



UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO “Prof. José de Souza Herdy”  
UNIGRANRIO

ANA MARIA DE OLIVEIRA MIRANDA

PREVALÊNCIA DA QUEILITE ACTÍNICA EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Duque de Caxias  
2009

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO “Prof. José de Souza Herdy”  
UNIGRANRIO

ANA MARIA DE OLIVEIRA MIRANDA

PREVALÊNCIA DA QUEILITE ACTÍNICA EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA

Dissertação apresentada à  
Universidade do Grande Rio “Prof. José de  
Souza Herdy”, como parte dos requisitos  
parciais para obtenção do grau de mestre em  
Periodontia.

Orientador: Prof. Dr Marcio Eduardo Vieira  
Falabella

Duque de Caxias  
2009

**CATALOGAÇÃO NA FONTE/BIBLIOTECA – UNIGRANRIO**

M672p Miranda, Ana Maria de Oliveira.  
Prevalência da Queilite Actínica em uma população brasileira /  
Ana Maria de Oliveira Miranda. – 2009.  
32 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação ( mestrado em Periodontia ) - Universidade do  
Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da  
Saúde, 2009.

“Orientador: Prof. Marcio Eduardo Vieira Falabella.”

Bibliografia: f. 30-33

1. Odontologia. 2. Periodontia. 3. Queilite - Diagnóstico.
4. Queilite – Prevenção e controle. 5. Raios ultravioletas – Efeitos adversos. 6. Lábios Lesões. I. Falabella, Marcio Eduardo Vieira.
- II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”.
- III. Título.

CDD – 617.6

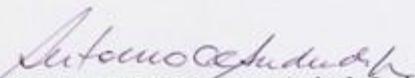
ANA MARIA DE OLIVEIRA MIRANDA

PREVALÊNCIA DA QUEILITE ACTÍNICA EM UMA POPULAÇÃO BRASILEIRA

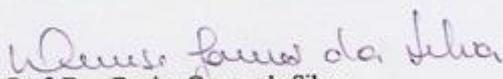
Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Aprovado em 12 de agosto de 2009.

Banca Examinadora

  
Prof. Dr. Antonio Carlos Canabarro Andrade Junior  
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

  
Prof. Dr. Eduardo Muniz Barretto Tinoco  
UNIGRANRIO – Universidade do Grande Rio

  
Prof. Dra. Denise Gomes da Silva  
UNIGRANRIO – Universidade do Grande Rio

*Dedicado aos meus pais, marido e filhos.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, meu maior exemplo de honestidade e dedicação, que foi minha inspiração na profissão escolhida.

A minha mãe que, nos bastidores, sempre nos deu condições para que nos dedicássemos aos estudos.

Ao Luiz, maior incentivador para que fizesse esse mestrado.

Ao Thiago, filho amado que escolheu trilhar o mesmo caminho profissional, assim como fiz com meu pai.

Ao Diego, filho amado, companheiro para todas as horas.

Aos professores do mestrado, que estiveram me orientando desde a especialização.

Ao Prof. Marcio Eduardo Viera Falabella, meu orientador, que com toda paciência e competência esteve ao meu lado nessa jornada.

Aos amigos do mestrado que caminharam comigo, aprendendo, errando, recomeçando sempre que foi preciso .

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para que eu conseguisse concluir o curso de mestrado.

“Não preciso me drogar para ser um gênio;  
Não preciso ser um gênio para ser humano;  
Mas preciso do seu sorriso para ser feliz!”

(Charles Chaplin)

## RESUMO

QA é definida como uma condição degenerativa do epitélio de revestimento, causada pela ação da radiação ultravioleta do sol sobre os lábios, sendo considerada uma lesão cancerizável, que pode evoluir para o carcinoma de lábio. O objetivo do estudo foi o estudo de prevalência de QA em 1539 indivíduos de uma população rural que ficavam expostos ao sol no trabalho em uma usina de cana. O grupo controle constou de 150 indivíduos da mesma usina que não trabalhavam expostos ao sol, onde não foi observado nenhum caso de QA. Foram encontrados 141 (9,6%) casos de QA, onde 106 indivíduos eram do sexo masculino e 36 do feminino sendo 128 em leucodermas. Quanto a severidade das lesões 39 foram classificadas como leve, 57 como moderada e 45 como severa, e quanto maior foi o tempo de exposição mais casos de QA foram observados.

Palavras-chaves: Queilite actínica, sol, exposição ao sol, alteração labial, lesão cancerizável.

## ABSTRACT

AC is defined as a degenerative condition of the epithelium covering caused by ultraviolet radiation of the sun on the lips. It is considered a cancerous lesion that can evolve into lip carcinoma. A study was conducted on the prevalence of AC in 1,539 individuals from the agricultural population who worked for a sugar cane plant under conditions which exposed them to the sun. A group of 150 individuals with no exposure to the sun were put in a “control group” in which no cases of AC were found. Of the 141 (9.6%) cases of AC that had been found, 106 were men, 36 women and 128 were in leucodermas. Regarding the severity of lesions 39 had been classified as light, 57 as moderate and 45 as severe. The longer the exposure to the sun the more cases of AC had been observed.

Keywords: Actinic cheilitis, sun, exposition to the sun.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fotografía de queilite actínica leve .....	23
Figura 2. Fotografía de queilite actínica moderada .....	23
Figura 3. Fotografía de queilite actínica severa .....	24

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Diagnóstico de queilite actínica .....	25
Tabela 2. Tempo total de exposição solar .....	25
Tabela 3. Prevalência de queilite actínica com relação à raça .....	26
Tabela 4. Prevalência de queilite actínica com relação ao sexo .....	26
Tabela 5. Prevalência da queilite actínica em relação ao fumo .....	26
Tabela 6. Grau de severidade das lesões da queilite actínica .....	27
Tabela 7. Tempo de exposição em relação ao grau de severidade .....	27

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
2.1	EPIDEMIOLOGIA .....	14
2.2	DIAGNÓSTICO .....	16
2.3	TRATAMENTO .....	19
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO .....</b>	<b>22</b>
4.1	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	24
<b>5</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
	<b>ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Unigranrio.....</b>	<b>33</b>
	<b>ANEXO B – Ficha para pesquisa.....</b>	<b>34</b>
	<b>ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A exposição constante ao sol pode causar, muitas vezes, danos irreparáveis, principalmente se ocorrer de forma constante, nos horários de maior incidência dos raios solares e sem a devida proteção (TOMMMASI, 2002; SILVA, 2006).

Uma das lesões causadas pela radiação solar é a queilite actínica (QA), lesão cancerizável, a mais comum, que afeta o vermelhão dos lábios (PICASCIA e ROBINSON, 1987), definida como uma condição degenerativa do epitélio de revestimento, causada pela ação da radiação ultravioleta do sol sobre os lábios (COLEMAN e NELSON, 1996).

O diagnóstico da QA é baseado principalmente nos achados clínicos e histopatológicos. Nos aspectos clínicos, na quase totalidade dos casos, o lábio inferior é o mais afetado. A QA apresenta-se no vermelhão dos lábios como áreas leucoplásicas associadas a áreas eritematosas, eventualmente erodadas, ulceradas ou com crostas, nas quais pode ocorrer sangramento (MANGANARO, 1997). Inicialmente, os lábios apresentam-se ásperos e ressecados, depois aparecem estrias ou fissuras perpendiculares ao limite pele-vermelhão. Nos casos mais avançados é comum o edema difuso do lábio e perda do limite pele-vermelhão (LUNDEEN, 1985).

Geralmente é assintomático, mas pode haver, com a descamação persistente, sensação de secura, queimação, prurido e dor (CATALDO e DOKU, 1981). A QA pode apresentar-se na forma aguda, menos comum, relacionada a episódios de intensa exposição ao sol, com presença de ulcerações, bolhas e crostas; geralmente é autolimitante e regride após cessar o agente etiológico (MANGANARO, 1997). A forma crônica aparece devido à exposição solar de forma contínua, sendo esta a mais comum e encontrada principalmente depois da quinta década de vida (KAUGARS, 1999).

Os aspectos histopatológicos mostram aumento da camada de queratina com paraqueratose ou ortoqueratose, atrofia das células da camada espinhosa, infiltrado inflamatório presente no tecido conjuntivo e perda de estrutura colágena (MARKOPOULOS, 2004).

A QA pode evoluir para o carcinoma espinocelular de lábio (DOMANESCHI, 2003) e estima-se que 95% dos casos de câncer de lábio originam-se da QA (PIRES, 2001). O aparecimento de elevações sobre a lesão, áreas eritematosas, fissuras, ulceração e sangramento são sinais importantes de que provável cancerização esteja ocorrendo (TOMMASI, 2002). Há divergência quanto à necessidade de biópsia nos casos de QA.

Alguns autores são unânimes em afirmar que nos casos moderados e severos há a indicação de biópsia, outros afirmam que, como não há correlação entre a aparência clínica e a agressividade histológica, a biópsia é indicada em todos os casos, pois há grande risco de malignização (MANGANARO, 1997). Comprovando este potencial, Markpoulos et al (2004), em um estudo com 65 casos de QA, em que todos os indivíduos eram leucodermas, observaram que onze indivíduos já apresentavam carcinomas de células escamosas.

Os fatores que influenciam o desenvolvimento da QA são a frequência da exposição aos raios solares, a intensidade dos raios solares e o grau de pigmentação cutânea (DOMANESCHI, 2003).

Cavalcante et al (2008) realizaram um estudo em 29 pacientes com diagnóstico de QA, em que se observou que 72% deles eram homens e 93% eram leucodermas. Dois desses pacientes apresentavam carcinoma epidermóide de lábio inferior. Zanetti et al (2009), em uma avaliação de 420 indivíduos (215 mulheres e 205 homens), encontraram uma prevalência de 18,1% de QA, com predominância em indivíduos do sexo masculino (69,7%) e leucodermas (73,7%).

Escovich e Novelli (1999) relataram que, nas últimas décadas, tivemos muitos avanços no conhecimento de como tratar o câncer bucal, mas o que limita suas possibilidades terapêuticas é o diagnóstico tardio. O processo pelo qual uma lesão pode malignizar-se tem lugar no genoma celular, pois os genes contêm as informações necessárias para a síntese das proteínas, que, quando sofrem alguma alteração genética, podem conduzir à síntese de proteínas com anomalias. Esses genes alterados de forma direta e indireta podem dar origem a tumor, pois afetarão a proliferação celular. Os danos nos genes podem originar da interação de fatores endógenos (genéticos, imunológicos) ou exógenos (físicos, químicos, infecciosos). Três etapas são necessárias para que essa transformação ocorra: iniciação, promoção e progressão. Essas etapas podem ocorrer em períodos prolongados e a transição de uma fase à outra pode variar quanto ao tempo decorrido. A primeira evidência clínica da carcinogênese pode ser as lesões cancerizáveis, como é o caso da QA, portanto são necessárias providências para a remoção dessas lesões potencialmente malignas, prevenindo assim, o aparecimento do câncer invasivo.

Diante de os riscos da QA evoluir para um carcinoma espinocelular, da grande tendência do aumento da área produtiva para o cultivo da cana-de-açúcar - devido ao interesse crescente na obtenção do etanol como biocombustível - e também diante o aumento de buracos na camada de ozônio, torna-se importante o estudo dessas lesões. Com isso, o

objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da QA entre os trabalhadores rurais que trabalham expostos ao sol em uma usina de cana-de-açúcar.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Epidemiologia

Campisi e Margiotta (2001) selecionaram 118 indivíduos do sexo masculino, com mais de 40 anos de idade, moradores da Itália, que foram examinados com lesões na mucosa oral, dando ênfase ao diagnóstico precoce das lesões premalignas e lesões malignas. Encontraram, dentre outras lesões, QA em 4,6% da população pesquisada.

Domaneschi et al. (2003) relataram um caso clínico para provocar uma discussão sobre as características clínicas, histopatológicas, diagnóstico e tratamento da QA. O caso clínico descrito foi de uma mulher de 29 anos, sem alterações sistêmicas, que apresentava “feridas” e dor no lábio inferior. Clinicamente havia ressecamento do lábio inferior com a presença de ulceração associada a placas brancas. Havia, ainda, uma mancha acastanhada de 3mm no seu maior eixo e com limites irregulares. Realizou-se biópsia, receitou-se protetor labial FPS 30 e recomendou-se o uso de chapéu como formas de proteção contra os raios solares. No resultado do exame histopatológico constatou-se a presença de QA sem atipias. Foi feito acompanhamento da paciente.

Markopoulos et al (2004) apresentaram um estudo com 65 pacientes que foram atendidos na Clínica de Medicina Oral na Grécia pelo período de dez anos. Nele foram avaliadas as informações demográficas, foram feitos exames clínicos e histopatológicos. Encontraram como idade média 53,1 anos ( $\pm 11,4$  anos); 66,2% dos pacientes (43 pessoas) trabalhavam sob o sol, todas as lesões encontradas foram no lábio inferior. Detectaram três formas de manifestação clínica: lesões brancas não ulceradas (29%), erosões ou úlceras nos lábios (48%) e presença concomitante de erosão e mancha brancas (23%). Encontraram, ainda, onze casos (16,9%) de presença de carcinoma de células escamosas. Concluíram, com seus estudos, que uma alta proporção de casos de QA evolui para carcinoma.

Abreu et al (2006) relataram que a associação entre QA e o carcinoma espinocelular já foi demonstrada em muitos estudos. Realizaram um estudo visando verificar a relação entre a presença da QA e o prognóstico do carcinoma espinocelular, através da análise dos resultados de cortes histológicos desse tumor constantes nos arquivos do Departamento de patologia da Universidade Federal de São Paulo no período de 1993-2000. Esses resultados foram revisados para evidenciar a presença ou ausência da QA no vermelhão do lábio adjacente ao tumor, correlacionando a ocorrência ou ausência de recidiva e metástase frente à presença da

QA no vermelhão. Analisaram o prontuário de 31 pacientes: sete mulheres e 24 homens; 26 brancos, quatro pardos e um negro. Quanto à localização da lesão: 28 no lábio inferior, duas no superior e uma sem informação. Obtiveram os seguintes resultados: tumores com QA adjacente apresentaram menor ocorrência de metástases (10,5%), tumores sem QA adjacente apresentaram um maior índice (50%) de ocorrência de metástases. Isso leva a concluir que os tumores originados da QA têm um prognóstico melhor. A recidiva mostrou-se ser independente da presença ou não da QA.

Silva et al. (2006), em um estudo de prevalência de alterações labiais com 111 pescadores na ilha de Santa Catarina, encontraram, entre outras alterações, 48 casos de QA. Sugeriram uma classificação para a QA em: leve, para casos em que há apenas ressecamento e descamação; moderada, em que há ressecamento e descamação mais severos e presença de fissuras; e severa, em que, além dos sinais acima, encontrou-se endurecimento do lábio, perda do limite entre pele e semimucosa, ulcerações e crostas. Observaram 14 casos de leve, 7 de moderada e 27 de severa. Entre a população pesquisada, a maioria ficava mais de 6h/dia exposta ao sol, sem o uso devido de proteção. A quantidade de mulheres na amostra era de 2,7%. A presença de melanodermas era de 7,21%. Dos que apresentavam QA, 3,6% estavam com suspeita de câncer de lábio. A idade média dos participantes era de 47,73 anos, variando entre 16 e 86 anos.

Corso et al (2006) avaliaram a prevalência de QA através da revisão de 2.432 prontuários da Clínica de Estomatologia da PUCPR, comparando-se o os achados microscópicos com a avaliação clínica constante das fichas. Encontraram 11 casos de QA (0,45%), com idade média entre 48,36 anos, com maior frequência nos homens (72,7%), sendo que 81,8% dos casos relataram exposição solar intensa.

Cavalcante et al (2008) avaliaram clinicamente 29 pacientes e realizaram biópsias para confirmar o diagnóstico de QA. A população pesquisada era formada por 72,41% de homens, dos quais 75,86% tinham mais de 40 anos de idade, 93,1% eram leucodermas e 72,41% eram não fumantes. Foram encontradas displasia leve em 10,34%, moderada em 27,59% e severa em 62,07% dos casos. Os aspectos clínicos mais encontrados foram asperezas, atrofia e descamação.

Zanetti et al (2009), em um estudo de prevalência da QA durante uma campanha de saúde na cidade de Campinas no ano de 2005, examinaram 420 indivíduos, sendo 215 mulheres e 205 homens, e encontraram QA em 18,1% das pessoas examinadas. Quanto ao sexo, a predominância deu-se no sexo masculino (69,7%), dos quais 73,7% eram leucodermas, 40,8% com idade variando entre 45 e 60 anos.

## 2.2 Diagnóstico

Marcucci (1997) afirmou que lesão cancerizável é tema polêmico e complexo, pois apresenta conceitos divergentes entre si. O termo lesão pré-cancerosa indica uma obrigatoriedade em transformação maligna, o que na realidade não ocorre, pois apenas uma parcela evolui para a malignização. Dentre as lesões cancerizáveis da cavidade oral, citou a QA, que é a forma mais frequente e importante de queilite encontrada na boca. Embora não encontremos trabalhos que demonstrem o percentual de transformação maligna dessa lesão, esse potencial de transformação pode ser aumentado quando associado a outros fatores carcinogênicos, principalmente o fumo. A QA é mais frequentemente encontrada em indivíduos de pele clara que se expõem assiduamente ao sol, como marinheiros, agricultores, pescadores, etc. O principal local de instalação é o lábio inferior, que se apresenta clinicamente com erosão superficial, atrofia, descamação, ulceração, fissuras, queratose e hiperpigmentação. Podemos suspeitar de uma transformação maligna quando constatamos a presença de úlceras com bordas endurecidas. O exame histopatológico nos permitirá o diagnóstico final.

Manganaro et al (1997) relataram o caso de uma paciente de 47 anos, branca, com longa exposição solar, que apresentava QA no lábio inferior sem qualquer história de ulceração ou outros sintomas mas que, ao ser feito o exame histopatológico do tecido retirado na vermelhectomia, revelou a presença de carcinoma de células escamosas.

Herter (1999) declarou que o câncer de lábio ocorre em torno de 15% em relação às neoplasias malignas de cabeça e pescoço; mas, pode chegar a 30% em regiões com intensa luz solar. Desses cânceres, 97% localizam-se no lábio inferior. O carcinoma espinocelular corresponde a 95% desses casos, tendo alguns casos raros de carcinoma de glândulas salivares, melanoma ou outra neoplasia rara. Esse tipo de câncer apresenta baixo índice de metástase linfonodais. A drenagem linfática do lábio inferior é feita para os linfonodos submandibulares e subsequentemente para a cadeia jugular nove. Deve-se realizar a palpação clínica como método para estabelecer o diagnóstico de metástases do câncer de lábio. Por serem comuns falsos positivos e falsos negativos, necessitamos de exames auxiliares de diagnósticos, como a punção, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética. O prognóstico dos tumores de lábio é bom, com cerca de 14% na recidiva local, na regional de 8% e 1% na distante. A sobrevida aos cinco anos de cirurgia é em torno de 78% para carcinomas em estágio inicial.

Walder (1999) afirmou que membrana basal é uma fina estrutura que separa o epitélio do tecido conjuntivo, cuja função é promover suporte e elasticidade para os tecidos sobre ela apoiados, promover a adesão celular e a ultrafiltração. Tem sido considerada como uma das principais barreiras à progressão do câncer. O câncer de cabeça e pescoço, que tem origem no epitélio, adere-se à membrana basal numa primeira fase, em seguida começa a produzir enzimas proteolíticas capazes de degradarem esta membrana e em seguida atingir o estroma adjacente e, por consequência, os vasos linfáticos e sanguíneos, causando metástases regionais e à distância.

Biazolla (1999) esclareceu que a maioria dos carcinomas da boca tem origem epitelial e corresponde ao carcinoma espinocelular. Pela sua origem epitelial tendem, durante a evolução, a ulcerar-se, embora não se tenha sintomatologia dolorosa no seu início, fator importante para diagnóstico diferencial com lesões agudas, como decorrente da afta. Em seu aspecto físico, podemos encontrar algumas variações, mas, como padrão, temos: solução de continuidade do epitélio com leito necrótico, áreas vermelhas intercaladas com áreas leitosas ou sangrante. As bordas podem apresentar-se evertidas, crateriformes ou em degraus. Em volta da lesão normalmente não encontramos um halo eritematoso, como é o caso das lesões não-malignas que apresentam um “anel vermelho” ao redor da lesão. É comum encontramos os tecidos adjacentes ao tumor infiltrados com endurecimento, detectado pela palpação, o que normalmente não ocorre nas úlceras traumáticas. Quanto à evolução, as neoplasias malignas têm uma evolução lenta comparada com as não-malignas e não regredem espontaneamente; já nas não-malignas normalmente há a cicatrização em torno de duas semanas.

Landman (1999) sustentou que aproximadamente 90% das neoplasias da boca são os carcinomas espinocelulares, que têm predominância pelo sexo masculino (6:1), sendo mais frequentemente encontrado no lábio, língua e assoalho da boca. O prognóstico do espinocelular pode ser determinado por alguns parâmetros, como: grau de diferenciação histológico- quanto menos diferenciada a neoplasia, mais agressivo será seu comportamento; a profundidade da infiltração - tumores mais profundos que 4mm de espessura têm maior porcentagem de metástase linfonodais; o modo de infiltração - maior presença de recidivas e metástases em lesões com crescimento difuso ou com bordas indistintas do que em lesões com bordas bem distintas; o tipo de infiltrado inflamatório - quanto maior o infiltrado linfocitário peri-tumoral, melhor a evolução do paciente; a invasão vascular - pior prognóstico quando há invasão dos vasos linfáticos e/ou sanguíneos.

Pennini et al (2000) explicaram que queilite é o nome dado às lesões inflamatórias labiais. A queilite de maior importância clínica, frequência e potencial de malignização é a

QA, causada pela exposição prolongada e crônica aos raios solares, acomete quase exclusivamente o lábio inferior, em brancos e homens. Clinicamente há o aparecimento de manchas brancacentas, perda da coloração uniforme da semimucosa ou vermelhão, borrão da linha que separa pele e vermelhão, o lábio fica ressecado, descamativo, áspero. Depois surgem atrofia, crostas e erosões. Atenção para o aparecimento de ulcerações, pois podem ser sinais indicativos de malignização. Podem estar presente ou não outras lesões cutâneas.

Boraks (2001) instruiu que a radiação solar é um importante fator carcinogênico para o desenvolvimento do câncer de lábio porque os raios ultravioletas que compõe os raios solares têm ação ionizante, propriedades eritematosas, congestivas e carcinogênicas, com capacidade de lesar diretamente o DNA celular, induzindo a mutações gênicas e conseqüentemente à transformação celular. A forma de prevenção é o uso de filtro solar e a não exposição ao sol no período entre 10 e 16 horas. O cirurgião dentista deve recobrar os cuidados na avaliação de pacientes que sejam leucodermas com idade superior a 40 anos que trabalhem expostos ao sol. Ele afirma que uma lesão tem potencial cancerizável quando um número expressivo de neoplasias malignas se originou desta lesão que inicialmente não era maligna.

Pires et al (2001) reforçaram a etiologia da QA como sendo a exposição crônica aos raios solares ultravioleta, acometendo mais indivíduos idosos de pele clara. Ressaltam a importância da detecção precoce da QA com a instituição de medidas preventivas e controle clínico dos pacientes, tentando evitar o desenvolvimento de um câncer de lábio.

Tommasi (2002) salientou que o cirurgião dentista deve eliminar ou controlar as lesões e condições cancerizáveis, pois se diagnosticadas e tratadas corretamente podem evitar muitos dos tumores malignos da boca, que delas se originam. A QA é uma dessas lesões que pode ser considerada cancerizável e portanto merece toda a atenção do cirurgião dentista, pois pode dar origem tanto a carcinomas basocelulares quanto a espinocelulares. Evidencia que quanto mais antiga for a lesão, maior é a probabilidade de desenvolver um carcinoma; afirma que o aparecimento de elevações sobre a lesão, aparecimento de áreas eritomasas, fissuras, ulceração e sangramento é sinal clínico de que uma cancerização esteja ocorrendo.

Crivello Junior (2005) atestou que há vários tipos de queilites, mas a mais freqüente e importante é a QA pela possibilidade de transformação maligna em carcinoma. Mais freqüente no homem leucoderma, acima de quarenta anos, acometendo principalmente o lábio inferior por causa da incidência direta dos raios UVA e UVB. Esse tipo de lesão tem sido mais freqüentemente encontrado em virtude da destruição da camada de ozônio, que é a responsável pela filtragem dos raios ultravioleta. Juntamente com o aumento de casos de QA, há o aumento do número de outros tipos de lesões dermatológicas oriunda da exposição

excessiva ao sol. O diagnóstico diferencial é feito com o líquem plano, lúpus eritomatoso e outros tipos de queilites. O diagnóstico final é feito pelo exame clínico, citologia esfoliativa e biópsia, que pode ser tanto a incisional quanto a excisional. A prevenção é feita através de protetores solares, chapéus de abas largas, cremes e batons protetores.

### 2.3 Tratamento

Dufresne e Curlin (1997) ao citarem os tratamentos existentes para a QA, esclareceram que simples medidas podem conferir melhora nos sintomas, como o uso de protetores solares, hidratação e tretinoína tópica. O tratamento curativo visa à destruição ou à remoção do epitélio danificado; os danos, a extensão da lesão, a morbidade, os efeitos secundários e o sucesso devem ser cuidadosamente considerados na decisão final da escolha do tratamento. O uso de 5-Fluorouracil, padrão ouro no tratamento de QA, causa poucos danos, o bom resultado é obtido em semanas, com poucas complicações. A criocirurgia apresenta resultados parecidos com o 5-Fluorouracil, mas requer alto conhecimento da técnica além de deixar cicatriz. O “peeling” químico, embora cause poucos danos e seu efeito seja sentido em dez dias, apresenta índice de sucesso baixo. A eletrocirurgia causa poucos danos, seu resultado aparece em semanas, seu sucesso é bom, mas pode apresentar algumas complicações, é melhor indicada em áreas pequenas de QA. A vermelhectomia, que é a remoção do vermelhão do lábio, apresenta danos elevados, mas com sucesso muito bom, embora apresente complicações moderadas. O uso de laser de CO<sub>2</sub> na remoção do vermelhão dos lábios causa danos moderados com bom resultado e menos complicações que a vermelhectomia tradicional.

Marcucci (1997) disse que, quanto ao tratamento, devemos promover a proteção dos lábios aos raios solares com o uso de chapéus de abas largas, cremes labiais protetores, batons à base de PABA a 5% (ácido para-aminobenzóico). O fluorouracil-creme a 5% pode ser usado como curativo. Cirurgias podem ser necessárias, mas com indicação bem precisa, como é o caso da vermelhectomia.

Pennini et al (2000) esclareceram que o tratamento visa à prevenção do desenvolvimento do carcinoma espinocelular, à redução do quadro antiestético e ao incômodo provocado pelas erosões, crostas e asperezas. Citaram a Tretinoína tópica, ácido tricloracético e 5-fluorouracil – como métodos que removem o epitélio. Como métodos cirúrgicos, indicaram a criocirurgia, laser de dióxido de carbono, curetagem e vermelhectomia, para serem usados nos casos mais graves.

Crivello (2005) citou que o tratamento pode ser feito com quimioterapia local com o ácido tricloroacético (ATA); fluorouracil creme 5%; vermelhectomia; laser de CO<sub>2</sub>.

Berking et al (2007) trataram quinze pacientes, com pelo menos metade do lábio comprometido com QA, com PDT e testaram a eficácia e aplicabilidade dessa nova terapêutica, concluindo, com seu experimento, que o PDT apresenta várias vantagens em comparação com outras formas de tratar a QA, como efeitos secundários relativamente moderados que foram bem tolerados pelos pacientes que ficaram altamente satisfeitos; mais ainda, o PDT é realizado sem hospitalização e é de fácil aplicação.

### 3 OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da QA entre os trabalhadores rurais expostos ao sol em uma usina de cana-de-açúcar.

#### 4 MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo de prevalência junto aos trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar na cidade de Paranacity, estado do Paraná, para avaliação da presença de QA. Foram examinados 1539 indivíduos de um total de 1950 trabalhadores do cultivo de cana, escolhidos de forma aleatória dentre aqueles que compareceram ao Centro de Saúde da empresa, no período de agosto a setembro de 2008, para tratamento dentário, exames médicos periódicos, fisioterapia ou em busca de medicamentos. O grupo controle foi constituído por 150 trabalhadores da mesma usina de um total de 1500 que nunca trabalharam expostos constantemente ao sol. O protocolo 0029.0.317.000-08 do Comitê de Ética da Unigranrio aprova o estudo.

##### Primeira etapa:

Palestras com esclarecimentos sobre o trabalho foram realizadas. Em seguida os indivíduos preencheram um termo de consentimento e foram entrevistados respondendo a um questionário em que informaram nome, data de nascimento, sexo, naturalidade, cor da pele, se eram fumantes, se ingeriam álcool, drogas, quanto tempo trabalhavam sob o sol e quanto tempo diário de exposição. Em seguida foi realizado o exame clínico para avaliação de presença ou não de lesões suspeitas de QA, inclusive classificando as lesões quanto ao grau de severidade.

##### Segunda etapa:

Os indivíduos com lesões suspeitas de QA foram reexaminados, em outra data, fotografados e foi conferida a classificação quanto ao grau de severidade da lesão, baseado na classificação proposta por Silva et al (2006):

- a) QA leve: presença de ressecamento e descamação (Figura 1)

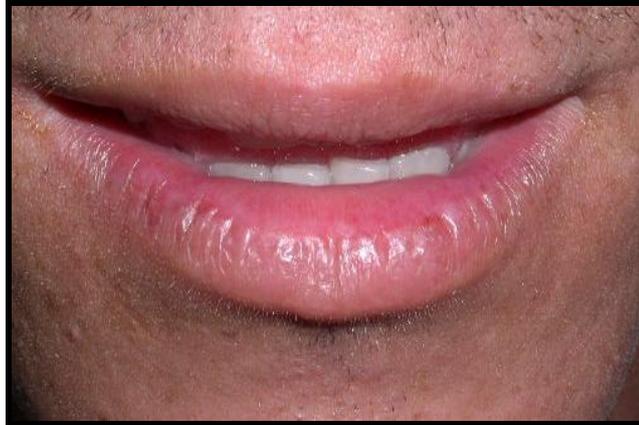


Figura 1. QA leve

- b) QA moderada: presença de ressecamento e descamação mais severa, acompanhada de fissuras. (Figura 2).



Figura 2. QA moderada

- c) QA severa: endurecimento do lábio, perda do limite entre pele e semimucosa, ulcerações e crostas, além das alterações que ocorrem nos casos leve e moderado (Figura 3).



Figura 3. QA severa

Todos os exames foram realizados por um único examinador. Os dados obtidos foram anotados em uma ficha juntamente com a informação se possuíam parentes até segundo grau que tenha apresentado algum tipo de câncer. Depois de concluídos os exames, os pacientes foram esclarecidos de que seriam novamente trazidos para exames complementares, conforme o grau de alteração que apresentassem, sendo que aqueles com diagnóstico de QA moderada ou severa, seriam encaminhados para a realização de biópsias e, posteriormente, para o tratamento necessário.

#### 4.1 Análise Estatística

Foi utilizado o teste Qui-quadrado para avaliação da presença de QA nos grupos teste e controle, bem como na avaliação de sexo, raça, grau de severidade, relação com o fumo e tempo de exposição no grupo teste. O nível de significância em 95% foi estabelecido. O programa usado foi o Primer of Biostatistic v.4.

## 5 RESULTADOS

Do total de 1950 funcionários que trabalhavam expostos à exposição ao sol, foram examinados 1539 indivíduos, sendo que 978 (63,54%) eram do sexo masculino e 561 (36,46%) eram do sexo feminino, com idade média de 34,56 anos (DP = 9,50). Entre a população examinada 677 (43,98%) eram leucodermas, 738 (47,97%) eram faiodermas e 124 (8,05%) eram melanodermas.

No grupo controle, dos 150 funcionários examinados, não foi encontrado nenhum caso de QA, independente de cor de pele, uso de tabaco e de álcool, idade e sexo. Já entre os trabalhadores rurais, dos 1539 indivíduos examinados, foram registrados 141 (9,16%) casos de QA (Tabela 1).

	Total	Porcentagem
População examinada	1539	100%
Sem QA	1398	90,84%
Com QA	141	9,16%

Tabela 1. Diagnóstico de QA

Em relação ao tempo total de exposição ao sol, 15 indivíduos (10,63%) tinham menos de cinco anos de exposição solar, 20 (14,18%) tinham entre 5 e 10 anos de exposição e 106 (75,19%) tinham mais de dez anos de exposição aos raios do sol (Tabela 2). A diferença entre o tempo de exposição de mais de dez anos foi estatisticamente significativa quando comparada com o tempo entre 5 e 10 anos ( $p=0,000$ ) e com menos que cinco anos ( $p=0,000$ ), em relação à presença de QA.

	Total	Porcentagem
Menos de 5 anos	15	10,63% *
De 5 a 10 anos	20	14,18% **
Mais de 10 anos	106	75,19%

Tabela 2. Tempo total de exposição solar

\* Quando comparado menos de 5 anos e mais de 10 anos de exposição ( $p=0,000$ )

\*\* Quando comparado de 5 a 10 anos e mais de 10 anos de exposição ( $p=0,000$ )

Quanto à cor da pele, 128 (90,78%) pessoas eram leucodermas, doze (8,51%) faiodermas e um (0,71%) melanoderma (Tabela 3). A prevalência de QA em leucodermas foi estatisticamente significativa ( $p=0,007$ ) quando comparada com não leucodermas (faiodermas e melanodermas). Em relação ao sexo, 106 (75,19%) eram do sexo masculino e 35 (24,82%) do sexo feminino (Tabela 4), esta diferença da prevalência de QA entre homens e mulheres foi estatisticamente significativa ( $p=0,000$ ).

	Total	Porcentagem
Leucoderma	128	90,78% *
Faioderma	12	8,51%
Melanoderma	1	0,71%

Tabela 3. Prevalência de QA com relação à raça

\* Estatisticamente significante quando comparado com não leucoderma

	Total	Porcentagem
Sexo masculino	106	75,18% *
Sexo feminino	35	24,82%

Tabela 4. Prevalência de QA com relação ao sexo

\*Estatisticamente significante quando comparado com sexo feminino

Do total de indivíduos com QA 35 (24,82%) eram fumantes, 21 (14,89%) eram ex-fumantes e 85 (60,29%) eram não fumantes (Tabela 5).

	Total	Porcentagem
Fumantes	35	24,82%
Ex-fumantes	21	14,89%
Não fumantes	85	60,29%

Tabela 5. Prevalência de QA em relação ao fumo

Seguindo a classificação adotada por Silva et al, para determinar o grau de severidade da QA, foram encontrados 39 (27,65%) casos de QA leve, 57 (40,43%) casos de QA moderada e 45 (31,92%) casos de QA severa (Tabela 6).

	Total	Porcentagem
Leve	38	26,95%
Moderada	57	40,43%
Severa	46	32,62%

Tabela 6. Grau de severidade das lesões de QA

Correlacionando o tempo total de exposição ao sol com a severidade da lesão, foi observado que dos quinze indivíduos com menos de cinco anos de exposição, oito (53,33%) apresentavam grau leve, três (20%) com grau moderado e quatro (26,67%) com grau severo. Enquanto que dos vinte indivíduos que tinham de 5 a 10 anos de exposição, doze (60%) apresentavam grau leve, oito (40%) com grau moderado e nenhum com grau severo. Para aqueles 106 indivíduos que tinham mais de dez anos de exposição, dezoito (16,98%) apresentavam grau leve, 46 (43,4%) com grau moderado e 42 (39,62%) com grau severo (Tabela 7). Os casos de QA moderado e severo foram observados em maior número quanto maior era a exposição do indivíduo ao sol.

Houve diferença estatisticamente significativa em relação à prevalência da severidade quando foram comparados os casos de QA leve com os casos de QA severo ( $p=0,005$ ) e casos de QA moderado com os casos de QA severo ( $p=0,026$ ) nos indivíduos que tiveram exposição ao sol de 05 a 10 anos.

Também foi observada diferença estatisticamente significativa em relação à prevalência da severidade quando foram comparados os casos de QA leve com os casos de QA severo ( $p=0,009$ ) nos indivíduos que tiveram exposição ao sol por mais de dez anos.

	Leve		Moderada		Severa		Total
Menos de 5 anos	8*	53,33%	3	20%	4	26,67%	15
5 a 10 anos	12	60%	8**	40%			20
Mais de 10 anos	18***	16,98%	46	43,4%	42	39,62%	106
Total	38		57		46		141

Tabela 7. Tempo de exposição em relação ao grau de severidade

\* Estatisticamente significativo quando comparado indivíduos com menos de 5 anos de exposição para grau leve com os demais graus de severidade

\*\* Estatisticamente significativo quando comparado indivíduos com 5 a 10 anos de exposição para grau leve com os demais graus de severidade

\*\*\* Estatisticamente significativo quando comparado indivíduos com mais de 10 anos de exposição para grau leve com os demais graus de severidade

## 6 DISCUSSÃO

QA é uma reação inflamatória do lábio considerada cancerizável, causada pela exposição aos raios solares (PENNINI, 2000). Acomete mais homens, leucodermas, e ocorre, principalmente, após os cinquenta anos. Sua ocorrência é muito maior no lábio inferior (ALLEGRA, 2000), causa descamação, ressecamento, fissuras, atrofia, ulceração, displasia, que pode evoluir para um carcinoma, principalmente o espinocelular (MARCUCCI, 1997). Embora seja uma lesão muito importante pela possibilidade de transformação maligna, é pouco conhecida e pouco estudada, com isso, a dificuldade de saber sua prevalência e sua porcentagem de malignização (MARCUCCI, 1997).

A idade média dos pacientes que apresentaram QA foi de 37,4 anos. Entretanto na literatura, encontramos como referência à 5ª década de vida (MARKOPOULOS, 2004; CORSO, 2006; ZANETTI, 2009; PONTES, 2005). Isso pode ter ocorrido porque a população pesquisada era uma população com idade máxima de 61 anos, não há pessoas mais velhas trabalhando no corte de cana-de-açúcar. Houve uma diferença no número de homens e mulheres examinados (63,55% de homens); mas, mesmo assim, a proporção homem/mulher (75% de homens) encontrada neste estudo, apresentou dados compatíveis com o trabalho de Corso et al (2006) e com o trabalho de Zanetti et al. (2009). Já outros estudos encontraram um número muito maior de homens, podendo ser por causa da natureza do trabalho, como é o caso de pescadores (Silva, 2006).

Ao contrário de algumas pesquisas (MARKOPOULOS, 2004), neste estudo foi diagnosticada QA não só em leucodermas, embora fossem a grande maioria, mas também em faiodermas e em um melanoderma. Os leucodermas representavam 43% da população pesquisada. No trabalho realizado junto aos pescadores da Ilha de Santa Catarina foi encontrada uma proporção de 92,79% de QA em leucodermas (SILVA, 2006), resultado similar ao encontrado nesta pesquisa, 90% de leucodermas. Pontes et al (2005), na sua pesquisa, encontraram QA em onze leucodermas (91,6%) e em um melanoderma e Zanetti et al (2009) encontraram QA em 73,7% de leucodermas.

Os efeitos maléficos do sol são acumulativos e, por isso, o tempo de exposição influencia na severidade das lesões de queilite actínica. Em nossa avaliação, os casos de QA moderados e severos foram observados, em sua maioria, naqueles indivíduos que tiveram uma exposição solar maior que dez anos. Esses achados estão de acordo com os estudos de Corso et al (2006) e Silva et al. (2006) que também observaram a importância do tempo de exposição para o aparecimento e severidade das lesões.

Não houve nenhum caso de QA sem a associação com exposição crônica aos raios solares. Todos os participantes que apresentaram QA relataram exposição crônica aos raios solares, enquanto que no grupo controle, foi observada ausência de QA em todos os indivíduos avaliados, mesmo entre os que já haviam trabalhado por algum tempo sob o sol.

Em relação ao uso de tabaco e a sua associação com a QA, 28,33% da população pesquisada faziam uso de algum tipo de fumo e na população que apresentou QA só 24,83% eram fumantes, proporção menor que a encontrada na população geral, então não foi possível relacionar um maior aparecimento de QA devido ao uso de tabaco. Corso et al (2006) encontraram 9,1% de fumantes entre os portadores de QA. Enquanto em algumas pesquisas foi possível encontrar até 60% dos pacientes com QA que faziam uso de algum tipo de fumo (MARKOPOULOS, 2004).

Entre os trabalhadores rurais foram encontrados 141 casos de QA, que corresponderam a 9,16% dessa população, enquanto que no grupo controle nenhum caso foi encontrado, o que vai ao encontro de um estudo de prevalência da QA realizado na Clínica de Estomatologia da PUC de Curitiba em que em 2432 prontuários de pacientes foram encontrados onze casos de QA, o que corresponde a 0,45% da população pesquisada (CORSO, 2006). Em um estudo com 118 homens com mais de quarenta anos, habitantes de uma ilha do Mediterrâneo, 4,6% deles apresentavam QA (CAMPISI, 2001). Zanetti et al (2009) encontraram a prevalência de 18,1% de QA entre a população pesquisada. Essa variação entre os trabalhos sobre a prevalência da QA, pode ser explicada pelo tamanho das amostras, pelo tipo de população avaliada e pelos critérios de classificação da QA.

A população pesquisada foi composta de trabalhadores rurais que ficavam oito horas por dia ou mais expostos ao sol, sem proteção contra os raios solares que não fosse o uso de boné. A prevalência de 9,16% de QA nesta população, índice alto se comparado à população em geral, é um fato que gera preocupação em face do potencial de malignização desta lesão. Este resultado, associado ao o aumento no número de casos de câncer de pele devido aos buracos na camada de ozônio, juntamente com o aumento no número de trabalhadores rurais nessas áreas de plantio de cana-de-açúcar pelo incremento no consumo do etanol como biocombustível -, gera uma preocupação e leva-nos à conscientização da necessidade de procurarmos meios de prevenção para este setor da sociedade

## 7 CONCLUSÃO

A prevalência de QA na população estudada foi de 9,16%, sendo mais prevalente em indivíduos do sexo masculino e leucodermas. Quanto maior o tempo de exposição solar, maior é o número de indivíduos que apresentaram QA com lesões mais severas, após dez anos de exposição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu MAMM; Silva OMP; Pimentel DRN; Hirata CHW; Weckx LLM; Alchorne MMA; Michalany NS. Queilite actínica adjacente ao carcinoma espinocelular do lábio como indicador de prognóstico. Ver. Bras. Otorrinolaringol. 2006 nov/dez 767 –771

Allegra F; Gennari PU. As doenças da mucosa bucal. Ed. Santos 1ªed. 2000.

Berking C; Herzinger T; Flaig MJ; Brenner M; Borelli M; Borelli C; Degitz K. The efficacy of photodynamic therapy in actinic cheilitis of the lower lip: a prospective study of 15 patients. Dermatologic Surgery 2007; july, 33:7: 825-830.

Biazolla ER. Diagnóstico diferencial do câncer bucal. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer Bucal. Editores Hospital Do Câncer & Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas; 1999 p. 103-105

Boraks S. Diagnóstico bucal. Artes médicas 3 edição 2001

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.

Cataldo E; Doku HC. Solar cheilitis. J Dermatol Surg Oncol 1981; 7: 989-995.

Cavalcante ASR; Anbinder AL; Carvalho YR. Actinic Cheilitis: clinical and histological features. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons 2008; 66: 498-503.

Coleman CG; Nelson JF. Princípios de diagnósticos bucal. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1996, cap. 15, p.193.

Corso FM; Wild C; Gouveia LO; Ribas MO. Queilite Actínica: prevalência na clínica estomatológica da PUCPR, Curitiba, Brasil. Clin. Pesq. Odontol., Curitiba, 2006; v.2, n.4, p. 227-281, abr./jun

Crivello Junior O. Estomatologia - Fundamentos de odontologia. Ed Guanabara . 2005

Domaneschi C; Santos SG; Navarro CM; Massucato EMS. Queilite Actínica, associação entre radiação actínica e trauma. RGO, 2003. abr/mai/jun, 51(2): 101 – 104

Dufresne RGJ; Curlin MU. Actinic Cheilitis a treatment review. Dermatol Surg 1997; 23: 15-21

Escovich L; Novelli JL. Lesiones cancerizables de la mucosa oral. Factores de riesgo. Prevenção. Diagnóstico e Tratamento do Câncer Bucal. Editores Hospital Do Câncer & Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas; 1999. p. 23-31.

Herter NT. Tratamento do pescoço em câncer de lábio. Prevenção. Diagnóstico e Tratamento do Câncer Bucal. Editores Hospital Do Câncer & Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas; 1999 p. 255-261

Kaugars GE et al. Actinic cheilitis. A review of 152 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999, 88:181-186.

Landman G. Diagnóstico anatomopatológico do câncer bucal. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer Bucal. Editores Hospital Do Câncer & Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas; 1999 p.113-117

Lundeen RC; Langlais RP; Terezhalmay GT (1985). Sunscreen protection fot lip mucosa: a review and update. J Am Dent Assoc 111: 617-621.

Manganaro AM; Will MJ; Poulos E. Actinic Cheilitis: a premalignant condiction. Oral Med. 1997; 12: 54-9.

Marcucci G. Lesões cancerizáveis da mucosa bucal. Revista Paulista de Odontologia Ano XIX – N 2 – Março / Abril – 1997: 22-27

Markopoulos A; Albanidou-Farmaki E; Kayavis I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. Oral Diseases, 2004; 10: 212 – 21610

Pennini SN; Rebello PFB; Ramos e Silva M. Queilites. Jornal Brasileiro de Medicina. 2000; 78(6):104-10.

Pires FR; Bueno RH; Alves FA; Almeida OP. Queilite Actínica: aspectos clínicos e preventivos. Revista da APCD 2001. V. 55; n.3, mai/jun: 200 –203.

Picascia DD; Robinson JK. Actinic cheilitis: A review of the etiology, defferencial diagnosis and tratment. J Am Acad Dermatol 1987; 17: 255-264.

Pontes HAR; Aguiar MCF; Mesquita RA; Pontes FSC; Silveira Junior JB. Imunoexpressão da proteína de reparo hMSH2 em queilite actínica e mucosa labial normal. Ver. Bras. De Cancerologia 2005; 5(1):23-30.

Silva FD; Daniel FI; Grando LJ; Calvo MC; Rath IBS; Fabro SML. Estudo da prevalência de alterações lábias em pescadores da ilha de Santa Catarina. Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS 2006; v.21, n.51, jan/mar.

Tommasi AF. Diagnóstico em patologia bucal. Ed Pancast, 2002

Walder F. Membrana basal em carcinomas de vias aerodigestivas superiores. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer Bucal. Editores Hospital Do Câncer & Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas; 1999 pg 125-148

Zanetti R; Florio MF; Moraes PC; Lima YBA; França FMG; Araújo VC. Prevalence of actinic cheilitis in an oral health campaign in the city of Campinas, SP. J of Applied Oral Science. 2009; 20º Academic Conference of Bauru School of Dentistry.

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Grande Rio



Duque de Caxias, 10 de julho de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO  
Prof. Ms Renato Cerqueira Zambrotti  
Para Pesquisador Ana Maria de oliveira Miranda  
Orientador: Prof. Marcio Eduardo Vieira Falabella  
Co-Orientador: Henrique Guilherme de Castro Teixeira

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIGRANRIO, após avaliação considerou aprovado o projeto protocolado sob o nº 0029.0.317.000-08, "PREVALÊNCIA DE QUELITE ACTÍNICA EM TRABALHADORES RURAIS", encontrando-se a referida pesquisa e o Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade com a Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita a V. S<sup>a</sup>., que ao término da pesquisa encaminhe a este comitê um sumário dos resultados do projeto, previsto para junho de 2009, a fim de que seja expedido o certificado de aprovação final.

Prof. Ms Renato Cerqueira Zambrotti  
Coordenador CEP/UNIGRANRIO

Márcia Ribeiro Pedra Fixe  
Secretária *Ex officio*

## ANEXO B – Ficha para a pesquisa

**DADOS PESSOAIS:**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

Cor de pele: ( ) branco

( ) pardo

( ) negro

**HÁBITOS****1- Fumo**

( ) fumo

Quanto tempo: \_\_\_\_\_

Quantos por dia: \_\_\_\_\_

Que tipo de fumo: \_\_\_\_\_

( ) ex fumante

Quanto tempo fumou: \_\_\_\_\_

Quanto tempo faz que parou: \_\_\_\_\_

Que tipo de fumo: \_\_\_\_\_

( ) não fumante

**2- Exposição solar**

( ) uso de filtro solar

Que tipo de filtro(facial, corporal): \_\_\_\_\_

Quantas vezes passa: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo usa: \_\_\_\_\_

Por indicação de quem: \_\_\_\_\_

Locais de aplicação; \_\_\_\_\_

( ) não usa

**3- Bebida alcoólica**

( ) Faz uso

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Tipo de bebida: \_\_\_\_\_

( ) não usa

( ) ex usuário

Quanto tempo parou

Que tipo de bebida: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

4- Drogas ilícitas

( ) Faz uso

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Tipo de droga: \_\_\_\_\_

( ) não usa

( ) ex usuário

Quanto tempo parou

Que tipo de droga: \_\_\_\_\_

Frequência: \_\_\_\_\_

Queilite actínica

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Aspecto: \_\_\_\_\_

Presença de ulcerações: -

\_\_\_\_\_

Palpação: \_\_\_\_\_

Tempo de exposição diária ao sol: \_\_\_\_\_

Nível de alteração:

( ) leve

( ) moderada

( ) severa

Câncer na família:

\_\_\_\_\_

Obs.:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, R.G: \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada Prevalência de queilite actínica em trabalhadores rurais desenvolvida pela Universidade do Grande Rio (Unigranrio). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é orientada por MARCIO EDUARDO VIEIRA FALABELLA, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº(32) 3215 8139

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é o levantamento epidemiológico da queilite actínica em trabalhadores rurais.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada, exame clínico, análise do meu prontuário a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seus orientadores.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável, Ana Maria de Oliveira Miranda ou seus orientadores, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Grande Rio, situado na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 / 25 de Agosto. Rio de Janeiro-RJ.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Paranacity, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)