



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROF. ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO**

**ANÁLISE DA PRESENÇA E CARACTERIZAÇÃO DE LESÕES POR QUERATOSE
ACTÍNICA E CAMPO CANCERIZADO EM SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DE
LAGARTO-SE**

MANOELITO CARDOSO DE OLIVEIRA NETO

LAGARTO-SE
2023

MANOELITO CARDOSO DE OLIVEIRA NETO

**ANÁLISE DA PRESENÇA E CARACTERIZAÇÃO DE LESÕES POR QUERATOSE
ACTÍNICA E CAMPO CANCERIZADO EM SERVIÇO DE DERMATOLOGIA DE
LAGARTO-SE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina de Lagarto da Universidade Federal de Sergipe, Campus Professor Antônio Garcia Filho, como requisito para conclusão do curso de graduação em Medicina.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Nalone Andrade

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Nalone Andrade

1º Examinador(a)

2º Examinador(a)

LAGARTO-SE
2023

RESUMO

Introdução: A Queratose Actínica (QA) é a quarta causa mais frequente de consultas dermatológicas no Brasil. A exposição prolongada a raios ultravioleta (UV) tem importante papel no seu desenvolvimento, sendo os indivíduos de pele clara, imunossuprimidos e trabalhadores de ambientes externos os mais suscetíveis. As QAs podem ser precursoras de tumores de pele malignos, principalmente o Carcinoma Espinocelular (CEC). Clinicamente, é caracterizada por uma lesão maculopapular, de 0,5 a 1 cm de diâmetro, escamosa e de coloração amarela-acastanhada. Os pacientes acometidos podem apresentar lesões subclínicas múltiplas e confluentes que caracterizam o conceito de Campo de Cancerização, região que poderá constituir sede para novos tumores. O diagnóstico precoce da QA tem sido descrito como uma das principais estratégias para reduzir a incidência do câncer de pele e os custos relacionados ao tratamento. **Objetivo:** Descrever o padrão epidemiológico e as características de lesões por Queratose Actínica e Campo Cancerizável na população lagartense atendida no principal serviço público de dermatologia do município. **Método:** Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, através de aplicação de questionário no formato de entrevista, com amostra espontânea, colhida no período de 12 meses no Centro de Especialidades Médicas de Lagarto-SE, com pacientes acompanhados por Queratose Actínica e/ou Campo Cancerizado. **Resultados:** A pesquisa contou com 127 participantes, a maioria do sexo feminino (70,1%), da faixa etária acima dos 60 anos (55,8%) e da raça branca (77,2%), sendo o fototipo II de Fitzpatrick o mais frequente. Foram maioria os participantes que trabalhavam expostos ao sol (63,8%). Do total, 124 participantes relataram lesões que não saram, predominando a caracterização como mancha (51,6%). Ademais, 99 participantes (79,8%) referiram possuir as lesões há mais de 01 ano e 113 (91,1%) referiram algum sintoma associado. As áreas de acometimento mais comuns foram rosto, braço e dorso/ombro. **Conclusão:** Notou-se que os locais de distribuição das lesões, os fototipos acometidos, a faixa etária predominante e o tipo de ocupação estão em concordância com os dados trazidos na literatura. Entretanto, neste estudo, a maioria dos entrevistados queixou-se de sintomas associados, relatou possuir as lesões há mais de 01 ano e referiu ter notado mudanças nas lesões, podendo denotar um retardo na chegada destes pacientes ao serviço especializado local. Estudos posteriores serão essenciais para identificar possíveis relações de causalidade entre esses fatos. **PALAVRAS-CHAVE:** ceratose solar; neoplasias cutâneas; exposição solar.

ABSTRACT

Introduction: Actinic Keratosis (AK) is the fourth most frequent cause of dermatological consultations in Brazil. It is known that prolonged exposure to Ultraviolet (UV) Rays plays an important role in its development and that fair-skinned, immunosuppressed individuals and outdoor workers are the most susceptible. AKs can be precursors of malignant skin tumors, especially the Squamous Cell Carcinoma (SCC). Clinically, it is characterized by a maculopapular lesion, 0.5 to 1 cm in diameter, scaly and yellow-brown color. These patients may have multiple and confluent subclinical lesions that characterize the concept of cancerization field, a region that may be the site of new tumors. Early diagnosis of AK has been described as one of the main strategies to reduce the incidence of skin cancer and costs related to treatment. **Objective:** To describe the epidemiological pattern and characteristics of lesions due to Actinic Keratosis and Cancerous Field in the population of Lagarto-SE, attended at the main public service of dermatology in the city. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive study, with a quantitative approach, through the application of a questionnaire in the format of an interview, with a spontaneous sample, collected over a period of 12 months at the Centro de Especialidades Médicas de Lagarto-SE, with patients monitored for Actinic Keratosis and /or Cancerous Field. **Results:** The survey had 127 participants, the majority female (70.1%), aged over 60 years (55.8%) and white (77.2%), with Fitzpatrick's phototype II being the most frequently. Most participants worked exposed to the sun (63.8%). Of the total, 124 participants reported lesions that did not heal, with a predominance of characterization as a spot (51.6%). In addition, 99 participants (79.8%) reported having the lesions for more than 01 year and 113 (91.1%) reported some associated symptom. The most common areas affected were the face, arm, and back/shoulder. **Conclusion:** It was noted that the sites of distribution of the lesions, the phototypes affected, the predominant age group and the type of occupation agree with the data brought in the literature. However, in this study, most of the patients complained of associated symptoms, reported as injuries for more than 01 year, and reported having noticed changes in the injuries, which could denote a delay in the arrival of patients to the local specialized service. Further studies will be essential to identify possible causal relationships between these facts.

KEYWORDS: solar keratosis; skin neoplasms; sun exposure.

LISTA DE ABREVIATURAS

CA – Ceratose Actínica;

CAAE - Certificado de Apreciação Ética;

CBC – Carcinoma Basocelular;

CEC – Carcinoma Espinocelular;

CNS – Conselho Nacional de Saúde;

CPNM – Câncer de Pele Não Melanoma;

QA – Queratose Actínica;

SBD – Sociedade Brasileira de Dermatologia;

UV – Raios Ultravioletas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos entrevistados.....	19
Tabela 2 – Quantidade e características das lesões relatadas.....	20
Tabela 3 – Causas atribuídas e durações das lesões.....	21
Tabela 4 – Sintomas associados e principais locais das lesões.....	22
Tabela 5 – Mudanças e locais de alteração das lesões.....	23

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2. 1 OBJETIVO GERAL.....	11
2. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3. 1 QUERATOSE ACTÍNICA	12
3. 2 CAMPO DE CANCERIZAÇÃO	12
3. 3 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E INDICADORES DE PROGRESSÃO	13
3. 4 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO.....	14
3. 5 ABORDAGEM TERAPÊUTICA	14
4 MATERIAL E MÉTODOS	16
4. 1 TIPO DE ESTUDO	16
4. 2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	16
4. 3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	17
4. 4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	17
4. 5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	17
4. 6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS	17
4. 7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	17
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXO A.....	32
ANEXO B	34
APÊNDICE A	36

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da pele, assim como qualquer tecido no organismo, está associado a processos de degeneração celular, que envolvem tanto um aumento de apoptoses celulares, como a redução na taxa de regeneração, havendo uma substituição por uma estrutura de características distintas. A pele, portanto, apresenta dois principais mecanismos que influenciam no seu envelhecimento: o componente intrínseco, relacionado a fatores genéticos, hormonais e metabólicos; e o componente extrínseco, que corresponde à influência de fatores ambientais, sendo alguns dos principais: a radiação solar, o consumo de álcool e tabaco, a prática de exercícios, a alimentação, entre outros (SALVI, 2018; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2022).

Destacando-se a radiação solar, componente extrínseco de extrema importância, uma das suas consequências sobre o tecido epitelial é justamente o fotoenvelhecimento, o qual propicia o aparecimento de lesões que podem induzir malignidade, sendo assim caracterizadas como pré-malignas. Na prática clínica, as lesões pré-malignas de maior frequência são as Queratoses Actínicas, que correspondem à proliferação atípica de queratinócitos, provocando uma hiperqueratose (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Clinicamente, podemos descrever as QAs clássicas como lesões pequenas, de alguns milímetros até cerca de 2 centímetros, em placa, eritematosas, de coloração amarelada a acastanhada, descamativas, aderentes, que possuem aspecto seco e áspero, sem drenagem de secreções, mas que podem apresentar pequenos sangramentos quando arrancadas, e que crescem lentamente. São, habitualmente, assintomáticas, mas podem cursar com ardência, dor ou prurido. Seu aparecimento é mais comum em áreas expostas ao sol de forma prolongada, como é o caso do couro cabeludo, face, tronco superior e braços, principalmente. Por este motivo, são lesões mais frequentes de serem encontradas em pessoas de idade mais avançada e que trabalharam, em grande parte da vida, expostas ao sol (HABIF, 2012; WOLFF *et al.*, 2015).

Em termos de epidemiologia, a prevalência das QAs, no mundo, gira em torno de 11-25%. No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em pesquisa realizada no ano de 2018, elas correspondiam ao quarto principal motivo de atendimento em consultórios dermatológicos do país. Quando se associa esses dados ao risco de transformação maligna dessas lesões, é perceptível certa preocupação, visto que, segundo alguns estudos, cerca de 16% das QAs podem gerar Carcinomas Invasivos de Células Escamosas (CECs). Sob a visão inversa, os CECs podem originar-se de QAs em quase 60% dos casos (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Alguns fatores de risco para as QAs já foram citados, como a exposição solar prolongada e o envelhecimento. Além deles, outros também são importantes para a compreensão etiológica e fisiopatológica. São alguns: pele clara, sendo os fototipos I e II de Fitzpatrick os principais, indivíduos imunocomprometidos, pessoas que vivem em áreas de altitude elevadas, além daqueles que vivem em regiões próximas à linha do equador, devido à maior intensidade e incidência de radiação solar. O fator ocupacional é outro a ser destacado, pois já foi provado que indivíduos que trabalham em ambientes abertos estão em maior risco de acometimento (BELDA JUNIOR; CHIACCHIO; CRIADO, 2014; JUNQUEIRA *et al.*, 2020).

Após o entendimento sobre as QAs, é necessário introduzir outro conceito intrinsecamente relacionado às mesmas, o de Campo de Cancerização. Esse termo foi inicialmente utilizado em 1953, após a demonstração de alterações histológicas em tecidos circundantes a lesões neoplásicas, fato esse que, mesmo com a excisão cirúrgica da neoplasia, permitia a ocorrência frequente de recidivas. Portanto, tem-se o conceito atual de Campo de Cancerização, ou Campo Cancerizado, como as áreas da pele cronicamente expostas ao sol, que apresentam características de fotodano, bem como lesões de Queratose Actínica ao seu redor. Sendo assim, são regiões circundantes, que aparentam normalidade ao olho nu, mas que, à histopatologia ou estudo genético detalhado, podem demonstrar alterações que propiciem desenvolvimento neoplásico primário ou mesmo recidivas (SLAUGHTER; SOUTHWICK; SMEJKAL, 1953; LOPES FILHO; LOPES, 2019).

Voltando aos aspectos lesionais, sabe-se que o diagnóstico das QAs é clínico, dito isto, alguns achados são importantes para nos guiar durante a investigação e predizer risco de malignidade para aquela lesão. Quando presentes, os seguintes achados podem indicar biópsia para uma melhor análise histopatológica: lesões maiores que 1cm, sangrantes, com ulceração ou endurecidas, crescimento rápido, sintomas proeminentes e/ou ausência de resposta aos tratamentos. A dermatoscopia também pode ser de grande valia na avaliação de solicitar ou não uma biópsia, principalmente, quando estiverem presentes achados que não são esperados para as QAs (REINEHR; BAKOS, 2019).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a presença e as características de lesões dermatológicas em pacientes acompanhados por Queratose Actínica e Campo Cancerizado no Centro de Especialidades de Lagarto-SE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socioeconomicamente a população em questão;
- Quantificar as lesões relatadas pelos participantes;
- Analisar as características dessas lesões;
- Detectar fatores que possam indicar progressão;
- Identificar as principais regiões do corpo em que as lesões se manifestam.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 QUERATOSE ACTÍNICA

Também denominada queratose solar ou senil, esta entidade se caracteriza por uma proliferação atípica dos queratinócitos da epiderme, provocando uma hiperqueratose, relacionada à exposição prolongada à radiação ultravioleta, geralmente advinda da luz solar, mas também pode ser causada por processos de bronzeamento artificial, por exemplo. Os raios UV alteram, sobretudo, o gene p53, promovendo angiogênese e redução de apoptose (ARRUDA, 2019).

Essa patologia é conhecida por ser a mais frequente lesão pré-maligna, estando associada ao desenvolvimento de cânceres de pele, sobretudo os chamados Carcinomas Não Melanocíticos, entre os quais se destacam dois principais: o CBC e o CEC, estando este último mais frequentemente associado à QA como sua precursora. A taxa de progressão para um CEC pode variar de 0,03% a até 20%, dependendo dos fatores de risco associados. Aquelas lesões que não progredem para a malignidade podem se estabilizar ou até regredir espontaneamente, porém com maior chance de recidivas (MARTINS, 2019; OFORI; CORONA, 2020).

Segundo um trabalho realizado por Miot *et al.* (2018), as QAs correspondiam à quarta principal causa de consultas nos ambulatórios de dermatologia do Brasil, com uma porcentagem de 4,7% do total, atrás apenas da acne, com 8,7%, do fotoenvelhecimento, com 7,7%, e do Câncer de Pele Não Melanoma, com 5,4%. Deve-se observar que estes dois últimos estão intrinsecamente relacionados à QA, um como precursor e outro como consequência dela.

3.2 CAMPO DE CANCERIZAÇÃO

Conceito cunhado no século XX, corresponde ao maior risco de recidivas ou lesões primárias em partes do corpo que circundam áreas já afetadas por uma neoplasia. Isso se explica pela cumulatividade de danos àquela região, provocando alterações genéticas e/ou displásicas e permitindo a progressão para uma lesão neoplásica com maior facilidade do que outras áreas do corpo não expostas a tais danos (AZULAY *et al.*, 2015).

Um cuidado a ser tomado é que, para que seja considerada uma área de cancerização, não deve haver lesões clínicas, pois, segundo sua própria conceituação, trata-se de uma área de aspectos clínicos normais, portando apenas alterações celulares, majoritariamente, genéticas. Algumas dessas alterações podem ser: mutações de DNA, alterações em cromossomos ou

mitocôndrias e alteração de expressão de genes sob forte influência epigenética (TRAVASSOS; SANCHES; ALMEIDA, 2016).

Logo, as áreas que circundam lesões de QA podem ser consideradas Campos de Cancerização, pois são áreas também afetadas pelos danos cumulativos. Conseqüentemente, na abordagem terapêutica dessas queratoses, as áreas que as circundam devem ser sempre lembradas e abordadas, de modo a reduzir chances de progressão e recidiva, aumentando a eficácia dos tratamentos clínicos propostos (TOREZAN; FESTA-NETO, 2013).

3. 3 PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E INDICADORES DE PROGRESSÃO

As lesões da QA, clinicamente, podem se apresentar de várias maneiras. A mais frequente é em forma de pápulas, medindo de alguns milímetros a até 1 centímetro, ou, quando confluem, formam placas que chegam a até 2 centímetros. Sua coloração costuma variar de amarela a acastanhada, com aspecto eritematoso, áspero, escamoso, podendo descamar. Quando arrancadas, podem causar pequenos sangramentos (PRAIA; VILHENA; BRANDÃO, 2020).

Mais frequentemente, as áreas do corpo acometidas pelas lesões da QA compreendem aquelas que estão mais expostas ao sol, principalmente: couro cabeludo (em calvos), face, orelhas, tórax superior, antebraços e mãos. Essas regiões costumam apresentar evidências de fotodano, mesmo antes do aparecimento das QAs, entre eles podemos citar: elastose, despigmentação, efélides, telangiectasias, entre outros. O mais comum é sua apresentação assintomática, mas prurido, queimação ou mesmo dor, podem ser encontrados (RIVITTI, 2014).

Algumas características da QA causam confusão entre vários autores quanto ao limite entre ela e um carcinoma in situ, do tipo espinocelular, também chamado de Doença de Bowen. Essa diferenciação é importante, pois vimos que o diagnóstico da QA é essencialmente clínico, bem como seu tratamento, enquanto no caso de um carcinoma in situ, sua excisão com biópsia é o mais indicado. Portanto, algumas características lesionais podem ajudar a indicar uma possível progressão para malignidade, são elas: aparecimento de halo eritematoso, infiltração com ulceração na base da lesão, endureção, inflamação, dor proeminente, crescimento rápido e ausência de resposta ao tratamento clínico. Esses fatores podem indicar uma abordagem mais invasiva, necessitando de tratamento excisional com biópsia (PIRES, 2019).

3. 4 FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

Como é notável, as QAs têm na exposição prolongada à radiação ultravioleta, seja solar ou artificial, o seu maior fator de risco. Além disso, outros fatores também contribuem na sua fisiopatologia, sendo os principais: fototipo de pele mais clara (Fitzpatrick I-II), idade avançada, região geográfica em que vive, sendo mais comum em residentes de áreas próximas à Linha do Equador, imunossupressão, entre outros fatores que alteram a genética celular (ANACLETO, 2015).

Nesse ínterim, um importante fator que se aplica à nossa realidade é quanto à exposição ocupacional. Sabemos que o Brasil é um país situado próximo à Linha do Equador, sobretudo suas regiões Norte e Nordeste. Portanto, o efeito da exposição solar prolongada é um fator muito importante em nosso meio, visto que a cidade da pesquisa possui um componente de trabalhadores rurais proeminente. Estudos já demonstraram a maior incidência de cânceres de pele em profissionais que trabalham como lavradores ou na área da construção civil, passando boa parte da vida expostos à radiação solar e, muitas vezes, sem fazer uso dos equipamentos de proteção individual necessários (PAULA; SILVA; BRANDÃO, 2015; SENA *et al.*, 2016).

Em relação aos fatores de proteção, que podem prevenir ou até postergar o aparecimento de lesões, sabe-se da importância do uso de filtros solares, mas pouco é recordado sobre as demais medidas. Existem, basicamente, 3 formas de fotoproteção: física (mecânica), oral e tópica. A primeira tem como representantes o uso de roupas, chapéus, óculos de sol, sombreiros, entre outros. A segunda inclui o uso de antioxidantes, sobretudo vitaminas do complexo A, C e E, além de outros probióticos. A última compreende os filtros solares, estratificados segundo seu fator de proteção. A ação sinérgica entre as diferentes formas de fotoproteção é essencial para a prevenção de lesões futuras (MELO; RIBEIRO, 2015; MALCHER *et al.*, 2019).

3. 5 ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Como disposto anteriormente, o diagnóstico das QAs é essencialmente clínico, sendo, realmente, necessária a realização de biópsia e excisão da lesão apenas em casos em que se suspeite de progressão maligna. No caso de QA isoladamente, não é possível prever se as lesões irão estabilizar, progredir ou regredir, portanto, é definido que se aborde terapêuticamente essas lesões de modo a evitar progressão e aliviar possíveis sintomas. Existem, para isso, duas formas de abordagem: as direcionadas à lesão e às direcionadas ao Campo Cancerizado (OLIVEIRA, 2020).

As principais modalidades de tratamento das quais se pode lançar mão são: terapias destrutivas, como cirurgia ou crioterapia; medicamentos tópicos, como o 5-fluorouracil e o imiquimod; e tratamentos de ablação do campo, como peelings químicos e terapias a laser. A escolha da terapia ideal dependerá da quantidade e distribuição das lesões, suas características e da preferência e tolerância do paciente. Em geral, intervenções cirúrgicas podem ser usadas para casos com lesões isoladas e/ou diagnóstico incerto no qual se suspeite de malignidade, enquanto agentes tópicos tendem a ser mais usados em áreas com várias lesões no campo (MARÇON *et al.*, 2019; SIQUEIRA *et al.*, 2022).

Quando avaliamos as vantagens e desvantagens de cada método, temos o importante fator do custo como uma desvantagem para as intervenções crioterápicas e cirúrgicas, bem como suas possíveis complicações, neste último caso. Como vantagens estão a resolutividade mais rápida e a possibilidade de avaliação histológica. Quando falamos das abordagens medicamentosas, estas tendem a ser mais vantajosas do ponto de vista orçamentário, principalmente quando pensamos no sistema público, contudo a duração maior do tratamento e os efeitos irritativos adversos podem prejudicar a adesão do paciente (KANG *et al.*, 2019).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, através de aplicação de questionário em entrevista com pacientes do serviço de dermatologia do Centro de Especialidades de Lagarto/SE, com amostra espontânea no período de 12 meses. O recrutamento dos participantes foi feito na sala de espera do local de pesquisa durante os dias de atendimento do ambulatório de dermatologia, questionando individualmente os pacientes presentes sobre a disponibilidade ou não em participar da pesquisa. Em caso positivo, os participantes foram conduzidos a um local privado, para garantir que apenas o pesquisador e o participante estivessem presentes, preservando sua privacidade. Além disso, foi feita a análise de prontuários desses participantes, para confirmação de que eles são acompanhados para Ceratose Actínica e/ou Campo de Cancerização, no local da pesquisa.

O questionário objetivou identificar e analisar: perfil do paciente (sexo, idade, fototipo, raça, ocupação, discernimento sobre efeitos de exposição solar), presença, quantidade e características das lesões, sintomas associados, locais de aparecimento e sinais de progressão. As abordagens buscaram, portanto, identificar pacientes de risco, com Queratoses Actínicas ou e/ou Campo Cancerizável, e traçar um perfil epidemiológico e de caracterização das lesões de pele.

Para obtenção de dados, foi utilizado o “Questionário de Avaliação de Fatores de Risco e Queixas Dermatológicas Associados à Exposição solar em Trabalhadores de Ambientes Externos” (SILVEIRA, 2014).

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um período de 12 meses nos ambulatórios de dermatologia do Centro de Especialidades Médicas “Otacília Modesto Ribeiro”, no município de Lagarto-SE. Tal campo de pesquisa serve tanto à população lagartense quanto à de municípios vizinhos, como, por exemplo, Salgado, Simão Dias, Riachão do Dantas e Tobias Barreto.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa contou com tamanho amostral espontâneo, devido a sua abordagem descritiva, exclusivamente com pacientes portadores das patologias em questão. Objetivou-se incluir o máximo de participantes possíveis de acordo com os critérios de inclusão especificados e o período de coleta proposto.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos pacientes maiores de 18 anos de idade, acompanhados nos ambulatórios de dermatologia do Centro de Especialidades do Município de Lagarto – SE, com história de Queratose Actínica e/ou Campo Cancerizável, sem limite superior de idade.

Foram excluídos indivíduos que apresentavam dificuldades cognitivas ou de comunicação que impossibilitavam a aplicação do questionário, além daqueles que não eram acompanhados para as patologias em questão, após confirmação por análise dos prontuários.

4.5 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

As informações foram coletadas através dos questionários, organizadas em tabelas no programa Microsoft Office Excel e analisadas estatisticamente no programa SPSS (IBM SPSS *Statistics* versão 23), no qual foram analisados por meio de tabelas.

4.6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados do estudo aos participantes da pesquisa, bem como à instituição em que o mesmo foi realizado. Ademais, assegura-se que os resultados estarão disponíveis à comunidade a partir da publicação de artigo científico.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE de nº 46561821.6.0000.5546, sob as diretrizes e normas estabelecidas na resolução nº 466/ 2012 do CNS a qual versa sobre pesquisas com seres humanos. Foi atendido o que versa nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento Livre e Esclarecido para o público que

possua alguma limitação cognitiva, respeitando sempre a privacidade e autonomia dos avaliados. Estão garantidos proteção à privacidade do participante, bem como assistência em caso de prejuízo ao mesmo, como versa nos termos citados. Além disso, está garantido o anonimato ao participante e o arquivamento dos dados por, pelo menos, 5 anos e, com o fim deste prazo, serão descartados.

5 RESULTADOS

A amostra contou com 127 participantes, a maioria do sexo feminino (70,1%), predominando a faixa etária maior ou igual a 60 anos (55,8%). A raça branca foi a principal acometida (77,2%), sendo o fototipo II de Fitzpatrick o fototipo cutâneo de destaque (53,5%), seguido do fototipo III (22,8%), como apresentado na tabela 1.

Quanto à escolaridade, 59,1% dos entrevistados possuíam apenas ensino fundamental incompleto ou não sabiam ler e escrever. A ocupação predominante foi do ramo da agricultura (53,5%). A maioria dos participantes foi procedente de Lagarto (82,7%).

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos entrevistados

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Masculino	38	(29,9)
Feminino	89	(70,1)
Faixa etária		
Até 59 anos	56	(44,2)
60 anos ou mais	71	(55,8)
Raça		
Branco	98	(77,2)
Negro	1	(0,8)
Pardo	28	(22)
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto ou inferior	75	(59,1)
Ensino fundamental completo ou superior	52	(40,9)
Ocupação		
Ocupação que demanda exposição solar prolongada	81	(63,8)
Demais ocupações	46	(36,2)
Procedência		
Lagarto	105	(82,7)
Demais municípios	22	(17,3)
Fototipo cutâneo		
Baixo (I e II)	91	(71,6)
Moderado-Alto (III-VI)	36	(28,4)

Fonte: elaborada pelo autor (2023)

Em relação a notar aparecimento de lesões que não saram, os dados mostrados na tabela 2 demonstram que 124 participantes (97,6%) responderam positivamente. Dentre eles, 44 (35,5%) referiram possuir mais de 4 lesões e 34 (27,4%) referiram possuir uma única lesão. Quanto às características dessas lesões, 64 (51,6%) entrevistados classificaram-nas como manchas, enquanto 46 (37,1%) caracterizaram-nas como pápulas. Os demais participantes referiram lesões ulcerosas e apenas um caracterizou a lesão como bolhosa.

Tabela 2 – Quantidade e características das lesões relatadas

Variáveis	n	(%)
Notou aparecimento de lesões que não saram?		
Sim	124	(97,6)
Não	03	(2,4)
Se sim, quantas lesões?		
01	34	(27,4)
02	26	(21)
03	13	(10,5)
04	07	(5,6)
Mais de 04	44	(35,5)
Qual a característica dessa(s) lesão(ões)?		
Mancha	64	(51,6)
Pápula	46	(37,1)
Bolha	1	(0,8)
Úlcera	13	(10,5)

Fonte: elaborada pelo autor (2023)

Como pode ser visto na tabela 3, os participantes também foram questionados sobre a que atribuem o surgimento das suas lesões. Sendo assim, 63 (50,8%) deles atribuíram como causa principal a exposição solar, enquanto 58 (46,8%) acreditam que suas lesões surgiram espontaneamente. Apenas 3 (2,4%) dos participantes creditaram a outras causas.

Quanto à duração das lesões, 99 (79,8%) entrevistados referiram aparecimento há mais de 01 ano e 24 (19,4%) há menos de 01 ano. Apenas um participante não soube referir o período de duração. Em relação à lesão que mais incomoda, 83 (66,9%) participantes referiram um período maior que 01 ano, enquanto 41 (33,1%) referiram período menor que 01 ano.

Tabela 3 – Causas atribuídas e durações das lesões

Variáveis	n	(%)
A que atribui o surgimento das lesões?		
Exposição solar	63	(50,8)
Espontaneamente	58	(46,8)
Outras causas	3	(2,4)
Quanto à lesão mais antiga, há quanto tempo?		
Menos de 01 ano	24	(19,4)
Mais de 01 ano	99	(79,8)
Não sabe	1	(0,8)
Quanto à lesão que mais incomoda, há quanto tempo?		
Menos de 01 ano	41	(33,1)
Mais de 01 ano	83	(66,9)

Fonte: elaborada pelo autor (2023)

Dos 124 participantes que possuíam alguma lesão, 113 (91,1%) queixaram-se de algum tipo de sintoma associado, podendo ter ocorrido mais de um concomitantemente, estando estes sintomas distribuídos na tabela 4. Os três principais sintomas referidos foram: coceira, em 88 (77,9%) dos participantes sintomáticos; sangramento, em 38 (33,6%); e ardência, em 30 (26,5%) deles. Quanto aos locais mais acometidos pelas lesões, também podendo ser assinalados mais de um, os cinco mais referidos foram: rosto, com 68 (54,8%) respostas; braço, com 57 (46%); dorso/ombro, com 40 (32,3%); colo, com 38 (30,6%); e dorso da mão, com 35 (28,2%) respostas.

Tabela 4 – Sintomas associados e principais locais das lesões

Variáveis	n	(%)
Possui algum sintoma?		
Sim	113	(91,1)
Não	11	(8,9)
Se sim, qual?		
Coceira	88	(77,9)
Sangramento	38	(33,6)
Ardência	30	(26,5)
Sensibilidade ao toque	24	(21,2)
Ulceração	14	(12,4)
Qual o(s) local(is) dessa(s) lesão(ões)?		
Rosto	68	(54,8)
Braço	57	(46)
Dorso/ombro	40	(32,3)
Colo	38	(30,6)
Dorso da mão	35	(28,2)
Outros locais	56	(45,2)

Fonte: elaborada pelo autor (2023).

Um total de 106 (85,5%) participantes afirmaram ter reparado mudanças em alguma(s) das lesões. As principais mudanças relatadas, também podendo ser assinaladas mais de uma, foram: no tamanho, com 72 (67,9%) respostas, e no formato, com 49 (46,2%) respostas. Quanto aos principais locais em que ocorreram alguma(s) dessas alterações, predominou o rosto, com 48 (45,3%) respostas; o braço, com 30 (28,3%) respostas; e o dorso/ombro, com 19 (17,9%) do total, apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Mudanças e locais de alteração das lesões

Variáveis	n	(%)
Reparou mudança na(s)		
lesão(ões)?		
Sim	106	(85,5)
Não	18	(14,5)
Se sim, o que alterou?		
Altura	31	(29,2)
Formato	49	(46,2)
Coloração	28	(26,4)
Tamanho	72	(67,9)
Qual(is) local(is) de alteração?		
Rosto	48	(45,3)
Braço	30	(28,3)
Dorso/ombro	19	(17,9)
Colo	5	(4,7)
Dorso da mão	8	(7,5)
Outros locais	30	(28,3)

Fonte: elaborada pelo autor (2023).

6 DISCUSSÃO

As Ceratoses Actínicas são processos patológicos que envolvem a proliferação inadequada dos queratinócitos da epiderme, associado a redução das apoptoses celulares locais. É a principal lesão pré-maligna no mundo, sendo considerada até, por alguns autores, como um espectro de manifestação dos Carcinomas Espinocelulares, as principais lesões malignas que as CAs podem ser precursoras. Portanto, devido a sua estreita relação com os cânceres de pele não melanoma, as CAs compartilham dos mesmos fatores de risco que eles, bem como costumam ser encontradas de forma simultânea em muitos pacientes (SCHMITZ; OSTER-SCHMIDT; STOCKFLETH, 2018; REINEHR; BAKOS, 2019).

Nesta pesquisa, ficou evidenciada a predominância de pacientes do sexo feminino, com idade superior aos 60 anos e de fototipo de pele claro (I e II de Fitzpatrick) dentre o público portador de Ceratose Actínica acompanhado no serviço local. Duccini, Lima e Castro (2021), em um trabalho com pacientes portadores de neoplasias de pele, encontrou resultados semelhantes. Já Vilhena *et al.* (2022), numa pesquisa de validação de um questionário de qualidade de vida exclusivo para portadores de Ceratose Actínica, e Gioppo (2022) tiveram em suas amostras um predomínio do sexo masculino, com 57% e 52%, respectivamente, dos participantes. Entretanto, a maior prevalência em idades avançadas, fototipos de pele baixos e em pessoas com nível educacional inferior correspondeu com os resultados desta pesquisa.

Quanto à ocupação, é comprovado que serviços que demandem exposição solar prolongada e crônica favorecem o desenvolvimento de lesões pré-cancerosas e cancerosas (MODENESE; KORPINEN; GOBBA, 2018). Neste estudo, 63,8% dos participantes possuíam ocupação que envolvia exposição ao sol, esse resultado está em consonância com o estudo de Grandahl *et al.* (2019), com trabalhadores dinamarqueses, que comprovou maior frequência de Ceratose Actínica entre trabalhadores de ambientes externos, quando comparados com os de ambientes internos.

Corroborando com os dados apresentados no parágrafo anterior, Vimercati *et al.* (2020), em estudo com trabalhadores da marinha, notou prevalência de Ceratose Actínica de 23,5%. Além disso, quantificou as lesões dessa amostra, observando predomínio maciço daqueles que possuíam menos de 5 lesões, bem como dos casos que possuíam lesões mais palpáveis que visíveis (85,4% deles). No nosso estudo, um quantitativo maior, 35%, queixou-se de 5 ou mais lesões, mas a maioria, 64,5%, relatou menos lesões que isso. Já em relação a característica da lesão, 51,6% dos nossos participantes caracterizaram-nas como manchas, seguido de pápula, com 37%.

É bem conhecido na literatura o papel da exposição cumulativa aos raios ultravioletas solares para o desenvolvimento de lesões ceratóticas e a importância do uso de medidas preventivas, como fotoprotetores ou medidas de barreira mecânicas. Entretanto, neste estudo, apenas metade dos participantes (50,8%) atribuiu à exposição solar o principal papel no surgimento das lesões. Isso nos leva a analisar resultados de pesquisas como a de Oliveira, Morégula e Silva (2020), que observou que 53% da sua amostra não sabia o que eram raios ultravioletas, bem como 51,5% não utilizavam fotoprotetores, e, aqueles que utilizavam, o faziam de forma inadequada. Além disso, pontuou também que a maioria dos participantes conheciam os meios de fotoproteção mecânica, mas apenas uma minoria deles fazia uso na prática.

Ainda sobre o conhecimento dos riscos solares e a adoção de práticas preventivas, o estudo de Martins, Ivantes e Rocha-Brito (2021), com discentes e docentes universitários, demonstrou bom conhecimento da amostra sobre neoplasias de pele, contudo, com pouca disseminação de práticas preventivas. Outros estudos corroboram com as ideias dos anteriores, em que a população, mesmo de baixo nível socioeconômico, tem bom conhecimento sobre os malefícios da exposição solar e os meios preventivos, mas não os praticam ou os fazem de forma incorreta (COLOMBO; FONTANA; MEDEIROS, 2019; FERREIRA; CUNHA, 2021).

A duração da lesão é outra característica importante a ser avaliada. É consenso entre os estudos que a melhor terapêutica para a Ceratose Actínica é a abordagem da lesão, seja ela clínica ou cirúrgica, assim que identificada. Contudo, em muitos casos, os pacientes demoram a chegar no serviço especializado, atrasando também a terapêutica adequada e precoce, favorecendo, quando da sua chegada, a identificação de quadros de evolução mais longa (HASHIM *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2022). Isso é o que reforça nossa pesquisa, nela, a maioria dos pacientes relataram possuir as lesões há mais de 01 ano, inclusive as que mais incomodavam.

Quanto à sintomática dos pacientes com CA, as diversas literaturas reforçam que as lesões de CA, caracteristicamente, são assintomáticas. Contudo, quando apresentam sintomas, podem queixar-se de: prurido, sensibilidade local, dor, sangramento e formação de crostas (KANG *et al.*, 2019). Em contrapartida, a maior parte dos entrevistados desta pesquisa (91,1%) queixava-se de algum ou alguns desses sintomas, com predominância do prurido. Outros estudos, como a revisão de Grada *et al.* (2021) e caso-controle de Beatson *et al.* (2019), corroboram com a inferência de que, não só a patologia em si, mas seu tratamento, podem causar sintomas de forma frequente e impactar na qualidade de vida desses pacientes. O

primeiro encontrou dados que inferem a relação entre abandono do tratamento clínico com 5-fluoracil, principal meio disponível na rede pública, e os seus frequentes efeitos colaterais de irritação local. Já o segundo avaliou a qualidade de vida dos pacientes com CA e notou que aqueles que possuíam menos lesões, com o decorrer dos anos, possuíam melhor qualidade de vida, com menor impacto emocional, sintomático e funcional.

Outro fator de importante impacto na qualidade de vida desses pacientes é o local das suas lesões. Tanto pela questão estética como pela sintomática que cada local específico pode trazer. Neste estudo as principais áreas acometidas por lesões foram rosto (54,8%), braço (46%) e dorso/ombro (32,3%). Esses resultados vão ao encontro de dados como o de Junqueira *et al.* (2020) e Weber *et al.* (2020), um no interior de São Paulo e outro no Sul da Alemanha, em que ambos encontraram maior prevalência de lesões em face, membros superiores e tronco, áreas que costumam estar menos protegidas por roupas e, conseqüentemente, mais expostas ao sol. Além disso, no segundo estudo, não houve diferença nas áreas das lesões entre trabalhadores de ambientes internos ou externos, seguindo a mesma distribuição.

Por fim, foi perguntado aos entrevistados se eles notaram alguma mudança nas lesões, entre altura, formato, coloração e tamanho. Do total, 85,5% responderam positivamente, tendo predominado o relato de alteração no formato. Esse questionamento é de fato importante, pois mostra não só que as lesões podem estar crescendo ou se alterando, como também gera o alerta para o Campo de Cancerização ao redor e a possibilidade de evolução para um carcinoma. A revisão de Willenbrink *et al.* (2020) alerta para o número de lesões por CA e a extensão do Campo de Cancerização como fatores que aumentam bastante o risco de CECs. A revisão de Jones *et al.* (2019) reforça os sinais que podem sugerir um CEC clinicamente na atenção primária: lesão maior que 1 cm, que não cura, crostosa, expandindo por mais de 8 semanas, com margens bem definidas, eritematosas.

Acerca das limitações do nosso estudo, podemos considerar que, por ser uma abordagem descritiva voltada apenas para um grupo específico, não é possível inferir medidas de associação entre as variáveis e a população estudada. Além disso, é importante destacar que, por se tratar de uma entrevista, deve-se levar em consideração o fator interpretativo de cada participante, podendo causar vieses na coleta de alguns dados muito específicos. Além disso, o fato de estudos semelhantes sobre o tema serem escassos prejudica uma discussão mais aprofundada sobre o tema.

7 CONCLUSÃO

Notou-se, neste estudo, que as lesões predominaram em locais do corpo mais expostos ao sol, em indivíduos de pele clara (fototipos I e II de Fitzpatrick), idosos e trabalhadores de ambientes externos, estando estes dados em concordância com a literatura atual. Ademais, metade dos participantes soube relacionar a exposição solar como fator causal predominante.

Entretanto, a maioria dos participantes queixou-se de mais de uma lesão, de sintomas associados, de mudanças nas lesões e de duração maior que um ano. Isso pode denotar um retardo na chegada dos pacientes ao serviço especializado local, favorecendo quadros de maior progressão, gravidade e custos.

Sendo assim, este estudo oferece um padrão descritivo e epidemiológico dos pacientes com Ceratose Actínica do município, podendo ser complementado posteriormente com pesquisas que avaliem taxas de progressão neoplásica e possíveis fatores causais para tais desfechos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANACLETO, Sara Pinto de Sá Teixeira. **Queratose Actínica: da patogenia à terapêutica**. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2015.

ARRUDA, Guilherme de Oliveira. **Características clínicas das queratoses actínicas e suas correlações histológicas: sugestão de uma escala de gravidade clínica**. 1 v. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2019.

AZULAY, Rubem David et al. **Azulay Dermatologia**. 6ª. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

BEATSON, Meghan *et al.* Effects of increased actinic keratosis count on skin-related quality of life: results from the veterans affairs keratinocyte carcinoma chemoprevention (vakcc) trial. **European Journal Of Dermatology**, [S.L.], v. 29, n. 5, p. 507-510, out. 2019.

BELDA JUNIOR, Walter; CHIACCHIO, Nilton de; CRIADO, Paulo Ricardo (ed.). **Tratado de Dermatologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. 2 v.

COLOMBO, Natalia Mariot; FONTANA, Patrícia Pacheco Bez; MEDEIROS, Fabiana Durante de. **Conhecimentos e cuidados sobre a exposição solar dos agricultores de Forquilha-SC e Treze de Maio-SC**. 2019. 35f. TCC (Graduação) - Curso de Cosmetologia e Estética, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2019.

DUCCINI, Leticia Zanotti; LIMA, Luiza de Aguiar; CASTRO, Rafael Moura. Avaliação do perfil de pacientes inseridos em programa de câncer de pele de um hospital filantrópico de Vitória/ES / Profile evaluation of patients inserted in the skin cancer program of a philanthropic hospital in Vitória/ES. **Brazilian Journal Of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 22670-22682, 19 out. 2021.

FERREIRA, Cátia Alexandra Granja; CUNHA, Filipa Inês de Sousa Vela; CUNHA, Filipa Inês de Sousa Vela. Avaliação de conhecimentos e hábitos de proteção solar de crianças e adolescentes. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 100-107, 1 mar. 2021.

GIOPPO, Ingrid Stresser. **Fatores associados à gravidade das queratoses actínicas da face e couro cabeludo em uma amostra brasileira: um estudo transversal**. 2022. 68 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Patologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2022.

GRADA, Ayman *et al.* Patient-reported outcomes of topical therapies in actinic keratosis: a systematic review. **Dermatologic Therapy**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 1-10, 21 fev. 2021.

GRANDAHL, Kasper *et al.* Photoaging and actinic keratosis in Danish outdoor and indoor workers. **Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine**, [S.L.], v. 35, n. 4, p. 201-207, 20 fev. 2019.

HABIF, Thomas P. **Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 1056 p.

HASHIM, Peter W. *et al.* Actinic Keratosis: current therapies and insights into new treatments. **J Drugs Dermatol.**, [S. L.], v. 18, n. 5, p. 161-166, maio 2019.

JONES, Owain T. *et al.* Recognising Skin Cancer in Primary Care. **Advances In Therapy**, [S.L.], v. 37, n. 1, p. 603-616, 16 nov. 2019.

JUNQUEIRA, Eduardo Monteiro Diniz *et al.* Casos de ceratose actínica em um hospital do interior de São Paulo. **Cuid Enferm**, [s. l], v. 14, n. 02, p. 241-246, dez. 2020.

KANG, Sewon et al (ed.). **Fitzpatrick's Dermatology**. 9. ed. Nova York: Mc Graw Hil Education, 2019. 1 v.

LOPES FILHO, Lauro Lourival; LOPES, Lauro Rodolpho Soares. Tratamento do campo de cancerização cutâneo. **Surg Cosmet Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 187-194, set. 2019.

MALCHER, Claudia Marques Santa Rosa *et al.* Fotoproteção em Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Belém-PA. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 14, n. 41, p. 1798-1806, 11 fev. 2019.

MARÇON, Thamiris Antonini *et al.* O uso da terapia fotodinâmica com aminolevulinato de metila e luz do dia para tratamento de queratoses actínicas. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 26-30, mar. 2019.

MARTINS, Mariana Bussaneli; IVANTES, Ana Flávia Cury; ROCHA-BRITO, Karin Juliane Pelizzaro. Conhecimento populacional sobre prevenção e reconhecimento de sinais do câncer de pele: um estudo transversal. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 5, p. 1-20, 9 maio 2021.

MARTINS, Viviane Macedo Moura Dias. **PREVALÊNCIA DE CERATOSE ACTÍNICA: avaliação na população da unidade básica de saúde jardim botânico no município de sinop/mato grosso no ano de 2019**. 63 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Saúde da Família - Profsaúde, Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz), Brasília, 2019.

MELO, Mayara Motta; RIBEIRO, Clarissa Santos de Carvalho. Novas Considerações sobre a Fotoproteção no Brasil: revisão de literatura. **Revista Ciências em Saúde**, [S. L.], v. 5, n. 3, p. 1-17, 2015.

MIOT, Hélio Amante *et al.* Profile of dermatological consultations in Brazil (2018). **An Bras Dermatol**, [s. l], v. 93, n. 6, p. 916-928, 2018.

MODENESE, Alberto; KORPINEN, Leena; GOBBA, Fabriziomaria. Solar Radiation Exposure and Outdoor Work: an underestimated occupational risk. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 15, n. 10, p. 2063-2086, 20 set. 2018.

OFORI, Abena O; CORONA, Rosamaria. **UpToDate: dermatology**. [S.L.]: Wolters Kluwer, 2020.

OLIVEIRA, Elisângela Ramos de. **Avaliação da eficácia e dor durante a terapia fotodinâmica de queratoses actínicas da face e couro cabeludo comparando duas diferentes técnicas de irradiação: ensaio clínico randomizado**. 2020. 1 v. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2020.

OLIVEIRA, Erika C. V. de *et al.* Actinic keratosis - review for clinical practice. **International Journal Of Dermatology**, [S.L.], v. 58, n. 4, p. 400-407, 2 ago. 2018.

OLIVEIRA, Priscila Thayane Nascimento; MORÉGULA, Andréa de Azevedo; SILVA, Marcelo Fernandes. Correlação entre concepção de saúde e comportamento preventivo relativo

à exposição solar. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 6, n. 3, p. 10404-10417, 2020.

OLIVEIRA, Vitória Mendes *et al.* Rastreamento e caracterização de lesões de pele pré-cancerosas: uma revisão integrativa. **E-Acadêmica**, [S.L.], v. 3, n. 3, p. 1-13, 6 out. 2022.

PAULA, L.L.R.J.; SILVA, A.P; BRANDÃO, J.C. Fatores de risco e ações preventivas para o câncer de pele em trabalhadores rurais. **European Journal Of Surgical Cancer**, [s. l], v. 41, n. 1, p. 1-16, 2015.

PIRES, Marianna Tavares Fernandes. **Terapia Fotodinâmica com metilaminolevulinato no tratamento das ceratoses actínicas**: estudo clínico comparativo entre as técnicas convencional e a associada ao laser de co2 e ultrassom de impacto com período de incubação reduzido. 2019. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

PRAIA, Ana Carolina dos Santos; VILHENA, Larissa Amanda de Paiva e; BRANDÃO, Byron José Figueiredo. Ceratose actínica pigmentada: relato de caso. **Bws Journal**, [s. l], v. 3, p. 1-6, jan. 2020.

REINEHR, Clarissa Prieto Herman; BAKOS, Renato Marchiori. Actinic keratoses: review of clinical, dermoscopic, and therapeutic aspects. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.L.], v. 94, n. 6, p. 637-657, nov. 2019.

RIVITTI, Evandro A. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti**. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

SALVI, Karina. Acrocórdon, Dermatose Papulosa Nigra e Ceratose Actínica: relato de caso. **Revista de Saúde**, [S. L.], v. 09, n. 02, p. 16-20, dez. 2018.

SCHMITZ, Lutz; OSTER-SCHMIDT, Claus; STOCKFLETH, Eggert. Nonmelanoma skin cancer: from actinic keratosis to cutaneous squamous cell carcinoma. **Jddg: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, [S.L.], v. 16, n. 8, p. 1002-1013, ago. 2018.

SENA, Jéssica Suellen *et al.* Occupational skin cancer: systematic review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 62, n. 3, p. 280-286, jun. 2016.

SILVEIRA, Thaís Lima Verde de Araujo. **Associação entre lesões sugestivas de câncer de pele e exposição solar ocupacional em pescadoras artesanais de Saubara, Bahia, Brasil**. 2014. 41 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SIQUEIRA, Michele Andreza Fidelis *et al.* Evidências científicas sobre o tratamento cirúrgico da queratose actínica / Scientific evidence on the surgical treatment of actinic keratosis. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 9645-9664, 17 maio 2022.

SLAUGHTER, Danely P.; SOUTHWICK, Harry W.; SMEJKAL, Walter. "FIELD CANCERIZATION" IN ORAL STRATIFIED SQUAMOUS EPITHELIUM: clinical implications of multicentric origin. **Cancer September**, [s. l], v. 6, n. 5, p. 963-968, abr. 1953.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (Rio de Janeiro). **Envelhecimento**. 2022. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/envelhecimento/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

TOREZAN, Luís Antônio Ribeiro; FESTA-NETO, Cyro. Cutaneous field cancerization: clinical, histopathological and therapeutic aspects. **Anais brasileiros de dermatologia**, v. 88, n. 5, p. 775-786, 2013.

TRAVASSOS, Ana Rita; SANCHES, Maria Mendonça; ALMEIDA, Luís Soares de. O Impacto do Campo de Cancerização no Desenvolvimento de Cancro Cutâneo. **Revista Spdv**, [S. L.], v. 74, n. 4, p. 327-333, ago. 2016.

VILHENA, Marcella Akemi Haruno de *et al.* Cultural adaptation and validation of the quality of life questionnaire for patients with actinic keratosis (AKQoL-BR) to Brazilian Portuguese. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, [S.L.], v. 97, n. 6, p. 798-801, nov. 2022.

VIMERCATI, Luigi *et al.* Non-Melanoma Skin Cancer in Outdoor Workers: a study on actinic keratosis in italian navy personnel. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 17, n. 7, p. 2321-2331, 30 mar. 2020.

WEBER, Annemarie *et al.* High-risk body sites for actinic keratosis in outdoor and indoor workers: a retrospective review. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, [S.L.], v. 83, n. 2, p. 655-657, ago. 2020.

WILLENBRINK, Tyler J. *et al.* Field cancerization: definition, epidemiology, risk factors, and outcomes. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, [S.L.], v. 83, n. 3, p. 709-717, set. 2020.

WOLFF, KLAUS *et al.* **Dermatologia de Fitzpatrick: Atlas e Texto**. 7ª. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “QUERATOSES ACTÍNICAS E CAMPO CANCERIZADO: PERFIL DE PACIENTES NO MUNICÍPIO DE LAGARTO/SE”, sob a responsabilidade dos pesquisadores (Profa. Dra. Luciana Nalone Andrade e dos discentes Iza Brito de Oliveira, Manoelito Cardoso de Oliveira Neto e Sara Lani Regattieri Arrais). Nesta pesquisa, nós objetivamos avaliar a presença e as características das lesões causadas pelo sol em pacientes dos ambulatórios de dermatologia do Centro de Especialidades de Lagarto/SE e do Centro de Simulações e Práticas da UFS – Campus Professor Antônio Garcia Filho.

Nesta pesquisa estão garantidos os direitos ao seu sigilo e anonimato e as informações coletadas só poderão ser utilizadas para fins científicos.

Será realizada uma breve entrevista sobre alguns dados como sexo, idade, cor da pele, raça, ocupação, como se expõe ao sol, lesões de pele e história de câncer de pele por exposição ao sol e o que faz para prevenir e/ou tratar essas lesões.

A pesquisa possui alguns riscos, entre eles podem estar incluídos constrangimentos devido às perguntas realizadas ou invasão de privacidade. Além disso, cansaço e/ou estresse podem ocorrer durante a entrevista e preenchimento dos questionários, bem como há o risco de quebra do sigilo de dados. Para reduzir a chance que esses riscos aconteçam, você será entrevistado em ambiente privado e sem demais pessoas presentes, além do pesquisador envolvido. Será preservado seu sigilo e identidade, a partir da omissão de dados, sobretudo do seu nome, com a substituição por números para que não possa ser identificado. Segundo a Resolução CNS N° 466 de 2012, item IV.3.d, você tem plena liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, interromper ou encerrar a entrevista a qualquer momento, sem qualquer penalização.

Alguns benefícios da pesquisa são: você será informado sobre a importância das medidas de prevenção adequadas à exposição solar, para evitar lesões ou o agravamento delas, além de contribuir para aumentar o conhecimento sobre o tema na população do município de Lagarto-SE. Entre outros benefícios, encontram-se a produção de dados, a partir deste estudo, que poderão fomentar futuras pesquisas sobre o tema e ações a fim de melhorar os índices de saúde do município.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa, além disso você possui direito a ressarcimento em caso de gastos decorrentes da mesma. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou imposição. É um direito seu ser indenizado em caso de danos provocados pela pesquisa, possuindo direito à assistência integral caso haja qualquer dano causado por essa pesquisa, para isso entre em contato através dos contatos fornecidos adiante nesse termo, será feito o encaminhamento para o serviço de referência do sistema de saúde e você será acompanhado pelos pesquisadores durante todo o processo.

É garantido seu acesso integral, a qualquer momento, aos resultados dessa pesquisa e aos seus dados colhidos a partir da entrevista. Além disso, os dados da pesquisa ficarão armazenados por, pelo menos, 5 anos, e após esse período serão descartados.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você e outra com o pesquisador responsável. Todas as páginas deste documento serão rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Profa. Dra. Luciana Nalone Andrade, professora efetiva do departamento de Medicina – Campus Lagarto, Avenida Governador Marcelo Déda, 330, bairro: São José, CEP: 49400-000, Lagarto – SE, contato: (79) 99132-8691. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão de proteção ao participante de pesquisas envolvendo seres humanos e estará à disposição para quaisquer dúvidas ou reclamações em relação à pesquisa. Pode-se entrar em contato com o CEP, através do número (79) 3194-7208, ele está localizado no Hospital Universitário, em prédio do ambulatório do Campus da Saúde Prof. João Cardoso Nascimento Junior. Rua Cláudio Batista S/N, Bairro Sanatório, Aracaju - SE, 49060-108. E-mail: cep@academico.ufs.br.

Assinando este documento, você estará declarando que leu e concordou em participar da pesquisa, bem como está ciente dos seus direitos explicados acima.

Lagarto, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante da pesquisa e/ou responsável legal

OBS: O projeto em questão é uma vertente de uma pesquisa de iniciação científica que engloba 03 planos de trabalho distintos, sob um projeto maior. Portanto, no TCLE estão inclusos os nomes dos demais pesquisadores e demais campos de pesquisa avaliados em outros planos.

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LAGARTO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, após autorização de um responsável legal, para participar como voluntário da pesquisa “QUERATOSES ACTÍNICAS E CAMPO CANCERIZADO: PERFIL DE PACIENTES NO MUNICÍPIO DE LAGARTO/SE”, sob a responsabilidade dos pesquisadores (Profa. Dra. Luciana Nalone Andrade e dos discentes Iza Brito de Oliveira, Manoelito Cardoso de Oliveira Neto e Sara Lani Regattieri Arrais). Nesta pesquisa, nós objetivamos avaliar a presença e as características das lesões causadas pelo sol em pacientes dos ambulatórios de dermatologia do Centro de Especialidades de Lagarto/SE e do Centro de Simulações e Práticas da UFS – Campus Professor Antônio Garcia Filho.

Nesta pesquisa estão garantidos os direitos ao seu sigilo e anonimato e as informações coletadas só poderão ser utilizadas para fins científicos.

Será realizada uma breve entrevista sobre alguns dados como sexo, idade, cor da pele, raça, ocupação, como se expõe ao sol, lesões de pele e história de câncer de pele por exposição ao sol e o que faz para prevenir e/ou tratar essas lesões.

A pesquisa possui alguns riscos, entre eles podem estar incluídos constrangimentos devido às perguntas realizadas ou invasão de privacidade. Além disso, cansaço e/ou estresse podem ocorrer durante a entrevista e preenchimento dos questionários, bem como há o risco de quebra do sigilo de dados. Para reduzir a chance que isso aconteça, você será entrevistado em ambiente privado e sem demais pessoas presentes, além do pesquisador envolvido. Será preservado seu sigilo e identidade, a partir da omissão de dados, sobretudo do seu nome, com a substituição por números para que não possa ser identificado. Segundo a Resolução CNS N° 466 de 2012, item IV.3.d, você tem plena liberdade de se recusar a ingressar e participar do estudo, interromper ou encerrar a entrevista a qualquer momento, sem qualquer penalização.

Alguns benefícios da pesquisa são: você será informado sobre a importância das medidas de prevenção adequadas à exposição solar, para evitar lesões ou o agravamento delas, além de contribuir para aumentar o conhecimento sobre o tema na população do município de Lagarto-SE. Entre outros benefícios, encontram-se a produção de dados, a partir deste estudo, que poderão fomentar futuras pesquisas sobre o tema e ações a fim de melhorar os índices de saúde do município.

Você não terá nenhum gasto ou ganho financeiro por participar da pesquisa, além disso você possui direito a ressarcimento em caso de gastos decorrentes da mesma. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou imposição. É um direito seu ser indenizado em caso de danos provocados pela pesquisa, possuindo direito à assistência integral caso haja qualquer dano causado por essa pesquisa, para isso entre em contato através dos contatos fornecidos adiante nesse termo, será feito o encaminhamento para o serviço de referência do sistema de saúde e você será acompanhado pelos pesquisadores durante todo o processo.

É garantido seu acesso integral, a qualquer momento, aos resultados dessa pesquisa e aos seus dados colhidos a partir da entrevista.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você e outra com o pesquisador responsável. Todas as páginas deste documento serão rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Profa. Dra. Luciana Nalone Andrade, professora efetiva do departamento de Medicina – Campus Lagarto, Avenida Governador Marcelo Déda, 330, bairro: São José, CEP: 49400-000, Lagarto – SE, contato: (79) 99132-8691. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um órgão de proteção ao participante de pesquisas envolvendo seres humanos e estará à disposição para quaisquer dúvidas ou reclamações em relação à pesquisa. Pode-se entrar em contato com o CEP, através do número (79) 3194-7208, ele está localizado no Hospital Universitário, em prédio do ambulatório do Campus da Saúde Prof. João Cardoso Nascimento Junior. Rua Cláudio Batista S/N, Bairro Sanatório, Aracaju - SE, 49060-108. E-mail: cep@academico.ufs.br.

Assinando este documento, você estará declarando que foi informado e, se possível leu, e concordou em participar da pesquisa, bem como está ciente dos seus direitos explicados acima.

Lagarto, _____ de _____ de _____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante da pesquisa e/ou responsável legal

OBS: O projeto em questão é uma vertente de uma pesquisa de iniciação científica que engloba 03 planos de trabalho distintos, sob um projeto maior. Portanto, no TALE estão inclusos os nomes dos demais pesquisadores e demais campos de pesquisa avaliados em outros planos.

APÊNDICE A

Questionário de avaliação de fatores de risco e queixas dermatológicas associados à exposição solar em trabalhadores de ambientes externos (SILVEIRA, 2014).

• IDENTIFICAÇÃO

1) Nome:

2) Sexo: ()F ()M

3) Idade:

4) Data de nascimento: __/__/__

5) Raça: (1) Branco (2) Pardo (3) Negro (4) Índio (5) Outros

6) Escolaridade:

7) Ocupação:

8) Naturalidade:

9) Procedência:

10) Data da entrevista: __/__/__

11) Hora: __: __

• FATORES DE RISCO

12) Fototipo:

	Tipo	Cor	Reação
(1)	I	Branca-clara	Sempre queima, nunca bronzeia
(2)	II	Branca	Quase sempre queima, raramente bronzeia
(3)	III	Morena-clara	Raramente queima, bronzeia quase sempre
(4)	IV	Morena-escura	Nunca queima, sempre bronzeia
(5)	V	Parda	Nunca queima, sempre bronzeia
(6)	VI	Preta	Nunca queima, sempre bronzeia

13) Quantas horas por dia você passa no sol, em média?

() Menos de 1 hora;

() 1-3 horas;

() 3-5 horas;

() 5-7 horas;

() 7-9 horas;

() Mais que 9 horas

14) Você fica exposta ao sol: (fazer somatório)

(01) Até 10 horas da manhã

(02) 10-12 horas

(04) 12-14 horas

(08) 12-14 horas

(16) A partir das 16 horas

15) Quantos dias em média você trabalha exposta ao sol por semana?

1 dia; 2 dias; 3 dias; 4 dias; 5 dias; 6 dias; 7 dias

16) Quantas semanas por mês você costuma trabalhar exposta ao sol?

1 semana; 2 semanas; 3 semanas; 4 semanas

• MEDIDAS PREVENTIVAS

17) O que você utiliza para se proteger do sol? Use 1 = sim e 2 = não.

17.1 Camisa com manga comprida 17.10 Filtro solar

17.2 Calças compridas 17.11 Hidratante/creme

17.3 Sapatos fechados 17.12 Óleo bronzeador

17.4 Luvas 17.13 Óleo de cozinha

17.5 Chapéu 17.14 Óleo diesel

17.6 Boné 17.15 Querosene

17.7 Pano amarrado na cabeça 17.16 Não utiliza

17.8 Guarda-sol 17.17 Outro. Quais?

17.9 Sombrinha _____

18) Você costuma observar sua pele a procura de novas lesões ou mudanças no aspecto de lesões que já existiam (realiza autoexame da pele)?

Sim Não

• QUEIXAS DERMATOLÓGICAS

19) Notou o aparecimento de lesões que não saram? _____ (99) Não se aplica

Sim

Não (Pule para a 20)

19.1) Qual é a característica dessa lesão? _____ (99) Não se aplica

Mancha Pápula Bolha Úlcera Outro. Quais?

19.2) Se sim, são quantas lesões? (99) Não se aplica

01 02 03 04 >04 Não sabe

19.3) A que você atribui esta lesão? (99) Não se aplica

19.4) Referente a lesão mais antiga, há quanto tempo? (99) Não se aplica

1 mês 1 ano
 3 meses >1 ano
 6 meses Não sabe
 9 meses

19.5) Referente a lesão que mais incomoda, há quanto tempo? (99) Não se aplica

1 mês 1 ano
 3 meses >1 ano
 6 meses Não sabe
 9 meses

19.6) Algumas dessas lesões: Use 1 = sim e 2 = não (99) Não se aplica

19.6.1 Dói 19.6.5 Sangra
 19.6.2 Coça 19.6.6 Ulcera
 19.6.3 É sensível ao toque 19.6.7 Arde
 19.6.4 Descama 19.6.8 Outro. Quais? _____

19.7) Qual o local da lesão? Use 1 = sim e 2 = não (99) Não se aplica 19.7.1

Couro cabeludo 19.7.11 Região perianal
 19.7.2 Rosto (orelha e lábios) 19.7.12 Coxa
 19.7.3 Boca (mucosa) 19.7.13 Pernas
 19.7.4 Pescoço 19.7.14 Pés
 19.7.5 Braços 19.7.15 Planta dos pés
 19.7.6 Mãos 19.7.16 Vulva
 19.7.7 Palma das mãos 19.7.17 Unhas
 19.7.8 Colo 19.7.18 Entre os dedos das mãos
 19.7.9 Abdome 19.7.19 Entre os dedos dos pés
 19.7.10 Dorso – ombro 19.7.20 Não sabe

