

**UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Amanda Bartelega Szkelnik

Amanda Freitas Prieto

**QUEILITE ACTÍNICA:
Avaliação do conhecimento dos fatores predisponentes
pela população**

TAUBATÉ – SP

2018

Amanda Bartelega Szkelnik

Amanda Freitas Prieto

**QUEILITE ACTÍNICA:
Avaliação do conhecimento dos fatores predisponentes
pela população**

Trabalho de Graduação apresentado
para obtenção do grau Bacharelado
Odontologia ao Departamento de
Odontologia da Universidade de
Taubaté

Orientador: Prof. Me. Alexandre Cursino
de Moura Santos

TAUBATÉ – SP

2018

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

S998q Szkelnik, Amanda Bartelega
Queilite actínica: avaliação do conhecimento dos fatores predisponentes
pela população / Amanda Bartelega Szkelnik; Amanda Freitas Prieto. -- 2018.
31 f. : il.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, 2018.

Orientação: Prof. Me. Alexandre Cursino de Moura Santos,
Departamento de Odontologia.

1. Lábios. 2. Queilite Actínica. 3. Radiação solar. I. Prieto, Amanda
Freitas. II. Universidade de Taubaté. III. Título.

CDD - 617.63j

Ficha catalográfica elaborada por Angela de Andrade Viana – CRB-8/8111

Amanda Bartelega Szkelnik

Amanda Freitas Prieto

**QUEILITE ACTÍNICA:
Avaliação do conhecimento dos fatores predisponentes
pela população**

DATA: 28 DE NOVEMBRO DE 2018

COMISSÃO EXAMINADORA:

Alexandre Cursino de Moura Santos, Universidade de Taubaté
Orientador

Marcelo Gonçalves Cardoso, Universidade de Taubaté
Membro

Lucilei Lopes Bonato, Universidade de Taubaté
Membro

DEDICATÓRIA

Às nossas famílias e amigos que tornaram tudo isso possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que esteve ao nosso lado para não desistir e continuar lutando pelo nosso sonho.

À instituição, UNITAU, agradecemos pelo ambiente propício à evolução e ao crescimento, que agregou muito em todos esses anos de graduação.

Ao longo de todo o nosso percurso, tivemos o privilégio de trabalhar perto dos melhores professores, educadores e orientadores. Sem eles, não seria possível estarmos aqui hoje.

Em especial ao nosso Professor Orientador, Mestre Alexandre Cursino de Moura Santos, por todo auxílio e dedicação para com o nosso trabalho. À Professora, Lucilei Lopes Bonato e ao Professor Marcelo Gonçalves Cardoso, por todo o ensinamento ao longo desses anos e por terem aceitado nosso convite para participarem desse dia tão especial em nossas vidas.

Aos nossos amigos, familiares, nós deixamos um grande agradecimento. Hoje somos pessoas realizadas e felizes porque não estivemos sozinhas nesta longa caminhada. Vocês foram nossos elos de apoio, sem vocês não teríamos conseguido.

A quem não mencionamos, mas que estiveram junto conosco, prometemos reconhecer essa proximidade, ajuda e incentivo em todos os dias da nossa vida. Principalmente as nossas amigas que fizemos na faculdade, levaremos para o resto da vida e torceremos para terem muito sucesso nessa profissão.

“Sem ambição, ninguém começa nada. Sem trabalho, não se acaba nada. O prêmio não será enviado a você. Você tem que ganhá-lo.”

(Ralph Waldo Emerson)

RESUMO

SZKELNIK, A. B.; PRIETO, A. F.; SANTOS, A. C. M. (2018). **Queilite Actínica: avaliação do conhecimento dos fatores predisponentes pela população**. 32p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Odontologia, Universidade de Taubaté - Departamento de Odontologia, Taubaté.

A Queilite Actínica é uma lesão de lábio inferior causada pela ação da radiação ultravioleta do sol sobre os lábios, sendo considerada uma lesão potencialmente cancerizável que pode evoluir para um carcinoma. Em geral, os pacientes são assintomáticos e os sinais clínicos não refletem a gravidade histopatológica da lesão. O objetivo deste trabalho foi verificar se trabalhadores que exercem suas atividades de maneira contínua, expostos a radiação solar têm conhecimento do que é a Queilite Actínica e se por consequência, têm conhecimento da existência de métodos de prevenção para evitar o aparecimento da lesão. Concluímos após análise dos dados que se faz necessário um trabalho de informação e conscientização para a prevenção aos trabalhadores expostos rotineiramente à radiação solar, visto que em nosso estudo de campo apenas três pessoas tinham conhecimento sobre a doença.

Palavras-chave: Queilite Actínica, Lábios, Radiação solar.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Grau de alfabetização	21
Gráfico 2 – Tabagista	22
Gráfico 3 – Etilista	22
Gráfico 4 – Frequência	23
Gráfico 5 – Exposição Solar	23
Gráfico 6 – Uso de proteção solar	24
Gráfico 7 – Histórico familiar de câncer	24

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	PROPOSIÇÃO.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	20
5	RESULTADOS.....	21
6	DISCUSSÃO.....	25
7	CONCLUSÃO.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29
	ANEXO.....	32

1 INTRODUÇÃO

O câncer bucal representa a quarta neoplasia maligna mais comum entre os homens e a sétima entre as mulheres. O Carcinoma de Células Escamosas (CCE), em alguns casos, é precedido por lesões consideradas pré-malignas. O termo pré-maligna foi definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1997, como “um tecido morfológicamente alterado em que o câncer é mais fácil ocorrer do que nos tecidos aparentemente normais” (MIRANDA *et al.*, 2011).

Apenas 15% de todos os casos de neoplasias malignas ocorrem com diagnóstico, nos estágios iniciais da lesão, e, aproximadamente 50% dos pacientes, já chegam aos centros de tratamento com metástases no momento do diagnóstico (MARTINS *et al.*, 2008). Indivíduos expostos cronicamente à luz solar e com baixa imunidade, especialmente pacientes transplantados, apresentam maior possibilidade de incidência de neoplasias malignas no lábio inferior (RIBAS *et al.*, 2006).

A radiação solar pode provocar alterações labiais em pessoas que se expõem cronicamente ao sol - sem o uso de proteção adequada (protetor solar, protetor labial, bonés e chapéus) - especialmente a Queilite Actínica (QA) e o Carcinoma Epidermoide de lábio (SILVA *et al.*, 2006). A Queilite Actínica é uma lesão de lábio inferior, definida como uma condição degenerativa do epitélio de revestimento, causada pela ação da radiação ultravioleta do sol sobre os lábios, sendo considerada uma lesão cancerizável que pode evoluir para um carcinoma (CINTRA *et al.*, 2003).

Atinge, principalmente, homens de pele clara, entre 40 e 80 anos de idade. O principal fator etiológico da Queilite Actínica é a exposição crônica dos lábios à radiação ultravioleta (UV) do sol, em especial os raios UVB, que possuem maior poder de penetração do que os raios UVA (MARTINS *et al.*, 2006).

Foi calculado um coeficiente de incidência para esse tumor de 20,88 por 100.000 habitantes, sendo 33,25 para o sexo masculino e 9,59 para o feminino. No lábio, apresenta uma incidência de 3,2 por 100.000 habitantes. O carcinoma espinocelular representa 89,9% dos cânceres da cavidade bucal, atingindo desde

crianças a idosos. O lábio inferior é o local mais acometido devido a sua região anatômica (ABREU *et al.*, 2006).

Assim, sendo a hipótese deste estudo a de que trabalhadores expostos continuamente à radiação solar desconhecem o que é a Queilite Actínica e conseqüentemente seus métodos de prevenção, avaliou-se 50 pessoas e concluiu-se que a hipótese estava correta.

2 PROPOSIÇÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar através da aplicação de um questionário, se trabalhadores autônomos ambulantes que exercem suas atividades de maneira contínua, expostos a radiação solar tem conhecimento do que é a Queilite Actínica e se por consequência têm conhecimento da existência de métodos de prevenção para evitar o aparecimento da lesão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Leite *et al.* 2003 concluíram que os raios ultravioleta B são os responsáveis pelas alterações actínicas nos lábios. O vermelho do lábio inferior, devido à sua localização anatômica, recebe mais raios ultravioleta, sendo considerado o sítio principal da queilite actínica e do carcinoma de células escamosas. A queilite actínica deve ser tratada para que não evolua para o carcinoma de células escamosas. Nos estágios iniciais da lesão, há eritema e edema dos lábios e, em estágios mais avançados, escamação do lábio inferior. Também podem aparecer áreas de inflamação, leucoplasias, fissuras lineares, desaparecimento do vermelhão da junção do lábio, infiltração e atrofia.

A queilite actínica é uma lesão pré-neoplásica do lábio inferior devido à exposição ultravioleta da radiação solar, predominantemente em homens de pele clara. Pontes *et al.*, 2005, conduziram um estudo com amostras de queilite actínica e mucosa labial normal, no Laboratório de Anatomia Patológica da Faculdade da Universidade Federal de Minas Gerais. Eram compostos de doze amostras de queilite actínica e seis de mucosa do lábio inferior. Os casos da lesão foram distribuídos em dois grupos: um, contendo cinco casos de atipia discreta e um caso com ausência de atipia, e o segundo grupo com quatro casos de atipia moderada e dois de atipia acentuada.

Todos os pacientes eram homens, sendo 11 leucodermas e um melanoderma. As alterações eram, no lábio inferior, e a média de idade dos pacientes era de 55 anos. Eles avaliaram a interferência da proteína hMSH2 por ser a proteína principal da fonte de reparo dos danos pela radiação ultravioleta, e concluíram que essa proteína não aumenta a progressão de queilite actínica para carcinoma epidermoide de lábio. A queilite actínica, no início, aparece como uma pequena mancha, na mucosa labial, com áreas de eritema irregular. Conforme a lesão aumenta, surgem áreas ásperas, escamosas, esbranquiçadas, de espessura variável, que apresentam limites bem ou mal definidos. A partir disso, o lábio perde sua nitidez e adquire um aspecto borrado entre a semimucosa e a pele adjacente.

Foi realizado um projeto que envolveu sete comunidades pesqueiras da Ilha de Santa Catarina e uma da Ilha do Continente, com 25 pacientes. A maioria dos pescadores eram leucodermas e apenas oito eram melanodermas. A média de idade dos pacientes foi de 47 e 73 anos. O tempo médio de exposição diária de 8,44 horas, sendo que mais de 80% dos pescadores ficavam diariamente, mais de 6 horas expostos à radiação solar. Foram encontrados 48 casos de queilite actínica, divididos de acordo com seu grau de severidade em leve (ressecamento e descamação), moderada (ressecamento e descamação mais severos com fissuras) e severa (além das alterações dos grupos anteriores, apresenta perda do limite entre pele e mucosa, endurecimento do lábio e ulcerações). Foi possível avaliar que 62 pescadores (55,86%) utilizavam alguma forma de proteção labial e 49 (44,14%) não utilizavam (SILVA *et al.*, em 2005).

A lesão pode apresentar-se de duas formas: localizada ou difusa. Geralmente são assintomáticas, erosivas, brancas, vermelhas ou brancas com áreas avermelhadas. A diferenciação clínica entre queilite actínica e carcinoma espinocelular é feita através da palpação. Histologicamente, é caracterizada por um epitélio estratificado escamoso atrófico, com produção de queratina, epitélio displásico, células inflamatórias crônicas infiltradas e o tecido conjuntivo atrófico, acelular e basófila, com alterações no colágeno e nas fibras elásticas (CORSO *et al.*, 2006).

Abreu *et al.*, 2006 realizaram um estudo do carcinoma espinocelular de lábio para comprovar que a queilite actínica pode ser considerada um indicador de melhor prognóstico para a pessoa. Os resultados mostraram que o carcinoma espinocelular de lábio é mais frequente, no sexo masculino, em pele branca e situado no lábio inferior, constatando que há dependência entre a queilite actínica e a elastose solar.

A Queilite Actínica é outra forma de Ceratose Actínica. As ceratoses são importantes, pois são os neoplasmos cutâneos mais frequentes e têm correlação com o carcinoma espinocelular. As ceratoses actínicas são pápulas ou placas escamosas, verrucosas, ceratóticas, com a mesma colocação da pele, podem ser eritematosas ou pigmentadas. Elas apresentam diâmetro entre 2 e 6 mm, as bordas são discretas ou indefinidas. O diagnóstico de uma ceratose geralmente é crônico, e

deve incluir a palpação das lesões. Quando houver infiltração, a avaliação histopatológica é necessária para distingui-la de um carcinoma espinocelular (CASTRO *et al.*, 2006).

Queilite Actínica é uma lesão potencialmente maligna. Atinge homens que trabalham expostos à radiação ultravioleta (UV) do sol, e o lábio inferior, devido a sua anatomia, além do sol, o cigarro e o álcool também são fatores influentes. A doença pode se apresentar de duas formas. A forma aguda predomina em jovens, é comum nos meses de verão e possui edema e vermelhidão que podem evoluir para crostas. Já a forma crônica atinge indivíduos acima da quarta década de vida e ocorre em qualquer época do ano. Apresenta elevação do lábio inferior até a comissura, por alterações na cor e perda de elasticidade. O diagnóstico da queilite actínica deve ser feito através de anamnese, exame físico, exame visual e de palpação. Os diagnósticos diferenciais podem ser queimaduras solares, carcinoma epidermoide, líquen plano, lúpus eritematoso, queratoacantoma e herpes labial. E o diagnóstico final é feito através da biópsia incisional e exame histopatológico. Quando o exame não apresentar atipia epitelial deve-se fazer o tratamento conservador, mas se apresentar, é necessária a remoção total da lesão (MARTINS *et al.*, 2007).

As lesões pré-cancerizáveis antecedem o câncer bucal. O carcinoma espinocelular corresponde a 95% das neoplasias malignas de mucosa oral e 8% das que acometem os homens no Brasil. A transformação maligna da queilite actínica vai até 17% dos casos. As lesões podem ser brancas não ulceradas (29% dos casos), ulceradas ou erosivas (48%), e também podem ocorrer de forma mista (23%). Microscopicamente, apresentam alterações do tecido conjuntivo e epitelial, atrofia e displasias que podem ser leves, moderadas ou severas. Devem-se recomendar para o paciente diagnosticado com a lesão pomadas corticosteroides, o uso de protetores solares, nos lábios, a redução da exposição solar e, aos pacientes fumantes, a suspensão do hábito. Quando a lesão não regredir, tem que ser indicado o tratamento cirúrgico como: vermelhectomia, criocirurgia, cirurgia a laser de CO₂, 5-fluorouracil tópico, ácido tricloroacético e ácido retinoico a 0,05% (MARTINS *et al.*, 2008).

A queilite actínica é uma alteração difusa e pré-maligna com sua evolução lenta. A atrofia da borda do vermelhão do lábio inferior é o primeiro sinal de

manifestação. Quando progride, áreas ásperas e escamosas aparecem nas porções mais ressecadas. Podem aparecer ulcerações crônicas que duram meses ou evoluem para o carcinoma de células escamosas. O carcinoma desenvolve-se em 6 a 10% dos casos de queilite actínica (SILVA *et al.*, 2009).

Dornelas *et al.*, 2009 fizeram um estudo para avaliar a expressão de apoptose (p53, Bcl-2) e de proliferação celular (PCNA, Ki-67) em indivíduos com carcinoma espinocelular e ceratose. A radiação UV causa dano ao DNA devido às mutações, no gene p53, que controla o ciclo celular e apoptose. Isso pode levar à proliferação celular, acúmulo de DNA mutado e ao câncer. Os dados obtidos foram uma maior tendência de ceratose em mulheres e de carcinoma nos homens.

Roscoe *et al.*, 2010 elaboraram uma pesquisa com 32 pacientes que apresentavam um dos seguintes aspectos clínicos de queilite actínica: descamação, ceratose acentuada, eritema, atrofia, erosão, perda de nitidez do limite entre o vermelhão e a pele e infiltração à palpação. Foi dividida em dois grupos para tratamento cirúrgico, a vermelhectomia em seus dois tipos: clássica e em W-plastia. Dos resultados apresentados, 19 indivíduos eram do gênero feminino e 13 do masculino. Dentre esses, 17 declararam-se fumantes e a média de tempo de exposição solar foi de 30,78 anos. A cirurgia, na técnica clássica, teve um tempo médio de 19,6 minutos e, na técnica em W-plastia, foi de 21,6. Pacientes submetidos a W-plastia apresentaram sensação de lábio seco, em dois casos, e de parestesia em cinco casos. A vermelhectomia foi eleita como forma de tratamento da queilite actínica devido ao método rápido com tempo de pós-operatório de curto prazo, com complicações de baixo índice e eficaz na profilaxia do carcinoma espinocelular de lábio. Em relação aos resultados estéticos, a W-plastia foi superior à técnica clássica e não houve alteração funcional em nenhuma das técnicas utilizadas.

Veo *et al.*, 2010 afirmam que o aparecimento de lesões como queilite actínica provém da falta de informação dada aos trabalhadores da área rural, fazendo com que desconheçam a doença e não tomem medidas preventivas. Aponta também como principal fator etiológico da doença a exposição crônica ao sol, que pode causar queimaduras, câncer de pele, cataratas e envelhecimento precoce da pele. Existem diferentes técnicas para tratar a QA, entre elas, a ablação com laser de CO₂, a vermelhectomia e a terapia tópica com gel de diclofenato a 3%. Após qualquer procedimento de tratamento para a QA, devem ser seguidas medidas

preventivas para diminuir a exposição solar, como o uso de protetores labiais, o uso de bonés e a diminuição do tempo em exposição ao sol.

Silva *et al.*, 2011 realizaram um estudo com 706 pacientes atendidos no CEO de Estomatologia, entre 2008 e 2009. Nesse estudo, 4,5% dos pacientes com lesão apresentaram QA. A incidência mostra que os homens são mais afetados, pois na maioria das vezes, são trabalhadores rurais, marinheiros, pescadores, operários de construção, que estão constantemente expostos à radiação solar. Dentre esses pacientes, nos casos em que a regressão não foi observada, 18,7% dos pacientes, foi indicada a biópsia excisional, devido à relação com malignidade, sendo necessária, em alguns casos, a vermelhectomia.

Miranda *et al.*, 2011 afirmaram que o câncer oral é a quarta neoplasia maligna mais comum entre os homens e a sétima entre as mulheres. O carcinoma é procedido por lesões consideradas pré-malignas. Um exemplo é a queilite actínica, assintomática, que pode apresentar-se na forma aguda, menos comum, intensa exposição ao sol, com ulcerações, bolhas e crostas, é autolimitante e regride. A forma crônica é a mais comum, surge devido à exposição solar de forma contínua e é encontrada depois da quinta década de vida. O estudo classificou a queilite segundo ao grau de severidade proposto por Silva *et al.*, 2006, sendo leve quando tem ressecamento e descamação, moderada quando mais intensa e com fissuras, e severa quando há endurecimento do lábio, apagamento do limite dermatomucoso, ulcerações e crostas. Foram examinados 1539 indivíduos trabalhadores rurais, 978 eram homens com idade média de 34 a 56 anos. Foram registrados 141 casos de queilite actínica e 106 indivíduos tinham mais de 10 anos de exposição solar. As alterações clínicas que mais apareceram foram aspereza, descamação, fissuras, alterações de cor e ressecamento. Com isso, concluíram que os efeitos maléficos do sol são cumulativos e, por isso, o tempo de exposição influencia na severidade das lesões de queilite.

Paiva *et al.*, 2012 relataram que a queilite actínica ocorre com inflamação crônica que induz à diminuição da reação imunológica local. A intensidade do infiltrado inflamatório interfere na desorganização da arquitetura epitelial, agravando a lesão. Em seus estudos, 55,6% (25) eram do sexo masculino e 44,4% (20) do sexo feminino. Todos eram brancos, agricultores e com lesões no lábio inferior. Quase todos apresentavam algum grau de displasia epitelial e, em nove casos, (20%) eram

carcinomas. A atipia dos ceratinócitos é uma característica histopatológica muito importante da queilite actínica.

Araujo *et al.*, 2012 analisaram 35 casos de QA na população do Nordeste do Brasil. Os dados clínicos das lesões foram obtidos nos pedidos de exames anatomopatológicos. Os casos foram classificados de acordo com o grau de displasia epitelial, sendo 17 casos de displasia discreta, 13 moderada e 5 intensa. Nos resultados histológicos, foram observadas perda de polarização das células do estrato basal, hiperplasia de células do estrato basal e projeções epiteliais em gota. No estudo, confirmaram os dados epidemiológicos da literatura, pois 60% dos casos eram homens, a idade média foi de 54 a 60 anos e a maioria dos pacientes era leucoderma.

Ribeiro *et al.*, 2012 estudaram a terapia fotodinâmica. Os pacientes se submeteram a um tratamento tópico com cloridrato de aminolevulinate de metila 16%, aplicado uma vez no lábio inferior. Eles foram avaliados três vezes: a primeira logo após o procedimento, a segunda sete dias depois e a terceira depois de uma média de 62,5. Avaliaram uma escala analógica de dor, variando um grau de 0 a 10. A pontuação média de dor durante o procedimento foi cinco. O principal efeito adverso do PDT é a dor, mas que diminui significativamente 8 horas após a aplicação. Os 19 pacientes submetidos a até três sessões de PDT afirmaram uma melhoria clínica, percebida depois de dois meses.

Cintra *et al.*, 2013 realizaram um estudo epidemiológico com os trabalhadores de Piracaia-SP por meio de questionário e de observação clínica. O estudo mostrou que 73,3% dos pacientes eram homens com idade entre 20 e 44 anos. Dos 120 pacientes, 35,8% apresentaram QA, e destes, 30,8% possuíam grau leve a moderado de displasia. Apenas 15,83 relataram o uso de protetor solar labial; 60% dos pacientes se expunham ao sol uma média de 8 horas por dia. A probabilidade de evoluir para um câncer maligno é maior em pacientes tabagistas e elitistas. No estudo, 52 eram fumantes e quarenta faziam uso de bebida alcoólica diariamente.

Cremonesi *et al.*, 2017 elaboraram um estudo retrospectivo com 56 prontuários contendo 42 do sexo feminino e 14 masculinos. A idade média dos pacientes foi de 57 a 73 anos. A maior prevalência de QA foi em pacientes com idade entre 61 a 70 anos. Dos 56 casos de QA, 16 afirmaram trabalhar expostos ao

sol; 75% dos casos eram de pacientes tabagistas. A QA teve predominância na parte média do lábio inferior, com lesões de 5 e 10 mm de diâmetro.

Barreto *et al.*, 2017 fizeram um estudo clínico com agentes de saúde comunitários em Fortaleza. A classificação de QA foi de acordo com o grau de gravidade da lesão, divididas em leve, moderada e grave. No total, foram 562 agentes de saúde, 83,8% eram do sexo feminino e 16,2% do sexo masculino; 33,6% eram brancos, 55,6% eram pardos e 10,8% negros. Dos participantes, 30,3% apresentaram mucosa labial normal, 58,6% grau leve de QA, 10,2% grau moderado e apenas 0,9% grau grave da doença. Portanto, puderam perceber que a QA é uma doença ligada diretamente à etnia, tendo uma prevalência maior em indivíduos de pele clara. No estudo, foi relatado que 47,5% dos participantes usaram protetor labial, e 77,5% não usavam e apresentaram um maior índice de QA moderada e grave.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Taubaté (UNITAU). Para a realização desse estudo, foi desenvolvido um questionário baseados em dados da literatura (Anexo A), que foi aplicado em trabalhadores expostos rotineiramente à radiação solar na cidade de Taubaté- São Paulo.

Neste estudo foram incluídos participantes com idade mínima de 21 anos desenvolvendo atividade laboral expostos rotineiramente a radiação solar. Poderiam ser incluídos participantes tanto do gênero masculino, quanto feminino e independentemente de raça ou grau de escolaridade. Em adição, como obrigatoriedade, os participantes foram informados sobre a característica da pesquisa e caso houvesse dúvida estas seriam sanadas.

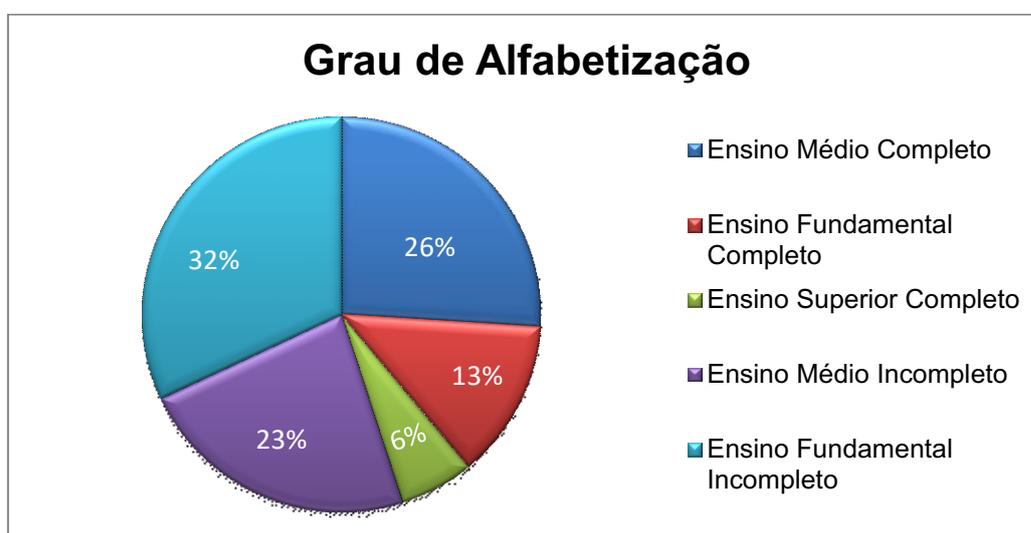
Para a análise da pesquisa exploratória quantitativa, foram entrevistados 50 indivíduos, no qual responderam conforme seus hábitos e históricos de vida. Todos os participantes leram e assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido.

Em seguida, a partir das informações coletadas, foi realizada a análise dos dados.

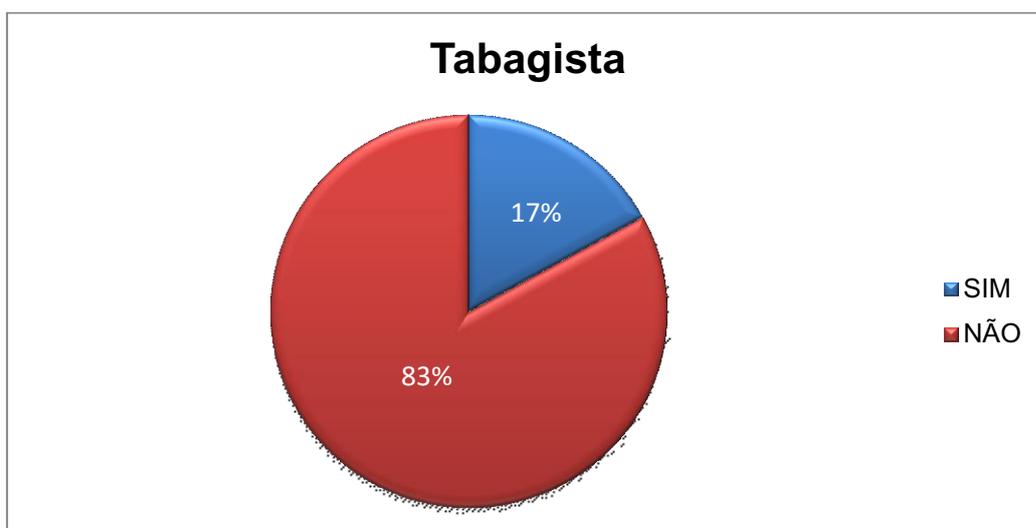
5 RESULTADOS

Os sujeitos da pesquisa foram cinquenta trabalhadores que ficam rotineiramente expostos à radiação solar na cidade de Taubaté- São Paulo. Foram utilizados para análise dos dados 47 questionários, já que em três casos os indivíduos responderam de maneira a invalidar os dados. A média de idade foi de 38 anos com 100% para o gênero masculino. Apenas três pessoas, de todos os entrevistados, já ouviram falar no termo “Queilite Actínica” e outras duas apenas notaram feridas nos lábios.

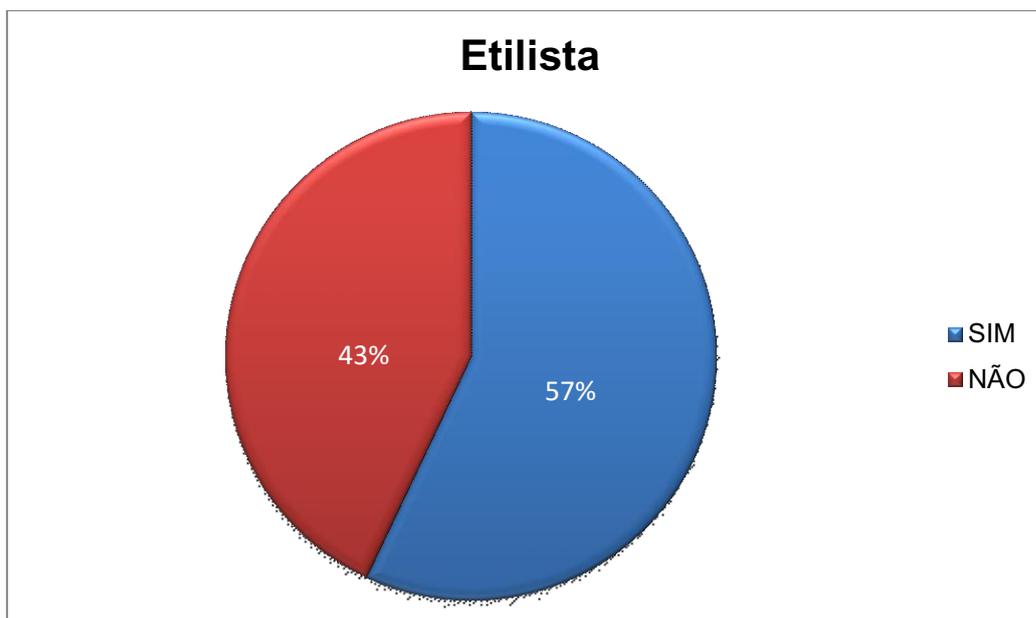
A Figura 1 representa a porcentagem do grau de alfabetização dos trabalhadores entrevistados. Concluiu-se que 26% apresenta Ensino Médio completo; 13% Ensino Fundamental Completo; apenas 6% Ensino Superior Completo; 23% Ensino Médio Incompleto e 32%, a maior porcentagem, Ensino Fundamental Incompleto.



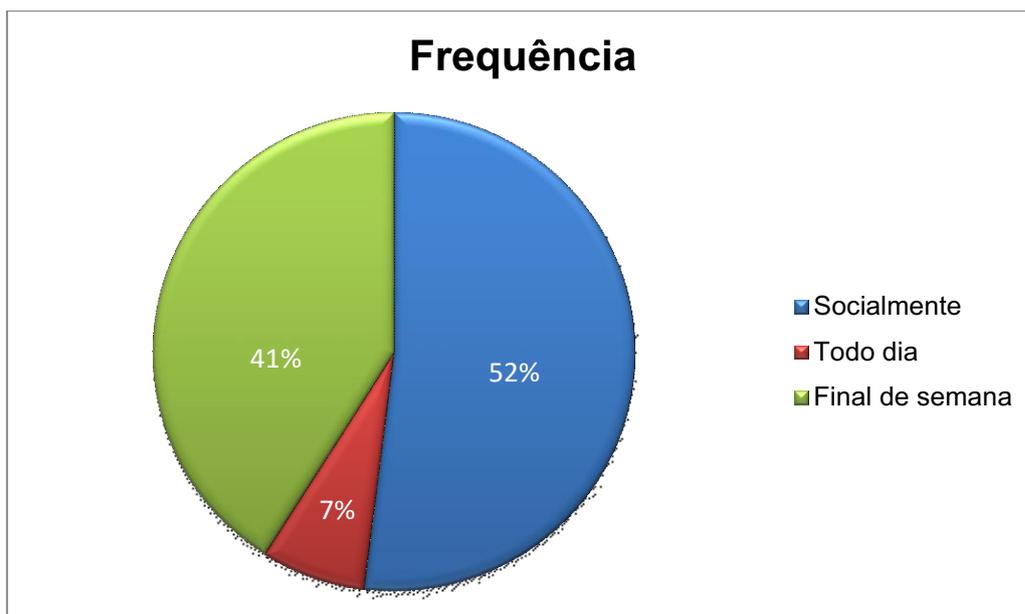
A Figura 2 representa a porcentagem de trabalhadores que alegaram ser tabagistas. De acordo com os dados coletados, 83% não são fumantes e apenas 17% são, sendo que todos alegaram fumar apenas cigarro e apresentam uma média de fumo de 22 anos.



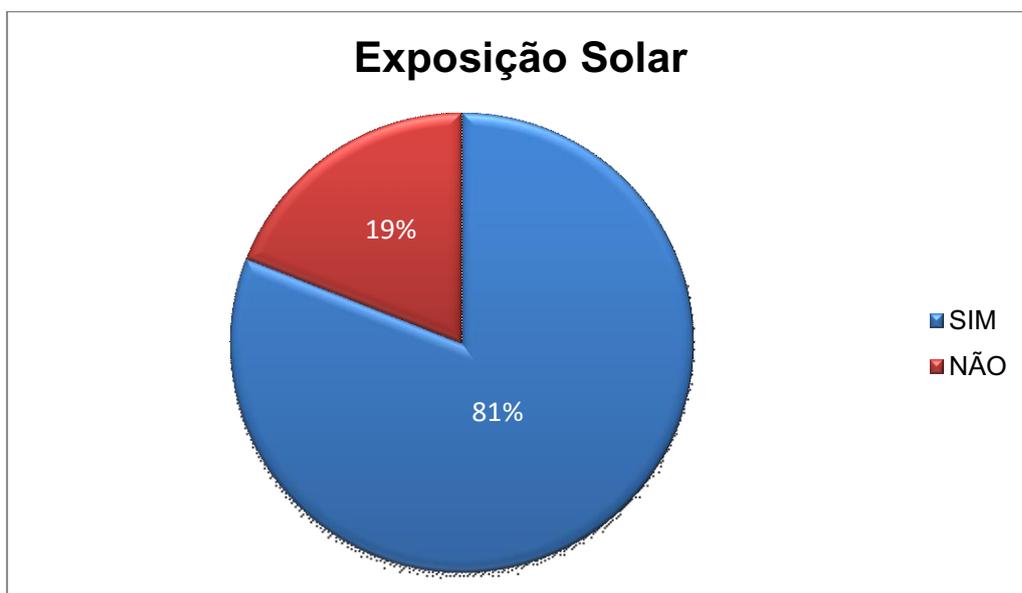
A Figura 3 representa a porcentagem de trabalhadores que alegaram ser etilistas. Deles, 57% fazem o uso de álcool e 43% não fazem. E apenas um entrevistado alegou ser ex-alcoólatra.



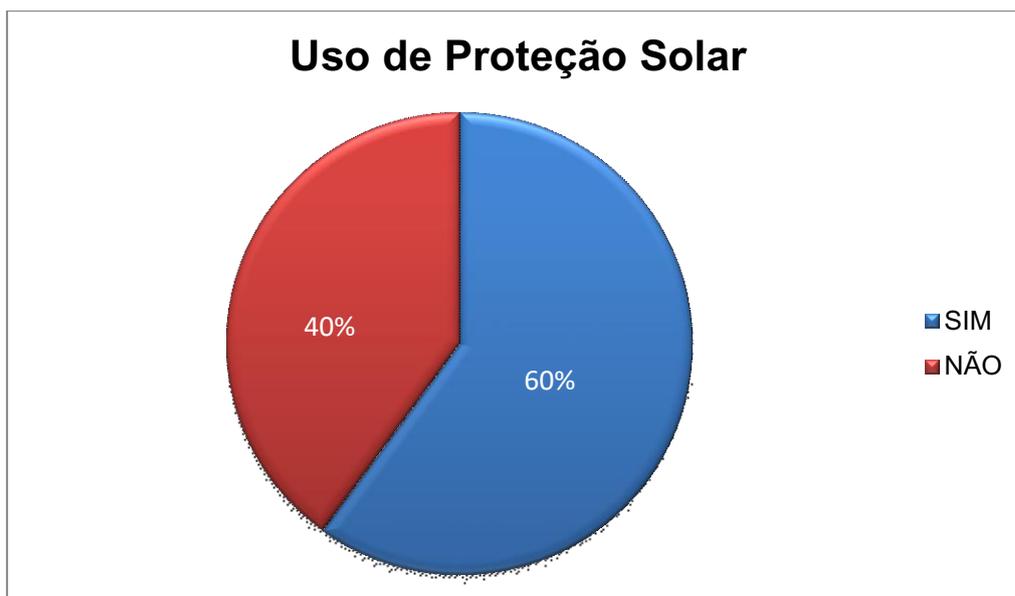
A Figura 4 representa a porcentagem da frequência de consumo de álcool. Concluiu-se que 52% dos trabalhadores fazem o uso de álcool socialmente; apenas 7% todos os dias, e 41% só nos finais de semana.



A Figura 5 representa a porcentagem de trabalhadores que ficam expostos ao sol. Relatou-se que 81% ficam expostos ao sol e 19% não ficam. A média de exposição solar relatada foi de 17 anos e de 7 horas/dia.



A Figura 6 representa a porcentagem de trabalhadores que fazem o uso de algum tipo de proteção solar, uso de boné, chapéu ou protetor solar e labial. Dentre eles, 60% fazem o uso e 40% não fazem o uso de nenhum deles.



A Figura 7 representa a porcentagem do histórico de câncer familiar. Concluiu-se que 74% não apresentam câncer em suas famílias e 26% apresentam algum tipo de câncer.



6 DISCUSSÃO

O carcinoma espinocelular representa 89,9% dos cânceres da cavidade bucal, atingindo desde crianças a idosos. A Queilite Actínica pode ser considerada como um indicador de melhor prognóstico para o carcinoma, segundo Abreu *et al.*, 2006. Concordando com eles, Roscoe *et al.*, 2010 afirmam que o carcinoma espinocelular de lábio desenvolve metástases em aproximadamente 11% dos casos.

A Queilite Actínica é uma lesão potencialmente maligna que afeta o lábio quando há exposição prolongada ao sol. Atinge homens de pele clara devido ao fato de que muitos deles trabalham sob exposição solar, sendo o lábio inferior mais afetado em razão de sua anatomia (PONTES *et al.*, 2005; MARTINS *et al.*, 2007; PAIVA *et al.*, 2012).

Clinicamente, a lesão tem um desenvolvimento lento que pode levar à atrofia do vermelhão do lábio inferior, um escurecimento da margem, ou áreas ásperas, escamosas. É caracterizada por erosão, edema e a formação de uma crosta (BARRETO *et al.*, 2017).

Nos aspectos histopatológicos, a Queilite Actínica apresenta alterações no tecido conjuntivo e epitelial, desde atrofia epitelial ou hiperqueratose em estágios iniciais, até displasias que podem ser classificadas como leve, moderada ou severa (MARTINS *et al.*, 2008).

Em nosso estudo, tivemos o objetivo de verificar a incidência de Queilite Actínica em trabalhadores expostos à radiação solar, assim como Cintra *et al.*, 2013 realizaram um levantamento epidemiológico da QA através de questionário entre trabalhadores rurais do município de Piracaia, São Paulo. A média de idade encontrada foi de 38 anos, apresentando uma grande semelhança ao resultado de MIRANDA *et al.*, 2011 em que a média foi de 37,4 anos. Em nosso estudo, o resultado foi de 100% para o sexo masculino, entretanto, na pesquisa de Corso *et al.*, 2006, os homens foram afetados com maior frequência (72,7%) em relação às mulheres (27,3%).

Em um estudo realizado por Cremonesi *et al.*, em 2017 verificou-se que dos 56 casos de Queilite Actínica, o tabagismo esteve presente em 42 casos (75%),

com início do hábito aos 15 anos de idade e já, em nosso estudo, relatamos apenas oito casos de tabagistas (17%) com uma média de fumo de 22 anos. Em relação ao etilismo, na pesquisa de Cintra *et al.*, em 2013, quarenta de 120 indivíduos (33,3%) faziam uso de bebida alcoólica com frequência e, em nosso questionário, 27 trabalhadores (57%).

Silva *et al.*, 2006 relataram que quanto à exposição solar, mais de 80% se expunham em média 6 horas diárias ao sol e o tempo médio foi de 8,44 (3,08) horas. Em relação ao uso de proteção solar, avaliou-se que 62 indivíduos (55,86%) utilizavam alguma forma de proteção (boné, chapéu e protetor solar/labial) e 49 deles (44,14%) não utilizavam. Em nosso estudo, a média foi de 17 anos e 7 horas por dia; 60% fazem o uso de proteção e 40% não fazem.

Segundo Dornelas, *et al.*, 2009, dados epidemiológicos e moleculares sugerem a existência de uma estreita associação entre a excessiva exposição à radiação ultravioleta (UV), da luz solar e o desenvolvimento do câncer de pele não melanoma.

Leite *et al.*, 2003 afirmaram que o lábio inferior é o local mais acometido devido a sua localização anatômica, recebe maior quantidade de raios ultravioleta do que o lábio superior, constituindo o sítio principal da Queilite Actínica e do Carcinoma de células escamosas. Entretanto, em nosso estudo, foi constatado que apenas duas pessoas (4,2%) notaram ferida no lábio, isso conclui que apesar da sua fácil localização, a população não notou mudanças.

Silva *et al.*, 2009 disseram que o câncer de boca ocupa o 3º lugar em ocorrência dentre os cânceres humanos.

A utilização de bloqueadores solares e chapéus auxiliam na prevenção dessas lesões. Além disso, os profissionais da saúde devem estar sempre atentos às alterações bucais inócuas para detectar o tumor maligno o mais precoce possível. Concordando com Veo *et al.*, 2010, devem-se instituir medidas preventivas e o controle clínico dos pacientes para evitar o desenvolvimento do câncer de lábio, já que algumas lesões bucais quando não diagnosticadas e tratadas a tempo podem sofrer transformações malignas, originadas de tecidos morfológicamente alterados, afirma Silva *et al.*, em 2011.

São descritas várias formas de tratamento da Queilite Actínica, aplicação de 5-fluouracil, peeling com ácido tricloroacético a 50%, eletrocirurgia, laser de CO₂,

vermelhectomia e terapia fotodinâmica (ROSSOE *et al.*, 2010). Concordando com Ribeiro *et al.*, 2012 que afirmam que a terapia fotodinâmica é uma ferramenta eficaz, no tratamento da lesão, apesar de estar associada com o nível significativo de dor.

Dos tratamentos, os protetores solares tópicos são amplamente preconizados para reduzir efeitos da exposição solar a longo prazo, como o fotoenvelhecimento e o câncer de pele (CASTRO *et al.*, 2006). E, por último, a biópsia é absolutamente indicada para lesões que apresentam aumento de volume ou ulceração, a fim de excluir alguma alteração maligna ou diagnosticar uma lesão bucal pré-cancerizável (ARAUJO *et al.*, 2012).

7 CONCLUSÃO

A Queilite Actínica é uma lesão potencialmente cancerizável, dessa maneira se faz necessário um trabalho de informação e conscientização para a prevenção aos trabalhadores expostos rotineiramente à radiação solar, visto que em nosso estudo de campo apenas três pessoas tinham conhecimento sobre a doença.

De acordo com nosso estudo, a maior prevalência da Queilite Actínica acomete o sexo masculino, de pele branca. A região mais acometida pela lesão é o lábio inferior devido à sua posição anatômica que facilita a incidência direta da radiação solar. O uso de álcool e tabaco também parecem ser fatores relevantes para o aparecimento da lesão. O fator exposição solar por período prolongado é determinante para o desenvolvimento da Queilite Actínica e, com isso, o uso de alguma forma de proteção solar (boné, chapéu, protetor solar e labial) torna-se indispensável como forma de prevenção. Já o fator genético parece não ter relação direta com o aparecimento da lesão.

Portanto, o aparecimento de lesões como Queilite Actínica é resultado da falta de informação aos trabalhadores, pois identificamos que apenas 6% possuem Ensino Superior completo; eles, por desconhecerem a doença, não tomam medidas preventivas.

8 REFERÊNCIAS

ABREU, M. *et al.* **Queilite actínica adjacente ao carcinoma espinocelular do lábio como indicador de prognóstico.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2006, 72(6):767-71.

ARAUJO, CALIANDRA PINTO *et al.* **Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos.** RPG, Rev. pós-grad., São Paulo , v. 19, n. 1, mar. 2012.

BARRETO, Ana Carla Rocha. **The clinical prevalence of actinic cheilitis among community health agents from the regional V subprefecture of Fortaleza.** RGO, Rev. Gaúch. Odontol., Campinas , v. 65, n. 2, p. 128-133, Junho 2017.

CASTRO, Inês Alencar de *et al.* **CERATOSSES ACTÍNICAS.** 2006. Artigo de Revisão - Rev HCPA 2006;26(2). Agosto – 2006.

CINTRA, José Silvino *et al.* **Queilite Actínica: Estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaia - SP.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. [online]. 2013, vol.67, n.2, pp. 118-121. ISSN 0004-5276.

CORSO, F. *et al.* **Queilite Actínica: prevalência na clinica estomatologica da PUCPR, Curitiba, Brasil.** Clin. Pesq. Odontol., Curitiba, v.2, n.4, p. 277-281, abr./jun. 2006.

CREMONESI, Adrielle Lindolpho *et al.* **Queilite actínica: um estudo retrospectivo das características clínicas e histopatológicas.** 2017. Arquivo Médico Hospitalar Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo, São Paulo, 2017.

Domingues, Martins *et al.* (2007). **Queilite actínica: relato de caso clínico.** *ConScientiae Saúde*, 6 (1), 105-110.

DORNELAS, Marilho *et al.* **Expressão de marcadores de proliferação celular e apoptose no carcinoma espinocelular de pele e ceratose actínica.** An Bras Dermatol. 2009;84(5):469-75.

FARIAS DE PAIVA, M. *et al.*, (2012). **Associação entre displasia e inflamação em queilite actínica.** *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 48 (6), 455-458.

LEITE, Rubens Marcelo Souza *et al.* **A síndrome do respirador bucal como fator de risco para queilite actínica.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro , v. 78, n. 1, p. 73-78, fev. 2003.

MARTINS, R., GIOVANI, E., VILLALBA, H. **Lesões cancerizáveis na cavidade bucal.** Rev Inst Ciênc Saúde 2008;26(4):467-76.

MIRANDA, A., FERRARI, T., CALANDRO, T. **Queilite Actínica: Aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil.** Revista Saúde e Pesquisa, v. 4, n. 1, p. 67-72, jan./abr. 2011 - ISSN 1983-1870.

PONTES, H. *et al.* **Imunoexpressão da proteína de reparo Hmsh2 em Queilite Actínica e mucosa labial normal.** Revista Brasileira de Cancerologia 2005. 51(1): 23-30.

RIBEIRO, Camila Ferrari *et al.* **Photodynamic therapy in actinic cheilitis: clinical and anatomopathological evaluation of 19 patients.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro , v. 87, n. 3, p. 418-423, jun. 2012.

ROSSOE, Ed Wilson Tsuneo *et al.* **Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-plastia.** An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 65-73, Feb. 2011.

SILVA, E. **Principais alterações e doenças bucais que acometem o paciente geriátrico – revisão da literatura.** Odonto 2009; 19 (37): 39-47.

SILVA, Fabrício Dorigon da *et al.* **ESTUDO DA PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES LABIAIS EM PESCADORES DA ILHA DE SANTA CATARINA.** 2006. Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS v. 21, n. 51, jan./mar. 2006.

SILVA, Uoston Holder da; ARAUJO, Djaíra Leitão de; SANTANA, Elisabeth Barros de. **Ocorrência de estomatite protética e queilite actínica diagnosticadas no centro de especialidades odontológicas da faculdade ASCES, Caruaru - PE.** Odontol. Clín.-Cient. (Online), Recife, v. 10, n. 1, mar. 2011.

VEO, Paulo César Rodrigues *et al.* **Tratamento cirúrgico da queilose actínica.** RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online), Porto Alegre, v. 58, n. 3, set. 2010.

ANEXO A:**Questionário para verificar “Queilite Actínica.”**

1. Sexo: () masculino () feminino
2. Idade:_____
3. Grau de Alfabetização: _____
4. Tabagista () sim () não
Tipo:_____
- Tempo:_____
5. Etilista () sim () não
Tempo:_____
- Frequência:_____
6. Trabalha exposto ao sol ? () sim () não
Há quanto tempo:_____
- Quantas horas/dia:_____
- Usa/usou algum tipo de proteção (boné/chapéu/ protetor solar labial)?
() sim () não
7. Nota alguma ferida ou úlcera no lábio com frequência ?
() sim () não
8. Algum histórico familiar de câncer ? () sim () não
9. Local do tumor:_____
10. Conhece ou já ouviu falar de uma doença chamada “Queilite Actínica” que atinge os lábios? () sim () não
11. Observações:_____
- _____
- _____

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Amanda Bartelega Szkelnik
Amanda Freitas Preto

Taubaté, dezembro de 2018