



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM PESCADORES DO LITORAL  
PARAIBANO**

Marcus Setally Azevedo Macena

João Pessoa – PB  
2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM PESCADORES DO LITORAL  
PARAIBANO**

Marcus Setally Azevedo Macena

Dissertação apresentada como parte dos  
requisitos obrigatórios para obtenção do  
título de Mestre em Diagnóstico Bucal.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Roberta Leite  
Vieira de Figueiredo  
Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marize Raquel Diniz  
Rosa

João Pessoa – PB  
2009

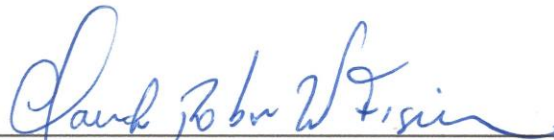
**Marcus Setally Azevedo Macena**

PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM PESCADORES DO LITORAL  
PARAIBANO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba como parte dos requisitos obrigatórios para obtenção do título de Mestre em Diagnóstico Bucal.

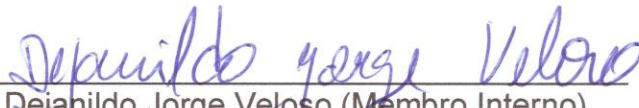
Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Cláudia Roberta Leite Vieira de Figueiredo (Orientadora)

Profº Drº Sergio Adriane Bezerra de Moura (Membro Externo)  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte



Profº Drº Dejanildo Jorge Veloso (Membro Interno)  
Universidade Federal da Paraíba

Dedico este trabalho aos meus pais, Marcus e Maria da Conceição e aos professores da graduação e pós-graduação em Odontologia da UFPB, uma vez que sem a educação oferecida por eles jamais conseguiria alcançar tal êxito profissional.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Roberta Leite Vieira de Figueiredo, por seu apóio e confiança depositada em durante o curso de pós-graduação, além de fundamental contribuição no desenvolvimento deste trabalho.

À minha co-orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marize Raquel Diniz Rosa, pela contribuição oferecida durante o desenvolvimento da pesquisa, sendo de grande valia os conhecimentos repassados.

Aos professores da banca avaliadora, pelo aceite e disponibilização para aprimoramento da pesquisa.

Aos professores da graduação e pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal da Paraíba, por terem me auxiliado no aprendizado das bases técnico-científicas, possibilitando-me esta conquista.

À Universidade Federal da Paraíba e à Faculdade de Odontologia por ter ofertado estrutura física e humana, além da formação humanitária e técnico-científica repassada pelas dependências físicas das mesmas.

À minha família que contribuiu imensamente, de várias maneiras, nos momentos difíceis pelos quais foram necessários para obtenção desta titulação.

Aos amigos que me fizeram companhia durante as fases da pesquisa , assim como nas viagens pelo litoral paraibano.

Ao CNPQ, pelo apóio financeiro.

Aos pacientes participantes da pesquisa por contribuição fundamental para a obtenção dos resultados.

## RESUMO

A queilite actínica é uma alteração inflamatória dos lábios, mais prevalente em indivíduos de cor de pele branca que se expõem de forma crônica à radiação solar. Pode apresentar graus de displasias, podendo sofrer transformação maligna para carcinoma de células escamosas em 6 a 10 % dos casos. Os pescadores, cuja atividade profissional relaciona-se com a exposição solar de modo crônico, constitui uma população alvo com maior probabilidade de desenvolver a queilite actínica. O objetivo geral deste estudo foi estudar a prevalência de queilite actínica nos indivíduos cadastrados nas colônias de pescadores do litoral paraibano. Através de um estudo descritivo, transversal, observacional com abordagem quantitativa, selecionou-se aleatoriamente uma amostra constituída por 90 pescadores com idade acima de 18 anos. Os dados do estudo foram coletados através da anamnese e exame físico dos lábios, realizados pelo responsável da pesquisa, em seguida trabalhados através da análise estatística descritiva e expostos através de gráficos. Os resultados mostram que a prevalência da queilite actínica foi de **9%**; Todas as lesões de queilite actínica foram localizadas no lábio inferior e no gênero masculino; A média aritmética da idade foi de **40,7 anos**; A maioria dos pacientes afetados **67%** apresentava cor da pele **branca**; A média aritmética de tempo de profissão foi de **22,6 anos**; Apenas **33%** afirmaram proteger seus lábios da radiação solar, sendo o chapéu de palha o método fotoprotetor mais lembrado e utilizado, respectivamente por **25%** e **23 %** dos pescadores afetados pela queilite actínica. Concluimos que a exposição constante da população de pescadores à exposição solar torna-os mais predispostos ao desenvolvimento da queilite actínica.

Palavras-Chave: Prevalência ; Queilite; Raios Ultravioleta, Exposição Ocupacional

## ABSTRACT

The actinic cheilitis is an inflammatory alteration of the lips, more prevalent in individuals of white skin color that exposure of chronic form to the solar radiation. It can presents degrees of dysplasias and can suffering malignant transformation in squamous cells carcinoma in 6 the 10% of the cases. The fisherman, whose profession activity related with the solar exposition in chronic way, constitute a aim population with bigger probability to develop the actinic cheilitis. The general objective of this study was to study the prevalence of actinic cheilitis in the individuals registered in the fisherman colonies of the paraibano coast. Through a descriptive study, transversal, observational with quantitative approaching, a sample consisting of 90 fisherman with age above of 18 years old was selected randomly. The data of the study had been collected through anamnesis and physical examination of the lips, realized by the responsible of the research, after that worked through descriptive analysis and displayed through graphs. The results show that the prevalence of the actinic cheilitis was of 9%; All the lesions of actinic cheilitis had been located in the inferior lip and the masculine gender; The arithmetic mean of the age was of 40,7 years; The majority of affected patients 67% presented white skin color; The arithmetic mean of profession time was of 22,6 years; Only 33% had affirmed to protect your lips of the sun radiation, being the straw hat the method fotoprotetor more remembered and used, respectively by 25% and 23% of the fisherman affected for the actinic cheilitis. We conclude that the constant exposition of the fisherman population to the sun exposure becomes then more predisposed to the development of the actinic cheilitis.

Key-words : Prevalence; Cheilitis; Ultraviolet Rays; Occupational Exposure

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Visão frontal de um local de coleta da Amostra (Jacumã-PB)

Figura 02 – Palestra educativo-preventiva sobre radiação solar

Figura 03 – Distribuição da amostra afetada segundo a localização da lesão

Figura 04 – Paciente A da amostra, portador de lesão de queilite actínica.

Figura 05 – Paciente B da amostra, portador de lesão de queilite actínica.

Figura 06 – Distribuição da amostra afetada segundo o gênero.

Figura 07 – Distribuição da amostra afetada segundo a faixa etária.

Figura 08 – Distribuição da amostra afetada segundo a cor da pele.

Figura 09 – Distribuição da amostra afetada segundo os turnos de trabalho

Figura 10 – Distribuição da amostra afetada segundo a carga horária semanal.

Figura 11 – Distribuição da amostra afetada segundo o tempo de profissão

Figura 12 – Distribuição da amostra afetada segundo o local de trabalho.

Figura 13 – Distribuição da amostra afetada segundo a afirmação de proteger-se da radiação solar.

Figura 14 – Distribuição da amostra afetada segundo o conhecimento e utilização de métodos fotoprotetores.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	10
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3. PROPOSIÇÃO.....	23
4. METODOLOGIA .....	24
4.1. Desenho do Estudo.....	24
4.2. Questões Éticas .....	24
4.3. População e Amostra.....	24
4.5. Coleta de Dados .....	25
4.6. Análise Estatística Descritiva .....	26
5. RESULTADOS .....	27
5.1. Participantes da Amostra.....	27
5.2. Lesões de Queilite Actínica .....	27
5.3. Gênero .....	29
5.4. Faixa Etária .....	30
5.5. Cor da Pele.....	30
5.6. Turno de Trabalho .....	31
5.7. Carga Horária Semanal.....	32
5.8. Tempo de Profissão .....	33
5.9. Local de Trabalho.....	34
5.10. Proteção da Luz Solar.....	35
6. DISCUSSÃO .....	38
7 CONCLUSÕES .....	43
REFERÊNCIAS .....	44
ANEXOS E APÊNDICES .....	47

## 1. INTRODUÇÃO

A queilite actínica (QA) é considerada uma lesão branca que acomete os lábios, que se apresentar uma displasia epitelial pode ser considerada cancerizável, havendo nítida tendência à transformação maligna para carcinoma de células escamosas (CCE) em 6 a 10 % dos casos (ALVES; GOMES; PEREIRA, 2004; NEVILLE et al., 2004; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

A QA apresenta maior prevalência em indivíduos de cor de pele branca, gênero masculino (NEVILLE et al., 2004), idade adulta, com exposição solar contínua (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007), apresentando como localização mais comum a semimucosa do lábio inferior (ALLEGRA; GENNARI, 2000; MARKOPOULOS; FARMAKI; KAYAVIS, 2004; NEVILLE et al., 2004; PIRES et al., 2001; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

O principal fator etiológico para a QA é a radiação solar (NEVILLE et al., 2004; PIRES et al., 2001; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007) principalmente a faixa do espectro solar ( 280 a 320 nanômetros) que corresponde ao feixe ultravioleta B (BAIRD, 1999; MENDONÇA; DANNI-OLIVEIRA, 2007), sendo o risco de desenvolver a referida lesão maior e diretamente proporcional ao tempo de exposição à luz do sol (ALLEGRA; GENNARI, 2000; PIRES et al., 2001; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

A população de pescadores, cujas atividades laborais se fazem à custa da freqüente exposição crônica à radiação solar constitui um grupo profissional de risco para a QA (ALLEGRA; GENNARI, 2000; CAVALCANTE; ANBINDER; CARVALHO, 2008; PIRES et al., 2001; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

Diante do contexto apresentado e considerando a importância do diagnóstico e

tratamento precoces da QA se propôs neste estudo estabelecer a prevalência da queilite actínica na comunidade de pescadores do litoral paraibano.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

A formação embriológica dos lábios se inicia ao final da seta semana de desenvolvimento intra-uterino, sendo o lábio inferior originado a partir dos processos mandibulares e o lábio superior a partir dos processos nasais medianos e processos maxilares (FERRARIS; MUNÓZ, 2006).

Anatomicamente, os lábios dividem-se em três segmentos: pele, semimucosa e mucosa. A superfície externa do lábio, a pele, é recoberta por tecido epitelial pavimentoso estratificado queratinizado a qual limita-se superiormente pelo sulco nasolabial e inferiormente pelo sulco mentolabial (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008; KIERSZENBAUM, 2008; SCHÜNKE et al., 2007).

A semimucosa é constituída por um tecido epitelial de transição que se localiza entre a pele e a mucosa. Essa região contém uma maior concentração de eladina, proteína relativamente transparente, que associada à intensa vascularização do tecido conjuntivo subjacente, torna a região mais vascularizada e de aspecto avermelhado, não possuindo o epitélio queratinizado, sendo conhecida como vermelhão dos lábios (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008; KIERSZENBAUM, 2008).

A superfície interna do lábio é constituída por uma membrana mucosa, revestida por tecido epitelial pavimentoso estratificado não queratinizado (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008; KIERSZENBAUM, 2008).

A palavra queilite significa inflamação dos lábios e o termo actínica remete à energia solar (MARKOPOULOS; FARMAKI; KAYAVIS, 1999), representando uma degeneração tecidual dos lábios (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007) principalmente da semimucosa que é, comumente, alvo de irritações, ocasionando alterações celulares

a nível molecular (CASTRO, J., 2005).

Essas alterações moleculares intracelulares podem ser chamadas de displasias, organização anormal ou uma diferenciação desordenada de células de um tecido que representa uma reação do mesmo a uma injúria. Não se pode prever como e quando um determinado estímulo irá iniciar tal processo. Havendo uma persistência do estímulo, haverá intensificação da severidade da alteração (MATTOS, 1995).

No processo displásico, ocorre uma série de modificações clínicas, morfológicas, ultra-estruturais e bioquímicas (ALLEGRA; GENNARI, 2000) as quais são universalmente aceitas como associadas ao desenvolvimento de lesões malignas (REIS-COSTA; FREITAS, 2004).

A forma resultante de displasia depende da maturidade do epitélio local, podendo ser classificadas em leve, moderada e severa, sendo esta última considerada carcinoma *in situ*, sendo o tempo médio para transformação de qualquer forma de displasia para o carcinoma *in situ* de 44 meses (MATTOS, 1995).

A QA, também denominada queilose actínica (NEVILLE et al., 2004) ou queilite solar (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007) é referenciada como a entidade patológica mais comum que afeta os lábios (MARKOPOULOS; FARMAKI; KAYAVIS, 1999).

A QA pode ser classificada clinicamente em aguda ou crônica, segundo o tempo de evolução. A aguda é caracterizada por edema e ulceração. A crônica é caracterizada por perda da elasticidade, ressecamento e perda da visualização entre as porções pele e semimucosa dos lábios. O tipo crônico é mais freqüente que o agudo (MARKOPOULOS; FARMAKI; KAYAVIS, 1999)

O termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos

sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, têm de adquirir esta moléstia. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco (BUSIC; UCHIDA; WAGNER, 2005).

Dentre os fatores de risco para a queilite actínica, o principal é a radiação ultravioleta do tipo B (BUSIC; UCHIDA; WAGNER, 2005; POGODA; MARTIN, 1996; SILVA et al., 2006), considerando-se fundamental a exposição cumulativa ou excessiva à luz solar (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007), facilmente encontrado em pessoas de ocupações ao ar livre (NEVILE et al., 2004), como agricultores, pescadores e marinheiros (CAVALCANTE; ANBINDER; CARVALHO, 2008; PIRES et al., 2001; POGODA; MARTIN, 1996; PUKKALA; SÖDERHOLM; LINDQVIST, 1994; TOMASI, 2002).

O espectro de radiação solar é constituído pela faixa de luz visível, e as não-visíveis (infravermelha e ultravioleta), sendo a ultravioleta formada por três tipos, de acordo com o comprimento de onda: Ultravioleta do tipo A, compreendida entre 400 a 320 nanômetros (nm); tipo B entre 320 a 280 nm; tipo C entre 280 a 200 nm (BAIRD, 1999).

Na atmosfera terrestre o oxigênio diatômico ( $O_2$ ) é capaz de absorção parcial da luz ultravioleta, assim como o ozônio ( $O_3$ ) (BAIRD, 1999). A ultravioleta A não chega à superfície terrestre (FILHO, 2009) sendo o tipo ultravioleta B que mais atinge a superfície terrestre (BAIRD, 1999).

Regiões de latitudes próximas à linha do equador, onde se encontra o estado da Paraíba, recebem intenso grau de insolação devido a sua localização sendo que o índice ultravioleta na cidade de João Pessoa – Paraíba é considerado extremo, no valor de 12 pontos (AYOADE, 2002; MENDONÇA; DANNI-OLIVEIRA, 2007).

As radiações causam inibição da regeneração e cicatrização do epitélio, proliferação endotelial e fibroblástica, podendo ocasionar intensa deposição de colágeno com tendência à hialinização e fibrose intersticial difusa no processo de cura (FILHO, 2009).

O efeito carcinogênico dos raios ultravioleta se dá através da formação de mutações puntiformes nas células da epiderme, os dímeros de piridina, que se não reparados pelos sistemas enzimáticos, levam a erros na transcrição, translocação ou deleção cromossômica (CASTRO, J., 2005; FILHO, 2009). Além disso, pode alterar quantitativamente e qualitativamente os genes relacionados a neoplasias como os oncogenes e genes supressores de tumor, e em alguns casos induzir à transformação maligna (FILHO, 2009).

Regezi; Sciubba e Jordan (2007) afirmam que a queilite actínica é uma lesão de maior prevalência na idade adulta, mais freqüente no sexo masculino (NEVILE et al., 2004), localizada na semimucosa do lábio inferior (ALLEGRA; GENNARI, 2000; MARKOPOULOS; FARMAKI; KAYAVIS, 2004; NEVILE et al., 2004; PIRES et al., 2001; REGEZI; SCIUBBA, JORDAN, 2007), não se associando à idade, e sim à pigmentação cutânea e à exposição crônica à luz solar (ALLEGRA; GENNARI, 2000; PIRES et al. 2001).

Os indivíduos de cor de pele branca, dos fototipos cutâneos I (pele branca que queima com facilidade, mas nunca bronzeiam) e II (pele branca que queima com facilidade, bronzeando muito pouco são mais susceptíveis à QA, no entanto, as pessoas de pele escura que não bronzeiam tão facilmente, tipos III, IV, V e VI, não estão livres de serem acometidos pela QA (ALLEGRA; GENNARI, 2000; MARKOPOULOS; FARMAKI; KAYAVIS, 2004).

Outros fatores de risco associados à QA são: pigmentação cutânea fisiológica, condições hereditárias como o albinismo e xeroderma pigmentoso (CHIDZONGA, 2005; PIRES et al. 2001), imunossupressão (GARCÍA; GONZÁLES-MOLES; BASCONES, 2005; NEVILE et al., 2004), evidenciada através das falhas do sistema imunoenzimático específico (TOMASI, 2002).

A melanina, juntamente com a vascularização e a cor do sangue nos capilares da derme são os fatores responsáveis pela cor da pele. A melanina é responsável pela pigmentação fisiológica da epiderme, regulada por fatores genéticos, ambientais e endócrinos (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008).

A melanina é um pigmento de cor marrom-escuro a negro produzida pelos melanócitos, que é encontrado na junção da derme com a epiderme ou por entre os queratinócitos (células mais comuns da epiderme) da camada basal da epiderme, ligando-se exclusivamente à camada basal por hemidesmossomos (FILHO, 2009; JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008). Os melanócitos originam-se de células da crista neural e chegam à epiderme do embrião, entre a 12ª e 14 semanas (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008).

O efeito protetor da melanina contra a radiação solar se dá pela sua localização em posição supra-DNA e a capacidade de absorção de fótons solares transformando-os em calor (FILHO, 2009), uma vez que os corpos negros absorvem grande parte da energia radiante que incidem sobre eles (AYOADE, 2002) reduzindo a quantidade de radiação solar que chega próximo ao DNA dos queratinócitos (FILHO, 2009).

O albinismo é uma doença hereditária autossômica recessiva, caracteriza pelo fato dos indivíduos afetados serem incapazes de produzir o pigmento melânico, não se

beneficiando deste importante componente fisiológico (NEVILE et al., 2004; TOMASI, 2002).

O xeroderma pigmentoso é uma doença hereditária autossômica recessiva associada à incapacidade de correção dos defeitos genéticos provocados pelas radiações ultravioletas (COSTA; PINTO; MARCUCCI, 1996), caracterizada por uma hipersensibilidade cutânea às radiações solares e ineficiência do sistema de defesa específico (PINTO et al., 1997; TOMASI, 2002). É considerada uma condição cancerizável (GARCÍA; GONZÁLES-MOLES; BASCONES, 2005).

Chidzonga (2005), em seu trabalho, encontrou lesões causadas pela radiação actínica em lábios de pacientes albinos e/ou com xeroderma pigmentoso.

O sistema imunológico específico está representado pelos genes supressores de tumor - p53 e Rb - dentre outros, estão envolvidos no controle do crescimento e diferenciação celulares, evitando a multiplicação descontrolada de células (neoplasias), atuando no ciclo celular, em fatores de crescimento ou mesmo na apoptose e em fatores responsáveis pela adesão, migração e divisão celulares (FILHO, 2009).

O diagnóstico da queilite actínica baseia-se na anamnese, exame físico extra oral e intra-oral, inspeção e palpação dos lábios dos lábios e das cadeias linfáticas ganglionares parotídea e submandibular para identificar possíveis linfonodos inflamatórios (TOMASI, 2002).

Quanto aos aspectos clínicos iniciais, a coloração pode variar do róseo normal da mucosa labial até branco, cinza ou marrom (CASTRO, J., 2005), conferindo a mucosa um aspecto pálido (TOMASI, 2002), leucoplásico (NEVILE et al., 2004), com zonas focais de hiperqueratose (HAUSCHILD et al., 2005; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007) ou mesmo de cor eritematosa (HAUSCHILD et al., 2005; TOMASI, 2002). Áreas

de hiperpigmentação melânica também podem estar presentes REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007). Os limites entre a pele e a semimucosa dos lábios podem estar mal-definidos (NEVILE et al., 2004; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

Áreas ásperas e escamosas nos locais mais ressecados, geralmente estão espessadas (NEVILE et al., 2004). Pode-se observar descamação (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007), atrofia (HAUSCHILD et al., 2005), erosão (HAUSCHILD et al., 2005; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007) e fissuração (REGEZI; SCIUBBA, JORDAN, 2007).

A atrofia da região afetada freqüentemente apresenta-se revestida por uma crosta soro-hemorrágica, que quando removida causa sangramento e sensação de ressecamento do lábio, com relatos de “descamar” a pele, que se renova em poucos dias (NEVILE et al., 2004). O contínuo movimento da língua na área facilita a superposição de candidoses (ALLEGRA; GENNARI, 2000).

Pode desenvolver-se ulceração focal crônica, (CASTRO, J., 2005; HAUSCHILD et al., 2005; NEVILE et al., 2004) principalmente nos locais de trauma crônico por uso contínuo do cigarro ou cachimbo (CASTRO, J., 2005; NEVILE et al., 2004).

Ulcerações e sangramento são sinais mais importantes de evolução da lesão, ou mesmo malignização (TOMASI, 2002). Essas ulcerações podem durar meses, e progredir para o CCE. Áreas endurecidas, espessas, persistentes por mais de duas semanas ao retirar-se os fatores etiológicos, com ulceração, devem ser submetidas à biópsia, para descartar possível em carcinoma de células escamosas (NEVILE et al., 2004; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

O CCE ou carcinoma espinocelular representa alteração maligna mais comum (95% dos casos) das células da camada espinhosa do tecido epitelial que pode

acometer a mucosa bucal intra-oral, como também a semimucosa labial (NEVILE et al., 2004; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

Clinicamente, o CCE do lábio inferior é variável, dependendo do estágio da lesão e natureza do crescimento. Inicialmente surge na semimucosa labial de um dos lados da linha média, e frequentemente se apresenta como uma úlcera crônica que não cicatriza, endurecida e irregulares ou ainda como lesões exofíticas, às vezes de natureza verrucosa (NEVILE et al., 2004;).

Métodos auxiliares de diagnóstico como a citologia esfoliativa e biópsia podem ser utilizados para o diagnóstico de QA, e diagnóstico diferencial com o CCE (TOMASI, 2002) vez que a grande maioria dos tumores malignos da boca surge sob a forma de úlceras, que não cicatrizam, devendo ser examinadas inicialmente e, após 5 dias, se não houver tendência de regressão, cicatrização espontânea ou dependente de medicação, deve-se realizar citologia esfoliativa. Acaso após 15 dias do primeiro exame clínico, se esta permanecer, a biópsia deve ser realizada (BORAKS, 1996).

A citologia esfoliativa, exame complementar importante para o diagnóstico precoce de alterações celulares iniciais presentes nas lesões cancerizáveis e malignas (SILVEIRA; CASTRO, 2000), realizado pela raspagem tecidual local, fundamenta-se na possibilidade da análise de células que descamam fisiologicamente da superfície epitelial, devido ao processo de renovação constante, uma vez que nos processos malignos, as células apresentam alterações características e reconhecíveis, sendo interpretado de com a classificação de Papanicolaou e Traut, descrita na tabela 01(TOMASI, 2002).

CLASSE	TIPO DE MATERIAL COLETADO
0	Material insuficiente ou inadequado para exame
I	Células normais
II	Células atípicas, mas sem evidências de malignidade
III	Células sugestivas, mas não conclusivas de malignidade
IV	Células fortemente sugestivas de malignidade
V	Citologia conclusiva de malignidade

A biópsia incisional, exame laboratorial considerado definitivo, consiste na remoção parcial de tecido vital das lesões. Está indicada nos casos em que as características clínicas sugerirem possibilidade de malignização, como úlcera crônica que não cicatriza em 14 dias, de bordas irregulares e/ou espessadas, com sangramento espontâneo (BORAKS, 1996; TOMASI, 2002).

Após a realização da biópsia, o espécime cirúrgico deve ser encaminhado para exame de histopatologia em recipiente contendo pelo menos o dobro do volume da peça de formol 10% (NEVILE et al., 2004).

No exame histopatológico da QA, a coloração de hematoxilina-eosina, o epitélio escamoso estratificado mostra-se geralmente atrófico e hiperkeratótico (CASTRO, J., 2005; NEVILE et al., 2004; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007). Cristas epiteliais em forma de gota podem estar presentes, se estendendo para baixo do epitélio (CASTRO, J., 2005). Graus variáveis de displasia epitelial podem ser encontrados (CASTRO, J., 2005; NEVILE et al., 2004). As células basais apresentam-se hiper cromáticas (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007). Um discreto infiltrado inflamatório crônico, subjacente ao epitélio pode ser observado (CASTRO, J., 2005; REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

No tecido conjuntivo subjacente vasos telangiectásicos podem se fazer presentes (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007). A lâmina própria encontra-se basofílica, acelular e amorfa (NEVILE et al., 2004), alteração conhecida como elastose senil (ALLEGRA; GENNARI, 2000), melhor definida como elastose solar (ALLEGRA; GENNARI, 2000; CASTRO, J., 2005; NEVILE et al., 2004).

Na elastose solar ocorre a substituição de fibras colágenas por fibras elásticas, induzidas pela luz ultravioleta (NEVILE et al., 2004). Em colorações especiais, a elastina revela fibras onduladas ou tortuosas em uma massa de aspecto amorfo, destituída de fibras colágenas (REGEZI; SCIUBBA; JORDAN, 2007).

A histoquímica quantitativa, microscopia eletrônica e de varredura, autoradiografia e imunomicroscopia são outros métodos de diagnóstico laboratoriais que podem ser utilizados os quais tem permitido alcançar sensíveis níveis de diagnósticos antes inesperados (ALLEGRA; GENNARI, 2000).

Depois de estabelecido o diagnóstico definitivo para a QA, o tratamento, preservação e utilização de medidas preventivas para o paciente são essenciais para evitar reincidência ou transformação em CCE (HAUSCHILD, 2005).

No tratamento cirúrgico, a vermelhnectomia, que é a remoção de uma fina camada do lábio, pode-se remover uma porção da mucosa labial intra-oral, suturando-a no local ou permitir a cicatrização por segunda intenção (NEVILE et al., 2004). Acredita-se que a nova semimucosa do lábio que se desenvolve, perde a tendência a sofrer a QA (TOMASI, 2002).

Tratamentos não-cirúrgicos, a ablação a laser com CO<sub>2</sub>, eletrodesecação (NEVILE et al., 2004), terapia fotodinâmica (HAUSCHILD, 2005), fluorouracil-creme a 5% também podem ser usados. Segundo Basic; Uchida; Wagner (2005), esses

métodos não-cirúrgicos são usados por não causar deformidade do lábio, sendo mais estéticos.

As medidas preventivas para a queilite actínica englobam orientação à população de risco sobre a etiologia do problema, proteção dos lábios aos elementos naturais (TOMASI, 2002), evitar exposição ao sol das nove às dezesseis horas, utilização dos fotoprotetores, bonés, chapéu de aba larga, guarda-sóis escuros, além de proteger-se à sombra, controlando assim, a exposição aos fatores etiológicos (SARAYA et al., 2004; SATORRES; GARGALLO; GAY, 2001 ; SILVA et al., 2006).

### **3. PROPOSIÇÃO**

Constitui propósito geral deste trabalho verificar a prevalência de queilite actínica nos indivíduos cadastrados nas colônias de pescadores do litoral paraibano. Especificamente, objetivamos descrever os dados dos pacientes portadores de queilite actínica, fazendo correlações referentes à localização da lesão, gênero, faixa etária, cor da pele, turno de trabalho, carga horária semanal, tempo de profissão, local de trabalho, proteção solar, conhecimento e utilização de recursos fotoprotetores. Intencionamos, ainda, promover educação e prevenção em saúde bucal na população estudada, quanto ao tema abordado.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Desenho do Estudo**

Foi realizado um estudo descritivo, transversal, observacional, com abordagem quantitativa, de dados primários coletados junto à população investigada.

### **4.2. Questões Éticas**

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado junto ao comitê de avaliação de projetos da Pós-Graduação do CCS-UFPB e, Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (ANEXO 1), na 1ª reunião extraordinária realizada em 04/03/09, sob número 007.

Os pacientes leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinaram a Autorização (APÊNDICE A), concordando em participar da pesquisa, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

### **4.3. População e Amostra**

Os indivíduos deste estudo perfizeram um total de 90 pescadores associados às Colônias de Pescadores das praias do litoral paraibano, escolhidos de modo aleatório, porém com idade acima de 18 anos.



FIGURA 01 – Visão frontal de uma praia do litoral paraibano, onde se coletou parte da amostra (Jacumã – PB).

#### 4.5. Coleta de Dados

Os dados do estudo foram coletados através da anamnese e exame físico dos lábios, realizados pelo responsável da pesquisa. Em seguida, realizou-se uma palestra educativo-preventiva sobre a radiação solar e seus efeitos danosos e distribuição gratuita de fotoprotetor solar labial fator 15.



FIGURA 02 – Palestra educativo-preventiva abordando a radiação solar e seus efeitos prejudiciais.

A anamnese constou de perguntas relacionadas a dados pessoais, sócio-demográficos, história médico-odontológica e exame físico. O exame físico dos lábios, extra e intra-oralmente, foi realizado através da inspeção e palpação dos lábios e das cadeias linfáticas ganglionares (sublinguais e submandibulares). Todos os dados foram anotados em uma ficha clínica confeccionada para esta pesquisa (APÊNDICE B).

Serão critérios clínicos para a queilite do tipo crônico, a coloração variando do róseo normal da mucosa labial até branco, cinza ou marrom, observando um aspecto pálido, leucoplásico, com zonas focais de hiperqueratose ou mesmo de cor eritematosa. Áreas de hiperpigmentação melânica também podem estar presentes. Os limites entre a pele e a semimucosa dos lábios podem estar mal-definidos. Áreas ásperas e escamosas nos locais mais ressecados, geralmente estão espessadas. Pode-se observar descamação, atrofia, erosão e fissuração. A área atrófica freqüentemente apresenta-se revestida por uma crosta soro-hemorrágica, que quando removida causa sangramento e sensação de ressecamento do lábio (NEVILE et al., 2004; REGEZI, SCIUBBA; JORDAN, 2007; TOMASI, 2002).

#### **4.6. Análise Estatística Descritiva**

Os dados coletados foram trabalhados através da análise estatística descritiva e expostos através de gráficos.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1. Participantes da Amostra**

O número total de participantes foi de (n = 90), sendo afetados pela queilite actínica (n = 9) 10%.

### **5.2. Lesões de Queilite Actínica**

Todas as lesões de queilite actínica foram localizadas no lábio inferior. As características clínicas encontradas nas lesões corresponderam àquelas descritas como mucosa labial de coloração róseo normal a esbranquiçado-acinzentado, de aspecto pálido, com regiões focais de hiperkeratose, entremeadas por pontos hiperpigmentados. Também consideramos como alterações associadas à queilite actínica a presença de áreas ásperas e escamosas nos locais mais ressecados e a perda da nitidez dos limites entre a pele e a semimucosa dos lábios (FIGURA 03, 04 E 05).

Nenhum pescador apresentou lesão clinicamente sugestiva de carcinoma de células escamosas ou de carcinoma de células basais.

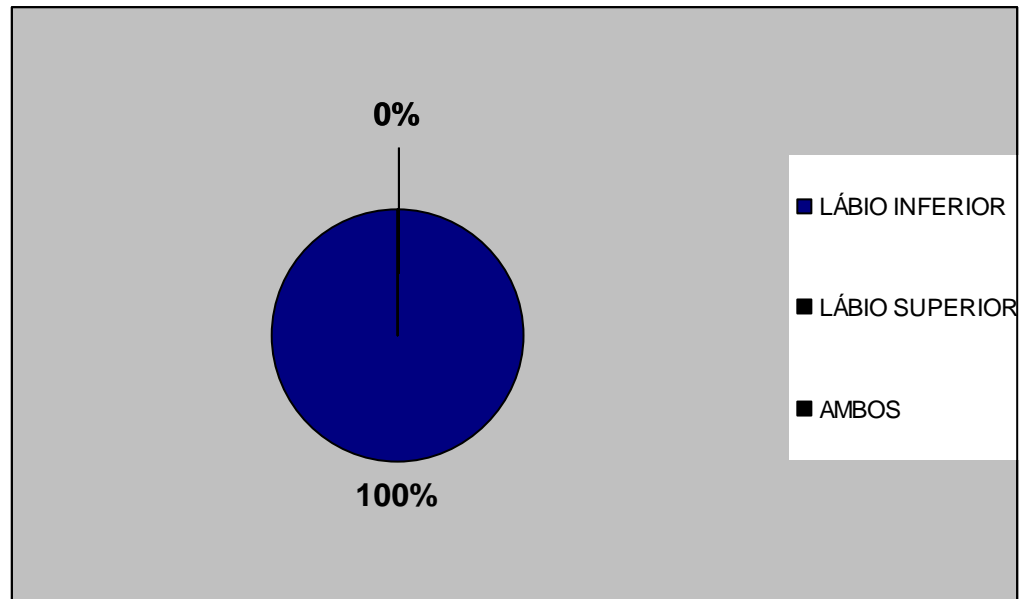


FIGURA 03 – Distribuição da amostra afetada segundo a localização da lesão.



FIGURA 04 – Paciente A da amostra, portador de lesão de queilite actínica.



FIGURA 05 – Paciente B da amostra, portador de lesão de queilite actínica.

### 5.3. Gênero

A amostra da pesquisa constituiu-se por um total de (n = 80) 89% de **homens** e (n=10) 11% de **mulheres**. Quanto aos afetados, o **gênero masculino** representou (n = 9) 100%, conforme a FIGURA 06.

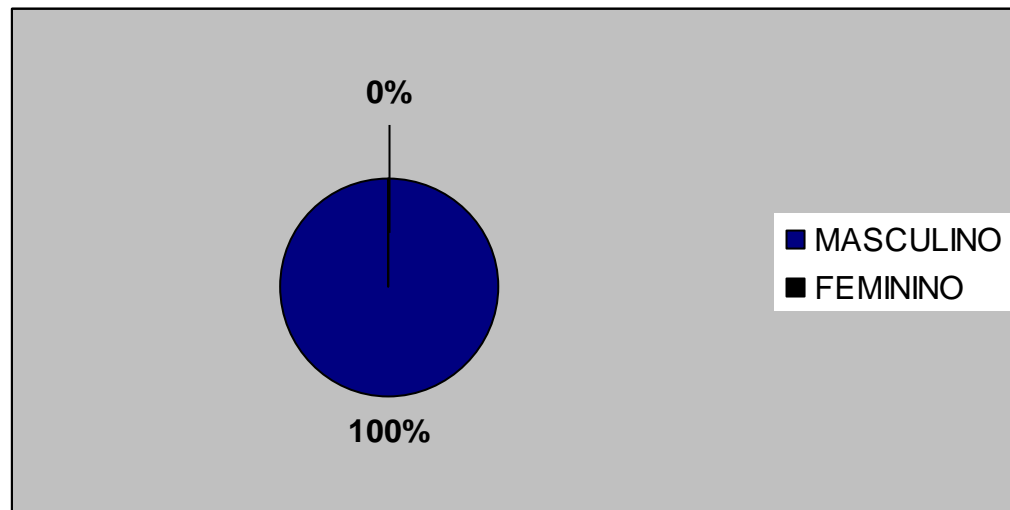


FIGURA 06 – Distribuição da amostra afetada segundo o gênero.

#### 5.4. Faixa Etária

A **faixa etária** pesquisada compreendeu-se entre **18 e 66 anos**, sendo os valores de **40 a 49 anos** os mais prevalentes ( $n = 33$ ) 37%. No que concerne aos afetados, verificou-se que a **idade mínima e máxima** foi de **35 e 59 anos**, respectivamente, sendo a **média aritmética** de **40,7 anos**. O intervalo de **30 a 39 anos** o mais prevalente, representado por ( $n = 4$ ) 45% dos indivíduos (FIGURA 07).

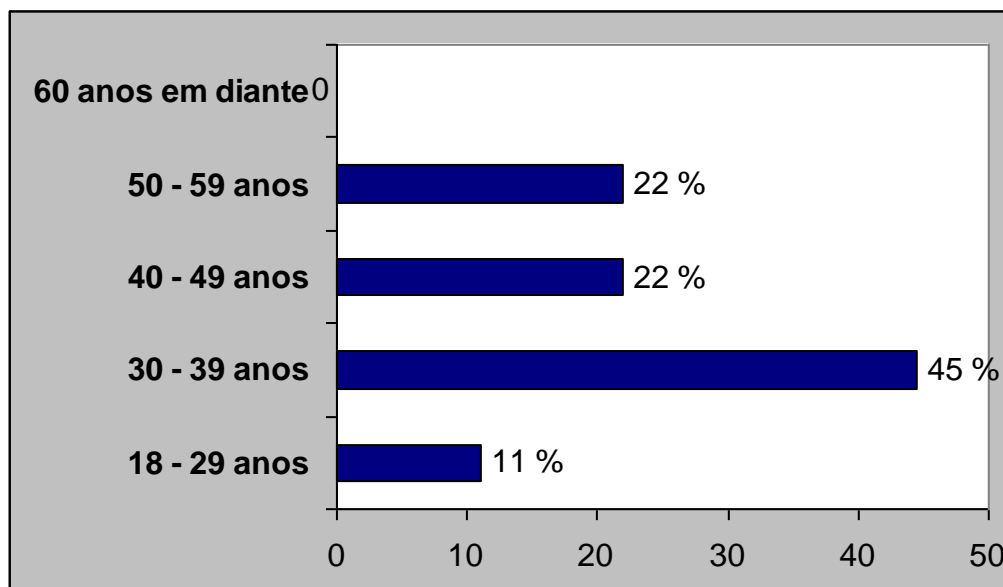


FIGURA 07 – Distribuição da amostra afetada segundo a faixa etária.

#### 5.5. Cor da Pele

A cor da pele **não-branca** ( $n = 67$ ) 75% e **branca** ( $n = 23$ ) 25%, foram obtidas dos pescadores da amostra. Na FIGURA 08, observa-se que a maioria dos pacientes afetados ( $n = 6$ ) 67% apresentavam cor da pele **branca**.

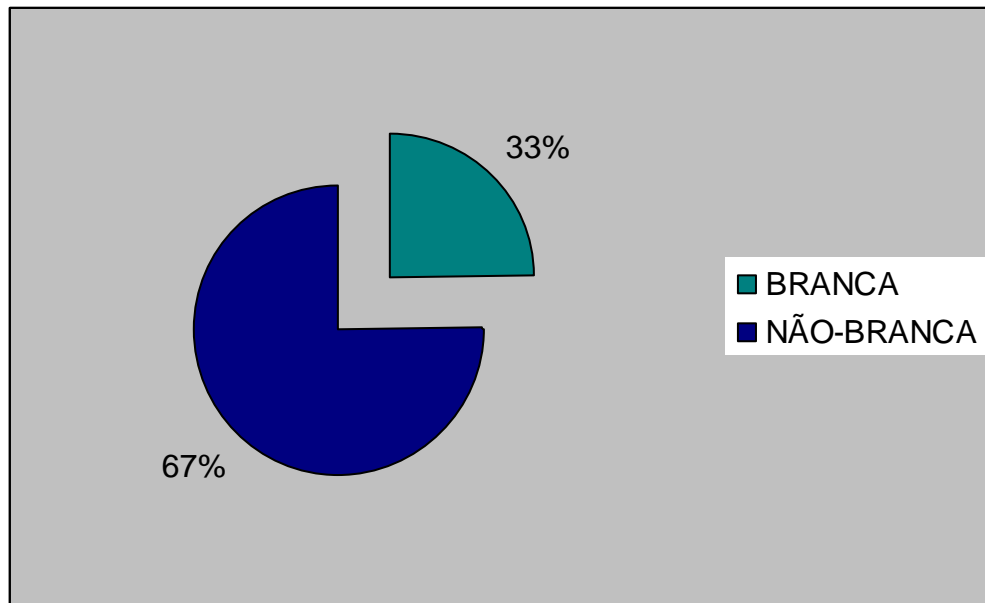


FIGURA 08 – Distribuição da amostra afetada segundo a cor da pele.

### 5.6. Turno de Trabalho

Os turnos de trabalho pesquisados foram **manhã** (n = 3) 3%, **tarde** (n = 1) 1%, **noite** (n = 2) 2%, **manhã e tarde** (n = 42) 47%, **tarde e noite** (n = 2) 2%, **manhã, tarde e noite** (n = 40) 44%. O turno de trabalho mais prevalente entre os pescadores portadores de queilite actínica foi **manhã, tarde e noite** (n = 5) 56%, seguido de **manhã e tarde** (n = 4) 44%, conforme a FIGURA 09.

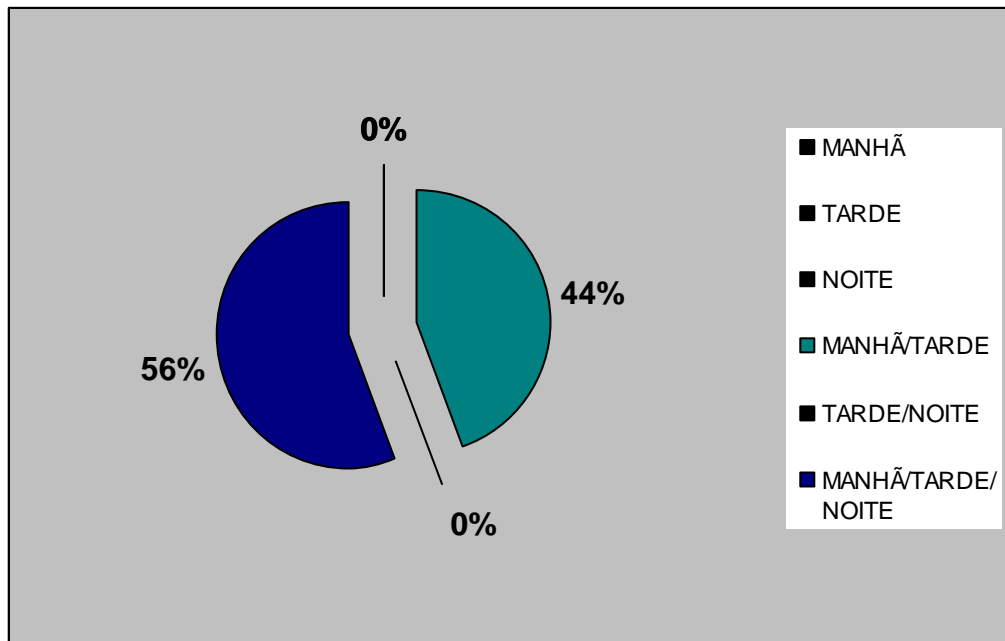


FIGURA 09 – Distribuição da amostra afetada segundo os turnos de trabalho.

### 5.7. Carga Horária Semanal

Quanto à **quantidade de horas trabalhadas por semana, valor mínimo de 10 horas e máximo de 96 horas**, onde o intervalo de **21 a 30 horas** foi o mais encontrado (n = 21) 23%. A carga horária semanal de trabalho dos pacientes afetados **mínima** foi de **25** e **máxima** de **90**, a **moda 30** e a **média aritmética de 50,3 horas** sendo os valores compreendidos entre **21 a 30 horas** (n = 3) 34% o mais encontrado (FIGURA 10).

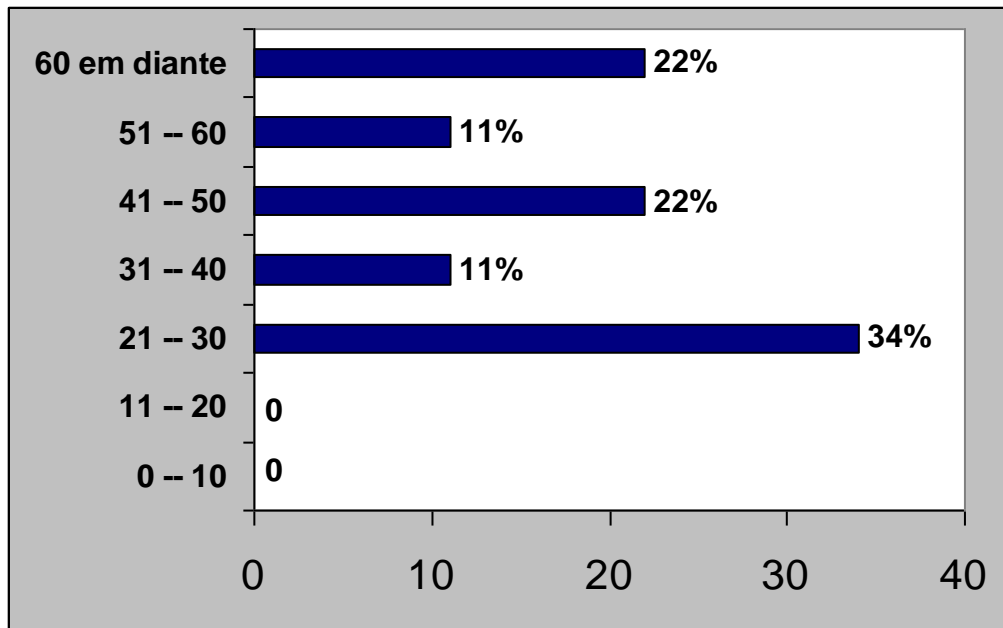


FIGURA 10 – Distribuição da amostra afetada segundo a carga horária semanal.

### 5.8. Tempo de Profissão

O **tempo de profissão mínimo** relatado pelos pescadores foi de **1 ano** e o **máximo** de **45 anos**, sendo o período entre **0 a 10 anos** o mais encontrado ( $n = 30$ ) 34%. Referente aos afetados, o período **mínimo** foi de **9 anos** e o **máximo** de **40 anos**; a **moda** obtida foi de **20 anos**; a **média aritmética** foi de **22,6 anos** de profissão. O intervalo de **11 – 20 anos** representou ( $n = 4$ ) 45%, de acordo com a FIGURA 11.

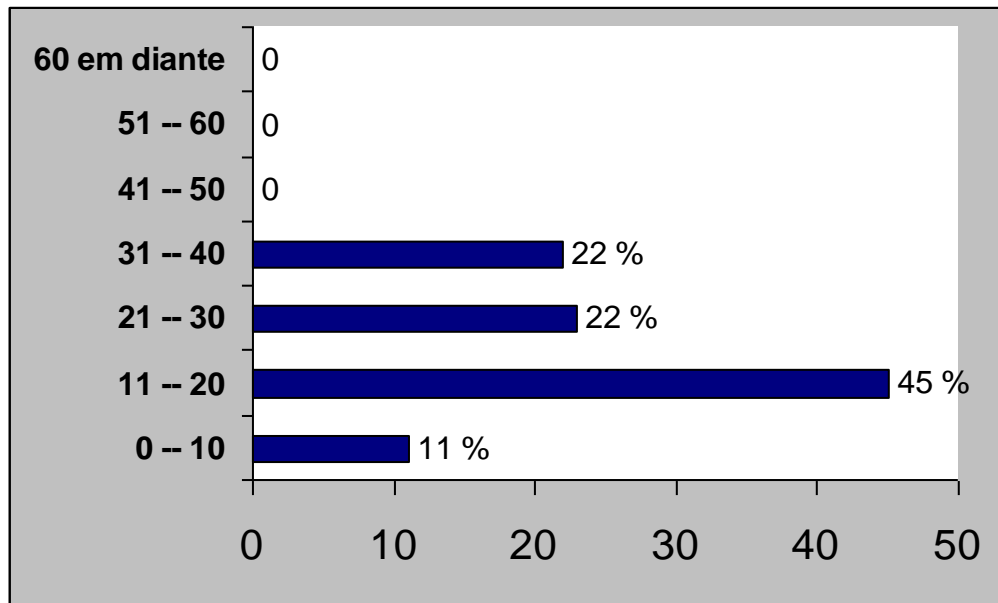


FIGURA 11 – Distribuição da amostra afetada segundo o tempo de profissão.

### 5.9. Local de Trabalho

O local de trabalho **mar** representou-se o mais comum ( $n = 81$ ) 90%, seguido do **mar e mangue** ( $n = 8$ ) 9% e **mar e rio** ( $n = 1$ ) 1%. Quanto aos pacientes afetados pela queilite actínica, o **mar** foi o mar prevalente, seguido do **mar e mangue**, com valores de ( $n = 8$ ) 89% e ( $n = 1$ ) 11%, respectivamente (FIGURA 12).

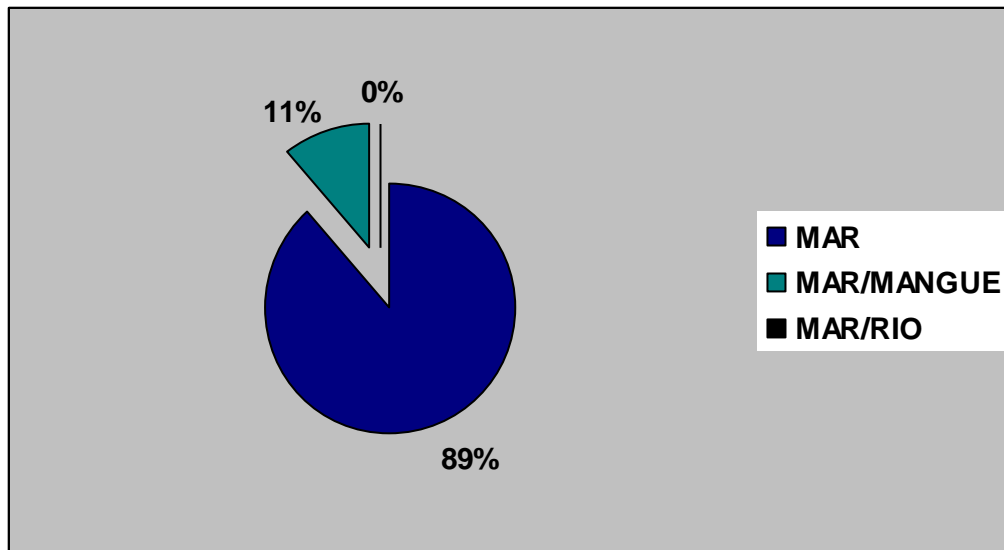


FIGURA 12 – Distribuição da amostra afetada segundo o local de trabalho.

#### 5.10. Proteção da Luz Solar

O total de (n = 52) 58 % **afirmou se proteger** do sol de alguma maneira, (n = 38) 42% **não**. Na amostra afetada, a maioria (n = 6) 67% **afirmou não proteger** os lábios da radiação solar, conforme a FIGURA 13.

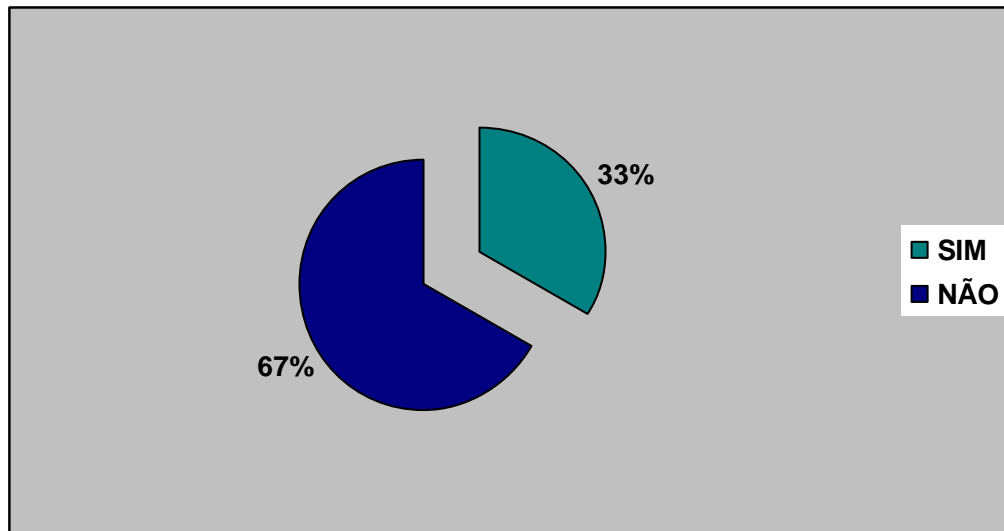


FIGURA 13 – Distribuição da amostra afetada segundo a afirmação de proteger-se da radiação solar.

Quando se perguntou sobre o conhecimento de métodos fotoprotetores dos lábios, assim como a utilização dos mesmos, o valor de (n = 20) 22% afirmou **conhecer o chapéu** como método eficaz, sendo **utilizado** por (n = 20) 22% dos participantes. Os pescadores portadores de queilite actínica estão descritos na FIGURA 14, na qual (n = 5) 56% **afirmaram não conhecer nenhuma forma protetora** e ainda (n = 3) 43% **não utilizar nenhum método fotoprotetor** para a radiação solar.

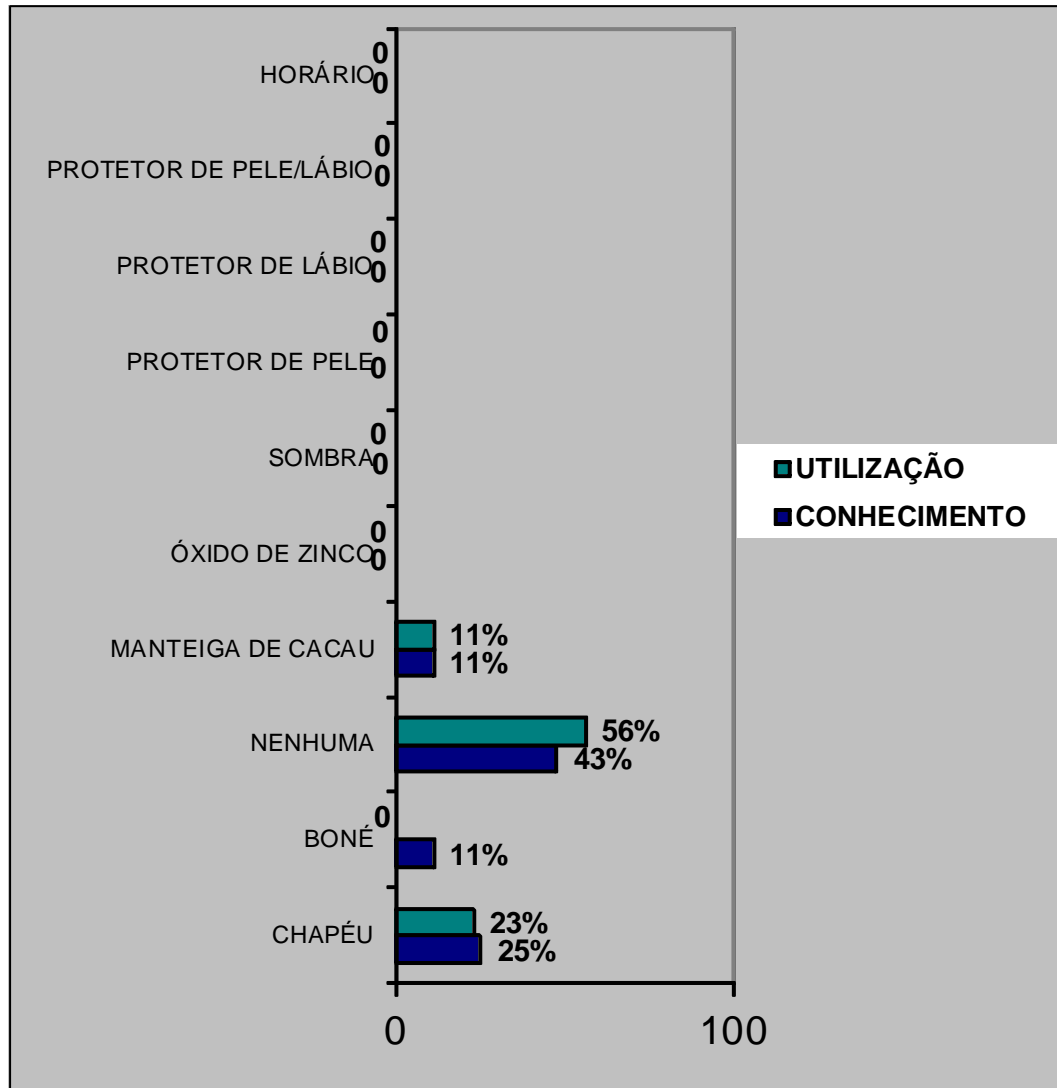


FIGURA 14 – Distribuição da amostra afetada segundo o conhecimento e utilização de métodos fotoprotetores.

## 6. DISCUSSÃO

A queilite actínica (QA) é considerada uma lesão branca, cancerizável, que pode acometer os lábios, podendo representar uma displasia epitelial com nítida tendência à transformação maligna para carcinoma de células escamosas (CCE) (REGEZI; SCIUBBA, JORDAN, 2007; ALVES; GOMES; PEREIRA, 2004; NEVILLE et al., 2004).

Dentre os fatores de risco para a queilite actínica, o principal é a radiação ultravioleta do tipo B, (BUSIC; UCHIDA; WAGNER, 2005; POGODA; MARTIN, 1996; SILVA et al., 2006), considerando a exposição cumulativa ou excessiva à luz solar (REGEZI; SCIUBBA, 1991). Este fator de risco, raios solares, é aumentado em pessoas de ocupações ao ar livre (NEVILLE et al., 2004), como agricultores, marinheiros e pescadores (PIRES et al., 2001; POGODA; MARTIN, 1996; PUKKALA; SÖDERHOLM; LINDQVIST, 1994; TOMASI, 2002).

O propósito geral deste trabalho foi estudar a prevalência de queilite actínica nos indivíduos cadastrados nas colônias de pescadores do litoral paraibano. Adicionalmente, objetivamos descrever os dados dos pacientes portadores de queilite actínica, fazendo correlações referentes à localização da lesão, gênero, faixa etária, cor da pele, turno de trabalho, carga horária semanal, tempo de profissão, local de trabalho, proteção solar, conhecimento e utilização de recursos fotoprotetores.

Nossos resultados mostraram que a prevalência da queilite actínica na população estudada foi de 10%, sendo inferior àquela encontrada por Silva et al. (2006) em seu estudo realizado com pescadores no estado de Santa Catarina onde foi encontrada a prevalência de 43% e inferior à encontrada por Alves, Gomes e Pereira (2004), que encontrou a prevalência de 26,3% numa amostra de lesões cancerizáveis

da cavidade bucal, diagnosticadas no período entre 1998 a 2002, na população da cidade de Campina Grande – Paraíba. Tal diferença pode, em parte, ser explicada pelo fato de que a grande maioria dos pescadores da amostra de Silva et al. (2006) (92,79 %) apresentavam cor da pele branca, sendo que apenas 25% da amostra deste trabalho apresentou esta cor da pele. Além disso, o trabalho de Alves, Gomes e Pereira (2004) já utilizava como amostra pacientes que apresentavam alguma lesão cancerizável, o que aumenta a possibilidade de incidência da queilite actínica, diferindo do presente estudo, no qual a amostra era aleatória (população de pescadores sem diagnóstico prévio de qualquer alteração bucal).

A queilite actínica se desenvolve lentamente, muitas vezes os pacientes não percebem de que se trata de uma alteração. As mudanças clínicas iniciais incluem atrofia da borda do vermelhão dos lábios, caracterizada por uma superfície lisa e pálida com erupções (NEVILE et al., 2004).

Quanto aos aspectos clínicos iniciais, a coloração pode variar do róseo normal da mucosa labial até branco, cinza ou marrom (CASTRO, J., 2005), conferindo à mucosa um aspecto pálido (TOMASI, 2002), ou leucoplásico (NEVILE et al., 2004), com zonas focais de hiperqueratose (HAUSCHILD et al., 2005; REGEZI; SCIUBBA, 1991) ou mesmo de cor eritematosa (HAUSCHILD et al., 2005; TOMASI, 2002). Áreas de hiperpigmentação melânica também podem estar presentes (REGEZI; SCIUBBA, 1991). Os limites entre a pele e a semimucosa dos lábios podem estar mal-definidos (NEVILE et al., 2004; REGEZI; SCIUBBA, 1991).

Áreas ásperas e escamosas nos locais mais ressecados, geralmente estão espessadas (NEVILE et al., 2004). Pode-se observar descamação (REGEZI; SCIUBBA,

1991), atrofia (HAUSCHILD et al., 2005), erosão (HAUSCHILD et al., 2005; REGEZI; SCIUBBA, 1991) e fissuração (REGEZI; SCIUBBA, 1991; TOMASI, 2002).

Em nosso estudo, todos os critérios acima descritos foram utilizados para o diagnóstico clínico da queilite actínica, sendo que 100% dos pacientes diagnosticados apresentaram todas as características supra-relatadas.

Nesta pesquisa, o lábio inferior foi acometido em 100 % dos casos, corroborando com os resultados de Kaugars et al. (1999), no qual 96,6% dos casos de queilite actínica diagnosticados foram no lábio inferior. Markopoulos; Farmaki; Kayavis (2004) e Silva et al. (2006) encontraram também um acometimento de 100% dos casos de queilite actínica localizados no lábio inferior. É fato plenamente aceito de que a posição do lábio inferior torna-o mais exposto à agressão provocada pelo sol.

Na nossa pesquisa, observou-se que 100% daqueles indivíduos que foram diagnosticados clinicamente como portadores da queilite actínica, eram do gênero masculino, semelhante a Kaugars et al. (1999) em seu estudo, onde este autor demonstrou que 81% dos portadores de queilite actínica eram do gênero masculino. A explicação para esta prevalência reside no fato de que a profissão de pescador teve predominância do sexo masculino na amostra estudada (89%). Outras razões podem estar associadas ao fato de que as mulheres pescadoras utilizam mais recursos de proteção solar, como chapéus e batons fotoprotetores, além do fato de que as mulheres pescadoras trabalham comumente com a catação de mariscos, realizando-a com a cabeça direcionada para o solo e aos manguezais, cujo tempo de trabalho é reduzido se comparado com as atividades em alto mar realizadas pelos homens.

O maior número de casos de queilite actínica deste estudo ocorreu na faixa etária de 30 a 39 anos (45%), com média de idade de 40,7 anos. Estes resultados

foram distintos, se comparados aos de Markopoulos; Farmaki; Kayavis (2004) e Silva et al. (2006), onde as médias de idade foram 48 anos e 61 anos, respectivamente. Allegra; Gennari (2003) afirma ser a idade adulta acima de 45 anos a de maior incidência da queilite actínica, valor um pouco acima da média de idade encontrada nesta pesquisa. Uma possível explicação para essa prevalência da QA numa faixa etária mais precoce seria o alto índice ultravioleta na cidade de João Pessoa – Paraíba e sua região litorânea, o qual é considerado extremo, no valor de 12 pontos.

Quanto à cor da pele, foi observado que 67% dos pacientes afetados tinham a cor branca, valores bem inferiores aos de Silva et al. (2006) e Kaugars et al. (1999) onde encontrou-se valores de 92% e 99%, respectivamente. Allegra; Gennari (2000); Neville et al. (2004) e Pires et al. (2001) afirmam que os indivíduos de cor da pele branca apresentam maior propensão a ter lábios e pele menos protegidos pelos raios ultravioleta, visto que a produção de melanina é menor nesses indivíduos.

Quanto à carga horária semanal de exposição ao sol, observou-se, nesse estudo, que a média foi de 50,3 horas. Dados encontrados por Silva et al. (2006) mostram que 59 horas por semana era o tempo trabalhado pelos pescadores

Quanto ao tempo de profissão pesqueira, foi observado neste estudo que 45 % dos pescadores afetados trabalhavam entre 11 a 20 anos, com tempo médio acumulado de 22,6 anos, resultados próximos à Silva et al. (2006) que obteve o tempo médio acumulado de exposição ao Sol de 27,45 anos.

Quanto à proteção labial da luz solar, 33% dos portadores da queilite actínica afirmaram proteger seus lábios da radiação solar. O método fotoprotetor mais lembrado foi o chapéu com percentual de 25%, sendo que apenas 23 % faziam uso deste método fotoprotetor.

Quando comparamos nossos resultados com os dados relatados por Silva et al. (2006), verificamos achados semelhantes, visto que os indivíduos estudados pelo autor utilizavam alguma forma de proteção labial (55,8%), sendo que 21% destes utilizava o chapéu como método fotoprotetor.

Tal fato pode ser justificado pela razão da nossa pesquisa ter se desenvolvido no Nordeste do Brasil, onde a cultura de utilização de chapéu de palha é comum, além do baixo custo e acessibilidade desse adereço.

## 7 CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos na amostra estudada pode-se concluir que e, amparados na literatura pertinente, foi possível concluir que os pacientes diagnosticados clinicamente como portadores da queilite actínica :

- a) Apresentavam a lesão no lábio inferior;
- b) Pertenciam, em sua totalidade, ao gênero masculino;
- c) Situavam-se principalmente na faixa etária de 30 a 39 anos;
- d) Em sua maioria, apresentavam a cor da pele branca;
- e) Trabalhavam, principalmente, no turno da manhã, tarde e noite;
- f) Trabalhavam com uma carga horária semanal de 50,3 horas;
- g) O tempo médio de profissão foi de 22,6 anos;
- h) O local de trabalho mais comum era o mar;
- i) Menos da metade utilizavam fotoprotetores;
- j) Entre os fotoprotetores, o chapéu de palha foi o mais utilizado.

Outrossim, nossos resultados sugerem que a exposição constante da população de pescadores à exposição solar torna-os mais predispostos ao desenvolvimento da QA.

## REFERÊNCIAS

ALLEGRA, F.; GENNARI, P.U. **As doenças da mucosa bucal**. São Paulo: Santos, 2000.

ALVES, P.M.; GOMES, D.Q.C.; PEREIRA, J.V. Prevalência das lesões cancerizáveis na cavidade oral no município de Campina Grande – Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v.8, n.3, p.247-254, dez. 2004.

AYOADE, J.O. **Introdução à climatologia para os trópicos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BAIRD, C. **Química Ambiental**. São Paulo: Bookman, 1999.

BORAKS, S. **Diagnóstico bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.)

BUSICK, T.L.; UCHIDA, T.; WAGNER, R.F. Preventing ultraviolet light lip injury: beachgoer awareness about lip cancer risk factors and lip protection behavior. **Dermatologic Surgery**, New York, v.31, n.2, p.173-176, feb. 2005.

CASTRO, J.F.L. **Oncologia oral**. Recife: Universitária, 2005.

CAVALCANTE, A.S.R.; ANBINDER, A.L.; CARVALHO, Y.R. **Actinic Cheilitis: Clinical and Histological Features**. *Journal Oral Maxillofacial Surgery*. 66: 498 – 503, 2008.

CHIDZONGA, M.M. Lip cancer in Zimbabwe. **International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. [S.l.], v.34, n.2, p.149-151, mar. 2005.

COSTA, L.J.; PINTO, R.H.R.; MARCUCCI, G. Xeroderma pigmentoso: aspectos gerais e apresentação de um caso clínico. **Revista da Pós Graduação**, São Paulo, v.3, n.2, p.122-126, abr./jun.1996.

FERRARIS, M.E.G.; MUNÕZ, A.C. **Histologia e Embriologia Bucodental**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FILHO, G.B. **Bogliolo – Patologia Geral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GARCÍA, G.V.; GONZÁLEZ-MOLES, M.A.; BASCONES, M.A. Bases moleculares del câncer oral. Revisión bibliográfica. **Avances em Odontoestomatologia**. Madrid, v.21, n.06, p.287-295, nov. /dic. 2005.

HAUSCHILD, A. et al. Treatment of actinic cheilitis using photodynamic therapy with methylaminolevulinate: report of three cases. **Dermatologic Surgery**. New York, v.31, n.10, p.1344-1348, oct. 2005.

JUNQUEIRA, L.C.; CARNEIRO, J. **Histologia Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KAUGARS, G.E. et al. Actinic cheilitis: A review of 152 cases. **Oral Surgery Oral Medicine Oral Patology Oral Radiology and Endodontology**. St. Louis. v.88, n.02, p.181-186, aug. 1999.

KIERSZENBAUM, A.L. **Histologia e Biologia Celular**. Rio de janeiro: Elsevier, 2008.

MARKOPOULOS, A.; FARMAKI, A.I.; KAYAVIS, I. Actinic cheilitis: clinical and pathologic characteristics in 65 cases. **Oral Disease**, [S.I.], v.10, n.4, p.212-216, july. 2004.

MATTOS, M.C.F.I. **Patologia: processos gerais**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1995.

MENDONÇA, F.; DANNI-OLIVEIRA, I. **Climatologia – noções básicas e climas do Brasil**. São Paulo: Oficina de Textos, 2007.

NEVILE, B.W. et al. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

PINTO, L.P. et al. **Patologia básica: sinopse**. Natal: EDUFRN, 1997.

PIRES, F.R. et al. Queilite Actínia: aspectos clínicos e preventivos. **Revista da associação paulista de cirurgiões-dentistas**, São Paulo, v.55, n.3, p.200-203, maio/jun. 2001.

POGODA, J.M.; PRESTON-MARTIN, S. Solar radiation, lip protection and lip cancer risk in Los Angeles country woman (Califórnia, United States). **Cancer causes and control**. Oxford, v.7, n.4, p.458-463, july. 1996.

PUKKALA, E.; SÖDERHOLM, A.L.; LINDQVIST, C. Cancers of the lip and oropharynx in different social and occupational groups in Finland. **European Journal of Cancer. part b: oral oncology**. v.30, n.3, p.209-215, may. 1994.

REIS-COSTA, A.; FREITAS, R.A. Expressão da proteína p53 em epitélio oral normal, hiperplásico e displásico. **Revista da associação brasileira de odontologia**, São Paulo, ano11, n.3, p.183-186, jun./jul. 2004.

REGEZI, A.J.; SCIUBBA, J.J. JORDAN, R.C.K. **Oral Pathology – Clinical pathologic correlations**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007

SCHÜNKE et al., **PROMETHEUS - Atlas de Anatomia: Cabeça e Neuroanatomia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SATORRES, N.M.; GARGALLO, A.J.; GAY, E.C. **Surgical management of actinic cheilitis**. Medicina oral, [S.l.], v.6, n.3, p.205-217, may./july. 2001.

SARAIYA, M. et al. **Interventions to Prevent Skin Cancer by Reducing Exposure to Ultraviolet Radiation - A Systematic Review**. American Journal of Preventive Medicine, 27(5): 422 – 466, 2004.

SILVA, F.D. et al. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da ilha de Santa Catarina. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v.21, n.51, p.37-42, jan./mar. 2006.

SILVEIRA, F.M.M.; CASTRO, J.F.L. Avaliação citológica da mucosa bucal em pacientes etilistas crônicos. **Revista da faculdade de odontologia de Pernambuco**. Recife, v.10, n.1, p.53-57, jan./dez. 2000.

## **ANEXOS E APÊNDICES**

**APÊNDICE A** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**APÊNDICE B** – Ficha Clínica



## APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

Título do Projeto: "*Prevalência de queilite actínica, carcinoma de células escamosas e carcinoma de células basais (labiais) em pescadores*".

Pesquisador Responsável: Marcus Setally Azevedo Macena

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Sou cirurgião-dentista, pesquisador e estou realizando um estudo intitulado de "*Prevalência de queilite actínica, carcinoma de células escamosas e carcinoma de células basais (labiais) em pescadores*", com o objetivo de verificar a prevalência de algumas lesões que podem ocorrer no lábio e na cavidade bucal, especialmente em pescadores. Esta pesquisa contribuirá com a educação da população de pescadores quanto aos fatores de risco das lesões citadas, através da prevenção e busca de tratamento adequado, além da obtenção de dados científicos. Nesse estudo serão examinados os pescadores que concordarem em participar da pesquisa. O exame será realizado por meio de entrevista, exame dos lábios e se necessário, citologia esfoliativa (que se faz através da raspagem de uma área do lábio) e/ou biópsia (através da remoção de uma porção da lesão labial) com toda a técnica, segurança e higiene de acordo com as normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério Brasileiro da Saúde. Informo que essa pesquisa não oferecerá riscos previsíveis para a sua saúde. Esclareço que será garantido o sigilo da identificação dos participantes. A sua participação é voluntária e não será prejudicado de forma alguma caso não possa/queira continuar a participar do estudo, sendo garantido o direito de desistir da pesquisa a qualquer tempo.

**Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador-responsável:**

- Marcus Setally Azevedo Macena: Telefones: 32245873 e 88885616. Endereço: Rua Custódio Domingo dos Santos, nº 301, Cep: 58033-370. Jardim Luna, João Pessoa, PB. Email: [marcusdireito@yahoo.com.br](mailto:marcusdireito@yahoo.com.br)

**AUTORIZAÇÃO**

Após ter sido informado(a) sobre a finalidade da pesquisa, concordo em participar do estudo e autorizo a realização dos exames necessários:

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura da testemunha, em caso de analfabetos

---

Assinatura do pesquisador responsável

Polegar  
direito

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009



**APÊNDICE B**

FICHA CLÍNICA nº \_\_\_\_\_

ANAMNESE**(DADOS PESSOAIS)**

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

Idade: \_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_ Cor da pele: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**(DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS)**

Turno de Trabalho: \_\_\_\_\_ Horas de trabalho por semana: \_\_\_\_\_

Tempo de Profissão(anos): \_\_\_\_\_ Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Possui outra(s) profissão(ões)?/Qual(is): \_\_\_\_\_

Nível de Escolaridade: \_\_\_\_\_ Número de familiares: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_ Renda Média Familiar (mensal): \_\_\_\_\_

Você é fumante? \_\_\_\_\_ Qual(is) modo(s) de fumar: \_\_\_\_\_

Têm hábito por um local específico?\_\_ Qual((is): \_\_\_\_\_

Há quanto tempo fuma?(anos) \_\_\_\_\_ Você consome bebidas alcoólicas? \_\_\_\_\_

Você protege seus lábios da luz do Sol?\_\_ Qual(is) método(s) de proteção você já conhece: \_\_\_\_\_

Qual(is) costuma utilizar : \_\_\_\_\_

**(HISTÓRIA MÉDICO-ODONTOLÓGICA)**

Você possui alguma doença? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Está tomando algum medicamento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA)**

Exame Físico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exames Complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico (s) Diferencial (s): \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Examinador:** \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_