



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Popim, Regina Célia; Corrente, José Eduardo; Geromel Marino, Jaqueline Aparecida; Arantes de
Souza, Carolina

Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de
Botucatu

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 13, núm. 4, julho-agosto, 2008, pp. 1331-1336

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013430>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Câncer de pele: uso de medidas preventivas e perfil demográfico de um grupo de risco na cidade de Botucatu *

Skin cancer: use of preventive measures and demographic profile of a risk group in the city of Botucatu

Regina Célia Popim ¹

José Eduardo Corrente ²

Jaqueline Aparecida Geromel Marino ³

Carolina Arantes de Souza ⁴

Abstract *The aim of this paper was to establish the demographic profile of an at-risk group for skin cancer and to assess the preventive measures taken by the studied individuals and by the employer. The methods chosen was a quantitative study with a sample of 33 mail carriers from the Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos in Botucatu, Brazil. Information regarding the demographic profile, how long the individual had been working for the company, hours of sun exposure, history of sunburns, family cancer history and skin cancer prevention strategies used by the company was collected by means of a questionnaire. The data were analyzed using Fisher's Exact Test at a 5% probability. The predominant age groups were 26-30 and 31-35 years corresponding to 42,42%. The predominant skin color was white (93,94%) and 81,82% of the studied individuals were working in the company for over five years. 63,63% of the interviewees use sunscreen habitually; those who do not explain this with a lack of habit (in 75% of the cases). As refers to supply of protective equipment by the company, 100% of the subjects answered positively. These findings allow characterizing the studied population as a skin cancer risk group. Prophylactic measures in form of educational actions for awareness building should be adopted and stimulated.*
Key words *Skin cancer; Prevention; Risk group; Demographic profile*

Resumo *Buscou-se junto a um grupo de risco para o câncer de pele seu o perfil demográfico e analisou-se o uso de medidas preventivas utilizadas pelos mesmos e pela empresa. Estudo quantitativo com 33 carteiros da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos em Botucatu, Brasil. Dados obtidos por meio de um formulário que investigava perfil demográfico, tempo de trabalho na empresa, horário de exposição ao sol, história de queimaduras solares, história de câncer na família e formas de prevenção do câncer de pele utilizadas. Na análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva segundo Teste Exato de Fisher ao nível de 5% de probabilidade. Os resultados mostraram que a faixa etária predominante foi de 26 a 30 e de 31 a 35 anos, correspondendo a 42,42% da amostra, a cor da pele foi à branca com 93,94% e 81,82% trabalham há mais de cinco anos na empresa. O hábito de usar filtro solar foi encontrado em 63,63% dos entrevistados, sendo a não aderência a este justificada em 75% por falta de costume. Em relação aos equipamentos protetores do sol a empresa fornece para 100% deles. Os achados permitem a caracterização da população estudada, identificando a população como de risco para o câncer de pele, propiciando a profilaxia através de ações em saúde, visando à sensibilização dos mesmos para com as medidas preventivas que podem ser adotadas.*
Palavras-chave *Câncer de pele, Prevenção, Grupo de risco, Perfil demográfico*

* Apresentado no 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Gramado/RS, 2004, no 12º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP, Ribeirão Preto/SP, 2004.

¹ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Campus Universitário de Rubião Júnior s/nº, Rubião Júnior. 18618-970 Botucatu SP. rpopim@fmb.unesp.br

² Departamento de Bioestatística, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista.

³ Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

⁴ Santa Casa de Misericórdia de Barretos, São Paulo.

Introdução

O câncer é uma patologia de etiologia multifatorial, resultante, principalmente, de alterações genéticas, fatores ambientais e do estilo de vida^{1,2}.

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo metastizar-se^{3,4}. Dividindo-se rapidamente, tais células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, gerando a formação de tumores ou neoplasias malignas³.

Entre os diferentes tipos de câncer, que correspondem às várias células do corpo, destaca-se o câncer de pele, que se apresenta sob a forma de duas variantes: melanoma e não melanoma⁴. Parece haver relação entre a cópia do fator p53 mutado e câncer de pele, sendo este maligno em mais de 50% dos humanos. O p53 é um gene supressor tumoral encontrado em muitos tumores malignos e benignos, cuja função primária é manter as células em estado de repouso, após um dano ao DNA^{1,4,5}.

O tipo mais freqüente de câncer de pele na população brasileira é o não melanoma; segundo os dados consolidados do INCA, tivemos 82.155 novos casos em 2003 e 113.020 novos casos previstos para 2006, constatando um aumento de 27,31% no número de registros^{3,6}.

O não melanoma apresenta-se sob a forma de carcinoma basocelular e carcinoma epidermóide com 70% e 25 % dos casos, respectivamente. Contudo, como são diagnosticados precocemente, o índice de cura é elevado^{5,7,8}.

Para o tipo melanoma, tivemos 4.370 novos casos em 2003 e há estimativa, pelo INCA, de consolidar 5.820 novos casos em 2006, perfazendo um aumento de 24,91% no número de registros^{3,6}.

O melanoma cutâneo é originado nos melanócitos, células produtoras de melanina, substância que confere pigmentação à pele e prevalece em adultos brancos, representando uma pequena porcentagem dos cânceres de pele, 4%. No entanto, é de extrema gravidade, visto que apresenta grande possibilidade de ocorrência de metástase^{5,8,9}. Nos Estados Unidos, foi o câncer que registrou aumento mais expressivo, tendo triplicado sua incidência nas últimas quatro décadas. Vários fatores têm sido atribuídos como risco para o desenvolvimento dessas neoplasias, tais como: cor da pele, horário e tempo de exposição ao sol, residir em um país tropical, fazer uso de imunossupressão crônica^{6,10}.

As regiões geográficas do Brasil, por sua he-

terogeneidade cultural, demográfica, socioeconômica e política, têm suas populações submetidas a fatores de risco diferentes. Também são distintas, nas diversas regiões, a qualidade da assistência prestada, das informações fornecidas e a capacidade diagnóstica. Por isso, os quadros das principais neoplasias também diferem regionalmente, muitas vezes refletindo a situação de desigualdade observada no país^{10,11}.

A exposição excessiva ao sol é o principal fator de risco do câncer de pele. Pessoas que vivem em países tropicais, como o Brasil e a Austrália, país esse que concentra o maior registro de câncer de pele no mundo, estão mais expostas a esse tipo de doença^{11,12}.

De acordo com o comprimento de onda, o espectro da radiação ultravioleta é subdividido em três bandas: UVA, UVB e UVC. Os raios UVA apresentam o comprimento de onda mais longo (315-400nm), indutora de processos oxidativos. A banda UVB (280-315nm) é responsável por danos diretos ao DNA, foto-imunossupressão, eritema, espessamento do estrato córneo e melanogênese. Os raios UVC (100-280nm) são carcinogênicos e contêm o pico de absorção pelo DNA puro. Devido à destruição da camada de ozônio, a incidência de raios UVB, intrinsecamente relacionados ao câncer de pele, vem aumentando progressivamente, permitindo, inclusive, que raios UVC se aproximem mais da atmosfera terrestre. Já a incidência dos raios UVA independe da camada de ozônio e, portanto, causa câncer de pele em indivíduos que se expõem ao sol, sobretudo em horários de alta incidência, continuamente e durante muitos anos^{10,13}.

As pessoas de pele clara, que vivem em locais de alta incidência de luz solar, são as que apresentam maior risco. Considerando que mais da metade da população brasileira tem pele clara, se expõe muito ao sol e de forma descuidada, seja por trabalho ou por lazer, e que o país situa-se numa zona de alta incidência de raios ultravioleta, nada mais previsível do que a alta ocorrência de câncer de pele^{10,12}.

Por outro lado, doenças cutâneas prévias, fatores irritadiços crônicos como úlceras angiodérmicas, cicatrizes de queimadura e exposição a fatores químicos, como o arsênio, também podem levar ao diagnóstico de câncer de pele. Nestes casos, a doença costuma se manifestar muitos anos após a exposição contínua aos fatores de risco mencionados acima^{13,14}.

As pessoas com exposição prolongada crônica – marinheiros e agricultores – constituem o grupo de maior risco e, neste caso, a possibilida-

de de desenvolverem câncer de pele aumenta de forma acentuada com o avanço da idade. Outros grupos de pessoas que trabalham expostos ao sol também devem constituir grupo de risco para o desenvolvimento dessas neoplasias, tais com trabalhadores da construção civil e carteiros, entre outros. Quem tem pele clara e olhos azuis ou verde-claros corre maior risco, pois se queima com facilidade^{10,13}.

Pessoas portadoras de xeroderma pigmentoso, deficiência genética que impede o reparo dos danos causados pela luz ultravioleta, são muito propensas a desenvolver câncer de pele^{14,15}. Indivíduos de pele escura – negros ou mulatos –, raramente desenvolvem esse tipo de câncer e, quando isto ocorre, freqüentemente a doença atinge a parte não pigmentada da pele, como palma da mão e planta do pé. Os albinos, cuja produção de melanina é ausente, em geral desenvolvem câncer de pele¹⁵.

Nestas populações de risco, é necessário evitar a exposição excessiva ao sol, principalmente no horário entre as 10 e 16 horas, sobretudo se não houver proteção, como uso de chapéu e protetor solar, durante qualquer atividade ao ar livre¹²⁻¹⁴.

O problema é agravado pela exposição constante ao sol e a longevidade cada vez maior da população. Importante também ressaltar que a moda valoriza peles bronzeadas, bastante exploradas pela mídia. Com estas interferências, mesmo se a proteção solar tornar-se uma norma, não há nada que possa ser feito para reverter o dano já causado. Sendo assim, é provável que o problema ainda persista por todo século XXI¹⁵.

O presente estudo teve como objetivo identificar em um grupo de risco – os carteiros –, as medidas preventivas em relação ao câncer de pele e traçar o perfil demográfico desta população.

Método

Para este estudo, foram escolhidos os carteiros da cidade de Botucatu-SP pelo fato de trabalharem várias horas expostos ao sol e pela facilidade de acesso aos sujeitos da pesquisa.

Foi solicitada autorização da Gerência de Serviço da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos de Botucatu e, posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP para apreciação.

Com a aprovação pelo referido Comitê, foi realizado um estudo piloto para teste do instru-

mento em profissionais que não fizeram parte da pesquisa. Para tanto, foi utilizado um formulário, o qual, após ser testado em indivíduos adultos que não fizeram parte da amostra, foi aplicado no grupo escolhido para estudo. A investigação foi realizada no mês de agosto de 2003.

Na cidade de Botucatu, no momento do estudo, havia 52 funcionários na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos; destes, alguns estavam de férias e outros de licença trabalhista. Foram excluídos os funcionários que sempre trabalharam em atividades no escritório da empresa e incluídos os que, por sua vez, já foram carteiros, mas, no momento, exerciam atividades internas, não mais expostos de forma direta e continuamente ao sol, perfazendo um total de 33 indivíduos.

Seguindo os critérios de inclusão e exclusão, os sujeitos receberam informações sobre o estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o formulário foi aplicado pelos pesquisadores de forma individual.

Realizou-se um estudo quantitativo abrangendo 33 carteiros, sendo que os dados foram obtidos com o objetivo de investigar o perfil demográfico, tempo de trabalho na empresa, horário de exposição ao sol, história de queimaduras solares e de câncer na família, além das formas de prevenção utilizadas e a atuação da empresa no que se refere a medidas preventivas.

Os dados obtidos foram analisados segundo estatística descritiva, usando o teste exato de Fisher, ao nível de 5% de probabilidade.

Resultados

O questionário foi aplicado em 33 de um total de 52 carteiros que trabalhavam na cidade de Botucatu-SP, segundo os critérios de exclusão e inclusão já mencionados, o que correspondeu a 63,4% da população selecionada. A faixa etária foi subdividida em grupos de cinco em cinco anos. Houve predomínio da faixa de 26 a 35 anos de idade, correspondendo a um total de 42,42%.

No que se refere ao tempo de trabalho na empresa, 81,82% eram funcionários há mais de cinco anos; 15,15%, entre um a cinco anos e 3,03%, há menos de seis meses. Quanto à carga horária semanal, 51,52% trabalhavam seis dias por semana e 48,48%, cinco dias.

Quanto ao grau de escolaridade, 78,79% dos entrevistados completaram o segundo grau, 12,12%, o terceiro e 9,09% não responderam a questão.

Em relação à cor da pele, houve predomínio de brancos, representando 93,94%. Negros responderam a 6,06% do total.

A Figura 1 revela que mais de 90% dos carteiros exerciam atividades externas no período de 9:30hs às 18:30hs, estando, portanto, expostos ao sol.

Ao tratar sobre o uso de equipamentos de proteção solar, tais como: boné, chapéu, calça comprida, camiseta, camisa manga longa e filtro solar, 87,88% referiram recorrer aos mesmos e 12,12% disseram não usá-los. O uso de boné foi informado por 68,96% dos entrevistados e o de calça comprida, por 72,41%. Afirmaram usar camisetas 65,51%; 34,38% usavam camisas de manga longa.

Dos entrevistados, 78,79% revelaram ter tido queimaduras por sol e 21,21% não as tiveram.

Sobre o uso de filtro solar, 63,63% afirmaram usar, sendo que 52,38% o fazem diariamente e 28,57% o fazem entre duas a três vezes por semana e 4,29% disseram que raramente tomam esse cuidado. O restante, 4,76%, não respondeu e 36,37% negaram fazer uso dos mesmos, sendo que, destes, 75% não o fazem por falta de costume e 25%, devido ao alto custo.

Com relação ao fornecimento de equipamentos protetores de sol pela empresa, 100% responderam afirmativamente. Importante ressaltar que há um programa na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos de prescrição e distribuição de filtro solar a critério médico, assim

como os demais equipamentos de proteção ao sol que entram na composição do uniforme.

A Figura 2 revela a frequência do uso dos equipamentos de proteção ao sol.

Em relação à auto-inspeção da pele, 69,70% referiram ter o hábito de fazê-la e 30,30% disseram o contrário.

Ao se considerar o item história de câncer na família, 33,33% afirmaram ter e 66,67% a negaram.

Discussão

A profissão, bem como a cor da pele, são fatores importantes em relação ao câncer de pele. A pele branca revela menor proteção em relação aos raios de sol, principalmente a radiação ultravioleta. Nesse sentido, observou-se o predomínio da cor branca em mais de 90% dos carteiros, configurando importante grupo de risco para esse tipo de neoplasia.

Outro fator importante é o fato de que a maioria dos indivíduos são jovens, o que indica que eles terão maior possibilidade de estarem expostos aos raios solares durante a vida profissional.

A maioria exerce atividade laboral em período de alta incidência de raios solares e trabalha seis dias por semana. Observou-se que os entre-

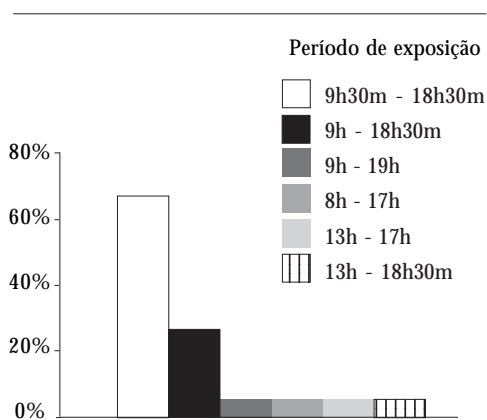


Figura 1. Período de exposição solar dos carteiros.

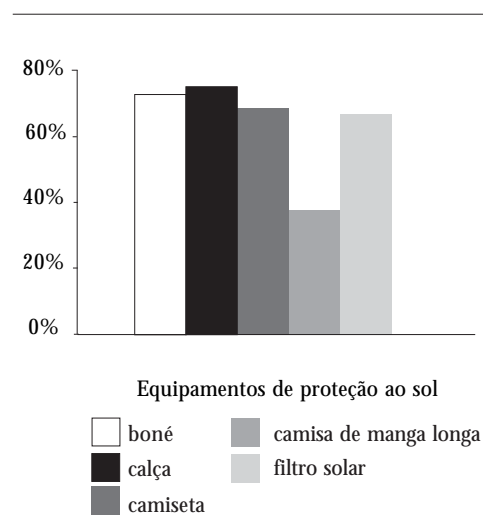


Figura 2. Frequência do uso de equipamentos de proteção solar.

vistados com menor grau de escolaridade tendem a trabalhar durante um período maior, seja em horas e em dias trabalhados, do que àqueles com maior grau de escolaridade.

Observou-se ainda que, quanto maior a escolaridade, maior também a tendência dos entrevistados em usar os equipamentos de proteção ao sol. Os que o fazem, afirmaram usar filtro solar e inspecionar freqüentemente a pele. Essa prática de inspeção da pele foi relatada pela maioria dos carteiros e revela incentivo por parte da empresa e fazia parte dos programas educação continuada.

Outro fator a ser destacado é a história de câncer na família que esteve presente em um terço dos entrevistados.

Em relação à utilização de equipamentos protetores ao sol, a maioria relata que faz uso de algum tipo, os quais são fornecidos pela Empresa de Correios, incluindo uniforme e filtro solar.

Cabe salientar que o filtro solar é muito importante como fator protetor e, mesmo sendo oferecido pela Empresa, grande parte dos cartei-

ros não fazia uso desse equipamento. A não utilização foi justificada pela falta de hábito e pela não valorização da proteção fornecida pelo filtro solar.

Considerando-se que os carteiros constituem grupo de risco para o câncer de pele, por estarem expostos aos raios solares, serem jovens, de cor branca e residirem em região tropical, há necessidade de serem realmente orientados.

Comprovou-se neste estudo que o fato da empresa fornecer equipamentos de proteção ao sol favorece o uso dos mesmos, embora não seja suficiente. Nesse sentido, ações profiláticas por meio de educação em saúde, visando à sensibilização desses profissionais para com as medidas preventivas, devem ser adotadas e incentivadas.

Novos estudos mais abrangentes devem ser realizados, incluindo outras características pessoais que podem estar associadas à predisposição ao câncer de pele, tais como: cor dos olhos, do cabelo, entre outros, e avaliações do grau de informação acerca do risco e de medidas profiláticas a serem adotadas.

Colaboradores

RC Popim, JAG Marino, CA Souza trabalharam na concepção, na pesquisa, na metodologia, na análise e interpretação dos dados e redação final do artigo e JE Corrente trabalhou na análise e interpretação dos dados.

Referências

1. Giglio AD, Pinto FN, Prudente FVB, Gonçalves MS, Silva PDV. Mutação do gene p53 induzindo predisposição genética ao câncer: relato de um caso da Síndrome de Li-Fraumeni. *Rev Bras Clin Terap.* 2002; 28:256-259.
2. Ribeiro LR, Marques EK. A importância da mutagênese ambiental na carcinogênese humana. In: Ribeiro LR, Salvadori DMF, Marques EK, organizadores. *Mutagênese ambiental*. Canoas: ULBRA; 2003. p.21-27
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Estimativa 2006: Incidência de Câncer no Brasil*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
4. Dazard JE, Piette J, Basset-Seguín N, Blanchard JM, Gandarillas A. Switch from p53 to MDM2 as differentiating human keratinocytes lose their proliferative potential and increase in cellular size. *Oncogene* 2000; 19:3693-3705.
5. Figueiredo LC, Cordeiro LN, Arruda AP, Carvalho MDF, Ribeiro EM, Coutinho HDM. Câncer de pele: estudo dos principais marcadores moleculares do melanoma cutâneo. *Rev Bras de Cancerologia* 2003; 49(3):179-183.
6. Kligerman J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil-2002. *Rev Bras de Cancerologia* 2002; 48(2):175-179.
7. Neves RI, Moricz CZM, Brechtbuhl ER, Almeida OM. Lesões cancerizáveis da pele. In: Anelli A, Kowalski LP, Salvajoli JV, Lopes LF. *Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia*. 2ª ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2002. p. 351-352.
8. Rocha FP, Menezes AMB, Hiram Jr. LA, Tomasi E. Especificidade e sensibilidade de rastreamento para lesões cutâneas pré-malignas e malignas. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36:101-106.
9. Neves RI, Duprat JP, Castanheira D. Tumores cutâneos. In: Ayoub AC, Fontes ALC, Silva MAA, Alves NRC, Giogliotte P, Silva, organizadores. *Planejando o cuidar na enfermagem oncológica*. São Paulo: Lemar; 2000. p. 151-157.
10. Souza SRP, Fischer FM, Souza JMP. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(4):588-598.
11. Prolla PA. Síndromes de suscetibilidade hereditária ao câncer de pele. In: Louro ID, Juan Jr CL, Melo MSV, Prolla PA, Froes NC, organizadores. *Genética molecular do câncer*. São Paulo: MSG Produção Editorial; 2002. p.213-222.
12. Friedman R, Sherman Jr CD. Câncer de pele. In: Blaquiére RM, Bosch FX, Boyd NF, Brada M, Brennan MF, Bruera E, organizadores. *Manual de oncologia clínica*. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo;1999. p.245-253
13. Otto SE. Cânceres cutâneos. In: Otto SE. *Oncologia*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2002. p.258-271.
14. Almeida FA, Hirata S. Câncer Cutâneo. In: Petri V, organizador. *Dermatologia clínica*. Barueri: Manole; 2003.p.157-63.
15. Vivier A, McKee PH. Lesão solar e câncer de pele. In: Vivier A, McKee PH, organizadores. *Atlas de dermatologia clínica*. São Paulo: Manole Ltda; 2003. p.9.1-9.37.

Artigo apresentado em 08/06/2005

Aprovado em 03/05/2007

Versão final apresentada em 03/04/2008