REGIÕES DE 2017 A 2023:
UMA ANÁLISE TEMPORAL**

COARI - AM

2024

ANDRESSA FERREIRA REIS DOS SANTOS

**CÂNCER DE PELE NO BRASIL E REGIÕES DE 2017 A 2023:
UMA ANÁLISE TEMPORAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Saúde e Biotecnologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia. Orientadora: Prof^a Msc. Juliberta Alves de Macêdo.

COARI - AM

2024

Câncer de pele no Brasil e Regiões de 2017 a 2023: uma análise temporal

Skin Cancer in Brazil and Regions from 2017 to 2023: A Temporal Analysis

Andressa Ferreira Reis dos Santos¹

Juliberta Alves de Macêdo²

¹ Discente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Coari (AM), Brasil.

² Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Coari (AM), Brasil.

***Autor correspondente:** Andressa Ferreira Reis dos Santos – *E-mail:* andressareis2205@gmail.com

RESUMO

O câncer de pele, caracterizado por alta incidência, morbidade e mortalidade em todo o mundo, destaca-se como o câncer mais prevalente no Brasil, impulsionado por fatores como a localização tropical do país e a falta de conhecimento sobre prevenção eficaz entre a população. Este estudo visa avaliar a incidência do câncer de pele no Brasil e por regiões de 2017 a 2023, com foco em grupos etários, gêneros e tipos de câncer de pele. Utilizou-se uma abordagem descritiva e ecológica, os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) sobre a incidência de câncer de pele foram analisados com o software Excel. O estudo identificou 3.400.187 diagnósticos de câncer de pele no período, predominantemente do tipo não melanoma. A incidência foi maior entre mulheres, especialmente na faixa etária de 50 a 80 anos, com pico aos 64 anos. Regionalmente, o Sudeste e o Sul apresentaram a maior prevalência, com uma correlação notada entre a exposição ocupacional ao sol e a incidência da doença.

Palavras-chave: Neoplasias Cutâneas; Melanoma; Câncer de pele; Epidemiologia Clínica; Saúde Pública.

ABSTRACT

Skin cancer, characterized by high incidence, morbidity, and mortality worldwide, stands out as the most prevalent cancer in Brazil, driven by factors such as the country's tropical location and a lack of knowledge about effective prevention among the population. This study aims to assess the incidence of skin cancer in Brazil and by regions from 2017 to 2023, focusing on age

groups, genders, and types of skin cancer. Using a descriptive and ecological approach, data from the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS) on skin cancer incidence were analyzed with Excel software. The study identified 3,400,187 skin cancer diagnoses during the period, predominantly of the non-melanoma type. The incidence was higher among women, especially in the age group of 50 to 80 years, peaking at 64 years. Regionally, the Southeast and South showed the highest prevalence, with a noted correlation between occupational sun exposure and disease incidence.

Keywords: Skin Neoplasms; Melanoma; Skin cancer; Clinical Epidemiology; Public Health.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de pele é uma doença neoplásica caracterizada pelo crescimento anormal e descontrolado das células da pele. Essas células anormais formam tumores que podem ser localizados, que não se espalham para outras partes do corpo, ou metastáticos, capazes de se espalhar para outras áreas.¹

O câncer de pele é comumente causado pela exposição excessiva e prolongada à radiação ultravioleta (UV) do sol. A radiação UV pode levar a danos no DNA das células da pele, resultando em mutações que desencadeiam o desenvolvimento do câncer. No entanto, é importante ressaltar que outros fatores, como histórico familiar de câncer de pele, idade avançada, imunossupressão e certas condições genéticas, também podem aumentar o risco de desenvolvimento dessa doença.²

Existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele. A exposição excessiva ao sol é um dos principais fatores de risco, especialmente quando ocorre durante a infância e adolescência e/ou em locais com alta radiação solar. Outros fatores de risco incluem ter pele clara, histórico familiar de câncer de pele, ter muitos sinais ou manchas de pigmentação na pele, ter tido câncer de pele anteriormente e ter um sistema imunológico enfraquecido.²

O câncer de pele é dividido em dois grupos principais: os melanomas e os carcinomas (não-melanomas). As características dos melanomas e dos carcinomas são bem distintas, desde o aspecto da lesão até o prognóstico.³ O melanoma é menos frequente que outros tumores de pele e representa 5% dos casos, porém costuma ter comportamento mais agressivo. Tem origem a partir dos melanócitos, que são as células responsáveis pela produção do pigmento que dá cor

à pele, chamado melanina. Por isso, costumam se manifestar como pintas de cor escura. A principal causa do melanoma é a associação com o sol, principalmente com os episódios de exposição intensa, mas este tipo de câncer de pele também tem forte influência genética.³

Os fatores de risco do melanoma são: bronzamento artificial; existência de casos de melanoma na família; grande quantidade de pintas no corpo; ocorrência frequente de queimaduras de sol na infância; olhos claros, cabelos ruivos e pele clara com sardas; exposição intensa e intermitente ao sol. Ressalta-se que o melanoma pode surgir na pele sã, sobre pintas já existentes ou mesmo em sinais de nascença. É encontrado tanto em áreas expostas como em áreas cobertas e, diferente dos carcinomas, muitas vezes acomete pessoas mais jovens. É mais comum na pele, mas pode surgir em locais como olho, boca, unhas e outros.³

Algumas características das pintas, que chamam a atenção para a possibilidade de melanoma, são descritas na regra do ABCDE. São características suspeitas em uma pinta e, se encontradas, sinalizam que essa pinta precisa de uma avaliação do médico dermatologista.³

- **Assimetria:** Quando um lado da pinta é diferente do outro.
- **Bordas irregulares:** Quando o contorno da pinta é irregular.
- **Cores:** Quando a pinta tem uma variação de cores.
- **Diâmetro:** Maior que 6 mm.
- **Evolução:** Quando a pinta está crescendo ou se modificando.

Os carcinomas representam 95% dos tumores de pele e são principalmente causados pela exposição aos raios UV, afetando sobretudo pessoas de pele clara. Sintomas incluem asperezas ou feridas que não cicatrizam e são mais comuns após os 50 anos, sem dor mesmo em estágios avançados. Riscos aumentam com exposição solar, histórico familiar, idade avançada e imunidade baixa. Prevenção envolve evitar sol das 10h às 16h, não fazer bronzamento artificial, usar protetor solar FPS 30+, reaplicar a cada duas horas, e vestir roupas protetoras. Trabalhadores ao ar livre devem adotar proteção adicional como chapéus de aba larga e óculos escuros.³

O câncer de pele é uma condição séria e potencialmente fatal.⁴ O carcinoma basocelular é o tipo mais frequente de câncer de pele e geralmente está associado à exposição crônica ao sol. É mais comum em áreas do corpo que recebem mais luz solar, como rosto, pescoço e cabeça. Esse tipo de câncer de pele manifesta-se por outras partes do corpo e, quando manifestado precocemente, pode ser tratado com sucesso.⁴

O carcinoma espinocelular também está associado à exposição excessiva ao sol, bem como às crônicas ou cicatrizes. Pode ocorrer em qualquer parte do corpo, mas é mais comum em áreas expostas, como rosto, orelhas, lábios e mãos. Em casos avançados, esse tipo de câncer pode se espalhar para outras áreas do corpo.⁴

O melanoma é o tipo mais agressivo de câncer de pele e pode se espalhar rapidamente para outras partes do corpo. É menos comum do que os carcinomas basocelulares e espinocelulares, mas é responsável pela maioria das mortes relacionadas ao câncer de pele. O melanoma geralmente se desenvolve a partir de sinais ou manchas de pigmentação, como sardas ou molhos. É mais comum em pessoas de pele clara, especialmente aquelas com histórico de queimaduras solares graves ou com histórico familiar de melanoma.⁴

O câncer de pele é o tipo de câncer mais comum no Brasil e no mundo, representando cerca de 30% dos tumores malignos diagnosticados anualmente no país. No entanto, a incidência e mortalidade por essa doença podem variar de acordo com a região geográfica e fatores ambientais e socioeconômicos. Na região Nordeste do Brasil, por exemplo, as condições climáticas e de exposição solar podem influenciar na epidemiologia do câncer de pele.⁵

Neste contexto, compreender a incidência por câncer de pele ao longo do tempo e nas diferentes regiões do país é fundamental para identificar padrões, tendências e possíveis fatores de risco associados à doença.

Essas informações podem fornecer subsídios para a formulação de políticas de saúde específicas, direcionamento de recursos e desenvolvimentos de estratégias eficazes de prevenção, detecção precoce e tratamento. Portanto, este estudo tem como justificativa contribuir para o conhecimento epidemiológico do câncer de pele no Brasil, com isso fornecendo evidências relevantes para a tomada de decisões em saúde e potencialmente impactando a redução da incidência, morbidade e mortalidade relacionada a essa doença que aparenta ser pouco discutida.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é analisar o índice de incidência de câncer de pele no Brasil e nas diferentes regiões do país, ao longo do período de 2017 a 2023. Além disso, pretende-se fazer um comparativo com a situação em nível nacional, a fim de identificar possíveis diferenças regionais e orientar ações de saúde pública para as regiões do país.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo ecológico com dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A análise foi realizada investigando a incidência do câncer de pele nas diferentes regiões do Brasil nos anos de 2017 a 2023.

Para obter os dados específicos, foram configurados os parâmetros de busca no TabNet DATASUS a partir das medidas “Epidemiológicas e Morbidade”. Selecionou-se a opção “Tempo até o início do tratamento oncológico – PAINEL – oncologia”.

Na página disponível do TabNet DATASUS selecionou-se a linha “Ano do diagnóstico” e a coluna “Região diagnóstico” na tabela de configuração. O período de análise foi definido entre anos de 2017 a 2023 em todas as Regiões Brasileiras. No campo "Diagnóstico", escolheu-se "C44+C73". Na categoria "Diagnóstico Detalhado", optou-se por "C43 – Melanoma Maligno da pele, C44 – Outras neoplasias malignas da pele, D03 – Melanoma in situ, D04 – Carcinoma in situ da pele". A faixa etária foi de todas as categorias, selecionando ambos os sexos.

Os resultados foram ordenados pelos valores da coluna e exportados para o Microsoft Excel. Os gráficos foram gerados pelo próprio DATASUS selecionando as opções “Linha” e “Coluna”.

Os dados utilizados neste estudo foram obtidos a partir do DATASUS e exportados para o software Excel. Essa ferramenta foi utilizada para organizar, analisar e apresentar os resultados de forma adequada.

RESULTADOS

O presente estudo identificou que entre os anos 2017 a 2023 o total de diagnósticos de câncer de pele foi de 3.400.187. A prevalência foi no sexo feminino, na faixa etária de 50 anos a 80 anos com maior prevalência de incidência na idade de 64 anos. As regiões brasileiras mais acometidas foram região Sudeste, região Sul, seguida da região Nordeste, região Centro-Oeste e em último lugar região Norte.

Observa-se que houve um crescimento no índice total de câncer de pele no Brasil de 2017 ao ano de 2019. A partir do ano de 2019 a 2020, ocorreu uma queda nos coeficientes de incidências, no ano de 2020 houve novamente um aumento até o ano de 2022, ao qual demonstrou um declínio até no ano de 2023 (Figura 1).

O ano que mais teve diagnósticos de câncer de pele foi 2022(626.954 casos), seguido pelos anos 2023(583.947 casos), 2021(569.661 casos), 2019(564.170 casos), 2020 (508.597 casos), respectivamente (Figura 2). Os diagnósticos de câncer de pele ocorrem com uma

prevalência maior na faixa etária de 60 a 64 anos (Tabela 1) e principalmente no sexo feminino (Figura 3).

No presente estudo identificou-se que o câncer de pele é mais frequente na população feminina ao apresenta valor total para o sexo masculino de 1.469.918 casos e valor total para o sexo feminino de 1.930.269 casos, sendo no total geral 3.400.187 casos de câncer de pele na população brasileira de 2017 a 2023 (Figura 3).

O câncer de pele apresenta incidência maior na idade de 64 anos com 91,173 entre 2017 a 2023 (Figura 4). É mais comum em pessoas com idade de mais de 50 anos a 80 anos e é considerado raro em crianças e pessoas negras.

DISCUSSÃO

O presente estudo aborda um tema de grande importância devido à alta incidência de câncer de pele em todo o país. Identificou-se que o câncer de pele é mais frequente na população feminina de 2017 a 2023, corroborando com os resultados de outras pesquisas já realizadas, relatando que no Brasil o número de casos novos de câncer de pele não melanoma esperados, para cada ano do triênio 2020-2022, será de 83.770 em homens e de 93.170 em mulheres. No total espera-se aproximadamente 176,94 casos por ano, correspondendo a um risco estimado de 80,12 casos novos a cada 100 mil homens e 86,66 casos novos a cada 100 mil mulheres.⁶

Nos países com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), observa-se o impacto nas taxas de incidência e mortalidade por câncer por meio de ações para combate ao câncer pela via de intervenções eficazes para prevenção, detecção precoce e tratamento. Em contrapartida, em países em transição, essas taxas seguem aumentando ou, no máximo, mantendo-se estáveis. O desafio dos países de baixo e médio desenvolvimentos é, portanto, utilizar melhor os recursos e os esforços para tornar mais efetivo o controle do câncer.⁷

No Brasil, na última década, observou-se uma melhora expressiva na disponibilidade e na qualidade das informações sobre incidência e mortalidade por câncer. A vigilância de câncer, no escopo das ações de controle das doenças não transmissíveis, apoiada nas melhores informações disponíveis, obtidas dos registros de câncer (populacionais e hospitalares) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fornece os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle do câncer, bem como o direcionamento da pesquisa em câncer. O impacto do câncer no mundo, em 2020, baseado nas estimativas do *Global Cancer Observatory*, elaboradas pela *International Agency for Research on Cancer*,

aponta que ocorreram 19,3 milhões de casos novos de câncer no mundo. Um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida.^{8,9}

No Brasil, a estimativa para o triênio de 2023 a 2025 aponta que ocorrerão 704 mil casos novos de câncer, 483 mil se excluídos os casos de câncer de pele não melanoma. Este é estimado como o mais incidente, com 220 mil casos novos (31,3%), seguido pelos cânceres de mama, com 74 mil (10,5%) e próstata, com 72 mil (10,2%). Estima-se que o tipo de câncer mais frequente em homens serão pele não melanoma, com 102 mil (29,9%) casos novos e próstata, com 72 mil (21,0%). Nas mulheres, os cânceres de pele não melanoma, com 118 mil (32,7%) e mama, com 74 mil (20,3%). A taxa ajustada de incidência, excluído o câncer de pele não melanoma, foi 17% maior em homens (185,61) do que em mulheres (154,08) e é considerada intermediária e compatível com as taxas apresentadas para países em desenvolvimento.⁹

A distribuição da incidência por Região geográfica mostra que as Regiões Sul e Sudeste concentram cerca de 70% da incidência, sendo que, na Região Sudeste, encontra-se a metade dos casos. Este resultado pode ser explicado pelos melhores critérios diagnósticos e aparatos tecnológicos concentrados nas regiões Sudeste e Sul do país. Há grande variação na magnitude e nos tipos de câncer entre as diferentes Regiões do Brasil. As Regiões Sudeste, Centro-oeste e Sul possuem os maiores IDH, enquanto as Regiões Nordeste e Norte, possuem os menores. É relevante ressaltar que o câncer de pele é incidente nas regiões com maior IDH (INCA, 2020) o que corrobora com os achados deste estudo.⁹

Região Norte do Brasil apresenta uma das maiores taxas de incidência de câncer de pele no país, especialmente em áreas de maior exposição solar. Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), em 2020 foram registrados cerca de 4.180 novos casos de câncer de pele não melanoma na região Norte, o que representa cerca de 2,3% do total de novos casos no país. Em relação ao melanoma cutâneo, foram registrados cerca de 170 novos casos na região Norte, o que corresponde a cerca de 2% do total de casos no país.¹⁰

As regiões geográficas do Brasil, por sua heterogeneidade cultural, demográfica, socioeconômica e política, têm suas populações submetidas a fatores de risco diferentes. Também são distintas, as diversas regiões, a qualidade da assistência prestada, das informações fornecidas e capacidade diagnóstica. Por isso, os quadros das principais neoplasias também diferem regionalmente, muitas vezes refletindo a situação de desigualdade observada no país.^{11,12}

A exposição excessiva ao sol é o principal fator de risco do câncer de pele. Pessoas que vivem em países tropicais, como o Brasil e a Austrália, país esse que concentra o maior registro de câncer de pele no mundo, estão mais expostas a esse tipo de doença.^{11,12}

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no Diário Oficial da União (DOU) de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 9 de novembro de 2009. Possuindo várias considerações de segurança e inclusive a reavaliação *International Agency for Research on Cancer* em julho de 2009, na qual foi considerada que exposição aos raios ultravioletas possui evidências suficientes para considerá-la carcinogênica para humanos. Como resultado, nesta resolução no art.1º Fica proibido em todo o território nacional a importação, recebimento em doação, aluguel, comercialização e o uso dos equipamentos para bronzamento artificial, com finalidade estética, baseados na emissão de radiação ultravioleta.¹³

O objetivo do uso estético das câmaras de radiação ultravioleta é acelerar o bronzamento, por meio da exposição intensa a raios UVA e UVB, que são agentes cancerígenos.¹⁴

Em 2009, as câmaras foram proibidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para fins estéticos. O Brasil é o primeiro a adotar a proibição, mas sabemos que a Organização Mundial da Saúde está preocupada com o tema. A proibição tem o aval da Sociedade Brasileira de Dermatologia. A medida, além de prevenir fotodermatoses e câncer de pele, evita epidemia de melanoma maligno, como acontece hoje na Europa e nos Estados Unidos. O bronzamento artificial pode funcionar como uma bomba, pois uma única aplicação aumenta o risco de melanoma em 15%. E seu uso antes dos 35 anos pode aumentar em até 75% a incidência da doença.¹⁴

Se, em tempos distantes, a pele clara era sinal de nobreza, a partir da década de 1950 a cultura do bronzamento passou a ser tão arraigada no mundo que muitas pessoas resistem a aceitar os perigos da exposição ao sol e a necessidade de se proteger. Quando a vontade de escurecer a pele torna-se uma obsessão, motivada pelo culto ao corpo, é hora de procurar também ajuda psicológica. O distúrbio é chamado de tanorexia – do inglês *to tan*, que significa bronzear-se – e atinge, sobretudo, mulheres com idades entre 20 e 30 anos.¹⁴

No entanto, não há dúvidas de que o principal fator de risco para o câncer de pele é a radiação ultravioleta – proveniente do sol ou das câmaras de bronzamento. O bronzeado é apenas uma demonstração de que o organismo está tentando se defender contra uma agressão do sol à pele.¹⁴

Os malefícios da exposição inadequada ao sol são muitos, mas há aspectos positivos também das radiações solares. A radiação ultravioleta, por exemplo, desencadeia a absorção de vitamina D, que previne a depressão e é responsável pela fixação do cálcio. Para obter esses benefícios, 20 minutos de sol por semana, pela manhã e sempre com proteção, são suficientes, nada de exposição direta ao sol.¹⁴

Não é apenas a exposição ao sol por motivo de lazer que causa danos à pele. O trabalho também pode deixar profissionais vulneráveis ao câncer. Estudos informam que o câncer de pele é o principal tipo relacionado ao trabalho, em especial em cidades do interior, onde agricultores ou pescadores permanecem o dia inteiro expostos à radiação ultravioleta sem proteção.¹⁴

Com planejamento e investimento, porém, é possível respeitar a pele e a saúde dos profissionais que se expõem ao sol durante a rotina laboral. Desde 2001, a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) disponibiliza protetor solar para uso dos carteiros, que passam de duas a três horas da jornada de trabalho nas ruas. De acordo com o Departamento de Relacionamento Institucional, cerca de 53 mil profissionais em todo o país recebem filtro solar e uniformes adequados.¹⁴

Assim como há campanhas para desestimular o tabagismo, devido aos prejuízos causados à saúde, o mesmo deveria ocorrer no tocante à exposição excessiva ao sol. Divulgar nos meios de comunicação que a pele bronzeada não é saudável, é uma pele que foi danificada pela radiação ultravioleta solar e começar campanhas com ações efetivas para mudar comportamentos, naquilo que os motiva e os alimenta, poderia apresentar resultados nas próximas gerações.¹¹

Entre as recomendações para uma fotoexposição saudável, enfatiza-se o uso de filtro solar com FPS de pelo menos 30, que proporciona forte proteção contra o desenvolvimento de câncer da pele.^{15,16,17,18}

Em um estudo sobre hábitos de proteção solar de pacientes atendidos em uma unidade de saúde na Região Sul do Brasil, onde se tratava de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e fins analítico-descritivos, com uma amostra de 374 pacientes acima de 18 anos selecionados de uma Unidade Básica de Saúde na Região Sul do Brasil. Verificou-se que grande parcela dos entrevistados está em alto risco com relação à exposição solar. Praticamente metade não utiliza protetor solar e a maioria não adota métodos de barreira física para se proteger do sol. Assim sendo, grande parcela dos entrevistados está em alto risco com relação à exposição solar. Cabe aos profissionais de saúde promover a conscientização sobre os riscos da exposição inadvertida ao sol e orientar sobre condutas saudáveis em fotoproteção.¹⁹

Torna-se, portanto, imprescindível advertir a população de que a fotoproteção para prevenir o câncer de pele engloba não só o uso dos protetores solares, mas principalmente a prática de medidas comportamentais durante o período diurno, entre elas: usar camisas de manga longa, calças compridas e boné ou chapéu, estes últimos, com abas mais largas preferencialmente; utilizar óculos de sol, sombrinha ou guarda-sol; e evitar, sempre que possível, realizar atividades laborais ou recreativas ao ar livre durante as horas mais quentes do dia, ou seja, entre 10 horas e 16 horas.²⁰

No Brasil, há evidências de uma tendência de aumento da morbidade e da mortalidade por câncer de pele, delineando-o como problema de Saúde Pública, embora de controle factível pela prevenção, tanto pela proteção contra a exposição excessiva à luz solar quanto pela realização do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno. O uso de filtro solar é uma estratégia efetiva para reduzir a quantidade de radiação ultravioleta e queimadura solar, sendo também necessário o uso de outros meios físicos de fotoproteção e o cuidado com o horário de exposição ao sol.²¹

A necessidade da fotoproteção é uma realidade irrefutável, quer seja pela ação profilática e terapêutica contra o envelhecimento precoce, quer seja pela diminuição da incidência de câncer de pele. Observa-se, ao longo dos anos, evolução no desenvolvimento de fotoprotetores, visando à obtenção de formulações seguras e eficazes, capazes de fornecer proteção UV ampla.²²

Nesse cenário, é essencial investir em medidas fotoeducativas desde a infância, adotando estratégias, como a escolha adequada do horário, roupas e acessórios, complementadas pela orientação e estímulo ao hábito do uso de filtro solar na frequência adequada, com o objetivo de minimizar os riscos decorrentes da exposição ao sol e reduzir a incidência dos danos solares cumulativos relacionados ao fotoenvelhecimento e ao câncer de pele.²³

Embora o risco de melanoma geralmente aumente com a idade e a incidência seja maior entre as populações mais velhas, o melanoma está entre as neoplasias mais comuns em adultos jovens no mundo.²⁴

Em 2020, cerca de 325 000 pessoas (174 000 homens, 151 000 mulheres) em todo o mundo foram diagnosticadas como tendo melanoma e aproximadamente 57 000 pessoas (32 000 homens, 25 000 mulheres) morreram da doença. De todos os novos casos diagnosticados em 2020, 259.000 (79,7%) eram pessoas com mais de 50 anos de idade e, de todas as mortes em 2020, 50.000 pessoas (87,7%) tinham mais de 50 anos de idade. Em todo o mundo, o melanoma foi mais comum em homens (174 mil casos) do que em mulheres (151 mil casos).²⁵

Estima-se que o número de novos casos diagnosticados de melanoma aumente em mais de 50% até 2040, para 510.000. Da mesma forma, estima-se que as mortes por melanoma aumentem em aproximadamente 68%, de 57.000 em 2020 para 96.000 em 2040. Apesar da crescente carga global de câncer melanoma, muitos casos e mortes podem ser evitados através de medidas eficazes de saúde pública que visem a prevenção primária e a detecção precoce combinadas com tratamento adequado.²⁵

CONCLUSÃO

Portanto, os dados obtidos pelo DataSUS entre 2017 a 2023 demonstraram que a prevalência por neoplasias cancerígenas de pele foi mais elevada nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste do país, seguidas das regiões Centro-Oeste e Norte. No entanto, com base nos dados do DataSUS ou pela busca em literatura ainda são muitos escassos os estudos voltados para essa temática, porém é possível observar um grande número de casos de câncer de pele que vem se estendendo ao decorrer dos anos no Brasil e é notório enfatizar que as mulheres são o sexo mais acometidos quando se refere ao câncer de pele em todo o Brasil.

Diante dos resultados encontrados, esse estudo pode contribuir para um melhor planejamento de ações voltadas para a população brasileira, com a ampliação do acesso aos programas de prevenção do câncer de pele, principalmente no interior dos estados, permitindo a realização de diagnósticos precoces e tratamentos mais eficazes visando melhorar a qualidade de vida de todo cidadão portador dessa doença principalmente, porque o câncer de pele está entre um dos altos índices de prevalência no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE Instituto Nacional de Câncer (INCA). **ABC do câncer - Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. Ano 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf Acesso em: 20 de Janeiro de 2024.
2. Sociedade Americana do Câncer. **Câncer de pele**. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/skin-cancer.html> Acesso em: 20 de Janeiro de 2024.
3. Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2023. **CÂNCER E TUMORES DE PELE**. Disponível em: <https://www.hospitaloswaldocruz.org.br/centro-especializado/oncologia/cancer-de-pele/> Acesso em: 22 de Janeiro de 2024.
4. Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Câncer da pele**. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/> Acesso em: 22 de Janeiro de 2024.
5. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer de Pele - Não Melanoma**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-nao-melanoma> Acesso em: 22 de Janeiro de 2024.
6. Ministério da Saúde. **ALERTA sobre Cancêr de pele: saiba como prevenir, diagnosticar e tratar**. 2020. Thaís Saraiva. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/cancer-de-pele-saiba-como-prevenir-diagnosticar-e-tratar> Acesso em: 02 de Fevereiro de 2024.
7. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Introdução A vigilância de câncer fornece os subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações para o controle de câncer**. Ano 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa/introducao> Acesso em: 02 de Fevereiro de 2024.
8. FERLAY J. et al. **Global cancer observatory: cancer today**. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>. Acesso em: 05 de Fevereiro de 2024.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Estimativa | 2023 Incidência de Câncer no Brasil**. 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf> Acesso em: 07 de Fevereiro de 2024.
10. MOISES FERREIRA FREIRE; CARLOS ROBERTO SALES; LUCAS NAZÁRIO DE OLIVEIRA; RAFAEL DAVID CATELAN; TIAGO PEREIRA DE ALBUQUERQUE. **EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE PELE EM RONDÔNIA E REGIÃO NORTE DO BRASIL**. Disponível em: <https://ime.events/oncoclil/pdf/16175> Acesso em: 20 de Fevereiro de 2024.
11. Souza SRP, Fischer FM, Souza JMP. **Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura**. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(4):588-598. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qGmYdy-ZwyXFD4x8P8ZPMvMg/abstract/?lang=pt> Acesso em: 21 de Fevereiro de 2024.
12. Popim RC, Corrente JE, Marino JAG, Souza CA. **Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NsK4sGrVWcZFwzdSZ5w8w7B/> Acesso em: 21 de Fevereiro de 2024.
13. Ministério da Saúde – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO Nº 56, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2009**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0056_09_11_2009.html Acesso em: 12 de Março de 2024.

14. Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Prevenção. Pele saudável exige cuidados, proteção e novos paradigmas de beleza. Sol, modo de usar.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/24-prevencao.pdf> Acesso em: 13 de Março de 2024.
15. Sbd.org.br [homepage]. **Campanha nacional de prevenção ao câncer de pele. Prevenção ao câncer da pele 2007.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/campanha-nacional-de-prevencao-ao-cancer-da-pele/> Acesso em: 13 de Março de 2024.
16. Costa FB, Weber MB. **Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS.** An Bras Dermatol. 2004;79:149-55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/3ncdxm7tSLkyX356W8NWLXQ/abstract/?lang=pt> Acesso em: 13 de Março de 2024.
17. Owen T, Fitzpatrick D, Dolan O, Gavin A. **Knowledge, attitudes and behaviour in the sun: the barriers to behavioural change in Northern Ireland.** Ulster Med J. 2004;73:96-104. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/8BJc9LYQbjhGCmTgwRzBnKG/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 13 de Março de 2024.
18. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhackle CL, Dzekaniak KS, et al. **Sunburn, sunscreens, and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil.** Int J Dermatol. 2002;41:557-62. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12358823/> Acesso em: 13 de Março de 2024.
19. Faccenda, Pedro Henrique; Freitas, Cristiane da Silva; Marcon, Carline Letícia Volpato. *Rev. bras. med. fam. comunidade.* 18(45): 3427, 20230212. *ilus, tab* Artigo em Português | Coleciona SUS, LILACS | ID: biblio-1434616 Biblioteca responsável: BR408.1 Localização: BR408.1 Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3427> Acesso em: 13 de Março de 2024.
20. Costa CS. **Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção.** Diagn. Trat. 2012;17(4):206–8. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3341.pdf> Acesso em: 13 de Março de 2024.
21. Didier FBCW, Brum LFS, Aerts DRGC. **Hábitos de exposição ao sol e uso de fotoproteção entre estudantes universitários de Teresina, Piauí*.** doi: 10.5123/S1679-49742014000300011. Epidemiol. Serv. Saúde v.23 n. 3 Brasília set. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n3/v23n3a11.pdf> Acesso em: 13 de Março de 2024.
22. Balogh TS, Velasco MVR, Pedriali CA, Kaneko TM, Baby AR. **Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção.** An Bras Dermatol. 2011 jul-ago;86(4):732-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/TY4cpMgMDSMRskf6XqSxF8f/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 de Março de 2024.
23. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** versão impressa ISSN 1679-4974 versão On-line ISSN 2237-9622. Epidemiol. Serv. Saúde v.23 n.3 Brasília set. 2014 Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000300011 Acesso em: 10 de Março de 2024.
24. **Cancer incidence and mortality among young adults aged 20-39 worldwide in 2012: a population-based study.** Miranda M. Fidler, Sumit Gupta, Isabelle Soerjomataram, Jacques Ferlay, Eva Steliarova-Foucher, Freddie

Bray. *Lancet Oncol.* 2017;18(12):1579-1589. doi: 10.1016/S1470-2045(17)30677-0 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29111259/> Acesso em: 10 de Março de 2024.

25. **Global Burden of Cutaneous Melanoma in 2020 and Projections to 2040.** Melina Arnold, PhD, Cancer Surveillance Branch, International Agency for Research on Cancer (IARC/WHO), 150 Cours Albert Thomas, 69372 Lyon Cedex 08, France (arnoldm@iarc.fr). Published in March 30, 2022. doi:10.1001/jamadermatol.2022.0160 Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2790344> Acesso: 10 de março de 2024

ANEXO 1 – Figuras e Tabelas

Figura 1. Incidências de casos de Câncer de Pele por Região – Segundo o Ano do Diagnóstico (2017-2023)

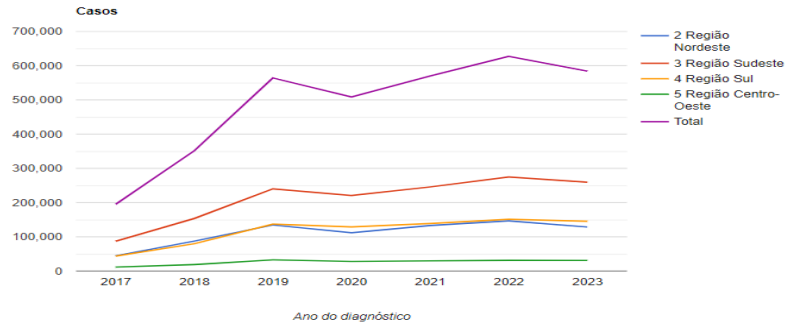


Figura 2. Incidências de casos por Região – Segundo o Ano do Diagnóstico (2017-2023)

Ano do diagnóstico	1 Região Norte	2 Região Nordeste	3 Região Sudeste	4 Região Sul	5 Região Centro-Oeste	Total
Total	123.190	786.497	1.481.404	825.342	183.754	3.400.187
2017	8.220	44.522	87.163	43.714	11.638	195.257
2018	11.697	87.291	153.621	79.936	19.056	351.601
2019	19.446	134.467	240.267	137.177	32.813	564.170
2020	19.311	111.960	220.539	128.807	27.980	508.597
2021	22.234	133.073	245.581	138.932	29.841	569.661
2022	22.733	146.459	274.886	151.441	31.435	626.954
2023	19.549	128.725	259.347	145.335	30.991	583.947

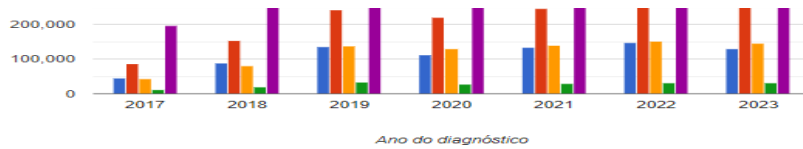
[COPIA PARA EXCEL](#) [SALVA COMO CSV](#) [COPIA PARA TARWIN](#)

Fontes: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN)

Tabela 1. Casos por Diagnóstico de Câncer de Pele segundo Idade

Painel-Oncologia - BRASIL
Casos por Região - diagnóstico segundo Ano do diagnóstico

Ano do diagnóstico	0 a 19 anos	20 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 39 anos	40 a 44 anos	45 a 49 anos	50 a 54 anos	55 a 59 anos	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos e mais	Ignorado	Total
Total	95.024	54.777	81.639	112.743	156.618	205.160	251.427	316.022	393.255	445.171	440.032	360.120	251.987	236.201	11	3.400.187
2017	5.266	2.151	3.655	5.776	8.276	10.819	15.083	19.964	24.653	26.906	26.000	20.505	14.755	11.447	1	195.257
2018	9.743	5.162	7.683	10.606	15.670	19.765	25.730	34.208	41.351	46.966	45.967	37.208	26.861	24.680	1	351.601
2019	15.900	9.661	13.230	19.111	26.108	33.004	41.646	53.518	64.851	73.706	72.300	58.663	42.387	40.082	3	564.170
2020	14.952	9.255	12.751	17.487	24.116	30.666	37.479	47.874	59.967	66.582	64.725	52.452	35.621	34.686	4	508.597
2021	17.397	9.986	14.405	19.488	26.832	34.881	42.018	51.959	65.541	73.919	72.648	60.061	41.005	39.520	1	569.661
2022	16.744	9.685	15.130	20.668	28.557	39.265	46.502	56.475	71.690	81.765	82.107	67.566	47.026	43.774	-	626.954
2023	15.022	8.877	14.785	19.607	27.059	36.760	42.969	52.024	65.202	75.347	76.285	63.665	44.332	42.012	1	583.947

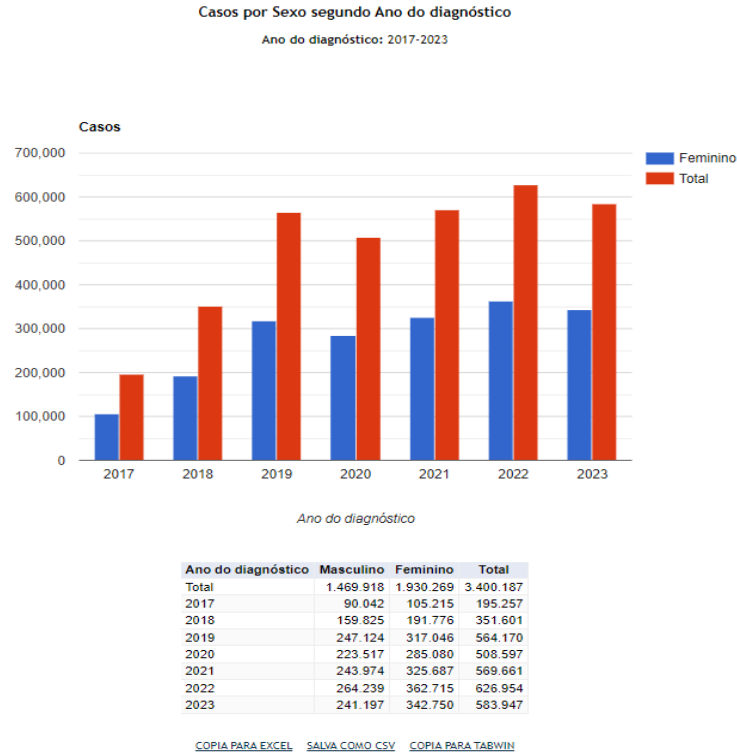


Ano do diagnóstico	1 Região Norte	2 Região Nordeste	3 Região Sudeste	4 Região Sul	5 Região Centro-Oeste	Total
Total	123.190	786.497	1.481.404	825.342	183.754	3.400.187
2017	8.220	44.522	87.163	43.714	11.638	195.257
2018	11.697	87.291	153.621	79.936	19.056	351.601
2019	19.446	134.467	240.267	137.177	32.813	564.170
2020	19.311	111.960	220.539	128.807	27.980	508.597
2021	22.234	133.073	245.581	138.932	29.841	569.661
2022	22.733	146.459	274.886	151.441	31.435	626.954
2023	19.549	128.725	259.347	145.335	30.991	583.947

[COPIA PARA EXCEL](#) [SALVA COMO CSV](#) [COPIA PARA TARWIN](#)

Fontes: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN)

Figura 3. Casos por Diagnóstico de Câncer de Pele segundo Sexo (2017-2023)

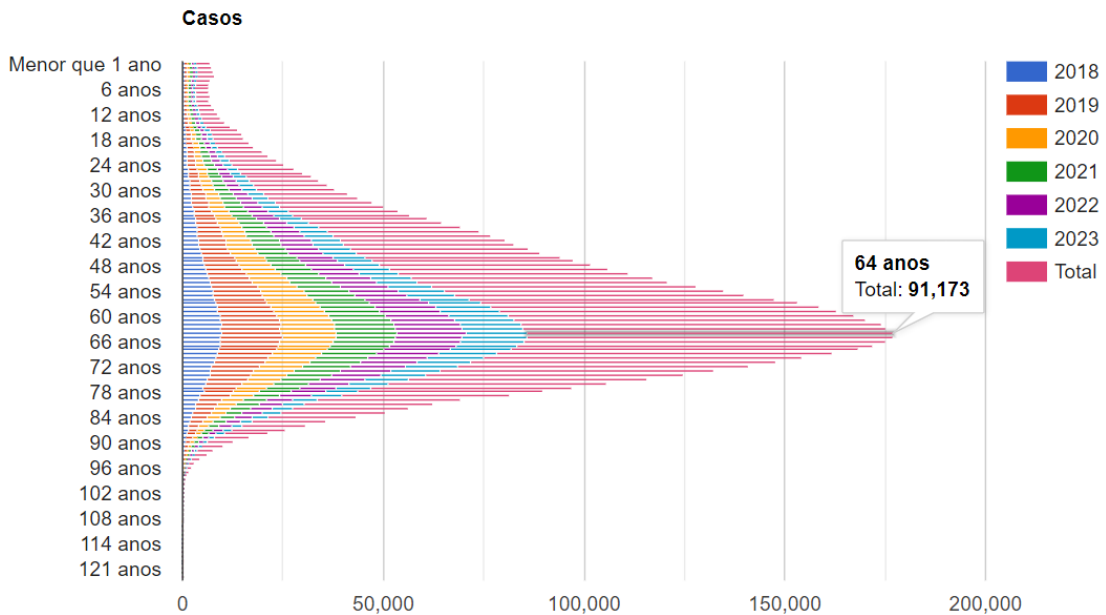


Fontes: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN)

Fontes: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação de Câncer (SISCAN).

Figura 4. Casos por Ano do diagnóstico segundo Idade

Fontes: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informação de Câncer (SISCAN).



ANEXO 2 – Normas de Submissão da Revista Saúde e Pesquisa

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- A contribuição é original e inédita, e que não estejam em avaliação simultânea em outro periódico. A submissão de um artigo para avaliação em vários periódicos simultaneamente constitui grave falta de ética do autor; O arquivo não deve conter nenhuma informação que identifique os autores;
- O arquivo original (texto do artigo) está em formato Microsoft **Word ou RTF** (desde que não ultrapasse os 2MB) e **SEM a identificação dos autores**.
- O texto segue os padrões de **Estilo Vancouver** e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na seção Submissões.
- **Dimensões arquivo** - Deve ser submetido em papel A4 (21x29,7 cm), em formato vertical (“orientação retrato” na configuração de página de seu computador). Margem Superior e Esquerda de 3 cm e Margem Inferior e Direita de 2 cm, espaçamento de 1,5 entre as linha e entrada de parágrafo de 1,25cm, alinhamento do texto: justificado; numeração de páginas: canto superior direito. Use a fonte Arial ou Times New Roman, tamanho 12, com os corpos 14 [para o título do trabalho], 12 [título das seções e textos], 10 [endereço, legenda de imagens e texto das tabelas e quadros e citações].
- **Autoria** - Conter no máximo seis autores na elaboração do artigo. Cadastrar os coautores no momento da submissão no 3º passo - Dados da submissão – Lista de coautores. Submissões incompletas quanto ao preenchimento correto serão rejeitadas. Veja [Tutorial de cadastro de artigo](#);
- **Cadastro no ORCID** - Como forma de padronização de autoria, a Revista Saúde e Pesquisa solicita a inclusão do ID do ORCID de todos os autores no ato da submissão.
- **CheckList [Abrir modelo](#)** - Documento obrigatório no momento da submissão. Ler e preparar o artigo conforme o item 1.9 Check-list como documento suplementar no ITEM 2 - TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO
- **Carta de aprovação do Comitê de Ética**, em se tratando de pesquisas com seres humanos ou animais, deverá ser anexada após o aceite do artigo conforme informações que serão enviadas posteriormente. O número da aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa deverá constar na seção métodos/metodologia
- **Conflitos de interesse [Abrir modelo](#)** Os autores devem declarar a existência ou não de conflito de autoria do manuscrito ou qualquer outro conflito de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro.
- **Ilustrações** O número de figuras, tabelas, gráficos e quadros aceitos no artigo deverá ser no máximo de 7 (sete) no conjunto. Tabelas e quadros em formato editável, ou seja, elaboradas a partir do próprio Word e não devem ultrapassar uma página;
- Todos os endereços de páginas na Internet (URLs), incluídas no texto (Ex.: <http://www.ibict.br>) estão ativos e prontos para clicar.

Diretrizes para Autores

1 ORIENTAÇÕES GERAIS:

1.1 A revista enfatiza ao(s) autor(es) que busque(m) assessoria linguística profissional (revisores e/ou tradutores certificados em inglesa) antes de submeter(em) originais que possam conter incorreções e/ou inadequações morfológicas, sintáticas, idiomáticas ou de estilo. Devem ainda evitar o uso da primeira pessoa “meu estudo...”, ou primeira pessoa do plural “percebemos...”, pois em texto científico o discurso deve ser impessoal, sem juízo de valor e na terceira pessoa do singular.

1.2 Taxas de Processamento de Artigo (Article Processing Charge - APC) e Submissão: A revista Saúde e Pesquisa **não cobra nenhuma taxa** para avaliação de manuscritos e publicação de artigos;

1.3 Publicação em inglês

Visando à internacionalização da Revista Saúde e Pesquisa, a partir do v. 17, n. 1 (2024), a publicação do artigo será apenas em inglês. Artigos submetidos em português deverão ser traduzidos para o inglês, **após aceite**.

1.3.1 A revisão do artigo (correção ortográfica e gramatical, no idioma da submissão), bem como, os custos da tradução e revisão do manuscrito aprovado são de responsabilidade do(s) autor(es) dos artigos. Estes deverão enviar o texto em inglês com o **envio da declaração emitida pelos revisores/tradutores credenciados no Item 6;**

1.4 Para submissão de manuscritos no idioma inglês e espanhol, obrigatoriamente deverá passar por revisores e/ou tradutores certificados na língua estrangeira após o aceite, indicados pela revista Saúde e Pesquisa, ver item 6;

1.5 Autores 1: Conter no, máximo **seis** autores na elaboração do artigo, e se enquadrar em uma das diferentes seções da revista, descritas no item 2 - Tipos de artigos publicados;

1.6 Autores 2: Como publicação de referência na área, a revista exige o grau mínimo de "Doutor" para autores interessados na submissão de artigos. No caso de autoria coletiva, pelo menos, um dos autores deve possuir tal titulação.

1.6.1 Autores 2: As **informações relacionadas aos autores** (nome, e-mail; Instituição/afiliação, URL lattes, ORCID) deverão ser preenchidas obrigatoriamente no momento da submissão do artigo no **3º passo - Dados da submissão – Lista de coautores**. Clique [Tutorial de Cadastro de Artigo](#);

1.7 Os manuscritos só iniciarão o processo de tramitação se estiverem de acordo com as Normas para envio de artigos, bem como o arquivo formatado corretamente (Anexo 1 e Anexo 2) e com os documentos obrigatórios transferidos no momento da submissão (Ver o item 1.9 completo - Check-list, Parecer do CEP e Declaração de Conflito). Caso contrário, serão rejeitados e os os (as) autores (as) serão informados por e-mail para correções e orientados a realizar nova submissão, caso haja necessidade;

1.7.1 O(s) autor(es) se responsabiliza(m) integralmente pelo conteúdo dos textos enviados. Todos os conteúdos publicados na Revista Saúde e Pesquisa estão sob licença da [Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional](#).

1.8 Somente para Artigos Aceitos - Prova Prelo: Após os trâmites de aprovação a Prova do Prelo (Artigo Diagramado) será enviado ao autor de correspondência por e-mail indicado. O autor deverá enviar o retorno no prazo de 48 h a partir da data de envio, informando a autorização da publicação para Núcleo Apoio à Editoração e Pesquisa (NAEP). Neste momento não serão aceitas grandes alterações na versão aprovada.

1.9 DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA: Além do manuscrito, os autores devem enviar no momento da submissão o **Check-list** como documento suplementar no ITEM 2 - TRANSFERÊNCIA DO MANUSCRITO;

1.9.1 **CheckList** [Abrir documento](#), os autores devem utilizar este arquivo para a elaboração do manuscrito conforme as normas da revista Saúde e Pesquisa, o mesmo deverá ser preenchido e transferido no momento da submissão, conforme orientação no item 1.9;

1.9.2 A **Carta de aprovação do Comitê de Ética**, em se tratando de pesquisas com seres humanos ou animais, deverá ser anexada após o aceite do artigo conforme informações que serão enviadas posteriormente. O número da aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa deverá constar na seção métodos/metodologia;

1.9.3 Conflitos de Interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que não são completamente aparentes, mas que podem influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, político, acadêmico ou financeiro. Quando os autores submetem um manuscrito, seja um artigo ou carta, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos que possam influenciar na avaliação do seu trabalho. A não declaração de possíveis conflitos de interesse irá pressupor a inexistência dos mesmos. (Clique [AQUI](#) e faça o download do exemplo).

2 TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS (SEÇÕES)

- **Artigos Originais:** divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução; Metodologia; Resultados; Discussão e conclusão. A seção Agradecimentos é opcional;
- **Relatos de Caso ou Técnicas:** apresentação da experiência profissional, baseada em estudo de casos peculiares e/ou de novas técnicas;
- **Promoção da Saúde:** trabalhos inéditos com o tema: Promoção da Saúde.
- **Artigos de Revisão:** Artigos de revisão seguindo todos os guidelines preconizados (limites máximos: 4.000 palavras, título, resumo não estruturado, 7 figuras ou tabelas no total e 40 referências no máximo).

3 NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

3.1 A revista Saúde e Pesquisa publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação simultânea em outro periódico. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificado a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão de um artigo para avaliação em vários periódicos simultaneamente constitui grave falta de ética do autor;

3.2 O procedimento adotado para aceitação definitiva será:

•**Primeira Etapa:** Seleção dos artigos segundo critérios editoriais. O Conselho Editorial constitui a instância responsável por essa etapa;

•**Segunda Etapa:** Se o conselho editorial achar necessária solicitação de parecer de Consultores *ad hoc*. Os pareceres comportam três possibilidades:

- a) Aceitação na íntegra;
- b) Aceitação com modificações;
- c) Recusa integral.

3.3 Em sendo aprovado, o artigo será publicado no primeiro número da revista com espaço disponível.

3.4 O periódico não tem como critério exclusivo de publicação a ordem cronológica na qual recebe os textos e sim sua aceitação nas etapas descritas acima. O Conselho Editorial não se compromete a devolver os originais enviados.

3.4.1 O prazo médio entre submissão, avaliação dos editores, peer-review e eventual aprovação para publicação é de cinco meses.

3.5 Direitos Autorais: Os direitos autorais para os artigos publicados nesta revista são de direito do autor, com direitos da revista sobre a declaração de concessão enviada pelos autores para a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações indicando claramente a revista Saúde e Pesquisa como o meio da publicação original. Em virtude de tratar-se de um periódico de acesso aberto, é permitido o uso gratuito dos artigos, principalmente em aplicações educacionais e científicas, desde que citada a fonte original.

3.6 Política contra más Conduta e Plágio em Pesquisa A Ética na Pesquisa quanto aos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas compostas na **Declaração de Helsinki** [abrir](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 2000 e 2008) da Associação Médica Mundial. Para pesquisas que apresentam resultados envolvendo Seres Humanos no Brasil, obrigatoriamente os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na **Resolução CNS RESOLUÇÃO Nº 510, de 07 de Abril de 2016**, do **Conselho Nacional de Saúde** [Abrir](#). Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção **“Metodologia”**, que o consentimento dos sujeitos

foi obtido e a indicação de que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, bem como citar o número do parecer ou protocolo de aprovação.

3.7 Ética na Pesquisa Animal Estudos que envolvam experimentos envolvendo animais, deve ser respeitada a Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008; e as normas estabelecidas no Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D.C., Estados Unidos), de 1996, e os Princípios Éticos na Experimentação Animal (Colégio Brasileiro de Experimentação Animal – COBEA [Abrir](#)). O(s) autor(es) devem mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), credenciada pelo Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA), órgão integrante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação.

3.8 Ensaio Clínico: Para os Ensaio Clínicos, **é obrigatório** a indicação do Número do Registro do ensaio no **CheckList** e também através da apresentação através do envio em **Documentos Suplementares** no momento da submissão. A revista Saúde e Pesquisa aceita qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas [Abrir](#). A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço [Abrir](#).

3.9 Critérios de Autoria: A revista **Saúde e Pesquisa** adota os critérios de autoria para artigos segundo as recomendações do *International Committee of Medical Journal Editors ICMJE* [Abrir](#). Desta maneira, apenas aquelas pessoas que colaboraram diretamente para o conteúdo intelectual do manuscrito devem ser listadas como autores.

Abaixo os três principais critérios que os autores devem observar, de forma a poderem ter responsabilidade pública pelo conteúdo do trabalho:

1. Ter concebido e planejado as atividades que levaram ao trabalho ou interpretado os resultados a que ele chegou, ou ambos;
2. Ter escrito o trabalho ou revisado as versões sucessivas e tomado parte no processo de revisão;
3. Ter aprovado a versão final.

Além dos itens acima a revista **Saúde e Pesquisa** também considera a participação no artigo os itens abaixo:

1. Concepção e delineamento;
2. Procedimentos técnicos;
3. Aquisição dos dados;
4. Análise estatística;
5. Preparação do manuscrito.

A responsabilidade pela temática dos manuscritos submetidos à revista **Saúde e Pesquisa** é dos autores. Embora as informações nesta Revista sejam consideradas original e real ao serem publicadas, tanto o Editor, bem como os membros do Conselho Editorial não podem aceitar qualquer responsabilidade legal por quaisquer erros ou omissões que possam ser feitas.

Pessoas que não preenchem tais requisitos, podem ser citadas na seção Agradecimentos.

4 NORMAS GRÁFICAS

4.1 A partir de 2018 a revista **Saúde e Pesquisa** adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estilo Vancouver, disponível no site: <http://www.icmje.org> ou [veja aqui](#) (versão traduzida em português).

4.2 Formatação do artigo

Todos os artigos submetidos devem seguir criteriosamente as Normas submissão e Diretrizes para autores da Revista Saúde e Pesquisa.

Artigos submetidos fora das **Normas de formatação**, bem como submetidos com **cadastro incompletos em metadados no Passo 3 – submissão**, que tenham a falta de: Id ORCID; Id Lattes; não preenchimento da filiação; não preenchimento em "Resumo da biografia" os itens: última titulação acadêmica, departamento/programa de mestrado/doutorado e IES vinculados, bem como cidade, estado e país, **serão automaticamente arquivados/rejeitados na pré-avaliação**. Orientamos que façam o download dos arquivos de apoio: Tutorial de Cadastro de Artigo (Item 1.6.1), Anexo 1 e Anexo 2.

Clique [aqui](#) para saber **como preparar o artigo dentro das normas de formatação da revista para artigos científicos (Anexo 1)**

5 REFERÊNCIAS

A revista Saúde e Pesquisa adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estilo Vancouver, disponível no site: [veja aqui](#) (versão traduzida em português).

Na lista de referências, as referências devem ser **numeradas consecutivamente**, conforme a ordem que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Portanto, devem ser numeradas e normalizadas de acordo com o Estilo Vancouver.

- Referencia-se o(s) autor(e)s pelo sobrenome, apenas a letra inicial é em maiúscula, seguida do(s) nome(s) abreviado(s) e sem o ponto.
- Quando o documento possuir de um até seis autores, citar todos os autores, separados por vírgula. Quando possui mais de seis autores, citar todos os seis primeiros autores seguidos da expressão latina "et al".
- Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: [Aqui](#).
- Para abreviatura dos **títulos de periódicos nacionais e latino-americanos**, consultar o site: [Aqui](#) eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.
- Com relação à abreviatura dos meses dos periódicos - em inglês e alemão, abrevia-se os meses iniciando por maiúsculas; em português, espanhol, francês e italiano, em minúsculas. Ambos serão sem ponto como recomenda o Estilo Vancouver.
- As referências deverão conter o DOI.

Clique [aqui](#) para ver as orientações gerais quanto as normas Vancouver e exemplos. **(Anexo 2)**

Declaração de Direito Autoral

A submissão de originais para a revista **Saúde e Pesquisa** implica na transferência da **Carta Concessão de Direitos Autorais**, pelos autores, dos direitos de publicação digital para a revista após serem informados do aceite de publicação.

A Secretaria Editorial irá fornecer da um modelo de **Carta de Concessão de Direitos Autorais**, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislação específica. Os direitos autorais dos artigos publicados nesta revista são de direito do autor, com direitos da revista sobre a primeira publicação. Os autores somente poderão utilizar os mesmos resultados em outras publicações, indicando claramente a revista Saúde e Pesquisa como o meio da publicação original. Em virtude de tratar-se de um periódico de acesso aberto, é permitido o uso gratuito dos artigos, principalmente em aplicações educacionais e científicas, desde que citada a fonte. A Saúde e Pesquisa adota a licença Creative Commons Attribution 4.0 International.

A revista se reserva o direito de efetuar, nos originais, alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter o padrão culto da língua e a credibilidade do veículo. Respeitará, no entanto, o estilo de escrever dos autores. Alterações, correções ou sugestões de ordem conceitual serão encaminhadas aos autores, quando necessário. Nesses casos, os artigos, depois de adequados, deverão ser submetidos a nova apreciação. As opiniões emitidas pelos autores dos artigos são de sua exclusiva responsabilidade.

Política de Privacidade

Como política de privacidade adotada pela Revista Saúde e Pesquisa, os artigos são enviados aos avaliadores ad hoc por meio do Open Journal System (OJS), sem identificação de autoria, da mesma forma que ao autor não é revelado a identificação dos avaliadores (double blind review). Todas as informações solicitadas para cadastro dos usuários são de uso exclusivo da Revista Saúde e Pesquisa e serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta para publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou à terceiros.

[Open Journal Systems](#)

Idioma

- [English](#)
- [Português \(Brasil\)](#)

[Enviar Submissão](#)

e-ISSN

2176-9206

Qualis Referência - CAPES Quadriênio 2017/2020

Interdisciplinar - B1
Saúde Coletiva - B1
Psicologia - B1
Educação - B1
Enfermagem - B1
Farmácia - B1
Medicina - B1
Odontologia - B1

Google Scholar

Índice H5: 15
Mediana H5: 41

Indexada**Base de Dados**

LILACS
Sumários.Org

Diretórios

Diadorim
UlrichsWeb
DOAJ - Directory of Open Access Journals
Latindex

Portais Abertos

LiVRE!
IBICT SEER
Periódicos CAPES
Google Scholar

Licença Creative Commons

[Saúde e Pesquisa](#)

[ISSN 2176-9206 Online](#)

[UniCesumar, Maringá \(PR\), Brasil](#)

[Contato: naep@unicesumar.edu.br](mailto:naep@unicesumar.edu.br)