

Lesões cutâneas malignas e pré-malignas: conhecimentos, hábitos e campanhas de prevenção solar

Malignant and premalignant skin lesions: knowledge, habits and sun protection campaigns

Carmen Cabañés Irazo¹

José Enrique De La Rubia-Ortí²

Sandra Sancho Castillo¹

Joao Firmino-Canhoto²

Descritores

Educação em enfermagem; Enfermagem oncológica; Estudantes de enfermagem; Melanoma/prevenção & controle; Neoplasias cutâneas/prevenção & controle

Keywords

Education, nursing; Oncologic nursing; Students, nursing; Melanoma/prevention & control; Skin neoplasms/prevention & control

Submetido

10 de Outubro de 2014

Aceito

29 de Outubro de 2014

Resumo

Objetivo: determinar a morbilidade de lesões malignas e pré-malignas da pele e o conhecimento da população sobre prevenção solar e hábitos perigosos.

Métodos: aplica-se um estudo longitudinal retrospectivo e outro descritivo transversal a uma população de 25.956 habitantes utilizando o programa *Abucasis*[®] e realizando 201 inquéritos a doentes do serviço de urgências; posteriormente utiliza-se o programa SPSS 15.0 para *Windows*.

Resultados: em seis anos registaram-se 228 casos de queratose actínica, 26 de melanoma e 32 de neoplasias malignas da pele. Encontramos que 63,7% da população crê que não se realizam suficientes campanhas de prevenção solar, 50,2% desconhece os sinais de alarme do cancro de pele e a medida de proteção mais utilizada é a utilização de filtros solares.

Conclusão: A morbilidade de lesões malignas e pré-malignas da pele na população de Manises quadruplicou e o conhecimento acerca da prevenção solar é insuficiente.

Abstract

Objective: To determine the morbidity of malignant and pre-malignant skin lesions and people's knowledge about preventing sun exposure and dangerous habits.

Methods: A retrospective longitudinal study and one descriptive transversal study were conducted with a population of 25,956 inhabitants using the *Abucasis*[®] program, and 201 questionnaires were administered to patients in an emergency department; SPSS 15.0 for *Windows* program was then used.

Results: In six years there were 228 cases of actinic keratosis, 26 melanoma and 32 malignant neoplasms of the skin. It was found that 63.7% of the population believed that sufficient solar prevention campaigns were not performed, 50.2% were unaware of the warning signs of skin cancer, and the most widely used measure used for protection was the use of sunscreens.

Conclusion: The morbidity of malignant and premalignant skin lesions in the Manises population quadrupled and the knowledge about preventing sun exposure is insufficient.

Autor correspondente

José Enrique de la Rubia Ortí
Calle General Elio 8, 46010,
Valencia, Espanha.
joseenrique.delarubia@uem.es

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500002>

¹Universidade Católica de Valência, Valencia, Espanha.

²Universidade Europeia de Valência, Valencia, Espanha.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

O melanoma maligno cutâneo (MMC), descrito no ano 1806 por René Laënnac,⁽¹⁾ é a transformação atípica dos melanócitos da camada basal da epiderme, expandindo-se tanto em direção às camadas mais superficiais como às mais profundas.⁽²⁾ Nas fases iniciais é curável mas sem tratamento é muito agressivo, podendo produzir metástases linfáticas e hematógenas que causam uma elevada mortalidade.⁽²⁾

Atualmente são diagnosticados 160.000 casos de melanoma a nível mundial. Devido ao aumento incessante do cancro da pele do tipo melanoma é da maior relevância conhecer tanto os fatores de risco como de proteção frente a esta doença.^(3,4)

O nevus displásico é o fator de risco mais importante para o melanoma. Os sinais da pele com diâmetro superior a 6 mm, proeminentes, assimétricos, com bordos pouco definidos e pigmentação variável devem ser observados por dermatologistas. Também devemos mencionar a queratose actínica, lesão pré-maligna caracterizada por um crescimento escamosos ou com crosta, em zonas expostas ao sol de forma mais ou menos contínua. Até agora esta lesão era característica de pessoas de idade mais avançada mas começam a aparecer casos entre a população mais jovem.⁽⁵⁾

A nova cultura do bronzeado como algo saudável e atrativo pode-se converter no principal freio para a mudança nos hábitos de fotoproteção. O bronzeado artificial é um dos novos hábitos estendidos entre a população mais jovem e um factor de risco estabelecido para o MMC e provavelmente também para o carcinoma de células escamosas e basais.⁽⁶⁾ Por tanto, a exposição ao bronzeado artificial numa idade precoce associa-se significativamente a um maior risco de carcinoma de células basais.

No entanto, devido a que o seu desenvolvimento se produz num órgão como a pele, com uma grande acessibilidade à exploração e de fácil diagnóstico na maioria dos casos, cada vez se tratam mais melanomas em fases iniciais, sendo a maioria deles curáveis.⁽⁶⁾

Manises é um município de 30.508 habitantes com acesso direto a várias praias do Mediterrâneo

da Comunidade Valenciana (Espanha) e está situada na província de Valência.

Os objetivos do estudo são: determinar a morbilidade de lesões malignas ou lesões que as possam produzir no futuro, na população de Manises desde 2006 até 2012. Determinar se a população de Manises está informada acerca das condutas de prevenção solar e se apresenta adesão a ditas condutas. Determinar os hábitos de exposição e prevenção da população de Manises durante exposições cotidianas e prolongadas ao sol. Determinar os conhecimentos acerca dos riscos de exposição solar na amostra que responde ao questionário. Finalmente, estabelecer a procedência da informação acerca da prevenção solar na população de Manises. A hipótese de partida é que o contínuo aumento do número de casos de cancro de pele está relacionado com os novos hábitos de exposição solar, com conhecimentos deficientes relativos aos riscos de exposição solar e a falta de informação sobre a prevenção solar ou a obtenção da mesma a partir de fontes não apropriadas.

Métodos

Para atingir os objetivos do estudo foram utilizados dois estudos diferenciais. O estudo 1 é um estudo longitudinal retrospectivo para conhecer a morbilidade das lesões malignas e pré-malignas da pele, na população de Manises. O estudo 2 é um estudo descritivo transversal para conhecer todos os dados relacionados com a prevenção dos habitantes.

No estudo 1 foi utilizado o programa informático de atenção primária *Abucasis*[®] para obter os dados de indivíduos maiores de 15 anos diagnosticados com melanoma (ICD- International Classification of Diseases- C43), neoplasia maligna da pele (ICD- C44) e queratose actínica (ICD- L57), tendo esta população de Manises maior de 15 anos um total de 25.956 habitantes.⁽⁷⁾ Para o estudo 2 foram levados a cabo 201 questionários no serviço de urgências do Centro de Saúde de Manises, no intervalo de tempo compreendido entre Janeiro e Abril de 2013.

Para o estudo 1 foram definidos como critérios de inclusão a idade (ter 15 ou mais anos), pertencer ao município de Manises, estar diagnosticado com me-

lanoma (ICD- C43), neoplasia da pele (ICD- C44) e/ou queratose actínica (ICD- L57); como critérios de exclusão, não cumprir com algum dos anteriormente mencionados. Para o estudo 2 estabeleceram-se como critérios de inclusão ter entre 20 e 50 anos de idade, ser residente em Manises e conhecedor do idioma espanhol; como critério de exclusão, não cumprir com algum dos anteriormente citados.

A análise estatística foi realizada com o programa SPSS® 15.0 para *Windows*®. Foram obtidas frequência e tabelas de contingência. Foram criadas novas variáveis (fenótipo, grau de proteção...) a partir das variáveis estabelecidas nos inquéritos. A análise dos dados foi realizada mediante um teste de Qui-quadrado, considerando um p menor de 0,05 significativo.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Resultados estudo 1

De 2006 a 2012 foram registados 228 casos de queratose actínica, 26 de melanoma e 32 neoplasias malignas da pele. A análise independente revela que a queratose actínica ocorre principalmente entre os 51 e 80 anos com predomínio feminino em todas as idades, e apareceram casos isolados em ambos os sexos dentro da população mais jovem. No melanoma a maior incidência é entre os 21 e os 70 anos, com um pico entre os grupos de idade de 21 a 30 e de 51 a 60 anos. Da mesma forma que na queratose actínica, a proporção de mulheres é maior na quase totalidade de todos os grupos de idade, com exceção dos grupos 31-40 e 81-90 anos. Por último, a lesão maligna da pele é a de aparição mais tardia: os primeiros casos aparecem a partir dos 30 anos e a sua máxima incidência situa-se entre os 61 e 80 anos. Em idades mais precoces é claramente feminina, facto que se inverte em idades superiores a 71 anos.

Resultados estudo 2

Descrição das características sociodemográficas e físicas da amostra

A idade dos participantes oscilava entre 20 e 50 anos, sendo a idade média de 35 anos. As mulheres compõem 69,2% (139 participantes) da amostra. Cabelos ruivos ou louros constituem 10% da amostra, castanho claro 44,3% e castanho escuro ou negro 45,7%. Os olhos escuros aparecem em 72,1% da amostra e 22,9% tinham olhos claros. Relativamente ao nível de estudos, 30,34% possuíam o graduado escolar (escolaridade obrigatória), 20,39% estudos universitários, 20,39% formação profissional, 7,46% ensino secundário completo, 3,48% educação primária e 17,94% não indicou o seu nível de estudos.

Hábitos de exposição e prevenção na população de Manises durante exposições quotidianas e prolongadas ao sol

Dos participantes 54,7% passam a maior parte do seu tempo num espaço fechado e coberto, 34,8% considera que passam metade do tempo sob um tecto e a outra metade ao sol, enquanto 3% passam a maior parte do tempo ao sol. Finalmente, 64,2% passam pouco tempo de ócio sob o sol. Por outro lado, 66,2% consideram que no passado não estiveram expostos ao sol de forma prolongada.

Relativamente à proteção solar, foram agrupados em baixa proteção aqueles que só usavam um tipo de protetor e que correspondem a 16,4%, em média proteção os que utilizavam dois protetores correspondendo a 16,9% e em alta proteção os que marcavam 3 ou mais opções, os quais representam 54,2%; finalmente 10,4% indicou que não utiliza nenhum tipo de proteção. Um fator de proteção SPF para o corpo entre 25 e 50 era usado por 95 indivíduos, menor de 25 por 46 indivíduos e maior de 50 por 29 indivíduos. Enquanto 87 usavam um SPF para a face entre 25 e 50, 43 usavam um maior de 50 e 32 um menor de 25. Para além disso, 14,4% fazia uma aplicação a cada hora, 30,8% a cada duas ou três horas, 8% a cada quatro ou cinco horas, 23,4% quando se lembrava e 14,9% só uma vez.

Outro dos hábitos estudados foi a utilização de cabinas solares e só 24,4% as utilizava. Dos 62 indivíduos que compõem o grupo entre 20 e 30 anos, 17 utilizavam cabinas solares. Entre os 31 e 40 anos (total de 60 pessoas), 17 também utilizavam cabinas

solares. E das 74 pessoas de 41 a 50 anos, somente 15 utilizavam este tipo de cabinas.

Conhecimentos sobre riscos e consequências da exposição solar na amostra questionada

Na tabela 1 mostra-se a opinião acerca dos efeitos de uma exposição solar prolongada ou intensa.

Na tabela 2 os resultados acerca da importância para os questionados dos métodos de proteção a exposição ao sol.

A pergunta “conhece os sinais de alarme do cancro de pele?” apresentou resultados bastante equitativos: 48,8% eram conhecedores, comparados a 50,2%. Ainda assim, 81,6% não recorre ao dermatologista para prevenir ou evitar o cancro de pele. E por último, foi perguntado qual o risco de sofrer cancro de pele: 29,9% e 26,9% consideram ter um risco baixo e um risco médio respetivamente.

Informação da população de Manises acerca das condutas de prevenção solar e adesão a estas condutas

As campanhas de prevenção solar foram consideradas insuficientes por 128 indivíduos (63,7%), fac-

to estatisticamente significativo ao ser relacionado com informação insuficiente acerca do cancro de pele ($p < 0,001$). Acresce que 66,2% acredita que não tem informação suficiente acerca do cancro de pele e existem relações positivas ao referir-se aos sinais de alarme do cancro de pele ($p = 0,006$). Relativamente à informação acerca da prevenção solar, esta procede principalmente dos meios de comunicação (59,2%) e constataram-se associações significativas com a exposição solar no passado ($p < 0,02$), e estar moreno é sinónimo de estar saudável ($p = 0,006$).

Ao relacionar os hábitos com os riscos de exposição solar, obtivemos que dos 150 indivíduos que consideraram como uma medida importante evitar a exposição solar entre as 12h e as 17h, 34 dos questionados expunham-se entre as 10h e as 12h, 69 entre as 12h e as 16h, 16 entre as 16h e as 18h, 14 depois das 18h, outros 14 selecionaram 2 opções e 3 indicaram mais de 3 opções.

Por outro lado, a tabela 3 ao relacionar a importância que os questionados davam à aplicação de creme protetor com a frequência com que o fazem.

Ao perguntar se era normal queimar-se no primeiro dia de praia, 60 responderam que sim (dos quais 47 pensam que não é normal que aconteça, 10

Tabela 1. Efeitos de uma exposição solar prolongada ou intensa

Variáveis	Sim (%)	Bastante (%)	Pouco (%)	Não (%)	NS/NR (%)	p-value
O sol pode provocar queimaduras	88,6	7,0	1	0,5	3	< 0,001
O sol provoca envelhecimento prematuro	83,6	9,5	2,5	1	3,5	< 0,001
O sol pode provocar cancro de pele	87,6	6	1,5	1,5	3,5	< 0,001
Estar moreno é sinónimo de estar saudável	8	7,5	15,4	65,2	4	< 0,001
Quando está nublado o sol é perigoso	49,8	24,9	11,4	8,5	5,5	< 0,001
Sou mais consciente dos perigos que há uns anos	74,6	14,4	6,5	1,5	3	< 0,001
O sol é mais perigoso na praia ou na montanha	30,8	13,9	10,9	38,8	5,5	< 0,001
Sessões UVA preparam a pele para a praia	7,5	7	19,4	60,7	5,5	< 0,001
É normal queimar-se no primeiro dia de praia	22,4	4	7	61,7	5	< 0,001
Ir ao médico por alterações num sinal	81,6	5,5	3,5	5,0	4,5	< 0,001

Tabela 2. Importância do métodos de proteção solar

Variáveis	Muita (%)	Bastante (%)	Pouco (%)	Nada (%)	NS/NR (%)
Evitar a exposição solar entre as 12-17h	75,6	14,4	5,5	2	2,5
Aplicar creme protetor com um fator solar alto	59,2	30,8	3	2	5
Aplicar creme protetor com frequência (cada 2h)	46,8	35,8	8	3,5	6
Permanecer à sombra	41,3	35,8	10,9	5	7
Usar óculos de sol	36,8	33,3	17,4	6	6,5
Tapar a cabeça	41,3	31,8	14,4	5,5	7
Usar roupa que transpire	34,3	30,8	18,9	6,5	9,5

Tabela 3. Relação entre frequência e importância da aplicação de fotoprotetor

Com que frequência aplica o fotoprotetor?	Importância aplicar creme protetor frequentemente				Total
	Muita	Bastante	Pouca	Nada	
A cada hora	16	11	1	0	28
2-3h	39	18	4	0	61
4-5h	6	8	2	0	16
Quando me lembro	19	20	3	0	42
Só uma vez	11	8	4	5	28
Total	91	65	14	5	175

que é pouco e 3 que é bastante normal), 84 responderam que não (dos quais 75 pensam que não é normal, 4 que é pouco normal e 5 que é bastante normal).

Os resultados obtidos ao relacionar as variáveis: “utilizar cabinas solares” e “as sessões de UVA preparam a pele para a praia”, 140 responderam que não usavam cabinas solares e 103 consideraram que as sessões de raios UVA não preparavam a pele para a praia. Por fim, relativamente à pergunta se o sol pode provocar cancro de pele e qual o risco de sofrer cancro de pele, pudemos observar que dos 174 questionados que consideravam que podia provocar cancro de pele, 55 achavam que tinham um risco baixo, 49 médio, 26 alto, 26 muito baixo e 16 muito alto.

Discussão

Algumas limitações foram encontradas devido ao tamanho da amostra, de modo que estes resultados deveriam ser reproduzidos numa população maior e em diferentes países para que sejam mais significativos.

Os resultados que se obtiveram contribuem ao conhecimento da percentagem real de melanoma, ou de lesões que podem terminar em melanoma numa população concreta, relacionando estes dados com o conhecimento que se tem relativamente às medidas de prevenção para evitá-lo, em concreto com a exposição solar que é o maior fator de risco. Este estudo também serve para conhecer as fontes de informação que utiliza a população. Toda esta informação é útil para que a nível de enfermagem os profissionais de esta área orientem as campanhas de prevenção de modo a cobrir as deficiências dos habitantes da

maneira mais eficaz, diminuindo a prevalência de esta grave doença.

Neste sentido, cerca de 50% dos questionados considerou ter um risco baixo ou medo de sofrer cancro de pele. No entanto, as patologias relacionadas com o cancro de pele estão a sofrer importantes aumentos, disparando os sinais de alarme no seio da comunidade científica (OMS, *skincancer.org*, *Asociación Española Contra el Cáncer*, etc.). A população de Manises segue esta mesma tendência uma vez que a queratose actínica multiplicou-se por 9 no período de 2006 a 2012, as neoplasias malignas da pele aumentaram numa proporção de 8 relativamente a 2006 e o melanoma sofreu um aumento de 400%. Todas estas doenças estão a aparecer em idades cada vez mais jovens.

Relativamente à exposição solar, metade dos questionados expõe-se durante as horas mais centrais do dia, das 12 às 16 horas. Mesmo assim, os 46% que consideraram esta medida de prevenção como importante continuam a ir à praia durante esta hora do dia, ao contrário de outros estudos. Os fotoprotetores são a conduta preventiva mais popular e mais bem considerada.⁽⁸⁾

Relativamente às cabinas e ao contrário da nossa amostra (onde somente 24% as utilizava), outros trabalhos afirmam o contrário.⁽⁹⁾ No entanto, houve indivíduos que consideraram que as sessões de raios UVA preparavam a pele para a praia e mais de metade respondeu que nunca tinha sofrido queimaduras solares, apesar de cerca de 25% acharem normal queimar-se no primeiro dia de praia e 15,5% considerarem que estar moreno é sinónimo de estar saudável. Não deixa de ser interessante o facto de haver gente que não sabe o que fazer quando observa alterações num sinal e

19,9% pensa que quando está nublado o sol não é perigoso ou é pouco perigoso.

Por outro lado, 63,7% consideram que não se realizam suficientes campanhas de prevenção solar e a informação que recebem procede principalmente dos meios de comunicação. Existem estudos acerca do impacto de programas de foto-educação em populações escolares que concluíram que a população infantil é a mais indicada para receber educação em fotoproteção, uma vez que diminuem o risco de apresentar melanoma na idade adulta.⁽¹⁰⁾

Conclusão

Há um aumento evidente e generalizado de lesões da pele relacionadas com a exposição solar no nosso trabalho, sobretudo a queratose actínica e as lesões malignas da pele. Devemos acrescentar que todas elas se começam a diagnosticar em idades cada vez mais precoces. Ainda que não exista adesão a todas as recomendações de prevenção solar, a maioria da população protege-se durante as suas exposições quotidianas e prolongadas ao sol. Quase metade utiliza um SPF entre 25 e 50, com uma frequência de aplicação de cada duas ou três horas. Relativamente aos hábitos, evitar a exposição solar durante as horas centrais do dia, permanecer à sombra e aplicar um SPF alto e com frequência são medidas de grande aceitação. A população é mais consciente agora (que há uns anos) dos riscos de uma exposição solar inadequada. No entanto, acredita não ter informação suficiente acerca do cancro de pele, especialmente acerca da sua deteção precoce. Demonstrou-se a necessidade de realizar campanhas de prevenção solar, uma vez que a informação que a população possui não procede de entidades públicas ou sanitárias.

Colaborações

Iranzo CC contribuiu com a conceção do projeto e execução da pesquisa, análise e interpretação

dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. De La Rubia-Ortí JE contribuiu com a análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Castillo SS e Firmino-Canhoto J contribuíram com a redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Lavanderos J, Pérez JA, Jeria S, Concha D. Actualizaciones en melanoma maligno cutáneo. *Cuad Cir.* 2010; 24(10):47-56.
2. Enrique Acosta A, Fierro E, Eugenia Velásquez V, Rueda X. Melanoma: patogénesis, clínica e histopatología. *Rev Asoc Col Dermatol.* 2009; 17(2):87-108.
3. Melanoma [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; Enero; 2013. De Martínez Jáñez M. Epidemiología del melanoma. [acesso 2013 Feb 2]. Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/melanoma?start=2>.
4. Cáncer de tipo melanoma [Internet]. Estados Unidos: American Cancer Society; Enero; 2013. Factores de riesgo del melanoma. [acesso 2013 Feb 2]. Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdepieltipomelanoma/guiadetallada/cancer-de-piel-tipo-melanoma-causes-risk-factors>.
5. Queratosis actínica [Internet]. Estados Unidos: Skin Cancer Foundation; 2013. ¿Qué es la queratosis actínica? [acesso 2013 Feb 2]. Disponible en: <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/actinic-keratosis/how-to-prevent-actinic-keratosis>
6. Wehner MR, ML Shive, MM Chren, J Han, AA Qureshi, Linos E. El bronceado artificial y no-melanoma cáncer de piel: revisión sistemática y meta-análisis. *BMJ.* 2012; 345:e5909.
7. Foro-ciudad [Internet]. Valencia: Foro-ciudad; abril 2013. Manises – Pirámide de población – Padrón; 2012. [acesso 2013 Feb 2]. Disponible en: <http://www.foro-ciudad.com/valencia/manises/mensaje-11208158.html>.
8. Gambichler T, Dissel M, Altmeyer P, Rotterdam S. Evaluation of sun awareness with an emphasis on ultraviolet protection by clothing: A survey of adults in Western Germany. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2010; 24(2):155-62.
9. Llamas-Velasco M, García-Díez A. El cambio climático y la piel: diagnóstico y retos terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101(5):401-10.
10. Guzmán MC, Torres V, Reyes L, Rojas R, Mosquera H. Conocimientos de la comunidad de un municipio de Santander sobre riesgo y cáncer de piel. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2011; 19:20-5.