

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

LUCAS RICHTER DE OLIVEIRA DANTAS

**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM TRABALHADORES EXPOSTOS À
RADIÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

**PATOS-PB
2015**

LUCAS RICHTER DE OLIVEIRA DANTAS

**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM TRABALHADORES EXPOSTOS À
RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção de título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cyntia Helena Pereira de Carvalho

Co-orientador: Prof. Dr. George João Ferreira do Nascimento

**PATOS-PB
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

D939a Dantas, Lucas Richter de Oliveira
Prevalência de queilite actínica em trabalhadores expostos à radiação solar no município de Patos-PB / Lucas Richter de Oliveira Dantas – Patos, 2015.

71f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2015.

“Orientação: Profa. Dra. Cyntia Helena Pereira de Carvalho”.

“Coorientação: Prof. Dr. George João Ferreira do Nascimento”.

Referências.

1. Queilite. 2. Prevalência. 3. Saúde do trabalhador. 4. Radiação solar
5. Lábio. I. Título.

CDU 616.33


LUCAS RICHTER DE OLIVEIRA DANTAS

**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM TRABALHADORES EXPOSTOS À
RADIÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB.**

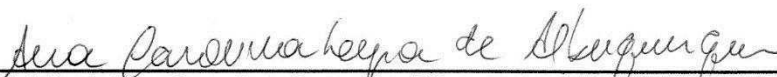
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Federal de
Campina Grande – UFCG como parte dos
requisitos para obtenção de título de Bacharel
em Odontologia.

Aprovado em 03 / 11 / 15.

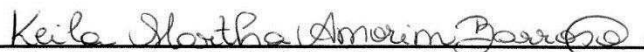
BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Cyntia Helena Pereira de Carvalho – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof.ª Dr.ª Ana Carolina Lyra de Albuquerque – 1º membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof.ª Dr.ª Keila Martha Amorim Barroso – 2º membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho à memória da minha avó materna, Josefa Umbelina de Lima, a quem conhecerei na vida eterna!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter me dado força e sabedoria diante dos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, **Geraldo e Lindalva**, simplesmente por existirem. Obrigado por tudo o que fizeram em prol do cidadão que hoje sou. Amo vocês!

À minha orientadora, **Profª Dra. Cyntia Helena Pereira de Carvalho**, por acreditar na realização deste trabalho e pela excelente orientação prestada.

Ao **Sindicato dos Trabalhadores Rurais do Município de Patos-PB**, a empresa **Light Engenharia**, a **UBS Aderban Martins** e **UBS Domiciano Vieira** por permitirem a intervenção deste trabalho.

Ao **Prof. Dr. George João Ferreira do Nascimento** pela co-orientação neste trabalho.

À cirurgiã-dentista **Bruna Rafaela Santana de Oliveira** pela contribuição neste trabalho.

Aos colegas **Ana Carolina Amorim, José Murilo e Kyara Sousa** por ajudarem na coleta de dados deste trabalho.

Aos meus **familiares e amigos**, obrigado pela confiança depositada e os votos de sucesso que sempre recebi de vocês. Valeu!

À minha namorada, **Nayra Ramos**, pela companhia diária e incessante apoio.

Aos meus colegas de graduação, em especial ao meu grupo: **Felipe Rosas, Kaio Andrade, José Murilo, Jéssica Gomes e Francisco Tarllyson**. Amizade que se perpetuará além dos muros da UFCG.

Aos amigos que a faculdade me deu: **João Paulo Gomes, João Paulo Anastácio, Lascívia Millena, Maronilson Soares, Amanda Kerle, Felipe Andrade e Ryanny Rodrigues**. Guardarei na lembrança todos os momentos vividos.

Aos meus irmãos de **Ordem DeMolay**, obrigado pelo apoio e incentivo.

À **Giselle Maria dos Santos** (*in memoriam*) pelo exemplo de vida e apoio que me deu para nunca desistir dos meus objetivos.

À cidade de **Patos-PB**, por ter me acolhido nesta meia década, proporcionando a experiência de morar fora de casa. Foi um grande aprendizado!

Aos **pacientes** que atendi na clínica-escola de Odontologia da UFCG, tratei cada um de vocês com o máximo de humanismo possível. Muito Obrigado!

Ao **corpo docente** do curso de Odontologia da UFCG, mestres e doutores na qual terei como exemplos em minha vida profissional. Minha gratidão!

“Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a fez tão importante.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

A queilite actínica é uma lesão potencialmente maligna de lábio, principalmente lábio inferior, que tem como fator etiológico a radiação ultravioleta. Trabalhadores ao ar livre são considerados aqueles que, em um dia normal de trabalho, exercem suas funções ao ar livre por mais de três horas, sendo considerados fortes candidatos à desenvolverem queilite actínica. Este trabalho teve como objetivo estudar a prevalência de queilite actínica em trabalhadores que exercem atividades ao ar livre na cidade de Patos/PB, investigando ainda possíveis associações da presença da queilite actínica e severidade com variáveis sociodemográficas e epidemiológicas. Apenas trabalhadores acima de 18 anos participaram da pesquisa. A coleta de dados se deu por meio de exame extra-oral e questionário com perguntas que caracterizavam condições socioeconômicas e aspectos demográficos, a exposição ocupacional e hábitos. A amostra foi de 151 indivíduos, onde a prevalência de queilite actínica foi de 29,1%, sendo o sexo masculino mais prevalente (71,5%), feodermas (52,3%) e com idade média de 39,18 anos ($DP \pm 14,7$). A maioria dos trabalhadores tinham baixa escolaridade (44,4%), trabalho informal (62,3%), ganhavam até dois salários mínimos (61,1%). A presença de queilite actínica apresentou associação estatisticamente significativa com a situação trabalhista informal ($p = 0.003$), renda ($p < 0.001$), o maior tempo de exposição em dias da semana ($p = 0.011$) e meses ($p = 0.033$) e o tabagismo ($p = 0.001$). As lesões mais severas mostraram significância em relação à cor de pele leucoderma ($p = 0.001$), escolaridade ($p = 0.029$) e ao não uso de boné e chapéu ($p = 0.002$). Conclui-se que a prevalência de queilite actínica é considerada relativamente alta, grande parte dos trabalhadores expostos à radiação ultravioleta não tem uma proteção adequada para os lábios e fatores socioeconômicos e epidemiológicos estão relacionados com a presença desta lesão. Sendo assim, é necessário programas de saúde pública que conscientizem os malefícios da exposição à radiação solar de forma desprotegida.

Palavras-Chaves: Queilite. Prevalência. Saúde do Trabalhador. Radiação Solar. Lábio.

ABSTRACT

Actinic cheilitis is a potentially malignant lesion lip, especially in the lower lip, whose etiology is ultraviolet radiation. Outdoor workers are considered those on a normal working day, have your outdoor functions for more than three hours and are considered strong candidates to develop actinic cheilitis. This work aimed to study the prevalence of actinic cheilitis in outdoor workers in the city of Patos, state of Paraíba, Brazil, and possible associations of the presence of actinic cheilitis and your severity with sociodemographic and epidemiology. Only workers above age 18 participated in the study. Data collection took place through extra-oral examination and a standard questionnaire with questions that characterized socioeconomic and demographic factors, occupational exposure and habits. The sample consisted of 151 individuals, where the prevalence of actinic cheilitis was 29.1%, the most prevalent male (71.5%), brown-skinned (52.3%) and the mean age was 39.18 years (SD \pm 14.7). Most workers had low education (44.4%), informal work (62.3%) and income was up to 1,500 reais (61.4%). The presence of actinic cheilitis showed statistical significant association with informal work ($p = 0.003$), income ($p < 0.001$), the exposure time in weekdays ($p = 0.011$) and months ($p = 0.033$), and smoking ($p = 0.001$). The most severe lesions showed significance in relation with white skin ($p = 0.001$), low education ($p = 0.029$) and the non-use of cap and hat ($p = 0.002$). The conclusions of this study were that prevalence of actinic cheilitis was considered high, most of the workers exposed to ultraviolet radiation does not have adequate protection for lips and socio-economic and epidemiology are related to the presence of actinic cheilitis. It is therefore necessary public health programs to aware the dangers of exposure to solar radiation unsecured form.

Keywords: Cheilitis. Prevalence. Occupational Health. Solar Radiation. Lip.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01** - Alcance da radiação UV na pele humana. Os raios UVA podem penetrar a derme e aumentar os níveis de radicais livres que indiretamente induzem mutagênese do DNA. Os raios UVB atingem a epiderme e podem causar danos diretos ao DNA.16
- Figura 02** - Classificação das variáveis qualitativas e quantitativas.22
- Figura 03** - Parâmetros de observação da queilite actínica na amostra. Queilite actínica leve, lábio em descamação (A). Queilite actínica moderada, lábio com descamação mais acentuada (B). Queilite actínica severa, apagamento do limite dermatomucoso e presença de leucoplasias (C).25

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Variáveis, número de trabalhadores (<i>n</i>) e percentual (%). Patos, Paraíba – Brasil, 2015.	26
Tabela 02 – Variáveis, número de trabalhadores sem lesão, números de trabalhadores com lesão e valores de <i>p</i> . Patos, Paraíba – Brasil, 2015.	29
Tabela 03 – Variáveis, número de queilites actínicas leves, números de queilites actínicas moderada/severa e valor de <i>p</i> . Patos, Paraíba – Brasil, 2015.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UV	Ultra-violeta
EUA	Estados Unidos da América
PB	Paraíba
nm	Nanômetro
UVA	Ultra-violeta tipo A
UVB	Ultra-violeta tipo B
UVC	Ultra-violeta tipo C
DNA	Ácido desoxirribonucleico
SBD	Sociedade Brasileira de Dermatologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
AESA	Agência executiva de gestão das águas do estado
RNA	Ácido Ribonucleico
CPD	Dímero pirimidina ciclobutano
6,4 PP	6,4 pirimidona pirimidina
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
DP	Desvio Padrão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
2.1 A Radiação ultravioleta (UV) e a fotoproteção.....	13
2.2 Efeitos da radiação ultravioleta no homem.....	15
2.3 Queilite actínica.....	17
3 OBJETIVOS.....	20
3.1 Objetivo geral.....	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	21
5 RESULTADOS	26
5.1 Resultados descritivos.....	26
5.2 Análise das variáveis com a presença da queilite actínica.....	28
5.3 Análise das variáveis com a severidade da queilite actínica.....	31
6 DISCUSSÃO.....	34
7 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	43
APÊNDICE B – Questionário	45
APÊNDICE C – Artigo científico	46
ANEXO I – Parecer ético	58
ANEXO II – Normas da Revista Anais Brasileiros de Dermatologia	60

1 INTRODUÇÃO

A radiação ultravioleta (UV) apresenta efeitos benéficos para a saúde, estimulando a produção de vitamina D, envolvida no metabolismo ósseo e no funcionamento do sistema imunológico. Esta radiação pode ser absorvida pelas células da pele, originando algum tipo de lesões potencialmente malignas (BALOGH et al., 2011). Por esta razão, a exposição desprotegida à radiação solar é uma questão de saúde pública, mesmo que ainda sejam poucas as ações preventivas à exposição excessiva ao sol no Brasil (SILVA, 2008).

Classificam-se como “trabalhadores ao ar livre” os profissionais que, em um dia normal de trabalho, exercem suas funções ao ar livre por mais de três horas. Estes estão mais vulneráveis à exposição UV devido à natureza da sua ocupação (HORSHAM et al., 2014). A exposição à radiação UV pode ser reduzida por meio de estratégias preventivas, no entanto, diversos estudos mostram que a adoção de meios de proteção solar, entre os trabalhadores ao ar livre dos EUA, ainda é baixa. Comportamento semelhante aos trabalhadores de outros países (NAHAR et al., 2013).

Um das lesões causadas pela radiação UV é a queilite actínica, lesão potencialmente maligna que afeta o vermelhão dos lábios, principalmente o inferior, devido a sua posição anatômica. A lesão se desenvolve na mucosa labial de mais de 50% dos adultos brancos com tempo de vida de exposição solar relevante (LUCENA et al., 2012 B; NEVILLE et al., 2009). É predominante na quarta década de vida e estima-se que 95% dos carcinomas de lábio originam-se da queilite actínica. As condutas terapêuticas e preventivas visam impedir esta transformação maligna (ROSSOE et al., 2011).

Pesquisas com intuito de avaliar a prevalência de lesões orais em trabalhadores expostos à radiação UV contribuem para um melhor entendimento, pelos profissionais de saúde, sobre os aspectos clínicos da queilite actínica, favorecendo ações preventivas e garantindo adequado tratamento (CINTRA et al., 2013). Diante disso, o seguinte estudo objetivou um levantamento de casos de queilite actínica em trabalhadores expostos à radiação UV do município de Patos-PB, por ser uma cidade com alta quantidade de dias ensolarados durante todos os meses do ano.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A radiação ultravioleta (UV) e a fotoproteção

A luz solar é composta de um espectro contínuo de radiação eletromagnética que apresenta divisão e denominação em concordância com o intervalo do comprimento de onda: raios ultravioleta (100-400nm), visível (400-780nm) e infravermelho (>780nm). A radiação UV é subdividida, tradicionalmente, em: UVA (320-400 nm), UVB (290-320 nm) e UVC (100-290 nm), cada qual com distintos efeitos biológicos (BALOGH et al., 2011).

A radiação UVA corresponde a 90% dos raios solares que atinge a Terra e apresenta maior comprimento de onda em comparação aos raios UVB e UVC. Por sua vez, pode ser ainda subdividida, também, levando em consideração o comprimento de onda, em raios UVA1 (340-400nm) e UVA2 (320-340nm). Estes raios irão agir na pigmentação da superfície da pele, tendo como o ressecamento e o envelhecimento precoce como principais efeitos biológicos (SGARBI et al., 2007).

Os raios UVB atravessam a atmosfera terrestre e atingem toda a Terra. Estes possuem alta energia, sendo responsáveis por queimaduras solares na pele. A exposição frequente e intensa a estes raios proporcionam danos ao DNA, geração de inflamação e carcinogênese. A radiação UVC é altamente nociva ao organismo humano, sendo filtrada pela atmosfera terrestre (DAVOLOS; CORREA, 2007).

Existe um conjunto de medidas direcionadas a reduzir a exposição à radiação UV e dessa forma prevenir o desenvolvimento de lesões actínicas agudas ou crônicas. São consideradas medidas fotoprotetoras: educação em fotoproteção, proteção através do uso de roupas e acessórios (Chapéu, boné, etc), fotoprotetores tópicos e fotoprotetores orais (CONSENSO BRASILEIRO DE FOTOPROTEÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em 2013, 61,4% dos pacientes atendidos em todo o país relataram não usar meios de fotoproteção durante a exposição solar. Ainda segundo a SBD, na Paraíba este índice chegava a 60,31%. Em relação ao sexo dos paraibanos atendidos, 53,54% das mulheres e 70,85% dos homens relataram não usar fotoproteção.

A OMS (organização mundial de saúde) classifica a radiação UV em categorias conforme sua intensidade na superfície da Terra, como forma de prevenção aos

efeitos deletérios (1 e 2 – baixo; 3 a 5 – moderado; 6 e 7 – alto; 8 a 10 – muito alto; >11 – extremo). De acordo com a AESA (agência executiva de gestão das águas do estado), a cidade de Patos – Paraíba apresenta o índice 12, principalmente no horário das 14 horas às 15 horas. Quando a exposição UV ultrapassa o índice 8 há risco de lesões em pele e nos olhos (ALMEIDA; NAI, 2010).

Um estudo com o intuito de descrever as características de exposição e medidas de fotoproteção na cidade de Florianópolis – Santa Catarina, encontrou que 24,2% dos indivíduos estudados utilizavam o filtro solar como medida de fotoproteção, 18,8% se protegiam apenas com uso de chapéu ou bonés e 15,2% utilizavam áreas de sombra para se protegerem. Os indivíduos do sexo feminino apresentavam menor tempo de exposição solar e maior uso de medidas de fotoproteção, principalmente uso de filtro solar (RIZZATTI; SCHNEIDER; D'ORSI, 2011).

Ferreira et al. (2011) identificaram fatores associados ao câncer de pele não melanoma na cidade de Taubaté – São Paulo, através de um estudo caso-controle nos pacientes atendidos no Hospital Universitário de Taubaté. A exposição solar ocupacional foi referida em 70,1% dos casos e 58% dos indivíduos afirmaram horário de exposição solar correspondente ao dia inteiro. O número de horas de exposição solar ocupacional mostrou-se estaticamente significativa, permitindo identificar uma associação positiva destas com o câncer de pele.

Um estudo da SBD, em prol do dia nacional de combate ao câncer de pele, no ano de 2013, identificou que das pessoas entrevistadas no estado do Pará, 83,2% das mulheres e 86,9% dos homens expõem-se ao sol sem fotoproteção, indivíduos estes que estão em situação de risco devido a região norte ser cortada pela linha do equador.

Castilho et al. (2010) analisaram os hábitos de fotoexposição com o conhecimento de fatores de risco para o câncer de pele entre estudantes universitários da cidade de Taguatinga – Distrito Federal. Foi encontrado que as medidas de fotoproteção são praticadas pela maioria dos entrevistados, porém menos de 25% deles fazem uso diário do fotoprotetor.

No Brasil, o filtro solar ainda é classificado como um produto cosmético, apresentando um custo elevado, muitas vezes inacessível a população de menor renda. Os países da União Europeia, Argentina e Paraguai implementam a diminuição do preço do filtro solar tendo como exemplo o programa australiano *SunSmart*, que constitui um dos programas de prevenção ao câncer de pele com maior sucesso no

mundo. Trata-se de um programa que objetiva a prevenção e promoção fotoprotetora em trabalhadores expostos à radiação solar além de desenvolver alianças comerciais para diminuição do preço do filtro solar (REIS, 2011).

Exposição à radiação UV induz lesões de pele por pelo menos dois mecanismos: um mecanismo direto no DNA, causando mutações genéticas específicas; e o outro, um efeito indireto sobre o sistema imunológico prejudicando a capacidade de gerar uma resposta imune (AUBIN, 2003).

2.2 Efeitos da radiação UV no homem

A pele dispõe de proteção natural contra a radiação solar: a camada córnea, a secreção sudorípara e a melanina. O primeiro proporciona espessamento da epiderme após exposição solar com o intuito de absorver a maior parte dos raios UV, impedindo que alcancem as camadas mais profundas da pele. A secreção sudorípara contém ácido urocânico que possui alta absorvidade UVB e tem sua concentração aumentada após exposição solar. A melanina tem sua formação estimulada após a exposição solar para absorver a radiação UV antes que ela atinja o DNA nuclear das células (ZAMBON, 2011).

Apenas 5% da radiação UV que incide na pele é refletida sendo o restante absorvido ou transferido para o meio. A radiação UV transmitida abaixo de 300 nm é absorvida na epiderme, principalmente pelo ácido urocânico, DNA, RNA, triptofano, tirosina e melanina. Aquela acima de 300 nm é transmitida à derme depois da absorção de quantidades variáveis por melanina, sendo absorvidas pela hemoglobina, bilirrubina dos tecidos e betacaroteno das gorduras (TOFETTI; OLIVEIRA, 2006).

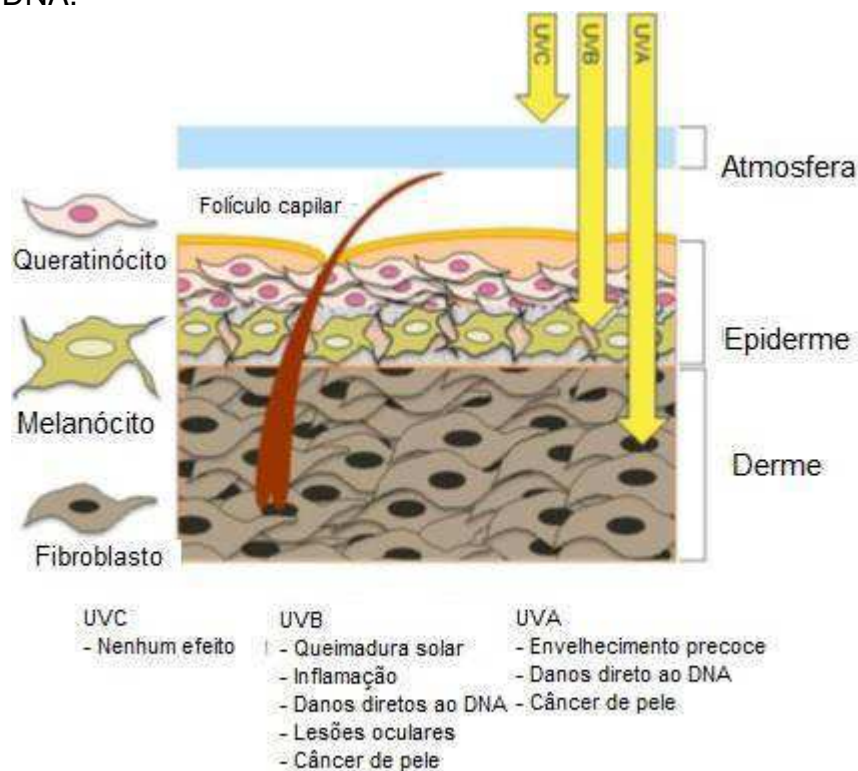
A radiação UV é o fator ambiental responsável pela maior porcentagem de alterações cutâneas, estas podem ser consideradas agudas e crônicas. Dentre as alterações agudas têm-se o eritema ou queimadura, elevação de temperatura da pele, bronzeamento ou pigmentação imediata e tardia. As alterações crônicas destacam-se as degenerativas de envelhecimento e o câncer. A radiação UV ainda é capaz de promover um conjunto de doenças dermatológicas denominadas fotodermatoses, ou agravar outras doenças nos quais a radiação não é fator primário, denominadas dermatoses fotoagravadas (WHO, 2005).

Os seres humanos são expostos aos efeitos deletérios da radiação como consequência da exposição desprotegida ao sol, através de danos ao DNA e

modulação imunológica via processo inflamatório e imunossupressão. O aumento do teor de melanina epidérmica é a principal resposta fotoprotetora da pele contra os raios UV agudos e crônicos (AMARO-ORTIZ; YAN; D'ORAZIO, 2014; CHEN et al., 2014).

Quando a luz UV alcança as células da pele, os diferentes comprimentos de onda começam a exercer seus efeitos: Os raios UVA geram radicais livres que posteriormente serão responsáveis pela peroxidação lipídica. Em quadros de deficiência de vitamina E intracelular, o radical livre combina-se com a molécula lipídica liberando um átomo de oxigênio, iniciando uma peroxidação do lipídeo poliinsaturado, que produz moléculas não ativas de peróxido, causando danos consideráveis à célula. Os raios UVB também geram radicais livres, mas seu principal mecanismo de ação é a interação direta com o DNA, causando a sua destruição (Figura 01) (SGARBI; CARMO; ROSA, 2007).

Figura 01- Alcance da radiação UV na pele humana. Os raios UVA podem penetrar a derme e aumentar os níveis de radicais livres que indiretamente induzem mutagênese do DNA. Os raios UVB atingem a epiderme e podem causar danos diretos ao DNA.



Fonte: Adaptado de AMARO-ORTIZ et al., 2014.

Os aminoácidos aromáticos de proteínas da camada córnea da pele absorvem grande parte da radiação UVB antes que atinja as moléculas de ácido nucleico. Os raios UVB danificam o DNA por meio da formação de fotoprodutos diméricos próximos a bases pirimidínicas: o dímero pirimidina ciclobutano (CPD) e 6,4 – pirimidona-pirimidina (6,4 – PP). Os produtos do tipo 6,4 – PP são convertidos e revertidos sob radiação de ondas curtas. A falha no reparo desse processo conduz mutações nas células epidérmicas, surgindo células cancerosas (MONTAGNER; COSTA, 2009).

Defeito no gene p53 é a forma mais comum de alteração genética em neoplasias humanas. A proteína p53 funciona como fator de transcrição regulando genes que regulam o ciclo celular e a apoptose. A indução da proteína p53 pode ser vista logo nos primeiros trinta minutos de exposição à radiação UV. Ocorrendo mutação no gene supressor de tumor p53, a célula que apresenta dano pela radiação UV não sofre apoptose e adquire uma vantagem proliferativa sobre as células normais, desenvolvendo lesões potencialmente malignas que podem se transformar no câncer (SGARBI; CARMO; ROSA, 2007).

2.3 Queilite actínica

A queilite actínica é uma lesão potencialmente maligna comum do vermelhão dos lábios, definida como uma condição degenerativa do tecido conjuntivo e alterações displásicas do epitélio. É causada pelo efeito da radiação UV cumulativa nos lábios expostos ao sol, principalmente nas pessoas de pele clara. Os raios UV atuam sobre o DNA induzindo mutações que iniciam na epiderme, resultando numa expansão clonal dos queratinócitos transformados (NERO, 2012).

A lesão desenvolve-se lentamente sem a percepção do paciente, podendo evoluir para o carcinoma epidermóide de lábio. Sua progressão lenta leva os portadores desta lesão a acreditarem que seu aspecto clínico é referente ao processo natural do envelhecimento, ignorando sua natureza evolutiva e cancerígena da lesão (LUCENA, 2011; CINTRA et al., 2013; NEVILLE et al., 2009).

As alterações clínicas incluem um vermelhão do lábio com aspecto pálido, edemaciado e atrófico, juntamente com fissuras e enrugamento labial. À medida que a lesão progride, áreas de descamação e ulcerações superficiais podem ser observadas. Essas áreas se tornam espessas e podem se assemelhar a lesões

leucoplásicas. Nos casos mais avançados, ocorre a ausência de limite entre a zona do vermelhão do lábio e a porção cutânea. (CARVALHO, 2011; NEVILLE et al., 2009).

Histologicamente, a queilite actínica é geralmente caracterizada por um epitélio escamoso estratificado atrófico podendo mostrar uma marcante produção de queratina e alterações displásicas. O tecido conjuntivo mostra um infiltrado de células inflamatórias crônicas leves, como também, um feixe de alterações basofílicas amorfas e acelulares conhecido como elastose solar, uma alteração das fibras colágenas e elásticas induzidas pela luz UV (NEVILLE et al., 2009).

Silva e colaboradores (2006) basearam a classificação clínica da queilite actínica em três tipos: leve, moderada e severa. O tipo leve é representado por lábios com ressecamento e descamação. O moderado quando há presença de ressecamento e descamação mais severa, acompanhada de fissuras. A quadro severo está na presença de endurecimento dos lábios, apagamento do limite dermatomucoso, ulcerações e crostas, além das alterações que ocorrem nos casos leve e moderado.

As principais terapias para tratamento da queilite actínica incluem: uso constante de protetor solar labial; pomada cicatrizante de substância ativa dexpanthenol, seguido de proervação; para os casos de queilite actínica severa indica-se a remoção cirúrgica das áreas mais lesionadas e em caso das lesões abrangerem todo o lábio, vermelhectomia. Nestes casos, o material retirado deverá ser enviado ao exame histopatológico permitindo uma avaliação histopatológica do tecido removido. Entretanto, qualquer tratamento a ser adotado só será eficaz quando o indivíduo obtém consciência da fotoproteção, bem como proervação do caso (VIEIRA et al, 2012).

Diversos estudos encontrados na literatura avaliam a prevalência de queilite actínica em trabalhadores expostos à radiação solar. Miranda et al. (2011) realizaram este tipo de estudo em uma população de cortadores de cana no interior do estado do Paraná. O estudo examinou 1.539 indivíduos, constatando 141 casos de queilite actínica (9,16%), sendo: 39 casos de queilite leve (27,65%), 57 casos de queilite moderada (40,43%) e 45 casos de queilite severa (31,92%). Na amostra, notou-se que a quantidade de lesões foi maior entre os indivíduos que se expuseram ao sol por mais de 10 anos, enquanto que aqueles que haviam sido expostos há menos de 10 anos apresentaram menos lesão. Desta maneira, concluiu-se que a gravidade da lesão foi associada com o tempo de exposição ao sol.

A exposição dos trabalhadores rurais à radiação UV, sem devida fotoproteção, é bastante relevante. Um estudo de Cintra et al. (2013) examinou 120 trabalhadores, moradores da zona rural de um município do interior de São Paulo. Quanto à exposição solar, 60% se expunham em média 8 horas diárias, destes, 30,8% apresentavam grau leve a moderado de queilite actínica, tornando um fator preocupante porque apenas 15,8% informaram utilizar filtro solar labial.

Lucena et al. (2012 B) elaborou um estudo onde examinou 382 indivíduos que trabalhavam sob exposição ocupacional à radiação solar em três praias do município de Natal- Rio Grande do Norte, entre estes obteve uma prevalência de 15,5% de queilite actínica, com predomínio do sexo masculino (86%), indivíduos com idade entre 37 anos ou mais (61,4%) e de pele clara (52,6%). A fotoproteção foi relatada por 89,5%, incluindo protetor solar (42,0%), protetor labial (17,5%) e chapéu (87,7 %). Este estudo concluiu que a alta prevalência de queilite actínica relaciona a necessidade de ser fornecida especial atenção aos indivíduos cronicamente expostos à radiação UV, com a instituição de medidas educativas, preventivas e curativas.

A realização de estudos sobre os aspectos epidemiológicos, clínicos e histopatológicos da queilite actínica torna-se importante pois a referida lesão é frequente em populações expostas aos fatores de risco e apresenta potencial para malignização. Além disto, estudos epidemiológicos diagnosticados numa determinada região permitem o maior conhecimento, melhor avaliação de seus riscos e direcionamento da conduta clínica (ARNAUD et al., 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar a prevalência, o perfil clínico e epidemiológico de queilite actínica em trabalhadores expostos à radiação solar do município de Patos – PB.

3.2 Específicos

- Relacionar as características epidemiológicas como faixa etária, sexo e cor da pele, com a prevalência e grau de severidade da queilite actínica;
- Relacionar o tempo de exposição solar com a prevalência e a severidade da queilite actínica;
- Relacionar as condições socioeconômicas com a prevalência e a severidade da queilite actínica;
- Conhecer os meios de fotoproteção desses trabalhadores e relacionar com a prevalência e severidade da lesão;
- Realizar atividades de promoção de saúde voltadas para a fotoproteção labial aos trabalhadores ao ar livre.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Posicionamento Ético

A presente pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado pelo Plataforma Brasil sob o parecer número 833.767 (ANEXO I). Os sujeitos desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), dando ciência de sua participação.

4.2 Caracterização do Estudo

Este trabalho trata-se de um estudo de prevalência com caráter observacional e transversal. Possibilitou ainda associar certos fatores sociodemográficos, ocupacionais e epidemiológicos com o aparecimento da queilite actínica.

4.3 População

A população foi representada por trabalhadores ao ar livre do município de Patos – Paraíba, expostos à radiação UV, compreendendo as seguintes ocupações: Agente comunitário de saúde, agente operacional, agricultor, carroceiro, encanador, enfermeiro, gari, motorista, padeiro, panfleteiro, pedreiro, podador de árvores, professor de educação física, reciclador e vendedor ambulante.

4.4 Seleção da Amostra

A amostra foi constituída de 151 trabalhadores ao ar livre (*outdoor workers*) da cidade de Patos - Paraíba que responderam ao questionário e participaram do exame clínico extra-oral. Foram incluídos ao estudo indivíduos maiores de 18 anos de idade, em situação formal ou informal, que concordaram em participar da pesquisa através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Descrição de Variáveis

Para conhecer a forma como uma ou mais características se distribuem na população estudada e a associação entre a frequência de lesões e exposição solar, foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Variáveis dependentes: presença de lesão / severidade da lesão.
- Variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação, situação trabalhista, tempo de exposição, prevenção, tipo de prevenção, cor de pele, fumo, álcool, severidade da lesão.

As variáveis estão classificadas em: qualitativas (nominais e ordinais) e quantitativa (sociodemográfica e epidemiológica), conforme descrição da figura 02.

Figura 02 – Classificação das variáveis qualitativas e quantitativas.

Qualitativa	Nominais	Sexo, ocupação, situação trabalhista, prevenção, tipo de prevenção, pele (cor), fumo, álcool.
	Ordinais	Renda, escolaridade, tempo de exposição, tipo de lesão, idade.
Quantitativa	Sociodemográficas	Sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação, situação trabalhista.
	Epidemiológica	Sexo, idade, ocupação, tempo de exposição, tipo de prevenção, pele (cor), fumo, álcool, severidade da lesão.

Fonte: Do autor

As variáveis apresentaram os seguintes agrupamentos:

- Sexo: Indivíduos do sexo masculino e feminino;
- Faixa etária: Conforme a faixa etária estabelecida pela OMS: 15 aos 30 anos, 31 aos 45 anos, 46 aos 60 anos, e acima de 60 anos. Porém, como os indivíduos menores de 18 anos não entravam na amostra, a primeira faixa etária da pesquisa se direcionou para trabalhadores entre 18 a 30 anos;
- Cor de pele: Indivíduos leucodermas, feodermas, melanodermas e xantodermas;
- Escolaridade: Conforme os graus de escolaridade preconizados pela rede de ensino brasileira: analfabetos, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior e pós-graduação;
- Situação: Indivíduos em formalidade ou informalidade;
- Renda: Trabalhadores que possuem remuneração inferior a um salário mínimo (valor vigente na época da coleta de dados de R\$ 788,00), entre um salário mínimo até R\$ 1.500,00 (Hum mil e quinhentos reais), valor equivalente a dois salários mínimos e acima de R\$ 1.500,00 (Hum mil e quinhentos reais);
- Tempo de exposição (horas): Jornada de trabalho diária em: até 4 horas, entre 5 a 8 horas, mais do que 8 horas;
- Tempo de exposição (dias): Jornada de trabalho, em dias da semana: menos de 5 dias, 5 dias (segunda-feira à sexta-feira), 6 dias (segunda-feira ao sábado), 7 dias (segunda-feira ao domingo);
- Tempo de exposição (meses): Quanto tempo, em meses, que trabalhavam expostos ao sol: até 24 meses, de 25 a 95 meses, 97 a 180 meses e acima de 181 meses. Para análise estatística foi obtido dois grandes grupos, até 96 meses e acima de 96 meses.
- Tipo de fotoproteção: Trabalhadores que não protegem a face (nenhuma), trabalhadores que utilizam apenas boné ou chapéu (Boné ou Chapéu) e Trabalhadores que utilizam protetor solar labial (Protetor labial);
- Fumo: Trabalhadores tabagista e não-tabagistas;
- Álcool: Trabalhadores etilistas e não-etilistas;
- Queilite Actínica: Presença da lesão e ausência da lesão;
- Severidade da lesão: Através da classificação de Silva et al. (2006), os trabalhadores foram enquadrados conforme a presença da lesão em: leve, moderada ou severa. Ocorreram 44 casos de queilite actínica, sendo 34 casos leves, 7 moderados e 3 severos. Por critério de agrupamento, os casos moderados e severos

constituíram um somente grupo, totalizando 10 casos. Os três casos severos foram encaminhados para tratamento na clínica-escola de odontologia da UFCG (Universidade Federal de Campina Grande), porém apenas um compareceu para realização de biópsia, cujo laudo foi de carcinoma epidermóide.

4.6 Coleta de Dados

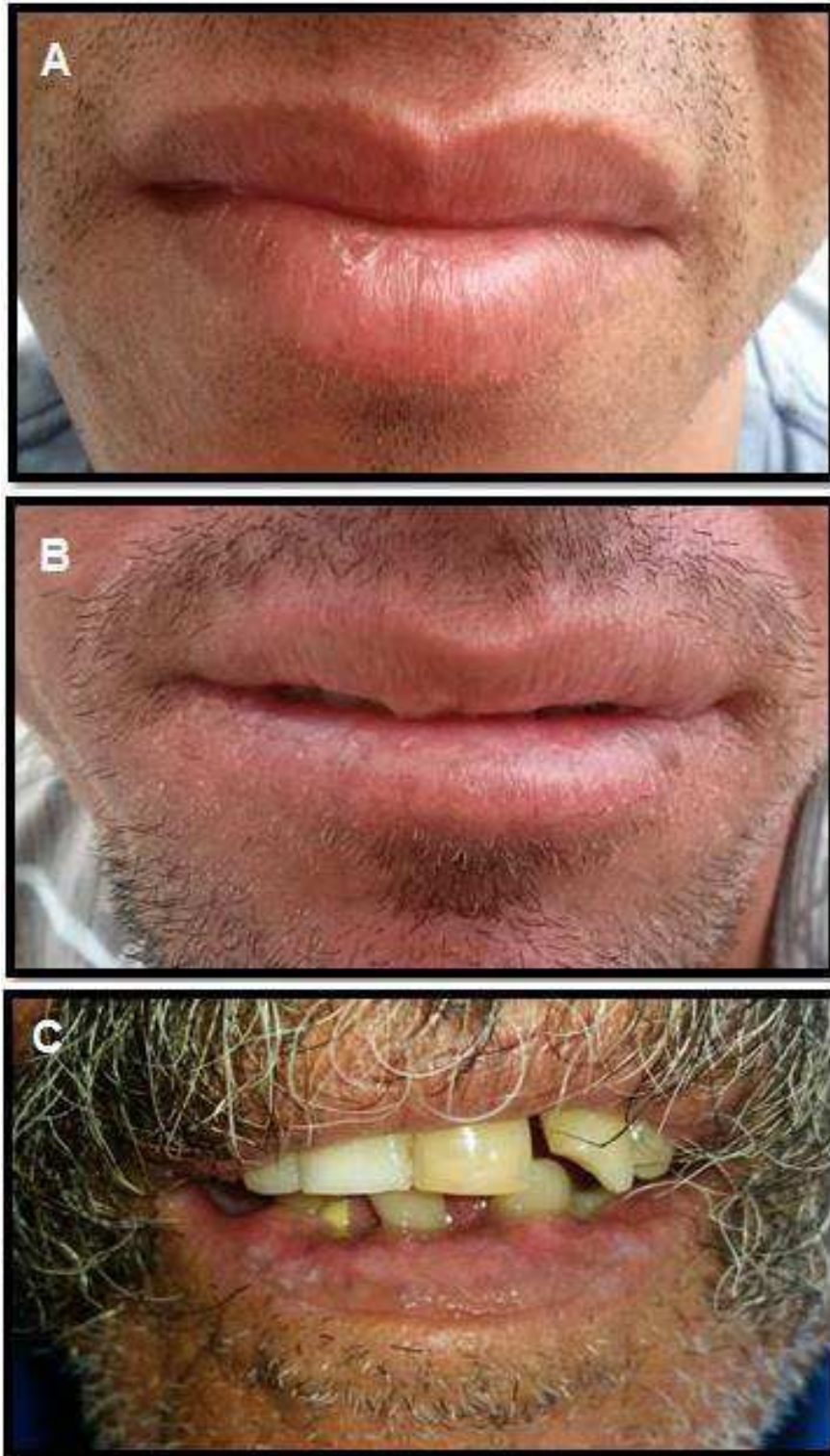
Os dados foram coletados através de: Abordagens no centro da cidade (junho e julho de 2014); Reuniões comunitárias do Programa “Novembro Azul” em duas Unidades Básicas de Saúde: Aderban Martins e Domiciano Vieira (novembro de 2014); Participação em atividade de projeto de extensão universitária “Carroceiro Valorizado” (dezembro de 2014); Reuniões em sede de empresa de limpeza urbana (fevereiro e março de 2015); Visita a residências de agricultores em assentamento rural (abril de 2015).

Os participantes da pesquisa responderam um questionário adaptado de LUCENA (2011) (APÊNDICE B) que solicitava informações relativas a dados pessoais (nome, idade, endereço, renda e escolaridade); informações ocupacionais (ocupação, situação trabalhista, horário de trabalho, tempo de exposição ao sol); informações de saúde sistêmica e oral (medida de fotoproteção, cor da pele, tabagismo e etilismo). Após isso, eram submetidos a exame clínico extra-oral dos lábios superior e inferior. Ao ser diagnosticada lesão de queilite actínica, era feito o enquadramento clínico de acordo com a classificação clínica de Silva et al. (2006), em: queilite leve, moderada e severa (Figura 03). Os pacientes recebiam orientações de tratamento e de fotoproteção labial.

4.7 Análise Estatística

Os dados da pesquisa foram estruturados em banco de dados *Microsoft Excel 2013*® onde inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis qualitativas e quantitativas. Para a análise estatística utilizou-se o *software* livre *WinPepi for Windows 11.32* (ABRAMSON, 2013). A associação entre as variáveis, a prevalência e severidade da queilite actínica foi verificada pelo teste exato de Fisher, Qui-quadrado e Teste de Mann-Whitney. Para observar a magnitude dessas relações, utilizou-se intervalo de confiança de 95%.

Figura 03 – Parâmetros de observação da queilite actínica na amostra. Queilite actínica leve, lábio em descamação (A). Queilite actínica moderada, lábio com descamação mais acentuada (B). Queilite actínica severa, apagamento do limite dermatomucoso e presença de leucoplasias (C).



Fonte: Do autor

5 RESULTADOS

5.1 Resultados Descritivos

Todos os dados descritivos podem ser analisados na tabela 01. É possível observar que a amostra do presente estudo constou de 151 trabalhadores ao ar livre (*outdoor workers*), onde a maioria era do sexo masculino (71,5%) e feodermas (52,3%). A idade dos pesquisados teve média de 39,18 anos (DP± 14,7).

Quanto a escolaridade, a maioria tinha apenas ensino fundamental incompleto (44,4%), seguido por analfabetos com 19,9%. As ocupações que mais participaram foram carroceiros (21,2%) e agricultores (21%). A situação trabalhista se caracterizou ser mais informal (62,3%) e 61,5% da amostra ganhava entre um a dois salários mínimos.

O tempo de exposição solar ocupacional de 5 a 8 horas diárias representou 67,5% da amostra e durante 6 dias semanais, 68,2%. Em relação aos anos de atividade ocupacional, 31,7% já trabalhava de 1 a 2 anos ao ar livre e 26,5% de 3 a 8 anos. O tipo de fotoproteção mais utilizado foi boné ou chapéu com 56,3%, a proteção labial foi relatada apenas por 5 indivíduos (3,3%) e 40,4 % da amostra não utilizava nenhum modo de proteção facial/labial.

A maioria dos trabalhadores eram não-tabagistas (72,2%) e não-etilistas (63,5%) e os casos de queilite actínica atingiram 29,1% da amostra.

Tabela 01 – Variáveis, número de trabalhadores (*n*) e percentual (%). Patos, Paraíba – Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	<i>n</i> (151)	%
Sexo		
Masculino	108	71,5
Feminino	43	28,5
Faixa Etária		
18-30 anos	51	33,8
31-45 anos	54	35,7
46-60 anos	30	19,9
> 60 anos	16	10,6
Cor da Pele		
Leucoderma	22	14,6
Feoderma	79	52,3
Melanoderma	50	33,1

Escolaridade		
Analfabetos	30	19,9
Ensino fundamental incompleto	67	44,4
Ensino Fundamental completo	6	4
Ensino médio incompleto	29	19,2
Ensino médio completo	16	10,6
Ensino Superior	2	1,3
Pós-graduação	1	0,6
Ocupações		
Agente operacional	15	9,9
Agricultor	31	21
Carroceiros	32	21,2
Garis	28	18
Vendedores ambulantes	27	17,9
Outras ocupações	18	12
Situação		
Formal	57	37,7
Informal	94	62,3
Renda		
Menos de R\$ 788,00	56	37
R\$ 788,00 a R\$ 1.500,00	93	61,5
Mais de R\$ 1.500,00	2	1,5
Tempo de exposição (horas)		
Menos de 4 horas/dia	33	21,9
De 5 a 8 horas/dia	102	67,5
Mais de 8 horas/dia	16	10,6
Tempo de exposição (dias)		
Menos de 5 dias	8	5,3
5 dias	32	21,2
6 dias	103	68,2
7 dias	8	5,3
Tempo de exposição (meses)		
Até 24 meses	48	31,7
25 a 96 meses	40	26,5
97 a 180 meses	30	19,9
Acima 181 meses	33	21,9
Tipo de Fotoproteção		
Nenhuma	61	40,4
Boné ou Chapéu	85	56,3
Protetor labial	5	3,3

Tabagismo		
Fumantes	42	27,8
Não-fumantes	109	72,2
Etilismo		
Etilistas	55	36,5
Não-etilistas	96	63,5
Queilite Actínica		
Ausente	107	70,9
Presente	44	29,1

5.2 Relação das variáveis com a presença da queilite actínica

O total de trabalhadores expostos a radiação solar que apresentaram queilite actínica foram 44, deste total, os homens representaram 82%, sendo a faixa etária de 18 a 30 anos mais prevalente (38%) e quanto a cor de pele, 20% dos trabalhadores eram leucodermas, 43% dos feodermas e 37% dos melanodermas.

Em relação a escolaridade foi observado uma distribuição semelhante entre todos os trabalhadores que tinham ou não a queilite actínica e desta forma, não foi encontrada significância entre o grau de instrução e a presença da lesão (Teste de Mann-Whitney: $U = 5414.0$, $Z = 1.07$, $p = 0.284$). Já em relação a situação trabalhista foi possível observar que o percentual de trabalhadores informais que tem queilite actínica é bem maior que os trabalhadores que não tem a lesão, obtendo significância estatística (Teste Exato de Fisher, $p = 0.003$). No mesmo sentido, pode-se observar que a variável renda mostrou que a maioria dos trabalhadores que apresentavam queilite actínica se enquadravam no grupo que recebiam menos que R\$ 788,00 (Teste Exato de Fisher, $p < 0,001$).

Quanto ao tempo de exposição aos raios UV, não encontrou relação estatisticamente significativa entre os trabalhadores sem e com queilite actínica em relação ao tempo de exposição em horas diárias. Já ao relacionar o tempo de exposição da quantidade de dias da semana trabalhados e tempo de exposição em meses, foi encontrado significância entre os trabalhadores que tinham e os que não tinham a lesão. Os trabalhadores que trabalhavam 6 dias representaram 75% dos que tinham queilite actínica (Teste de Mann-Whitney, $p=0.011$) e o percentual de trabalhadores com queilite actínica que se encontravam a mais de 96 meses

trabalhando expostos ao sol foi de 53% contra 37% dos trabalhadores de não tinham a lesão (Teste Exato Qui-quadrado: $p = 0.033$).

Não houve significância entre o tipo de fotoproteção e a presença da queilite actínica (Teste Exato de Fisher: $p = 0.5696$), houve uma distribuição semelhante entre os trabalhadores que tinham queilite actínica e os que não tinham, sendo que a maioria da amostra se enquadrava no uso do chapéu ou boné.

Em relação aos hábitos, quando comparamos os trabalhadores que fumam e a presença da lesão, observa-se que o percentual daqueles que fumam e não tem lesão é bem menor (21%) do que os que fumam e tem lesão (43%), mostrando que há uma relação estatisticamente significativa (Teste Exato de Fisher: $p = 0.001$). Quanto ao uso do álcool com a presença ou a ausência de queilite actínica, foi observado uma distribuição semelhante, onde não foi possível encontrar relação estatisticamente significativa (Teste Exato de Fisher: $p = 0.774$).

Na tabela 02 é possível observar a relação das variáveis com a presença da lesão.

Tabela 02 – Variáveis, número de trabalhadores sem lesão, números de trabalhadores com lesão e valores de p . Patos, Paraíba – Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	SEM LESÃO n (%)	COM LESÃO n (%)	p
Sexo			0.033*
Masculino	72 (68)	36 (82)	
Feminino	35 (32)	8 (18)	
Faixa Etária			0.040*
18-30 anos	34 (31)	17 (38)	
31-45 anos	44 (41)	10 (22)	
46-60 anos	18 (16)	12 (27)	
> 60 anos	11 (12)	5 (13)	
Cor de pele			0.1317*
Leucoderma	13 (12)	9 (20)	
Feoderma	60 (56)	19 (43)	
Melanoderma	34 (32)	16 (37)	
Escolaridade			0.284**
Analfabetos	21 (20)	9 (20)	
Ensino fundamental incompleto	46 (42)	21 (48)	
Ensino Fundamental completo	4 (4)	2 (4)	
Ensino médio incompleto	19 (18)	10 (24)	

Ensino médio completo	14 (13)	2 (4)	
Ensino Superior	2 (2)	-	
Pós-graduação	1 (1)	-	
Situação			0.003*
Formal	47 (44)	10 (23)	
Informal	60 (56)	34 (77)	
Renda			< 0,001*
Menos de R\$ 788,00	16 (15)	40 (91)	
R\$ 788,00 a R\$ 1.500,00	89 (83)	4 (9)	
Mais de R\$ 1.500,00	2 (2)	-	
Tempo de exposição (horas)			0.064**
Menos de 4 horas/dia	22 (18)	11 (25)	
De 5 a 8 horas/dia	72 (67)	30 (68)	
Mais de 8 horas/dia	13 (15)	3 (7)	
Tempo de exposição (dias)			0.011**
Menos de 5 dias	5 (5)	3 (7)	
5 dias	27 (25)	5 (11)	
6 dias	70 (65)	33 (75)	
7 dias	5 (5)	3 (7)	
Tempo de exposição (meses)			0.033***
Até 96 meses	67 (63)	21 (47)	
Acima de 96 meses	40 (37)	23 (53)	
Tipo de Fotoproteção			0.569*
Nenhuma	45 (42)	16 (37)	
Boné ou Chapéu	59 (55)	26 (59)	
Protetor labial	3 (3)	2 (4)	
Tabagismo			0.001*
Fumantes	23 (21)	19 (43)	
Não-fumantes	84 (79)	25 (57)	
Etilismo			0.774*
Etilistas	39 (36)	16 (37)	
Não-etilistas	68 (64)	28 (63)	

* Teste Exato de Fisher

** Teste de Mann-Whitney

***Teste de Qui-quadrado

5.3 Relação das variáveis com a severidade da queilite actínica

Na tabela 03, pode-se observar a relação das variáveis estudadas com severidade da queilite actínica. Ambos os grupos de leve e moderada/severa apresentavam-se no sexo masculino, e assim, não houve relação estatisticamente significativa entre o sexo e a severidade da lesão (Teste Exato de Fisher: $p = 0.857$).

Quanto a faixa etária, foi observado que a maioria dos indivíduos que apresentavam queilite leve estavam na faixa etária 18 a 30 anos (41%) e os que apresentavam a lesão em estágio moderada/severa tinham 46 a 60 anos (40%), apresentando significância estatística (Teste de Mann-Whitney: $U = 3805.0$, $Z = 3.05$, $p = 0.002$). Em relação a cor de pele, foi observado que os indivíduos leucodermas representavam a metade da amostra dos casos que queilite actínica moderada/severa, enquanto a maioria dos casos de queilites leve estavam presentes nos trabalhadores feodermas (47%) (Teste Exato de Fisher: $p = 0.0001$).

Na variável escolaridade, pode-se ver que a maioria dos trabalhadores estão entre analfabetos e fundamental incompleto em ambos os grupos de severidade da lesão, muito embora tenha dado significativo, esta relação pode ser justificada porque existem campos com zero casos. A situação informal e a renda inferior a um salário mínimo concentraram o maior número de casos entre os grupos, não ocorrendo relação estatisticamente significativa.

O tempo de exposição em horas mostrou semelhante distribuição nos dois grupos de lesões, já o tempo de exposição em dias e meses, mostrou que quanto mais dias da semana trabalhados e mais meses, mais severa era a lesão, sendo, portanto, estatisticamente significativa (Dias: Teste Exato de Fisher: $p = 0.054$ /Meses: Teste Mann-Whitney: $p = 0.002$).

Ao considerar o tipo de fotoproteção, a queilite actínica leve foi prevalente em 65% dos trabalhadores que utilizavam apenas boné ou chapéu e 35% não utilizavam nenhuma fotoproteção facial, enquanto que a distribuição dos trabalhadores com queilite moderada/severa foi mais equilibrada com 40% dos trabalhadores que utilizavam apenas boné ou chapéu, 40% dos que não utilizavam nenhum tipo de fotoproteção e 20% usavam protetor labial (Teste Exato de Fisher: $p=0.0242$).

Em relação ao tabagismo e etilismo, não se encontrou uma relação de significância entre a severidade da lesão com estes hábitos (Fumo: Teste Exato de Fisher: $p = 0.667$ /Álcool: Teste Exato de Fisher: $p = 0.559$).

Tabela 03 – Variáveis, número de queilites actínicas leves, números de queilites actínicas moderada/severa e valor de *p*. Patos, Paraíba – Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	LEVE n (%)	MODERADA/ SEVERA n (%)	<i>p</i>
Sexo			0.857*
Masculino	28 (82)	8 (80)	
Feminino	6 (18)	2 (20)	
Faixa Etária			0.002**
18-30 anos	14 (41)	3 (30)	
31-45 anos	9 (26)	1 (10)	
46-60 anos	8 (24)	4 (40)	
> 60 anos	3 (9)	2 (20)	
Cor da Pele			0.0001*
Leucoderma	4 (12)	5 (50)	
Feoderma	16 (47)	3 (30)	
Melanoderma	14 (41)	2 (20)	
Escolaridade			0.029**
Analfabetos	6 (18)	3 (30)	
Ensino fundamental incompleto	16 (47)	5 (50)	
Ensino Fundamental completo	2 (6)	-	
Ensino médio incompleto	9 (26)	1 (10)	
Ensino médio completo	1 (3)	1 (10)	
Ensino Superior	-	-	
Pós-graduação	-	-	
Situação			0.194*
Formal	7 (21)	3 (30)	
Informal	27 (79)	7 (70)	
Renda			0.005*
Menos de R\$ 788,00	32 (94)	8 (80)	
R\$ 788,00 a R\$ 1.500,00	2 (6)	2 (20)	
Mais de R\$ 1.500,00	-	-	
Tempo de exposição (horas)			0.196**
Menos de 4 horas/dia	9 (26)	2 (20)	
De 5 a 8 horas/dia	23 (68)	7 (70)	
Mais de 8 horas/dia	2 (6)	1 (10)	
Tempo de exposição (dias)			0.054**
Menos de 5 dias	3 (9)	-	
5 dias	4 (12)	1 (10)	
6 dias	25 (73)	8 (80)	
7 dias	2 (6)	1 (10)	

Tempo de exposição (meses)			0.002*
Até 96	18 (53)	3 (30)	
Acima de 96	16 (47)	7 (70)	
Tipo de fotoproteção			0.0242*
Nenhuma	12 (35)	4 (40)	
Boné ou Chapéu	22 (65)	4 (40)	
Protetor labial	-	2 (20)	
Tabagismo			0.667*
Fumantes	15 (44)	4 (40)	
Não-fumantes	19 (56)	6 (60)	
Etilismo			0.559*
Etilistas	12 (35)	4 (40)	
Não-etilistas	22 (65)	6 (60)	

* Teste Exato de Fisher

** Teste de Mann-Whitney

6 DISCUSSÃO

A queilite actínica é definida como uma alteração crônica dos lábios, uma lesão potencialmente maligna comum, causada pelo efeito da radiação UV cumulativa nos lábios expostos ao sol de forma desprotegida e que pode progredir até o estágio de carcinoma epidermóide invasivo de lábio (VAN DER WAAL, 2009).

Em países onde ocorre uma baixa incidência de radiação solar durante todo o ano, a prevalência de queilite actínica é baixa, como mostram os estudos de Campisi e Margiotta (2001) com camponeses italianos (4,6%) e Espinoza et al. (2003) com pacientes idosos chilenos (0,9%). Esses estudos evidenciam que devido a exposição crônica à radiação UV, as populações que habitam regiões tropicais estão mais propícias de desenvolverem a queilite actínica como no presente estudo, onde observou-se uma alta prevalência de 29,1% de queilite actínica para os trabalhadores ao ar livre, um fato coerente com o clima da região estudada. Este índice é superior a prevalência encontrada nos estudos de Martins-Filho et al. (2011) com agricultores do estado de Sergipe – Brasil (16,7%), Ribeiro et al. (2014) com pescadores do estado de Sergipe – Brasil (11,4%), Miranda et al. (2011) com agricultores do estado do Paraná – Brasil (9,6%), como também Lucena et al. (2012 A) com trabalhadores de praias do estado do Rio Grande do Norte – Brasil (15,5%). Entretanto, foi inferior a prevalência encontrada nos estudos de Cintra et al. (2013) com agricultores do estado de São Paulo – Brasil (35,8%), Silva et al. (2006) com pescadores do estado de Santa Catarina – Brasil (43,2%) e Junqueira et al. (2011) com agricultores do estado de São Paulo – Brasil (39,6%).

Esta pesquisa evidenciou uma relação significativa da presença da queilite actínica com o sexo masculino corroborando outros estudos que relatam indivíduos do sexo masculino sendo os mais susceptíveis a desenvolverem a queilite actínica (CORSO et al., 2006; CAVALCANTE et al., 2008; LEMOS et al., 2009; CINTRA et al., 2013). Este fato pode ser explicado pelo fato que a natureza das ocupações ao ar livre, no município estudado, é predominantemente masculina, além disso, as mulheres tem menos probabilidade de desenvolverem a lesão devido ao uso do batom, que pode, parcialmente, proteger os lábios do sol e culturalmente procuram mais serviços de saúde que os homens.

A idade média dos trabalhadores que apresentaram queilite actínica foi de 38,6 anos (DP \pm 15,62), enquanto que na literatura encontramos como referência a quinta

década de vida (CORSO et al.,2006). Esta diferença deve ter acontecido pois a maioria dos trabalhadores eram jovens. Os trabalhadores com idade entre 46 e 60 anos representaram a maior parcela dos casos de queilite actínica moderada/severa. Este resultado é decorrente do efeito cumulativo à exposição solar. Para Lucena et al. (2012 A), com o avanço da idade, há o aumento nas taxas de incidência do câncer de lábio, já que as implicações fisiológicas decorrentes da idade consistem em condições crônicas oriunda de fatores extrínsecos.

Considerando a importância de coletar dados dos parâmetros sociais, elencou-se as variáveis: escolaridade, renda e situação trabalhista. A queilite actínica foi mais prevalente nos trabalhadores de baixa escolaridade, onde a maioria recebia menos de um salário mínimo e estava em situação informal. Esta prevalência justifica-se pela inacessibilidade de adquirir meios de fotoproteção, principalmente o protetor solar labial, como também a falta de conhecimento do uso correto destes meios e possível dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Para Lucena et al. (2012 B), a baixa renda, baseada na escolaridade reduzida, é fortemente associada com um maior risco de desenvolvimento de neoplasias labiais, pois os hábitos saudáveis, como alimentação e fotoproteção, são reflexos das condições socioeconômicas.

A literatura demonstra que a presença de queilite actínica está relacionada com o maior tempo de exposição à radiação UV (MIRANDA et al.,2011; CINTRA et al., 2013; MARTINS-FILHO et al., 2011; LUCENA et al., 2012 B; RIBEIRO et al., 2014). Do mesmo modo, foi possível observar uma relação significativa da presença da queilite actínica em trabalhadores que tinham maior tempo de trabalho sob exposição solar. Esta relação também foi positiva com a severidade da lesão, pois os casos mais severos se encontravam em trabalhadores que exerciam suas atividades por 6 dias da semana e trabalhavam a mais de 96 meses, demonstrando, de fato, que o efeito da radiação UV na queilite actínica é cumulativo.

Quando analisado o uso de fatores de proteção facial, foi possível notar que existe uma grande parcela que não utiliza nenhum método de proteção e se quer sabem da necessidade do uso de proteção labial. O uso de boné ou chapéu foi o método mais utilizado pelos trabalhadores entrevistados. Silva et al. (2006) encontraram um índice de usuários de chapéu ou boné inferior a este estudo (33%), já Martins-Filho et al. (2011) observou uma prevalência maior a este estudo (70%). Apesar de ser o método mais acessível para a maioria, o boné ou chapéu não representa eficácia quanto a proteção da queilite actínica, já que esses meios de

fotoproteção não apresentam materiais com fotoproteção comprovada e as áreas de mucosa labial não são protegidas totalmente pela sombra desses meios (LUCENA, 2012 B).

A maior parte da amostra constituiu-se por trabalhadores feodermas e eles representaram quase a metade dos casos de queilite actínica leve, já os trabalhadores leucodermas, embora serem minoria, somaram metade dos casos de queilite actínica moderada/severa. Através da análise estatística, foi possível identificar o risco relativo de acometimento da lesão em relação a cor de pele. Os trabalhadores leucodermas apresentam 6,5 vezes mais chances de desenvolverem a lesão em relação a trabalhadores feodermas, e 8,5 vezes mais do que melanodermas. Os indivíduos com cor de pele mais escura apresentam uma maior atividade melanócita, pois há elevada produção e dispersão de melanina, pigmento que fornece cor à pele e a protege da radiação UV (BRADFORD, 2009). Assim, pode-se sugerir que a progressão da queilite actínica leve para moderada/severa é menor em trabalhadores feodermas e melanodermas, devido a proteção natural da pele, e maior entre trabalhadores leucodermas.

Embora a radiação UV seja, inquestionavelmente, o fator etiológico principal da queilite actínica, autores como Cintra et al. (2013) e Martins-Filho et al. (2011) afirmam que a malignização da lesão pode ser acentuada quando esse fator está associado aos hábitos do tabagismo e etilismo, principalmente nos fumantes de cigarros, pois o calor gerado pela queima do tabaco é transferido para a mucosa labial, como também, a absorção de seus componentes tóxicos. Na presente pesquisa, apesar da maioria dos trabalhadores serem não-tabagistas e não-etilistas, foi possível evidenciar uma relação positiva significativa com a presença da lesão e tabagismo, mostrando que o tabaco pode influenciar o acometimento da lesão. A relação entre a presença ou grau de severidade da queilite actínica com os hábitos do tabagismo e etilismo é pouco evidenciada na literatura. No entanto, Lucena et al. (2012 A) afirmam que as pessoas que consomem álcool ou cigarros são mais despreocupadas quanto a manutenção de bons hábitos de saúde.

A maior parte dos casos de cânceres de lábio desenvolvem-se a partir de queilites actínicas preexistentes, não havendo aspectos clínicos claros que permitam distinguir um carcinoma em estágio inicial, da queilite moderada/severa (CINTRA et al., 2013). Logo, estudos epidemiológicos contribuem para um melhor conhecimento, pelos profissionais de saúde, sobre os aspectos clínicos e fatores associados a

ocorrência da queilite actínica, pois é crescente a incidência dessas enfermidades no mundo. Tal fato consiste em um problema de saúde pública, posto que diagnósticos tardios e a ausência de programas de promoção à saúde levam a resultados clínicos, pós-tratamento, bastante desfavoráveis, implicando em prejuízos estético e funcionais, além de risco de morte. Na área que estuda saúde ocupacional, esse conhecimento ainda não é usado suficientemente como ponto de partida para programas de prevenção, nem tampouco para a adequação dos ambientais de trabalho.

7 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos, pode-se concluir que:

- A prevalência de queilite actínica em trabalhadores ao ar livre da cidade de Patos/PB - Brasil foi considerada alta, atingindo 29,1% da amostra.
- Homens de cor de pele leucoderma tem mais chance de desenvolver queilite actínica e estes por sua vez, quando possuem a lesão tem mais chances de progressão para casos severos;
- Fatores socioeconômicos como baixa renda, informalidade no trabalho e baixo nível de escolaridade foram considerados fatores de risco para o desenvolvimento da queilite actínica;
- Quanto maior o tempo de exposição à radiação UV pelos trabalhadores, de forma desprotegida, maior o risco de desenvolvimento de queilite actínica;
- Os meios de fotoproteção facial, principalmente labial, é dificilmente utilizado por esta classe trabalhadora, sendo o método mais utilizado o boné ou chapéu e este não representa proteção eficaz para a queilite actínica.

REFERÊNCIAS

- ABRAMSON, J.H. WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. *Epidemiologic Perspectives & Innovations* 2013, 11:32
- ALMEIDA, A.M.P.T.; NAI, G.A. Câncer de pele e sua associação com dano solar. *Revista Brasileira de Medicina*, v. 67, p. 16-21, 2010.
- AMARO-ORTIZ, A.; YAN, B.; D'ORAZIO, J.A. Ultraviolet radiation, aging and a the skin: prevention of damage by topical cAMP manipulation. *Molecules*, v. 19, n. 5, p. 6202-6219, 2014.
- ARNAUD, R.R.; SOARES, M.S.M.; PAIVA, M.A.F.; FIGUEIREDO, C.R.L.V.; SANTOS, M.G.C.; LIRA, C.C. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 43, n. 6, p. 384-389, 2014.
- AUBIN, F. Mechanisms involved in ultraviolet light-induced immunosuppression. *European Journal of Dermatology*, v. 13, n. 6, p. 515-23, 2003.
- BALOGH, T.S.; PEDRIALI, C.A.; BABY, A.R.; VELASCO, M.V.R; KANEKO, T.M. Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 86, n.4, p. 732-742, 2008.
- BRADFORD, P.T. Skin Cancer in Skin of Color. *Dermatology Nurses' Association*, v. 21, n. 4, p. 170-178, 2009.
- CAMPISI, G.; MARGIOTTA, V. Oral mucosa lesions and risk habits among men in an Italian study population. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v. 30, p. 22-28, 2001.
- CARVALHO, L.F.C.S. *Análise de queilite actínica por espectroscopia micro FT-IR*. 2011. 80 f. Tese (Doutorado em Biopatologia Oral) – Universidade Estadual Paulista, São José dos Campos. 2011.
- CASTILHO, I.G.; LEITE, R.M.S.; SOUSA, M.A.A. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 85, n. 2, p. 173-178, 2010.
- CAVALCANTE, A.S.; ANBINDER, A.L.; CARVALHO, Y.R. Actinic Cheilitis Clinical and Histological Features. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, v. 66, n. 3, p. 498-503, 2008.
- CHEN, H.; WENG, Q.Y.; FISHER, D.E. UV signaling pathways the skin. *Journal of Investigative Dermatology*, v. 134, n. 8, p. 2080-2085, 2014.
- CINTRA, J.S.; TORRES, S.C.M.; SILVA, M.B.F.; JÚNIOR, L.R.C.M.; FILHO, J.P.S.; JUNQUEIRA, J.L.C. Queilite actínica: estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaia – SP. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, v. 67, n. 2, p. 118-121, 2013.

CONSENSO BRASILEIRO DE FOTOPROTEÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA 2013. Disponível em: <<http://www.sbd.org.br/publicacoes/consenso-brasileiro-de-fotoprotecao.>> Acesso em: 16 de set. 2015.

CORSO, F.M.; WILD, C.; GOUVEIA, L.O.; RIBAS, M.O. Queilite Actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. *Clínica e Pesquisa em Odontologia*, v. 2, n. 4, p. 277-281, 2006.

DAVOLOS, M.R.; FLOR, J.; CORREA, M.A. Protetores solares. *Química Nova*, v. 30, n. 1, p.153-158, 2007.

ESPINOZA, I.; ROJAS, R.; ARANDA, W.; GAMONAL, J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, v. 32, n. 10, p. 571-575, 2003.

FERREIRA, F.R.; NASCIMENTO, L.F.C.; ROTTA, O. Fatores de risco para câncer da pele não melanoma em Taubaté, SP: um estudo de caso-controle. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 4, p. 431-437, 2011.

HORSHAM, C.; AUSTER, J.; SENDALL, M.C.; STONEHAM, M.; YOUL, P.; CRANE, P.; TENKATE, T.; JANDA, M.; KIMLIN, M. Interventions to decrease skin cancer risk in outdoor workers: update to a 2007 systematic review. *BMC Research Notes*, v. 7, n. 10, p. 2-8, 2014.

JUNQUEIRA, J.L.; BÖNECKER, M.; FURUSE, C.; MORAIS, P.D.E.C.; FLÓRIO, F.M.; CURY, F.M.; ARAÚJO, V.C. Actinic cheilitis among agricultural workers in Campinas, Brazil. *Community Dental Health*, v. 28, n. 1, p. 60-63, 2011.

LE MOS, M.A.S.; MACIEL, T.A.O.; MATOS, F.R.; AMORIM, A.G.; GALVÃO, H.C. Queilite Actínica: Estudo Clinicopatológico de 46 casos. *Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 11, n. 3, p. 9-12, 2009.

LUCENA, E.E.S. Prevalência e fatores associados a lesões labiais e periorais decorrentes da exposição solar em trabalhadores de praias. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

LUCENA, E.E.S.; BARBOSA, D.C.; SILVEIRA, E.J.D.; LIMA, K.C. Prevalência de lesões labiais em trabalhadores de praia e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, v. 46, n. 6, p. 1051-1057, 2012 (A).

LUCENA, E.E.S.; COSTA, D.C.; SILVEIRA, E.J.; LIMA, K.C. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. *Oral Diseases*, v. 18, n. 6, p. 575-579, 2012 (B).

MARTINS-FILHO, P.R.S.; DA SILVA, L.C.F.; PIVA, M.R. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid northeastern region of Brazil. *Internet Journal of Dermatology*, v. 50, p. 1109-1114, 2011.

MIRANDA, A.M.O.; FERRARI, T.M.; CALANDRO, T.L.L. Queilite actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil. *Revista de Pesquisa em Saúde*, v. 1, n. 4, p. 67-72, 2011.

MONTAGNER, S.; COSTA, A. Bases biomoleculares do fotoenvelhecimento. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 84, n. 3, p. 263-269, 2009.

NAHAR, V.K.; FORD, M.A.; HALLAM, J.S.; BASS, M.A.; VICE, M.A. Sociodemographic and psychological correlates of sun protection behaviors among outdoor workers: a review. *Journal of Skin Cancer*, v. 1, n. 10, p. 1-10, 2013.

NERO, N.R.D.D. *Padrão de expressão das PAKs em queilite actínica e em carcinoma epidermoide oral*. 2012. 86 f. Dissertação (Mestrado em Patologia) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba. 2012.

NEVILLE, B. W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J.E. *Patologia oral e maxilo-facial*. 3ªed. Rio de Janeiro: Elsevier Ltda. 2009.

REIS, A.R.M. *Implementação do Sunsmart – Programa de promoção da saúde e prevenção do cancro da pele*. 2011. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt>> Acesso em: 15 de mar. 2015.

RIBEIRO, A.O.; DA SILVA, L.C.F.; MARTINS-FILHO, P.R.S. Prevalence of and risk factors for actinic cheilitis in Brazilian fishermen and women. *Internet Journal of Dermatology*, v.53, p. 1370-1376, 2014.

RIZZATTI, K.; SCHNEIDER, I.J.C.; D'ORSI, E. Perfil epidemiológico dos cidadãos de Florianópolis quanto à exposição solar. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 20, n. 4, p. 459-469, 2011.

ROSSOE, E.W.T.; SITTART, J.A.; TEBCHERANI, A.J.; PIRES, M.C. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-pastia. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 86, n. 1, p. 65-73, 2011.

SGARBI, F.C.; CARMO, E.D.; ROSA, L.E.B. Radiação ultravioleta e carcinogênese. *Revista de Ciências Médicas*, v. 16, n. 4, p. 245-250, 2007.

SILVA, F.D.; DANIEL, F.I.; GRANDO, L.J.; CALVO, M.C.; RATH, I.B.S.; FABRO, S.M.L. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. *Revista Odonto Ciência*, v. 51, n. 21, p. 37-42, 2006.

SILVA, A.A. Medidas de radiação solar ultravioleta em Belo Horizonte e saúde pública. *Revista Brasileira de Geofísica*, v. 26, n. 4, p. 417-425, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Relatórios. Disponível em: <<http://sbd.tempsite.ws/capele/gestao/relatorios.asp?campanha=7>> Acesso em: 13 de mar. 2015.

TOFETTI, M.H.F.C.; OLIVEIRA, V.R. A importância do uso do filtro solar na prevenção do fotoenvelhecimento e do cancer de pele. *Revista Científica da Universidade de Franca*, v. 1, n. 6, p. 59-66, 2006.

VAN DER WAAL, I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*, v. 45, p. 317-23, 2009.

VIEIRA, R.A.M.A.R.; MARQUES, M.E.A.; MINICUCCI, E.M.; MARQUES, S.A. Actinic cheilitis and squamous cell carcinoma of the lip: clinical, histopathological and immunogenetic aspects. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 87, n. 1, p. 105-114, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION.INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Exposure to artificial UV radiation and skin câncer. *IARC Working Group Reports*, v.1, n.1, p. 64, 2005.

ZAMBON A.P.L.B. *Influência da associação de filtros solares sobre a estabilidade, liberação, permeação e retenção cutânea do p-metoxicinamat de octila em formulações fotoprotetoras*. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, Araraquara. 2011

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**LEVANTAMENTO DE LESÕES LABIAIS EM INDIVÍDUOS QUE TRABALHAM
EXPOSTOS A RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB****Esclarecimentos**

Este é um convite para você participar da pesquisa “LEVANTAMENTO DE LESÕES LABIAIS EM INDIVÍDUOS QUE TRABALHAM EXPOSTOS A RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB” que é coordenada pela professora Cyntia Helena Pereira de Carvalho. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura verificar qual a prevalência, ou melhor, qual a distribuição de doenças em lábio originadas da exposição solar em trabalhadores no município de Patos-PB. A partir de seus resultados será possível traçar medidas preventivas com o intuito de se garantir a redução do número de casos dessas doenças, bem como melhorar a qualidade de vida da população trabalhadora exposta a radiação ultravioleta.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: preenchimento de uma ficha-questionário que aborda dados pessoais e ocupacionais e um simples exame clínico.

A pesquisa traz riscos mínimos considerando que os dados serão obtidos através de uma ficha-questionário e os exames clínicos a serem realizados não causam danos à região labial íntegra do indivíduo.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “LEVANTAMENTO DE LESÕES LABIAIS EM INDIVÍDUOS QUE TRABALHAM EXPOSTOS A RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB”.

Participante da pesquisa:

Nome:

Pesquisador responsável: Cyntia Helena Pereira de Carvalho

Assinatura

Inácio do Leão, 1041, Jardim Guanabara, Patos, PB, 58.700 – 000, fone: (83) 96343411.

APÊNDICE B – Questionário



FICHA-QUESTIONÁRIO ADAPTADO (LUCENA et al., 2012 A)



**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM TRABALHADORES
EXPOSTOS À RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS - PB**

FICHA-QUESTIONÁRIO

Dados gerais:

Nº Ficha Nome: _____Idade: Endereço: _____Sexo: 1. Masculino 2. Feminino Anos de estudo: Renda (em reais):

Informações da ocupação:

Ocupação: _____Situação trabalhista: 1. Formal 2. Informal Local de trabalho: _____Horário de trabalho: das _____ às _____Tempo de exposição solar: diária (horas) Semanal (dias) Tempo de exposição solar acumulado: () Meses () AnosMedidas de fotoproteção: 1. Sim 2. NãoQual: 1. Protetor solar 2. Protetor labial 3. Boné/chapéu 4. Batido 5. Outros

Informações de saúde:

Tipo de pele: 1. Muito clara 2. Clara 3. Morena clara 4. Morena escura 5. NegraQuantidade de cigarros/dia nos últimos 30 dias: Não sou fumante 1 a 10 cigarros/dia 11 a 20 cigarros/dia 21 cigarros ou mais/diaFrequência de bebida alcoólica: Não bebo Uma vez por mês Uma vez por semana Todos os diasConsumo de alimentos: Frutas Legumes ou verduras Frutas, legumes e verdurasFrequência ingestão/semana: _____Presença de lesão: 1. Sim 2. Não Localização: Lábio inferior 2. Oral 3. PerioralLesão encontrada: 1. Queilite Actínica leve. 2. Queilite Actínica Moderada/Severa 3. Outra lesão

APÊNCIDE C – Artigo Científico**INVESTIGAÇÃO****PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS DA QUEILITE ACTÍNICA EM
TRABALHADORES AO AR LIVRE NO NORDESTE BRASILEIRO**

PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF ACTINIC CHEILITIS IN WORKERS
OUTDOOR IN BRAZILIAN NORTHEAST

Cyntia Helena Pereira de Carvalho¹Lucas Richter de Oliveira Dantas², Bruna Rafaela Santana de Oliveira³, George João Ferreira do Nascimento²

¹ Professor, Doutor em Patologia Oral, Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos/PB-Brasil.

² Discente do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos/PB-Brasil.

³ Cirurgiã-dentista da estratégia saúde da família da cidade de Patos/PB.

RESUMO

Fundamentos: A queilite actínica é uma lesão potencialmente maligna de lábio, principalmente lábio inferior, que tem como fator etiológico a radiação ultravioleta. Trabalhadores ao ar livre são considerados aqueles que, em um dia normal de trabalho, exercem suas funções ao ar livre por mais de três horas. **Objetivos:** este trabalho teve como objetivo estudar a prevalência de queilite actínica em trabalhadores que exercem atividades ao ar livre, investigando ainda possíveis associações da presença da queilite actínica e severidade com variáveis sociodemográficas e epidemiológicas. **Métodos:** a coleta de dados se deu por meio de exame extra-oral e questionário com perguntas que caracterizavam condições socioeconômicas e aspectos demográficos, a exposição ocupacional e hábitos. **Resultados:** a amostra foi de 151 indivíduos, onde a prevalência de queilite actínica foi de 29,1%, sendo o sexo masculino mais prevalente, feodermas e com idade média de 39,18 anos (DP± 14,7). A presença de queilite actínica apresentou associação estatisticamente significativa com a situação trabalhista informal ($p = 0.003$), renda ($p < 0.001$), o maior tempo de exposição em dias da

semana ($p = 0.011$) e meses ($p = 0.033$) e o tabagismo ($p = 0.001$). As lesões mais severas mostraram significância em relação à cor de pele leucoderma ($p = 0.001$), escolaridade ($p = 0.029$) e ao não uso de boné e chapéu ($p = 0.002$). **Conclusão:** a prevalência de queilite actínica é alta nesses trabalhadores, fatores socioeconômicos como baixa renda e escolaridade são fatores de risco para o aparecimento da queilite actínica.

Palavras-chaves: Queilite; Prevalência; Saúde do Trabalhador; Radiação Solar; Lábio.

ABSTRACT

Fundamentals: Actinic cheilitis is a potentially malignant lesion lip, especially in the lower lip, whose etiology is ultraviolet radiation. Outdoor workers are considered those on a normal working day, have your outdoor functions for more than three hours. **Objective:** This work aimed to study the prevalence of actinic cheilitis in outdoor workers, and possible associations of the presence of actinic cheilitis and your severity with sociodemographic and epidemiology factors. **Methods:** Data collection took place through extra-oral examination and a standard questionnaire with questions that characterized socioeconomic and demographic factors, occupational exposure and habits. **Results:** The sample consisted of 151 individuals, where the prevalence of actinic cheilitis was 29.1%, the most prevalent male (71.5%), brown-skinned (52.3%) and the mean age was 39.18 years (SD \pm 14.7). Most workers had low education (44.4%), informal work (62.3%) and income was up to 1,500 reais (61.4%). The presence of actinic cheilitis showed statistical significant association with informal work ($p = 0.003$), income ($p < 0.001$), the exposure time in weekdays ($p = 0.011$) and months ($p = 0.033$), and smoking ($p = 0.001$). The most severe lesions showed significance in relation with white skin ($p = 0.001$), low education ($p = 0.029$) and the non-use of cap and hat ($p = 0.002$). **Conclusion:** The prevalence of actinic cheilitis was considered high, socioeconomic factors such as low income and education are risk factors for the development of actinic cheilitis.

Keywords: Cheilitis. Prevalence. Occupational Health. Solar Radiation. Lip

1. Introdução

A radiação ultravioleta (UV) apresenta efeitos benéficos para a saúde, estimulando a produção de vitamina D, envolvida no metabolismo ósseo e no funcionamento do sistema imunológico. Esta radiação pode ser absorvida pelas células da pele, originando algum tipo de

lesões potencialmente malignas (1). Por esta razão, a exposição desprotegida à radiação solar é uma questão de saúde pública, mesmo que ainda sejam poucas as ações preventivas à exposição excessiva ao sol no Brasil (2).

Classificam-se como “trabalhadores ao ar livre” os profissionais que, em um dia normal de trabalho, exercem suas funções ao ar livre por mais de três horas. Estes estão mais vulneráveis à exposição UV devido à natureza da sua ocupação (3). Existe um conjunto de medidas direcionadas a reduzir a exposição à radiação UV e dessa forma, prevenir o desenvolvimento de lesões actínicas agudas ou crônicas. São consideradas medidas fotoprotetoras: educação em fotoproteção, proteção através do uso de roupas e acessórios (Chapéu, boné, etc), fotoprotetores tópicos e fotoprotetores orais (4). No entanto, a adoção de meios de proteção solar, entre os trabalhadores ao ar livre é baixa. (5). Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em 2013, 61,4% dos pacientes atendidos em todo o país relataram não usar meios de fotoproteção durante a exposição solar.

A OMS (organização mundial de saúde) classifica a radiação UV em categorias conforme sua intensidade na superfície da Terra, como forma de prevenção aos efeitos deletérios (1 e 2 – baixo; 3 a 5 – moderado; 6 e 7 – alto; 8 a 10 – muito alto; >11 – extremo). De acordo com a AESA (agência executiva de gestão das águas do estado), a cidade de Patos/Paraíba (local onde foi feito o estudo) apresenta o índice 12, principalmente no horário das 14 horas às 15 horas. Quando a exposição UV ultrapassa o índice 8 há risco de lesões actínicas (6).

Um das lesões causadas pela radiação UV é a queilite actínica, lesão potencialmente maligna que afeta o vermelhão dos lábios, principalmente o inferior, devido a sua posição anatômica. A lesão se desenvolve na mucosa labial de mais de 50% dos adultos brancos com tempo de vida de exposição solar relevante (7) (8). É predominante na quarta década de vida e estima-se que 95% dos carcinomas de lábio originam-se da queilite actínica. As condutas terapêuticas e preventivas visam impedir esta transformação maligna (9).

Pesquisas com intuito de avaliar a prevalência de lesões orais em trabalhadores expostos à radiação UV contribuem para um melhor entendimento, pelos profissionais de saúde, sobre os aspectos clínicos da queilite actínica, favorecendo ações preventivas e garantindo adequado tratamento (10). Diante disso, o seguinte estudo objetivou um levantamento de casos de queilite actínica em trabalhadores expostos à radiação UV em uma região do nordeste brasileiro, por ser uma cidade com alta quantidade de dias ensolarados durante todos os meses do ano

2. Métodos

Participaram desta pesquisa 151 trabalhadores ao ar livre (*outdoor workers*) do interior do nordeste brasileiro que responderam a um questionário e foram examinados extra-oralmente, entre junho de 2014 e abril de 2015. O estudo incluiu indivíduos maiores de 18 anos de idade, em situação formal ou informal, que concordaram em participar da pesquisa através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado pelo Plataforma Brasil sob o parecer número 833.767. Aspectos como: sexo, idade, cor de pele, escolaridade, situação trabalhista, renda, tempo de exposição solar (horas, dias e meses), tipo de fotoproteção utilizada na face, tabagismo e etilismo foram avaliados.

Os critérios para determinação ou não da lesão foram caracterizados seguindo a classificação proposta por Silva et al. (2006) da seguinte forma: queilite actínica leve (presença de escamação e edemas leves); queilite actínica moderada (presença de eritema, fissuração, áreas vermelhas/brancas, junto com edemas e escamação mais acentuados); queilite actínica severa (além das características moderadas, presença de crosta, áreas vermelhas/brancas mais acentuadas, leucoplasias e atrofia) (Figura 1). Os casos mais severos que necessitavam de intervenção cirúrgica foram encaminhados à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande.

Os dados da pesquisa foram estruturados em banco de dados *Microsoft Excel 2013*® onde inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis qualitativas e quantitativas. Para a análise estatística utilizou-se o *software* livre *WinPepi for Windows 11.32 (11)*. A associação entre as variáveis, a prevalência e severidade da queilite actínica foi verificada pelo teste exato de Fisher, Qui-quadrado e Teste de Mann-Whitney. Para observar a magnitude dessas relações, utilizou-se intervalo de confiança de 95%.

3. Resultados

A maioria dos 151 trabalhadores era do sexo masculino (71,5%), feodermas (52,3%) e com média de idade de 39,18 anos (DP±14,7), apresentando ensino fundamental incompleto (44,4%), em situação informal (62,3%) e renda de até um mil e quinhentos reais (51%). O tempo de exposição ocupacional se mostrou prevalente entre 4 a 8 horas diárias (67,5%), 6 dias semanais (68,2%) e com até 2 anos na função (31,7%). O boné ou chapéu foi o tipo de fotoproteção mais utilizado (56,3%) e apenas 3,3% dos trabalhadores utilizavam filtro solar labial. O número de não-tabagistas e não-etilistas foram de 72,2% e 63,5%, respectivamente.

O total de trabalhadores expostos à radiação solar que apresentaram queilite actínica foram 44, deste total, os homens representaram 82%, sendo a faixa etária de 18 a 30 anos mais prevalente (38%) e quanto a cor de pele, 20% dos trabalhadores eram leucodermas, 43% dos feodermas e 37% dos melanodermas (Tabela 1).

A situação trabalhista foi possível observar que o percentual de trabalhadores informais que tem queilite actínica é bem maior que os trabalhadores que não tem a lesão, obtendo significância estatística. No mesmo sentido, pode-se observar que a variável renda mostrou que a maioria dos trabalhadores que apresentavam queilite actínica se enquadravam no grupo que recebiam menos que R\$ 788,00 reais.

Quanto ao tempo de exposição aos raios UV, não encontrou relação estatisticamente significante entre os trabalhadores sem e com queilite actínica em relação ao tempo de exposição em horas diárias. Já ao relacionar o tempo de exposição da quantidade de dias da semana trabalhados e tempo de exposição em meses, foi encontrado significância entre os trabalhadores que tinham e os que não tinham a lesão. Os trabalhadores que trabalhavam 6 dias representaram 75% dos que tinham queilite actínica e o percentual de trabalhadores com queilite actínica que se encontravam a mais de 96 meses trabalhando expostos ao sol foi de 53% contra 37% dos trabalhadores de não tinham a lesão.

Em relação aos hábitos, quando comparamos os trabalhadores que fumam e a presença da lesão, observa-se que o percentual daqueles que fumam e não tem lesão é bem menor (21%) do que os que fumam e tem lesão (43%), mostrando que há uma relação estatisticamente significante. Quanto ao uso do álcool com a presença ou a ausência de queilite actínica, foi observado uma distribuição semelhante, onde não foi possível encontrar relação estatisticamente significativa.

Ao comparar as variáveis com a severidade da lesão (Tabela 2), a foi observado que a maioria dos indivíduos que apresentavam queilite leve estavam na faixa etária 18 a 30 anos (41%) e os que apresentavam a lesão em estágio moderada/severa tinham 46 a 60 anos (40%), apresentando significância estatística. Em relação a cor de pele, foi observado que os indivíduos leucodermas representavam a metade da amostra dos casos que queilite actínica moderada/severa, enquanto a maioria dos casos de queilites leve estavam presentes nos trabalhadores feodermas (47%).

Na variável escolaridade, pode-se ver que a maioria dos trabalhadores estão entre analfabetos e fundamental incompleto em ambos os grupos de severidade da lesão, muito embora tenha dado significativo, esta relação pode ser justificada porque existem campos com

zero casos. A situação informal e a renda inferior a um salário mínimo concentraram o maior número de casos entre os grupos, não ocorrendo relação estatisticamente significativa.

O tempo de exposição em horas mostrou semelhante distribuição nos dois grupos de lesões, já o tempo de exposição em dias e meses, mostrou que quanto mais dias da semana trabalhados e mais meses, mais severa era a lesão, sendo, portanto, estatisticamente significativa.

Ao considerar o tipo de fotoproteção, a queilite actínica leve foi prevalente em 65% dos trabalhadores que utilizavam apenas boné ou chapéu e 35% não utilizavam nenhuma fotoproteção facial, enquanto que a distribuição dos trabalhadores com queilite moderada/severa foi mais equilibrada com 40% dos trabalhadores que utilizavam apenas boné ou chapéu, 40% dos que não utilizavam nenhum tipo de fotoproteção e 20% usavam protetor labial.

4. Discussão

A queilite actínica é definida como uma alteração crônica dos lábios, uma lesão potencialmente maligna comum, causada pelo efeito da radiação UV cumulativa nos lábios expostos ao sol de forma desprotegida e que pode progredir até o estágio de carcinoma epidermóide invasivo de lábio (12).

Em países onde ocorre uma baixa incidência de radiação solar durante todo o ano, a prevalência de queilite actínica é baixa, como mostram os estudos de Campisi e Margiotta (2001) com camponeses italianos (4,6%) e Espinoza et al. (2003) com pacientes idosos chilenos (0,9%). Esses estudos evidenciam que devido a exposição crônica à radiação UV, as populações que habitam regiões tropicais estão mais propícias de desenvolverem a queilite actínica como no presente estudo, onde observou-se uma alta prevalência de 29,1% de queilite actínica para os trabalhadores ao ar livre, um fato coerente com o clima da região estudada. Este índice é superior a prevalência encontrada nos estudos de Martins-Filho et al. (2011) com agricultores do estado de Sergipe – Brasil (16,7%), Ribeiro et al. (2014) com pescadores do estado de Sergipe – Brasil (11,4%), Miranda et al. (2011) com agricultores do estado do Paraná – Brasil (9,6%), como também Lucena et al. (2012 A) com trabalhadores de praias do estado do Rio Grande do Norte – Brasil (15,5%). Entretanto, foi inferior a prevalência encontrada nos estudos de Cintra et al. (2013) com agricultores do estado de São Paulo – Brasil (35,8%), Silva et al. (2006) com pescadores do estado de Santa Catarina – Brasil (43,2%) e Junqueira et al. (2011) com agricultores do estado de São Paulo – Brasil (39,6%).

Esta pesquisa evidenciou uma relação significativa da presença da queilite actínica com o sexo masculino corroborando outros estudos que relatam indivíduos do sexo masculino sendo os mais susceptíveis a desenvolverem a queilite actínica (21) (22) (23) (10). Este fato pode ser explicado pelo fato que a natureza das ocupações ao ar livre, no município estudado, é predominantemente masculina, além disso, as mulheres tem menos probabilidade de desenvolverem a lesão devido ao uso do batom, que pode, parcialmente, proteger os lábios do sol e culturalmente procuram mais serviços de saúde que os homens. A idade média dos trabalhadores que apresentaram queilite actínica foi de 38, 6 anos (DP \pm 15,62), enquanto que na literatura encontramos como referência a quinta década de vida (21). Esta diferença deve ter acontecido pois a maioria dos trabalhadores eram jovens. Os trabalhadores com idade entre 46 e 60 anos representaram a maior parcela dos casos de queilite actínica moderada/severa. Este resultado é decorrente do efeito cumulativo à exposição solar. Para Lucena et al. (2012 A), com o avanço da idade, há o aumento nas taxas de incidência do câncer de lábio, já que as implicações fisiológicas decorrentes da idade consistem em condições crônicas oriunda de fatores extrínsecos.

Considerando a importância de coletar dados dos parâmetros sociais, elencou-se as variáveis: escolaridade, renda e situação trabalhista. A queilite actínica foi mais prevalente nos trabalhadores de baixa escolaridade, onde a maioria recebia menos de um salário mínimo e estava em situação informal. Esta prevalência justifica-se pela inacessibilidade de adquirir meios de fotoproteção, principalmente o protetor solar labial, como também a falta de conhecimento do uso correto destes meios e possível dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Para Lucena et al. (2012 B), a baixa renda, baseada na escolaridade reduzida, é fortemente associada com um maior risco de desenvolvimento de neoplasias labiais, pois os hábitos saudáveis, como alimentação e fotoproteção, são reflexos das condições socioeconômicas.

A literatura demonstra que a presença de queilite actínica está relacionada com o maior tempo de exposição à radiação UV (10) (15) (16) (17) (18). Do mesmo modo, foi possível observar uma relação significativa da presença da queilite actínica em trabalhadores que tinham maior tempo de trabalho sob exposição solar. Esta relação também foi positiva com a severidade da lesão, pois os casos mais severos se encontravam em trabalhadores que exerciam suas atividades por 6 dias da semana e trabalhavam a mais de 96 meses, demonstrando, de fato, que o efeito da radiação UV na queilite actínica é cumulativo.

Quando analisado o uso de fatores de proteção facial, foi possível notar que existe uma grande parcela que não utiliza nenhum método de proteção e se quer sabem da necessidade do

uso de proteção labial. O uso de boné ou chapéu foi o método mais utilizado pelos trabalhadores entrevistados. Silva et al. (2006) encontraram um índice de usuários de chapéu ou boné inferior a este estudo (33%), já Martins-Filho et al. (2011) observou uma prevalência maior a este estudo (70%). Apesar de ser o método mais acessível para a maioria, o boné ou chapéu não representa eficácia quanto a proteção da queilite actínica, já que esses meios de fotoproteção não apresentam materiais com fotoproteção comprovada e as áreas de mucosa labial não são protegidas totalmente pela sombra desses meios (18).

A maior parte da amostra constituiu-se por trabalhadores feodermas e eles representaram quase a metade dos casos de queilite actínica leve, já os trabalhadores leucodermas, embora serem minoria, somaram metade dos casos de queilite actínica moderada/severa. Através da análise estatística, foi possível identificar o risco relativo de acometimento da lesão em relação a cor de pele. Os trabalhadores leucodermas apresentam 6,5 vezes mais chances de desenvolverem a lesão em relação a trabalhadores feodermas, e 8,5 vezes mais do que melanodermas. Os indivíduos com cor de pele mais escura apresentam uma maior atividade melanócita, pois há elevada produção e dispersão de melanina, pigmento que fornece cor à pele e a protege da radiação UV (24). Assim, pode-se sugerir que a progressão da queilite actínica leve para moderada/severa é menor em trabalhadores feodermas e melanodermas, devido a proteção natural da pele, e maior entre trabalhadores leucodermas.

Embora a radiação UV seja, inquestionavelmente, o fator etiológico principal da queilite actínica, autores como Cintra et al. (2013) e Martins-Filho et al. (2011) afirmam que a malignização da lesão pode ser acentuada quando esse fator está associado aos hábitos do tabagismo e etilismo, principalmente nos fumantes de cigarros, pois o calor gerado pela queima do tabaco é transferido para a mucosa labial, como também, a absorção de seus componentes tóxicos. Na presente pesquisa, apesar da maioria dos trabalhadores serem não-tabagistas e não-etilistas, foi possível evidenciar uma relação positiva significativa com a presença da lesão e tabagismo, mostrando que o tabaco pode influenciar o acometimento da lesão. A relação entre a presença ou grau de severidade da queilite actínica com os hábitos do tabagismo e etilismo é pouco evidenciada na literatura. No entanto, Lucena et al. (2012 A) afirmam que as pessoas que consomem álcool ou cigarros são mais despreocupadas quanto a manutenção de bons hábitos de saúde.

A maior parte dos casos de cânceres de lábio desenvolvem-se a partir de queilites actínicas preexistentes, não havendo aspectos clínicos claros que permitam distinguir um carcinoma em estágio inicial, da queilite moderada/severa (10). Logo, estudos epidemiológicos contribuem para um melhor conhecimento, pelos profissionais de saúde, sobre os aspectos

clínicos e fatores associados a ocorrência da queilite actínica, pois é crescente a incidência dessas enfermidades no mundo. Tal fato consiste em um problema de saúde pública, posto que diagnósticos tardios e a ausência de programas de promoção à saúde levam a resultados clínicos, pós-tratamento, bastante desfavoráveis, implicando em prejuízos estético e funcionais, além de risco de morte. Na área que estuda saúde ocupacional, esse conhecimento ainda não é usado suficientemente como ponto de partida para programas de prevenção, nem tampouco para a adequação dos ambientais de trabalho.

5. Conclusão

Diante dos resultados obtidos pode-se concluir que a prevalência de queilite actínica em trabalhadores ao ar livre no interior do nordeste brasileiro é alta, atingindo 29,1% da amostra, principalmente homens de cor de pele leucoderma tem mais chance de desenvolver queilite actínica e estes por sua vez, quando possuem a lesão tem mais chances de progressão para casos severos; fatores socioeconômicos como baixa renda, informalidade no trabalho e baixo nível de escolaridade foram considerados fatores de risco para o desenvolvimento da queilite actínica; quanto maior o tempo de exposição à radiação UV pelos trabalhadores, de forma desprotegida, maior o risco de desenvolvimento de queilite actínica; e que o meios de fotoproteção facial, principalmente labial, é dificilmente utilizado por esta classe trabalhadora, sendo o método mais utilizado o boné ou chapéu e este não representa proteção eficaz para a queilite actínica.

REFERÊNCIAS

1. Balogh TS, Pedriali CA, Baby AR, Velasco MVR, Kaneko TM. Proteção à radiação ultravioleta: recursos disponíveis na atualidade em fotoproteção. *An bras dermatol.* 2008;86(4):732-42.
2. Silva AA. Medidas de radiação solar ultravioleta em Belo Horizonte e saúde pública. *Rev bras geofís.* 2008;26(4):417-25.
3. Horsham C, Auster J, Sendall MC, Stoneham M, Youl P, Crane P, et al. Interventions to decrease skin câncer risk in outdoor workers: update to a 2007 systematic review. *BMC research notes.* 2014;7(10):2-8.

4. Consenso Brasileiro de Fotoproteção da Sociedade Brasileira de Dermatologia [homepage na internet]. [acesso em 2015 Set 16]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/publicacoes/consenso-brasileiro-de-fotoprotecao>.
5. Nahar VK, Ford MA, Hallam JS, Bass MA, Vice MA. Sociodemographic and psychological correlates of sun protection behaviors among outdoor workers: a review. *J skin cancer*. 2013;1(10):1-10.
6. Almeida AMPT, Nai GA. Câncer de pele e sua associação com dano solar. *Rev bras med*. 2010;67:16-21.
7. Lucena EES, Costa DC, Silveira EJ, Lima KC. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers. *Oral diseases*. 2012;18(6): 575- 9.
8. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Patologia oral e maxilo-facial*. 3ªed. Elsevier, editor. Rio de Janeiro;2009.
9. Rossoe EWT, Sittart JA, Tebcherani AJ, Pires MC. Queilite actínica: avaliação comparativa estética e funcional entre as vermelhectomias clássica e em W-pastia. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):65-73.
10. Cintra JS, Torres SCM, Silva MBF, Júnior LRCM, Filho JPS, Junqueira JLC. Queilite actínica: estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaia – SP. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2013; 67(2): 118-21.
11. Abramson JH. Winpepi: Updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. *Epidemiologic Perspectives & Innovations: EP+I*. 2013;1(6):1-10.
12. Wall IVD. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: terminology, classification and present concepts of management. *Oral oncol*. 2009;45:317-23.
13. Campisi G, Margiotta V. Oral mucosa lesions and risk habits among men in an Italian study population. *J Oral Pathol Med*. 2001;30:22-8.
14. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*. 2003;32(10):571-5.
15. Martins-filho PRS, Da silva LCF, Piva MR. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid northeastern region of Brazil. *Int J dermatol*. 2011;50:1109-14.
16. Ribeiro AO, Da silva LCF, Martins-filho PRS. Prevalence of and risk factors for actinic cheilitis in Brazilian fishermen and women. *Int J dermatol*. 2014;53:1370-6.
17. Miranda AMO, Ferrari TM, Calandro TLL. Queilite actínica: aspectos clínicos e prevalência encontrados em uma população rural do interior do Brasil. *Rev Saúde Pesq*. 2011;1(4):67-72.

18. Lucena EES, Barbosa DC, Silveira EJD, Lima KC. Prevalência de lesões labiais em trabalhadores de praia e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(6):1051-7.
19. Silva FD, Daniel FI, Grando LJ, Calvo MC, Rath IBS, Fabro SML. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. *Rev odonto ciênc*. 2006;51(21):37-42.
20. Junqueira JL, Bönecker M, Furuse C, Morais PDEC, Flório FM, Cury FM, et al. Actinic cheilits among agricultural workers in Campinas, Brazil. *Community Dent Health*. 2011;28(1):60-3.
21. Corso FM, Wild C, Gouveia LO, Ribas MO. Queilite Actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. *Clin Pesq Odontol*. 2006;2(4):277-81.
22. Cavalcante AS, Anbinder AL, Carvalho YR. Actinic Cheilitis Clinical and Histological Features. *J Oral Maxillofac Surg*. 2008;66(3):498-503.
23. Lemos MAS, Maciel TAO, Matos FR, Amorim AG, Galvão HC. Queilite actínica: estudo clinicopatológico de 46 casos. *Cienc biol saude*. 2009;11(3):9-12.
24. Bradford PT. Skin Cancer in Skin of Color. *Dermatol Nurs*. 2009;21(4): 170-8.

Tabelas:

Tabela 01 – Variáveis, número de trabalhadores sem lesão, números de trabalhadores com lesão e valores de *p*.

VARIÁVEIS	SEM LESÃO n (%)	COM LESÃO n (%)	<i>p</i>
Sexo			0.033*
Masculino	72 (68)	36 (82)	
Feminino	35 (32)	8 (18)	
Faixa Etária			0.040*
18-30 anos	34 (31)	17 (38)	
31-45 anos	44 (41)	10 (22)	
46-60 anos	18 (16)	12 (27)	
> 60 anos	11 (12)	5 (13)	
Cor de pele			0.1317*
Leucoderma	13 (12)	9 (20)	
Feoderma	60 (56)	19 (43)	
Melanoderma	34 (32)	16 (37)	
Escolaridade			0.284**
Analfabetos	21 (20)	9 (20)	
Ensino fundamental incompleto	46 (42)	21 (48)	
Ensino Fundamental completo	4 (4)	2 (4)	
Ensino médio incompleto	19 (18)	10 (24)	
Ensino médio completo	14 (13)	2 (4)	
Ensino Superior	2 (2)	-	

Pós-graduação	1 (1)	-	
Situação			0.003*
Formal	47 (44)	10 (23)	
Informal	60 (56)	34 (77)	
Renda			< 0,001*
Menos de R\$ 788,00	16 (15)	40 (91)	
R\$ 788,00 a R\$ 1.500,00	89 (83)	4 (9)	
Mais de R\$ 1.500,00	2 (2)	-	
Tempo de exposição (horas)			0.064**
Menos de 4 horas/dia	22 (18)	11 (25)	
De 5 a 8 horas/dia	72 (67)	30 (68)	
Mais de 8 horas/dia	13 (15)	3 (7)	
Tempo de exposição (dias)			0.011**
Menos de 5 dias	5 (5)	3 (7)	
5 dias	27 (25)	5 (11)	
6 dias	70 (65)	33 (75)	
7 dias	5 (5)	3 (7)	
Tempo de exposição (meses)			0.033***
Até 96 meses	67 (63)	21 (47)	
Acima de 96 meses	40 (37)	23 (53)	
Tipo de Fotoproteção			0.569*
Nenhuma	45 (42)	16 (37)	
Boné ou Chapéu	59 (55)	26 (59)	
Protetor labial	3 (3)	2 (4)	
Tabagismo			0.001*
Fumantes	23 (21)	19 (43)	
Não-fumantes	84 (79)	25 (57)	
Etilismo			0.774*
Etilistas	39 (36)	16 (37)	
Não-etilistas	68 (64)	28 (63)	

* Teste Exato de Fisher

** Teste de Mann-Whitney

***Teste de Qui-quadrado

Tabela 02 – Variáveis, número de queilites actínicas leves, números de queilites actínicas moderada/severa e valor de *p*.

VARIÁVEIS	LEVE n (%)	MODERADA/ SEVERA n (%)	<i>p</i>
Faixa Etária			0.002**
18-30 anos	14 (41)	3 (30)	
31-45 anos	9 (26)	1 (10)	
46-60 anos	8 (24)	4 (40)	
> 60 anos	3 (9)	2 (20)	
Cor da Pele			0.0001*
Leucoderma	4 (12)	5 (50)	
Feoderma	16 (47)	3 (30)	
Melanoderma	14 (41)	2 (20)	
Escolaridade			0.029**
Analfabetos	6 (18)	3 (30)	

Ensino fundamental incompleto	16 (47)	5 (50)	
Ensino Fundamental completo	2 (6)	-	
Ensino médio incompleto	9 (26)	1 (10)	
Ensino médio completo	1 (3)	1 (10)	
Ensino Superior	-	-	
Pós-graduação	-	-	
Renda			0.005*
Menos de R\$ 788,00	32 (94)	8 (80)	
R\$ 788,00 a R\$ 1.500,00	2 (6)	2 (20)	
Mais de R\$ 1.500,00	-	-	
Tempo de exposição (dias)			0.054**
Menos de 5 dias	3 (9)	-	
5 dias	4 (12)	1 (10)	
6 dias	25 (73)	8 (80)	
7 dias	2 (6)	1 (10)	
Tempo de exposição (meses)			0.002*
Até 96	18 (53)	3 (30)	
Acima de 96	16 (47)	7 (70)	
Tipo de fotoproteção			0.0242*
Nenhuma	12 (35)	4 (40)	
Boné ou Chapéu	22 (65)	4 (40)	
Protetor labial	-	2 (20)	

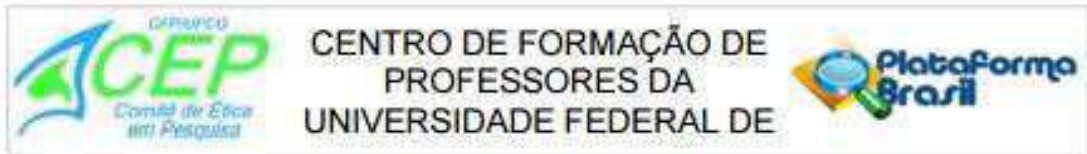
* Teste Exato de Fisher

** Teste de Mann-Whitney

Legendas:

Figura 01 - Parâmetros de observação da queilite actínica na amostra. Queilite actínica leve, lábio em descamação (A). Queilite actínica moderada, lábio com descamação mais acentuada (B). Queilite actínica severa, apagamento do limite dermatomucoso e presença de lesões pigmentadas e leucoplásicas (C).

ANEXO I – Parecer Ético



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LEVANTAMENTO DE LESÕES LABIAIS EM INDIVÍDUOS QUE TRABALHAM EXPOSTOS A RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB

Pesquisador: Cyntia Helena Pereira de Carvalho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35205614.3.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 833.767

Data da Relatoria: 02/09/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado LEVANTAMENTO DE LESÕES LABIAIS EM INDIVÍDUOS QUE TRABALHAM EXPOSTOS A RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB, 35205614.3.0000.5575 e sob responsabilidade de Cyntia Helena Pereira de Carvalho trata de estudo de caráter transversal com trabalhadores que são expostos a radiação solar no município de Patos, PB.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto LEVANTAMENTO DE LESÕES LABIAIS EM INDIVÍDUOS QUE TRABALHAM EXPOSTOS A RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB tem por objetivo principal contribuir para um entendimento mais aprofundado dos aspectos epidemiológicos das lesões labiais que acometem trabalhadores expostos a radiação ultravioleta na cidade de Patos/PB e regiões circunvizinhas.

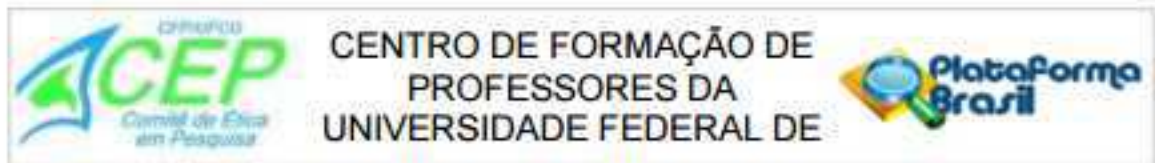
 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa LEVANTAMENTO DE LESÕES LABIAIS EM INDIVÍDUOS QUE TRABALHAM EXPOSTOS A RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB é importante por contribuir para traçar medidas preventivas com o intuito de se garantir a redução do número de casos dessas doenças, bem como melhorar a qualidade de vida da população trabalhadora exposta a radiação

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@ctf.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 533.787

ultravioleta e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Cyntia Helena Pereira de Carvalho redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto LEVANTAMENTO DE LESÕES LABIAIS EM INDIVÍDUOS QUE TRABALHAM EXPOSTOS A RADIAÇÃO SOLAR NO MUNICÍPIO DE PATOS-PB, número 35205614.3.0000.5575 e sob responsabilidade de Cyntia Helena Pereira de Carvalho.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 16 de Outubro de 2014

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

ANEXO II – Normas da Revista Anais Brasileiros em Dermatologia



Normas da Revista

Instruções de publicação aos autores

INFORMAÇÕES GERAIS

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

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

Os originais recebidos são encaminhados a especialistas para emissão de pareceres. Nomes de autores e de pareceristas são mantidos em sigilo. O local de realização do trabalho e/ou o nome da cidade/ estado e país não deverão constar no título e no corpo do texto no início da submissão. Os autores são informados quanto aos pareceres emitidos e devem cuidar da revisão dos originais quando sugeridas modificações substanciais.

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

NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

DESENVOLVIMENTO, ELEMENTOS ESSENCIAIS

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

Todos os trabalhos encaminhados por autores brasileiros aos Anais Brasileiros de Dermatologia poderão ser submetidos em inglês e/ou português. Os autores estrangeiros deverão submetê-los somente em inglês.

Optar pela seção a que se destina o manuscrito e verificar o título completo do artigo (em português também), o(s) nome(s) do(s) autor(es), por extenso e abreviado(s), suas afiliações, com o nome da instituição a que está/estão vinculado(s), cidade, estado e país, local em que o trabalho foi realizado, com o nome da instituição a que está/estão vinculado(s), o endereço completo do autor correspondente, seus telefones, e-mail, eventual suporte financeiro e conflitos de interesse. Informar ainda, em declaração assinada pelo autor principal, a participação específica de cada autor na execução do trabalho, quando solicitado pelo Conselho Editorial, para as seções de Investigação e Revisão (v. adiante “Critérios de autoria”).

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

Critérios de autoria

A inclusão como autor subentende substancial contribuição intelectual na elaboração do trabalho, que compreende a participação na concepção e no planejamento do estudo, na obtenção, análise e interpretação dos dados, na redação ou revisão crítica do manuscrito e na aprovação de sua versão final. Outras participações, como obtenção de financiamento, simples coleta e catalogação de dados, auxílio técnico na execução de rotinas, encaminhamento de pacientes, interpretação de exames de rotina e chefia de serviço ou departamento, que não estejam diretamente envolvidas no estudo, não constituem critérios para autoria. Entretanto, caso tenham contribuído substancialmente para o estudo, merecerão citação nos “Agradecimentos”, ao final do texto, para o que será preciso autorização escrita dos responsáveis.

Os Anais consideram aceitável o limite máximo de seis autores para artigos de qualquer das seções. Entretanto, poderão admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados de justificativa convincente da participação excedente nos casos de artigos de Investigação e Revisão. An Bras Dermatol. 2015;90(1).

Referências

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

Exemplos mais comuns:

Artigo de periódico

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

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

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

Capítulo de livro

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

Tese ou dissertação

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

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

Livro

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

Portal da internet

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

Ilustrações

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

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

Anexar todas as ilustrações no campo específico para tal que há no sistema de submissão.

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

Quadros, tabelas e gráficos

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

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

Se, nos quadros e nas tabelas, se usarem dados de outra fonte, publicados ou não, será necessário obter permissão e informar o autor, a data e a localização dos dados.

Figuras e vídeos

Figuras compreendem as demais formas de ilustração, principalmente fotografias e microfotografias. Anexar as fotos na extensão “.jpg” e especificar e identificar as legendas com a respectiva numeração.

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

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

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

Proteção dos direitos e privacidade dos pacientes que participam de pesquisas

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

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

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

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

Quando se tratar de experimentação com animais, informar se foram seguidas as recomendações da instituição sobre cuidado e utilização de animais de laboratório.

Reprodução de imagens

A revista poderá permitir o direito de reprodução de imagens mediante solicitação prévia aos editores e desde que citem a fonte e deem os créditos a todos os envolvidos corretamente.

Unidades de medida e abreviações

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

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

Conteúdo

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

EDUCAÇÃO MÉDICA CONTINUADA

Autores são convidados pelos Coordenadores da Educação Médica Continuada e/ou pelos Editores dos Anais Brasileiros de Dermatologia, da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a elaborar artigos aprofundados sobre temas de grande interesse científico, no campo da Dermatologia, visando à atualização.

Autores não convidados também podem participar desta seção, desde que entrem em contato prévio com a Equipe Editorial dos Anais Brasileiros de Dermatologia para evitar duplicação de artigos. Estes devem conter, obrigatoriamente:

Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras. Além de Introdução, sugerem-se os seguintes tópicos, se pertinentes: Histórico; Epidemiologia; Etiopatogenia; Aspectos clínicos; Classificação; Diagnóstico clínico, laboratorial e diferencial; Evolução; Prognóstico; Tratamento. É obrigatório apresentar referências bibliográficas recentes. Serão permitidas 12 ilustrações, no máximo. Ao final do texto, incluir um teste de avaliação com 20 questões de múltipla escolha, de quatro alternativas, sendo apenas uma correta, para efeito de apuração de créditos relativos ao programa de Educação Médica Continuada, da Sociedade Brasileira de Dermatologia. As questões devem atender os princípios de elaboração da Educação Médica Continuada, disponibilizados pela Equipe Editorial dos Anais Brasileiros de Dermatologia.

INVESTIGAÇÃO

Artigo original, abrangendo estudos observacionais e de intervenção, caracterizados como ensaios controlados e randomizados; estudos quanto à fisiopatogenia das doenças e/ou sobre associações nosológicas; estudos sobre testes diagnósticos e prognósticos, assim como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter, no máximo, 6.000 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. No manuscrito, deverá constar a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O número máximo de referências é 50 e o de ilustrações, dez. Incluir os seguintes tópicos:

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

6. Referências.

Subdividir o Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 250 palavras, em cinco aspectos:

1. Fundamentos (estado atual do conhecimento);
2. Objetivos;
3. Métodos;
4. Resultados;
5. Conclusões (com nível exato de significância da estatística clínica para evitar especulação).

EPIDEMIOLOGIA E BIOESTATÍSTICA APLICADAS À DERMATOLOGIA

Esta seção contempla artigos originais, abordando fundamentos práticos em epidemiologia e bioestatística, aplicados à produção científica, em especial à Dermatologia. O texto deve conter, no máximo, 2.500 palavras, excluídas ilustrações e referências bibliográficas. São permitidas, no máximo, 15 referências bibliográficas e seis ilustrações. Deverá ser elaborado um resumo (na língua original e em inglês), com, no máximo, 100 palavras, que deve conter dois itens: fundamentos e objetivos. Os autores serão convidados pelos Editores dos Anais Brasileiros de Dermatologia e seus artigos serão submetidos à revisão do corpo editorial.

CASO CLÍNICO

Relatar um ou mais casos com justificada razão para publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações diagnósticas e terapêuticas, entre outras). O texto não deve exceder 1.000 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, seis ilustrações e dez referências bibliográficas. Os seguintes tópicos devem ser contemplados:

Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 120 palavras;
 Introdução;
 Relato do(s) Caso(s);
 Discussão;
 Referências.

DERMATOPATOLOGIA

Esta seção inclui temas que enfatizem importantes aspectos dermatopatológicos.

Usar, no máximo, 150 palavras no Resumo, em inglês e português.

O texto não deve exceder 2.500 palavras, excluídas ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, oito figuras e 20 referências bibliográficas.

REVISÃO

Destina-se a abordar, de forma aprofundada, o estado atual do conhecimento referente a temas de importância clínica, com ênfase em aspectos como causa e prevenção de dermatoses, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, devendo compreender, de preferência, análises críticas e sistemáticas da literatura (medicina baseada em evidências científicas), assim como metanálises.

São permitidas, no máximo, dez ilustrações.

As referências bibliográficas devem ser recentes. Apresentar, obrigatoriamente, os seguintes tópicos:

Resumo, em inglês e português, com não mais do que 250 palavras; Introdução; Métodos, quando se tratar de revisão sistemática e metanálise; os demais tópicos ficam a critério do autor.

IMAGENS EM DERMATOLOGIA TROPICAL

Submeter, nesta seção, doenças dermatológicas tropicais documentadas por fotografias clínicas, histopatológicas ou outros exames pertinentes, contidas em quatro figuras, no máximo, com legendas explicativas. Resumo com 80 palavras, no máximo, em inglês e português. O texto deve ser um breve comentário sobre o assunto em questão com, no máximo, 250 palavras. As referências bibliográficas não poderão passar de dez.

IMAGENS EM DERMATOLOGIA

Devem ser enfatizadas e estimuladas à submissão nesta seção imagens relevantes e que permitam reconhecimentos diagnósticos, terapêuticos e descrição de novas tecnologias (Dermatoscopia, Microscopia Confocal a Laser, Imagens Radiológicas) ao dermatologista. Resumo com 80 palavras, no máximo, em inglês e português. O texto não deve exceder 800 palavras, oito figuras e dez referências.

A submissão a esta seção inclui imagens nas áreas de Dermatoscopia, Microscopia Confocal a Laser, Imagens Radiológicas e imagens derivadas de novas tecnologias.

COMUNICAÇÃO

Artigo original, breve, abordando campos do conhecimento de interesse para a Dermatologia, como educação, métodos e protocolos de investigação, equipamentos, ciência e tecnologia, história da dermatologia, entre outros.

O texto deve ser corrido, sem divisão por tópicos, não podendo ultrapassar 900 palavras, excluídas ilustrações e referências. Deve vir acompanhado de Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 100 palavras.

São permitidas, no máximo, duas ilustrações e dez referências bibliográficas.

MEMÓRIA

Artigo original, breve, que aborde aspectos históricos de interesse dermatológico, como comemorações de fatos marcantes no desenvolvimento da Medicina e, particularmente, da Dermatologia, biografias e comemorações referentes a figuras relevantes da Dermatologia nacional e internacional.

O desenvolvimento do texto é livre, entretanto não deve ultrapassar 900 palavras, excluídas ilustrações e referências, que estão limitadas a quatro e dez, respectivamente. Deve vir acompanhado de Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 120 palavras.

SÍNDROME EM QUESTÃO

Esta seção refere-se à apresentação de caso clínico representativo de uma síndrome dermatológica em destaque, com o objetivo de recordar síndromes comuns e contribuir para o conhecimento de síndromes incomuns. Incluir os seguintes tópicos:

Relato do Caso;
Discussão;
Referências.

O Relato do Caso não deve exceder 150 palavras e a Discussão, 350, excetuando-se ilustrações e referências. São permitidas, no máximo, três ilustrações e dez referências bibliográficas. Deve vir acompanhado de Resumo, em inglês e português, com, no máximo, 100 palavras.

CARTAS

Esta seção refere-se a comentários, opiniões ou respostas a questionamentos surgidos a partir de artigos publicados recentemente. Destina-se, ainda, a ser uma forma de publicação rápida de resultados de pesquisas originais - novos ou preliminares -, relatórios iniciais de ensaios terapêuticos, relatos de novas reações a drogas e também descrições concisas de um ou dois pacientes. O texto, formatado em seção contínua, não deve exceder 500 palavras, cinco referências bibliográficas e três ilustrações. Toda carta está sujeita à análise e à revisão pela Equipe Editorial.

INFORMES

Os Informes são notícias sobre eventos, atividades da Sociedade Brasileira de Dermatologia, pessoas ou fatos relevantes para a Dermatologia, assim como publicações de livros e teses de interesse para essa área, acompanhadas ou não de resenhas.

SUPLEMENTOS

Os artigos submetidos como Suplementos passarão por análise editorial e, posteriormente, pelo Conselho Consultivo, podendo ser recusados imediatamente pelos editores se os mesmos acharem que o artigo não tem perfil apropriado para publicação. O formato do texto deverá seguir os padrões da categoria escolhida para apresentação, que tanto poderá ser de Investigação como de Revisão, com exceção do número de palavras do texto, referências e ilustrações que serão livres. O resumo e abstract deverão ter, no máximo, 250 palavras.

Temas sob convite dos editores e considerados relevantes poderão ser incluídos na seção de Artigo Especial.

Submeter seu manuscrito para avaliação do Corpo Editorial da revista no endereço eletrônico que se segue: <http://www.sgponline.com.br/abd/sgp/>.

Todos os documentos, como Consentimento de uso para publicação, Conflito de interesses, Autorização para publicação de fotografias e Participação no trabalho, estão disponíveis no site da revista. Estes documentos devem ser assinados por todos os autores participantes e anexados no sistema ao submeter o manuscrito. Autorização para publicação de fotografias só se faz necessária quando identifica a face do paciente por completo. O documento de Participação no trabalho só será solicitado pelos editores se houver necessidade.

Contato da revista:
a/c Anais Brasileiros de Dermatologia
Av. Rio Branco, nº 39, 18º andar
20090-003 Rio de Janeiro - RJ
revista@sbd.org.br

CONSENTIMENTO DE USO PARA PUBLICAÇÃO

CEDENTE(S):

Nome completo:

Nacionalidade: Profissão:

RG: CPF/MF:

Endereço:

Tel.: ()

CESSIONÁRIA:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42174094/0001-65, com sede na Av. Rio Branco, nº 39, 18º andar, Centro – Rio de Janeiro (RJ).

Obra: (Inserir o título da obra).

1 – O(s) CEDENTE(S) declara(m) que a obra referida acima é original e de sua exclusiva autoria; que não está sendo submetida a nenhum veículo de comunicação com objetivo de publicação e que foram obtidas todas as autorizações para citação de fontes, responsabilizando-se perante a CESSIONÁRIA por quaisquer violações ou ofensas aos direitos de terceiros, decorrentes, eventualmente, do conteúdo da obra ou por ela caracterizados, trate-se de direitos autorais ou de quaisquer outros direitos, isentando a CESSIONÁRIA de qualquer responsabilidade ou participação nesses atos e suas consequências e efeitos. Assim, na qualidade de titular(es) e detentor(es) da totalidade dos direitos autorais da obra, o(s) CEDENTE(S), neste ato, cede(m) e transfere(m) à CESSIONÁRIA, em caráter definitivo, exclusivo e a título gratuito, a totalidade dos direitos patrimoniais de autor sobre ela, incluindo as imagens de sua propriedade constantes na obra.

2 – Por este ato, desde já, fica transferida à CESSIONÁRIA a totalidade dos direitos patrimoniais de autor incidente sobre a obra

“.....”, para reprodução de natureza editorial e/ou comercial, para publicação impressa, eletrônica, eletromagnética, digital e/ou composição multimídia, para modificação, alteração, tradução, reprodução, distribuição sem limite de quantidade e/ou área geográfica do Brasil e/ou exterior, em qualquer idioma, ou seja, a presente cessão abrange todas as formas de utilização, sem que seja necessária autorização prévia, podendo a obra, ainda, ser utilizada no todo ou em parte.

3 – O(s) CEDENTE(S) declara(m) ser o(s) único(s) responsável(eis) pelas reproduções de texto(s) e/ou imagens contidas na obra aqui cedida, bem como pela veracidade e exatidão dos créditos e copyright.

4 – O(s) CEDENTE(S) não dispensa(m) a citação do seu crédito autoral na publicação da obra cujos direitos são aqui cedidos.

5 – A Sociedade Brasileira de Dermatologia, entretanto, concederá ao(s) CEDENTE(S) o direito de republicar a obra em qualquer coleção impressa e/ou eletrônica, sem cobrança de nenhum valor, desde que: a obra já tenha sido publicada na revista de propriedade da CESSIONÁRIA intitulada ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA; solicite o consentimento prévio dos editores desta revista e faça a devida referência à mesma na nova publicação.

6 – A presente cessão entra em vigor na data da assinatura deste termo. Porém, caso a obra não seja aceita pelo Conselho Consultivo da Revista da CESSIONÁRIA, intitulada ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA, ou não seja publicada na mesma revista em um prazo de cinco anos contados

da data da assinatura deste termo, a presente cessão perderá seu efeito, retornando ao(s) CEDENTE(S), automaticamente, a totalidade dos direitos patrimoniais aqui cedidos.

.....,de.....de..... (inserir data).

Ass.

CEDENTE: _____

AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE FOTOGRAFIAS

Nome completo:

Nacionalidade: Profissão:

RG:

CPF:

Endereço:

Nome do responsável legal (se for o caso):

Grau de parentesco:

Nome do médico:

Objeto: Fotografias do(s) OUTORGANTE(S) datadas de (inserir data e descrição das fotografias, com diagnóstico).

Neste ato, a título gratuito, autorizo, por prazo indeterminado e sem limites de território, a SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42174094/0001-65, a reproduzir a minha imagem fixada nas fotos, objeto desta autorização, para publicação na sua revista científica intitulada ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA, bem como na sua página na internet www.anaisdedermatologia.com.br, sem limite de tiragem e para todos os fins científicos e educacionais não expressamente mencionados aqui.

Declaro que tenho ciência de que minhas feições poderão ficar visíveis, portanto reconhecíveis nas fotos a serem publicadas e utilizadas para todos os fins mencionados no parágrafo anterior. Entretanto, somente não autorizo a inclusão do meu nome em nenhuma das imagens a serem utilizadas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia para os propósitos desta autorização.

Por fim, renuncio a quaisquer direitos relacionados à presente autorização para uso e publicação de minhas fotografias, isentando a Sociedade Brasileira de Dermatologia e seus integrantes profissionais de qualquer ação judicial que tenha como objeto esses mesmos direitos.

.....,dede (inserir local e data no documento)

.

Ass.: _____

Nome:

Testemunhas:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

