

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM QUERATOSE ACTÍNICA EM UMA CLÍNICA MÉDICA NA CIDADE DE PALOTINA-PR

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON QUERATOSIS ACTINICA EN UNA CLÍNICA MÉDICA DE LA CIUDAD DE PALOTINA-PR

### EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ACTINIC KERATOSIS IN A MEDICAL CLINIC IN THE CITY OF PALOTINA-PR

Lucas Daniel Nandi<sup>1</sup>  
Daniele Cristina Nandi Bento<sup>2</sup>  
Marcelo Rodrigo Caporal<sup>3</sup>  
Marco Antonio Castellani Duarte<sup>4</sup>  
Henrique Cassol de Oliveira<sup>5</sup>  
Gustavo Massochin Bradacz<sup>6</sup>

**RESUMO:** A queratose actínica (QA) é uma proliferação anormal de queratinócitos na epiderme é a lesão pré-maligna cutânea mais prevalente em seres humanos no mundo e ela possui íntima relação com a exposição solar de caráter crônico, é uma lesão de evolução lenta e com características específicas que podem definir esta patologia, sua patogênese envolve fatores que a tornam uma lesão benigna que pode se transformar em um câncer de pele, normalmente um carcinoma espinocelular (CEC) que representa 20% de todas as neoplasias malignas cutâneas. A QA esta presente no dia a dia dos médicos sendo o quarto principal diagnóstico em consultas dermatologias, ficando atrás somente de acne, fotoenvelhecimento e carcinoma basocelular. O diagnóstico é clínico, com auxílio de dermatoscopia e anatomopatológico quando necessário e o tratamento pode ser ablativo ou tópico dependendo de cada caso da patologia. **Objetivo:** Definir um perfil epidemiológico para os pacientes com queratose actínica (QA) atendidos em uma clínica na cidade de Palotina no estado do Paraná, no período de agosto de 2021 a agosto de 2023. **Métodos:** Pesquisa descritiva, quantitativa, de natureza aplicada, procedimento documental, de abordagem dedutiva, foram coletados 555 prontuários da base de dados da clínica para análise **Resultados:** Verificou-se a presença de QA em 21% dos casos, o sexo mais acometido foi o feminino com 67% de prevalência, a média de idade dos pacientes foi de 62,21 anos, o local do corpo mais acometido por lesões foi a face, onde 75% dos pacientes possuíam QA e o local da face mais afetado foi a região nasal representando 28%, registrou-se que 52% dos pacientes utilizavam filtro solar. **Conclusão:** A pesquisa concluiu que ainda é necessário por parte dos profissionais de saúde motivar os pacientes sobre o uso correto do filtro solar para prevenir lesões como esta.

**Palavras-Chave:** Queratose actínica. Epidemiologia. Exposição solar.

<sup>1</sup> Acadêmico de medicina 9º período. Centro universitário fundação Assis Gurgacz.

<sup>2</sup> Pós-graduada em dermatologia pela faculdade IPEMED de ciências médicas e em medicina estética pela fundação técnico-educacional Souza Marques. Centro universitário fundação Assis Gurgacz.

<sup>3</sup> Médico, mestre em ensino nas ciencias da saude e especialista em medicina do trabalho Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

<sup>4</sup> Acadêmico de medicina do 9º Período. Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

<sup>5</sup> Acadêmico de medicina do 9º Período. Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

<sup>6</sup> Acadêmico de medicina do 9º Período. Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz.

**ABSTRACT:** Actinic keratosis (AK) is an abnormal proliferation of keratinocytes in the epidermis and is the most prevalent pre-malignant skin lesion in humans in the world and has a close relationship with chronic sun exposure. specific characteristics that can define this pathology, its pathogenesis involves factors that make it a benign lesion that can transform into skin cancer, normally a squamous cell carcinoma (SCC), which represents 20% of all cutaneous malignant neoplasms. AK is present in the daily lives of doctors, being the fourth main diagnosis in dermatology consultations, behind only acne, photoaging and basal cell carcinoma. Diagnosis is clinical, with the aid of dermoscopy and pathology when necessary, and treatment can be ablative or topical depending on each case of the pathology. **Objective:** To define an epidemiological profile for patients with actinic keratosis (AK) treated at a clinic in the city of Palotina in the state of Parana, from August 2021 to August 2023. **Methods:** Descriptive, quantitative research, of an applied nature, documentary procedure, with a deductive approach, 555 medical records were collected from the clinic's database for analysis. **Results:** The presence of AK was verified in 21% of cases, the most affected sex was female with 67% prevalence, the average of the age of the patients was 62.21 years, the place on the body most affected by injuries was the face, where 75% of the patients had AK and the place on the face most affected was the nasal region, representing 28%, it was recorded that 52% of patients used sunscreen. **Conclusion:** The research concluded that it is still necessary for health professionals to motivate patients about the correct use of sunscreen to prevent injuries like this.

**Keywords:** Actinic keratosis. Epidemiology. Sun exposure.

**RESUMEN:** La queratosis actínica (QA) es una proliferación anormal de queratinocitos en la epidermis y es la lesión cutánea premaligna en humanos más prevalente en el mundo y tiene una estrecha relación con la exposición crónica al sol. Características específicas que pueden definir esta patología, su patogénesis involucra factores que la convierten en una lesión benigna que puede transformarse en cáncer de piel, normalmente un carcinoma de células escamosas (CCE), que representa el 20% de todas las neoplasias malignas cutáneas. La QA está presente en el día a día de los médicos, siendo el cuarto diagnóstico principal en las consultas de dermatología, sólo por detrás del acné, el fotoenvejecimiento y el carcinoma basocelular. El diagnóstico es clínico, apoyándose en la dermatoscopia y la patología cuando sea necesario, y el tratamiento puede ser ablativo o tópico dependiendo de cada caso de la patología. **Objetivo:** Definir un perfil epidemiológico de pacientes con queratosis actínica (QA) atendidos en una clínica de la ciudad de Palotina en el estado de Paraná, de agosto de 2021 a agosto de 2023. **Métodos:** Investigación descriptiva, cuantitativa, de carácter aplicado, documental. procedimiento, con un enfoque deductivo, se recolectaron 555 historias clínicas de la base de datos de la clínica para su análisis. **Resultados:** Se verificó la presencia de QA en el 21% de los casos, el sexo más afectado fue el femenino con un 67% de prevalencia, el promedio de edad de los pacientes fue de 62.21 años, el lugar del cuerpo más afectado por lesiones fue la cara, donde el 75% de los pacientes presentó QA y el lugar del rostro más afectado fue la región nasal, representando el 28%, se registró que el 52% de los pacientes utilizaron protector solar. **Conclusión:** La investigación concluyó que aún es necesario que los profesionales de la salud motiven a los pacientes sobre el uso correcto del protector solar para prevenir lesiones como esta.

**Palabras Clave:** Queratosis actínica. Epidemiología. Exposición al sol.

## I. INTRODUÇÃO

A queratose actínica (QA) é uma lesão cutânea com chance de para se transformar em um câncer de pele, a sua prevalência no Brasil e no mundo é muito alta sendo o quarto principal diagnóstico de pacientes que buscam consulta dermatológica no Brasil representando 4,7% dos diagnósticos, são as lesões pré-malignas que mais ocorrem nos seres humanos (SBD, 2018). Seu principal fator de risco é a exposição solar crônica, sendo que quanto maior o tempo de exposição acumulado durante a vida maiores as chances de

desenvolver queratose actínica e conseqüentemente se transformarem em carcinomas espinocelulares (SCHMITT & MIOT, 2012).

O carcinoma espinocelular (CEC) representa cerca de 20% das neoplasias malignas de pele e se origina a partir de células em proliferação atípica em locais expostos a radiação ultravioleta, sendo que geralmente surge a partir de uma lesão não invasiva como a queratose actínica (MARTINEZ et al). Muitas vezes não é possível perceber a diferença entre a QA e o CEC o que dificulta o diagnóstico e o correto tratamento, demonstrando a importância da identificação e tratamento precoce desta patologia.

Podemos concluir que a QA é uma patologia cutânea que cursa com piora da qualidade de vida e chance de transformação maligna, isso mostra que ela merece atenção dos médicos e caso seja possível definir um perfil do paciente que irá desenvolver estas lesões o diagnóstico precoce será traçado com maior facilidade possibilitando o tratamento no início da patologia e impedindo a sua transformação maligna.

## 2. Referencial teórico

### 2.1 A pele

A pele exerce papel fundamental para a sobrevivência dos seres humanos, ela é considerada o maior órgão do corpo humano correspondendo a 15% do peso corporal, este tecido reveste e protege o organismo do meio externo, exercendo funções essenciais como por exemplo agindo na proteção através dos melanócitos contra radiações ultravioletas (RUV); na percepção, por meio da presença de elementos do sistema nervoso na derme capazes de distinguir alterações de temperatura e sensação de dor; na termorregulação sob comando do sistema nervoso autônomo ocorrendo vasodilatação ou vasoconstrição das estruturas vasculares da região e também pela ação das glândulas sudoríparas que por meio da sudorese causam perda de calor; na secreção de queratinócitos, melanina, sebo e suor; na excreção de eletrólitos, uréia e metais pesados e na metabolização de vitamina D (AZULAY,2013).

Este órgão possui 2 camadas principais, a epiderme que é mais superficial e está em contato com o ambiente externo, esta é formada por outras 5 camadas (basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea) e é onde estão presentes os melanócitos células responsáveis por produzir melanina, os queratinócitos que produzem queratina, células táteis responsáveis

pela sensibilidade e células de Langerhans que atuam na imunidade. E a outra camada é a derme, vascularizada, mais profunda e espessa, rica em tecido conjuntivo composto por colágeno e fibras elásticas que conferem resistência e elasticidade para a pele, nesta camada também se encontram terminações nervosas que garantem à pele sua função sensitiva. Abaixo da derme temos a hipoderme que faz a junção da derme e epiderme com os tecidos que ali dão continuidade, não é considerada parte da pele, mas sim um tecido subcutâneo composto por células adiposas responsáveis por agir como isolante térmico e proteção contra traumas (RABEH & GONÇALVES,2020).

## 2.2 Exposição solar e dano cutâneo

Com a pele sendo a barreira do nosso corpo, ela está em contato com muitos meios que podem causar alterações e lesões em sua estrutura, como o contato com radiações ultravioletas (UV) que são muito importantes para o organismo, mas também trazem efeitos deletérios entre eles alterações químicas e histológicas na epiderme. A exposição solar de maneira inadequada e exagerada pode causar imunossupressão, desidratação da pele com alteração de sua textura e aparecimento de lesões (COSTA et al, 2019).

1204

Os tipos de raio UVA e UVB não são parados pela camada de ozônio e chegam até nós, uma exposição excessiva a eles pode causar uma serie de efeitos que culminam ao final com patologias cutâneas, como por exemplo os cânceres de pele melanoma e não melanoma que possuem alta prevalência no Brasil. Os raios UV se dividem em UVA, UVB e UVC, sendo que o UVA é o que possui maior comprimento de onda e é responsável pela pigmentação superficial da pele, causa envelhecimento e ressecamento da pele, o UVB também causa pigmentação, porém, mais profunda aumentando seu potencial de atuar como carcinógeno causando mutações no DNA (COSTA et al, 2019).

Essas modificações que acontecem na epiderme corroboram para o surgimento de lesões pré-cancerígenas que podem sofrer transformação para uma neoplasia cutânea maligna, podem ser adquiridas como no caso da exposição excessiva a radiação UV ou genéticas, muitas vezes não é possível distinguir até quando uma lesão é pré-cancerígena de quando ela se torna propriamente um câncer cutâneo por isso é importante tentar definir um padrão de sinais, sintomas e epidemiologia para que seja possível o diagnóstico e o

tratamento precoce dessas lesões que podem se transformar em câncer (HEAPHY & ACKERMAN, 2000).

### **2.3 Queratose actínica (QA)**

#### **2.3.1 Definição e aspectos clínicos**

Dentre as lesões pré-cancerígenas a de maior prevalência é a queratose actínica (QA) que se caracteriza por ser uma proliferação anormal de queratinócitos na epiderme com potencial para se tornar um carcinoma espinocelular (CEC), esta lesão está associada com a exposição solar de maneira inadequada, excessiva e de caráter cumulativo, ou seja, quanto mais tempo a pessoa passou com a pele exposta a raios solares ao decorrer da vida maiores são a chances de as lesões aparecerem, com isso ela surge em locais que estão expostos com mais frequência como nas mãos, cabeça, pescoço e braços e normalmente em pessoas de idade avançada em geral as lesões são pequenas, múltiplas, levemente salientes, com telangiectasias cobertas por escamas esbranquiçadas e podem apresentar pouca ou nenhuma infiltração, as características de pigmentação, nível de infiltração e ulceração secundária podem ser diferentes entre os casos (AZULAY, 2013).

1205

Em pacientes com danos graves na pele devido a exposição solar, as lesões podem se confluir e formarem o que é chamado de campo de cancerização, caracterizado por ser uma área que sofreu com um carcinógeno completo e possui lesões em diferentes estágios tendo desde queratoses actínicas até carcinomas espinocelulares, esta área pode colaborar para que se tenham lesões recorrentes pois muitas vezes existem células que já estão afetadas pela exposição, porém, não aparentam ao examinar e então ao realizar o tratamento elas podem passar despercebidas fazendo com que o tratamento não seja completo e possibilitando a recorrência das mesmas lesões ou até mesmo lesões em estágios mais avançados (SLAUGHTER, 1953).

#### **2.3.2 Epidemiologia**

No Brasil segundo uma pesquisa feita pela Sociedade Brasileira de Dermatologia em 2018 a QA representava o quarto principal diagnóstico feito pelos médicos em consultório dermatológico, representando 4,7% dos pacientes (SBD, 2018). A QA surge geralmente em pessoas com fototipos mais baixos (I, II e III de Fitzpatrick), geralmente com prevalência

no sexo masculino, trabalhadores com maior exposição aos raios UV, idade avançada, praticantes de atividades ao ar livre, imunocomprometidos, histórico de queimaduras solares e pessoas que moram próximo a linha do equador (LEBWOHL, 2003). A queratose actínica por ser uma lesão que pode se transformar em um câncer ela deve receber uma atenção especial para que por meio de medidas preventivas e de diagnóstico precoce a sua transformação maligna possa ser evitada e quem sabe diminuir os casos de CEC.

### 2.3.3 Diagnóstico

Na maioria das vezes o diagnóstico é clínico por meio da anamnese, análise dos fatores de risco e pelo exame físico, o auxílio da dermatoscopia é de grande valia para aumentar o nível de confiança no diagnóstico e em casos onde se tem dúvida é possível realizar o anatomopatológico da lesão para a real confirmação (REINEHR & BAKOS, 2019).

### 2.3.4 Tratamento

O tratamento pode ser feito de modo cirúrgico/ablativo ou tópico, as opções cirúrgicas são: excisão cirúrgica e curetagem, a excisão das lesões de QA não é normalmente realizada, apenas se tiver suspeita de CEC, já a excisão por shaving e a curetagem são escolhidos com mais frequência, a curetagem sendo indicada para pacientes com poucas lesões e também para aquelas lesões resistentes ao tratamento do campo de cancerização. A criocirurgia é um método que utiliza nitrogênio líquido em spray para eliminar lesões pontuais o que promove a destruição do tecido alvo, ela é efetiva e muito utilizada para o tratamento de QA. O laser de CO<sub>2</sub> é outra opção de tratamento que induz necrose, ablação e hipertermia das lesões causando sua destruição (LOPES, 2014).

Dentre as opções de tratamento tópico existem: o 5-Fluorouracil, que age inativando a timidilato sintetase o que interfere a síntese de DNA causando apoptose das células que se encontram em alta proliferação que neste caso são os queratinócitos (REINEHR & BAKOS, 2019). O Imiquimode, que atua como imunomodulador induzindo produção de citocinas que estimulam a atividade antitumoral e antiviral (VIDAL, 2006). O mebutato de ingenol, que age por meio de efeito citotóxico e imunomodulatório por meio de neutrófilos (ROSEN et al, 2012). A terapia fotodinâmica, que usa de um agente fotossensibilizante e uma fonte de luz para gerar substâncias que destroem as lesões de QA por ação fotoquímica. O diclofenaco

em gel é um anti-inflamatório que age através da inibição da ciclooxigenase-2 reduzindo a síntese de prostaglandinas, inibindo angiogênese e diferenciação celular e induzindo apoptose (RIVERS et al, 2002).

### 2.3.5 Prevenção

A prevenção pode ser feita por meio de fotoproteção física e através do uso de protetores solares que atuam como adjuvantes ao tratamento da QA e previne o surgimento de novas lesões (REINEHR & BAKOS, 2019). O uso diário do protetor solar também causa efeito na regressão espontânea das lesões de QA, tanto em pessoas imunocompetentes quanto em imunossuprimidos, sendo essa regressão superior do que casos em que não foi usado o protetor solar (DARLINGTON et al, 2003).

## 3. METODOLOGIA

Esta foi uma pesquisa descritiva, quantitativa, de natureza aplicada, procedimento documental, de abordagem dedutiva, feita com base em prontuários médicos de pacientes que foram atendidos em uma clínica médica na cidade de Palotina no estado do Paraná no período de agosto de 2021 até agosto de 2023, os dados foram coletados com base no sistema em que são armazenados na clínica de forma que possam ser avaliados garantindo a privacidade das informações de cada paciente, sendo incluídos na pesquisa todos os pacientes atendidos neste período que preencheram os critérios de inclusão, sendo no total 555 pacientes.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram pessoas do sexo masculino, feminino, com idade superior a 18 anos e que procuraram a clínica para consulta dermatológica. Foram excluídos da pesquisa pessoas com idade abaixo dos 18 anos.

A pesquisa foi encaminhada e devidamente aprovada pelo comitê de ética com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 74327623.9.0000.5219.

A clínica em questão aceitou participar da pesquisa e fornecer os dados, está em concordância com as normas exigidas pela vigilância sanitária e apresenta estrutura e materiais adequados como dermatoscópio para melhor diagnóstico, assim como sala para pequenos procedimentos, além da médica especialista em dermatologia, responsável pelos diagnósticos dos pacientes atendidos no local.

Os pesquisadores obtiveram dispensa de TCLE em razão do grande número de prontuários ou fichas de notificação a serem coletadas (cerca de 500), bem como pelo fato de que muitos dos pacientes analisados mudaram de endereço, sendo que podem não morar na mesma cidade e sem o novo endereço não ser possível encontrar a pessoa, o que inviabiliza a obtenção de TCLE.

Para a execução do artigo a pesquisa coletou 555 prontuários médicos de pacientes atendidos em uma clínica médica na cidade de Palotina no Paraná no período estipulado, após isso realizou a análise destes e definiu um perfil epidemiológico dos pacientes com queratose actínica.

Por se tratar de uma pesquisa que utiliza prontuário médico e exames, os riscos envolvidos são muito baixos, restringindo-se a uma possível exposição dos dados dos pacientes. Para a minimização desses riscos, os pesquisadores se comprometem a não expor os nomes dos pacientes envolvidos, bem como nenhum dado que possa identificá-los.

Com relação aos benefícios, espera-se que com essa pesquisa, seja possível definir um perfil epidemiológico para os casos de queratose actínica facilitando assim o diagnóstico desta patologia e o seu devido tratamento para evitar suas complicações.

1208

Durante a pesquisa foram respeitadas todas as determinações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Os dados coletados durante a pesquisa ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores por um período mínimo de 5 (cinco) anos e serão utilizados para divulgação científica.

#### 4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo desta pesquisa foi definir um perfil epidemiológico para os pacientes com queratose actínica atendidos em uma clínica na cidade de Palotina no estado do Paraná, foram coletados 555 prontuários de pacientes atendidos na clínica durante o período de dois anos e que preenchiam os critérios de inclusão do estudo.

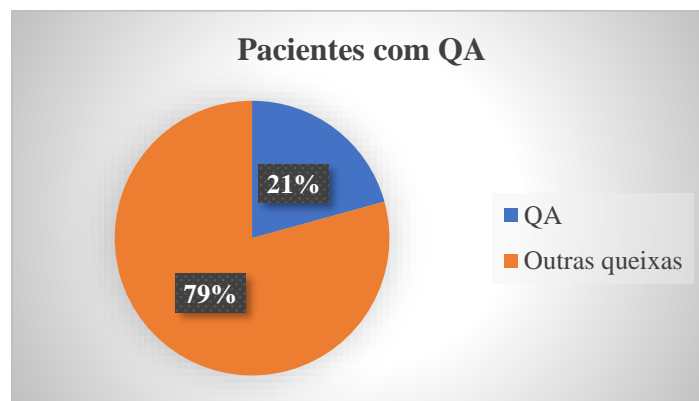
Dentre estes prontuários foram levantados todos os diagnósticos feitos pela médica responsável da clínica, que contava com auxílio de dermatoscópio e encaminhamento para anatomopatológico para o correto diagnóstico.

A QA foi encontrada em 115 pacientes representando 21% do total de pacientes da pesquisa, podemos analisar que esta patologia muitas vezes não foi o principal motivo para



procura de atendimento, sendo revelada durante o exame físico padrão de todas as consultas, além disso, observamos que na maioria dos pacientes a QA não era a única lesão dermatológica presente na pele do paciente, sendo acompanhada de outras lesões e as que mais apareceram foram: melanoses e queratoses seborreicas (QS) (figura 1).

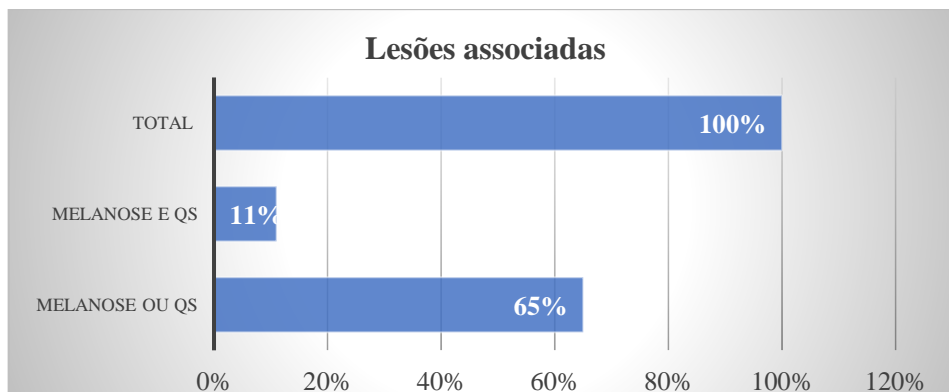
Figura 1 – Porcentagem de pacientes com QA dentre o total de pacientes (555)



Fonte: Dados da pesquisa

Uma **ou** outra dessas lesões citadas acima estavam presentes em 65% do total de pacientes com QA, com a melanose representando 28% e a queratose seborreica 37% e em 11% elas estavam **concomitantemente** presentes. A queratose seborreica (QS) foi diagnosticada em 42% dos pacientes masculinos e em 35% dos femininos e a melanose em 16% e 34% respectivamente (figura 2 e 3).

Figura 2 – Pacientes que apresentavam além da QA melanose e/ou QS



Fonte: Dados da pesquisa

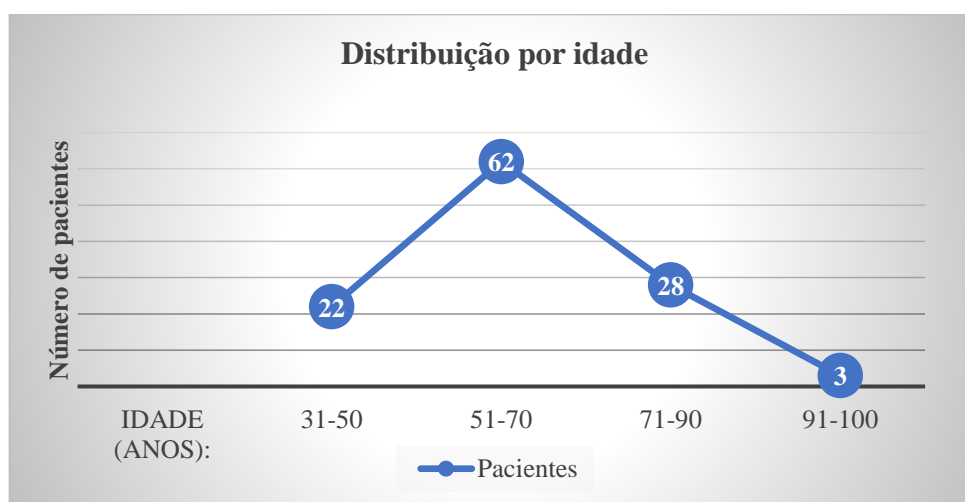
Figura 3 – Relação das lesões associadas a QA com o geral de pacientes e por sexo

	QS	Melanose
<b>Total (n=115)</b>	37%	28%
<b>Masculino (n=38)</b>	42%	35%
<b>Feminino (n=77)</b>	16%	34%

Fonte: Dados da pesquisa

A média de idade dos pacientes que apresentavam QA foi de 62,21 anos de idade, sendo 31 anos a menor idade encontrada e 93 anos a maior, somente um paciente em ambas as idades. Dentre os pacientes da pesquisa a idade de 64 anos foi onde se encontraram mais casos de QA (7 pacientes) (figura 4).

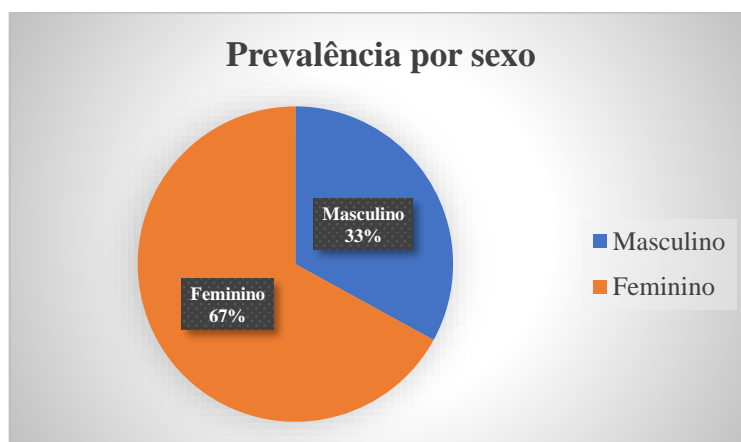
Figura 4- Número de pacientes com QA por faixa etária.



Fonte: Dados da pesquisa

Verificou-se que dentre os 115 pacientes a prevalência de QA foi para o sexo feminino, representando 67% do total de pacientes acometidos (figura 5).

Figura 5 – Prevalência da QA no sexo masculino e feminino

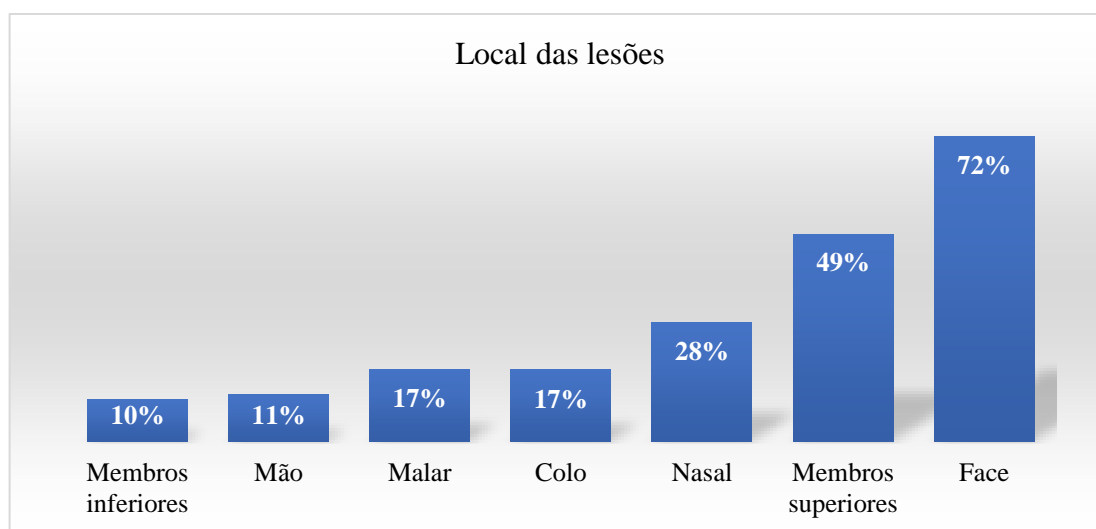


Fonte: Dados da pesquisa

Os locais do corpo que foram mais acometidos pelas lesões foram a face onde a QA estava presente em 72% dos pacientes, principalmente em região nasal (28%) e malar (17%) e nos membros superiores em 49%, onde se incluem mãos (11%), antebraços e braços, na região do colo 17% dos pacientes apresentavam lesões e os membros inferiores foram menos acometidos aparecendo em 10% dos prontuários, concluindo assim a prevalência desta lesão em regiões que normalmente estão mais expostas aos raios solares causadores desta patologia (figura 6).

1211

Figura 6 – Porcentagem dos locais mais acometidos por QA em pacientes da pesquisa

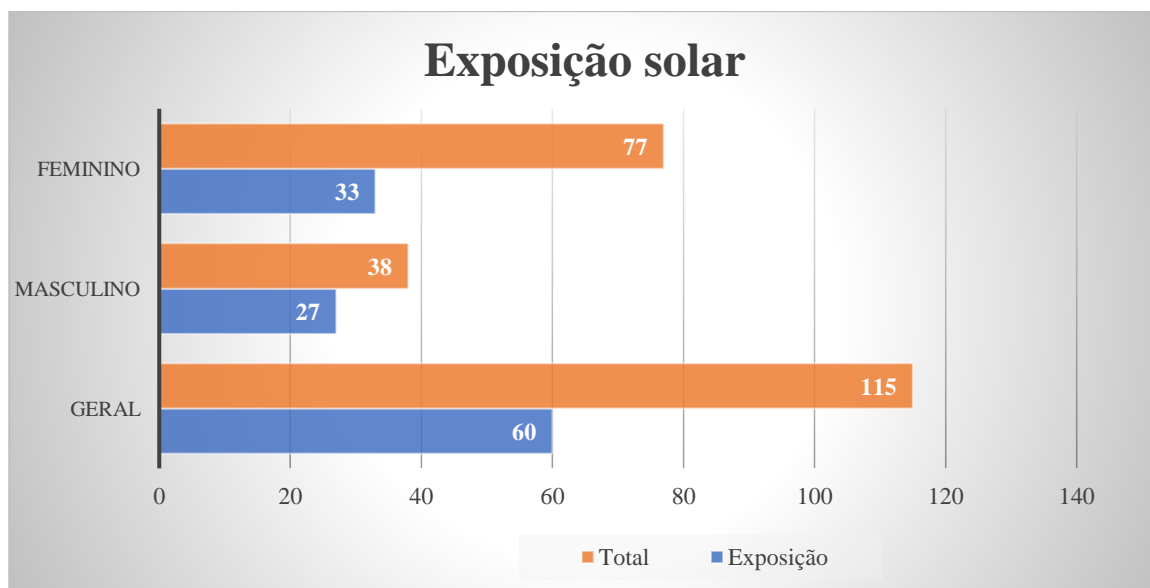


Fonte: Dados da pesquisa

Tendo a exposição solar como o principal fator de risco para esta patologia podemos observar que 52% (n=60) do total de pacientes com QA relataram exposição solar frequente, uma vez que dentre os pacientes do sexo feminino 43% (n=33) referem esta exposição solar e no sexo masculino 71% (n=27) dos representantes mencionaram este fator, o que pode estar influenciado pela profissão desta população onde grande parte são trabalhadores da área rural que estão diariamente expostos aos raios solares (figura 7).

Além dos pacientes que mencionaram a exposição solar frequente, pela média de idade encontrada na pesquisa podemos deduzir que todos os indivíduos possuem certa carga de exposição solar sendo aproximadamente 60 anos com alguma exposição somando a isso a região em que esta cidade esta localizada que possui alta incidência de raios solares.

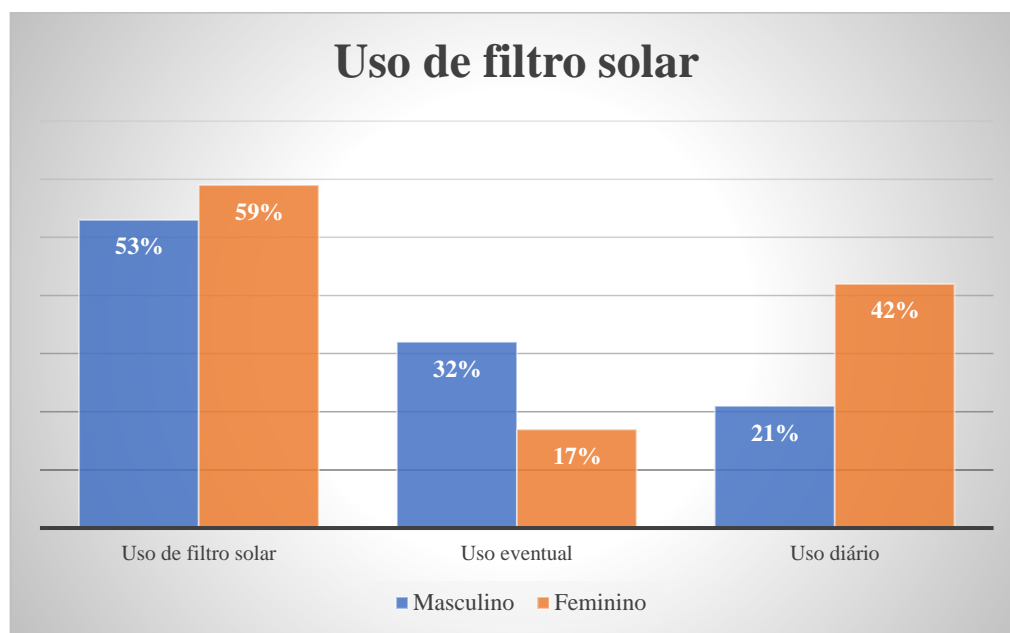
Figura 7 – Pacientes que referem exposição solar frequente



Fonte: Dados da pesquisa

Com relação ao uso de filtro solar para prevenção de lesões de pele, no grupo de pacientes do sexo masculino 53% utilizavam o filtro em algum momento, 32% relataram o uso eventual e 21% o uso diário. No grupo de pacientes do sexo feminino a porcentagem de uso foi um pouco maior representando 59% do total com 17% utilizando eventualmente e 42% tendo como rotina diária o uso do filtro solar (figura 8).

Figura 8 – Uso do filtro solar pelos pacientes da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

1213

Por meio desta pesquisa podemos reforçar o quanto a QA é prevalente em nosso meio estando presente em até 21% dos atendimentos de queixas dermatológicas, sendo influenciada, em cidades como esta, pela grande taxa de exposição da população aos raios solares e pela falta de proteção solar.

Com os dados desta pesquisa chegamos à conclusão de que esta patologia acomete mais mulheres na faixa etária dos 60 aos 70 anos e surge em áreas e maior exposição solar como região nasal, malar e membros superiores, reforçando a importância da proteção solar, tanto física por meio de roupas com proteção a raios UV como por meio do uso de filtros solares.

Verificou-se na pesquisa a frequência em que a QA esteve associada a outras lesões de pele, demonstrando os efeitos dos raios solares no corpo humano e chamando a atenção dos profissionais da saúde a estarem atentos a lesões diferentes e correlacionarem estas para melhor diagnóstico.

Por ser uma patologia que tem meios de prevenção e que pode se transformar em câncer, os médicos como profissionais da saúde devem sempre incentivar seus pacientes a se protegerem dos raios solares com o uso correto do filtro solar e de roupas adequadas ao se

submeterem a exposição solar e a procurarem o médico ao desconfiarem de qualquer sinal em sua pele.

Que esta pesquisa sirva para facilitar o diagnóstico da QA e seja um estímulo para outros pesquisadores se interessarem pelo assunto e cada vez mais termos dados adequados para poder ajudar as pessoas acometidas pela patologia e assim diminuir as taxas de novos casos e as transformações malignas dessas lesões.

## REFERÊNCIAS

AZULAY R.D, Azulay-Abulafia L. Dermatologia. 6 ed. Rio De Janeiro (Rj): Guanabara Koogan; 2013.

COSTA et al. OS EFEITOS DA INCIDÊNCIA EXCESSIVA DA RADIAÇÃO ULTRAVIOLETA NA PELE - ARTIGO DE REVISÃO. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico [Internet]. 2019;5(4). Available from: <http://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/475/396>

DARLINGTON et al. A Randomized Controlled Trial to Assess Sunscreen Application and Beta Carotene Supplementation in the Prevention of Solar Keratoses. Archives of Dermatology. 2003 Apr 1;139(4). Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/479276>

1214

HEAPHY & ACKERMAN. The nature of solar keratosis: A critical review in historical perspective. Journal of the American Academy of Dermatology [Internet]. 2000. 43(1), 138-150. Available from: <http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2000.107497>

LEBWOHL, M. Actinic keratosis: epidemiology and progression to squamous cell carcinoma. British Journal of Dermatology. 2003 Nov;149(s66):31-3. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.0366-077X.2003.05621.x>

LOPES, J.C. ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS PARA O TRATAMENTO DE QUERATOSE ACTÍNICAS - UMA REVISÃO. Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology. 2014 Jul 17;72(1):75-85. Available from: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/226/209>

MARTINEZ et al. Genética molecular aplicada ao câncer cutâneo não melanoma. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2006 Oct;81(5):405-19. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000500003>

RABEH & GONÇALVES. MATERIAL COMPLEMENTAR: Anatomia e fisiologia da pele. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjC3bbIz9X\\_AhUJr5UCHU2CBKEQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fedisciplinas.usp.br%2Fpluginfile.php%2F2124718%2Fmod\\_folder%2Fcontent%2Fo](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjC3bbIz9X_AhUJr5UCHU2CBKEQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fedisciplinas.usp.br%2Fpluginfile.php%2F2124718%2Fmod_folder%2Fcontent%2Fo)

2FI.2520Anatomia2520e2520Fisiologia2520da2520Pele.pdf3Fforcedownload3D  
1&usg=AOvVawzhuOgAQEBpwD6oIP9avzr9&opi=89978449

REINEHR & BAKOS. Ceratoses actínicas: revisão dos aspectos clínicos, dermatoscópicos e terapêuticos. *Anais Brasileiros de Dermatologia (Portuguese)* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Apr 2];94(6):637-57. Available from: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/pt-ceratoses-actinicas-revisao-dos-aspectos-articulo-S2666275219300773>

ROSEN et al. Dual mechanism of action of ingenol mebutate gel for topical treatment of actinic keratoses: Rapid lesion necrosis followed by lesion-specific immune response. *Journal of The American Academy of Dermatology*. 2012 Mar 1;66(3):486-93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.12.038>

RIVERS et al. Topical treatment of actinic keratoses with 3.0% diclofenac in 2.5% hyaluronan gel. *British Journal of Dermatology*. 2002 Jan;146(1):94-100. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04561.x>

SBD. Acne é o principal motivo de consulta, aponta pesquisa Perfil das Consultas Dermatológicas no Brasil [Internet]. SBD. 2018 [cited 2023 Jun 22]. Available from: <https://www.sbd.org.br/acne-e-o-principal-motivo-de-consulta-aponta-pesquisa-perfil-das-consultas-dermatologicas-no-brasil/>

SCHMITT & MIOT. Actinic keratosis: a clinical and epidemiological revision. *Anais Brasileiros de Dermatologia* [Internet]. 2012 Jun [cited 2020 Jan 9];87(3):425-34. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962012000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000300012)

1215

SLAUGHTER et al. "Field cancerization" in oral stratified squamous epithelium. Clinical implications of multicentric origin. *Cancer*. 1953 Sep;6(5):963-8. Available from: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(195309\)6:5<3C963::aid-cnrc2820060515>3E3.o.co;2-q](https://doi.org/10.1002/1097-0142(195309)6:5<3C963::aid-cnrc2820060515>3E3.o.co;2-q)

VIDAL D. Topical Imiquimod: Mechanism of Action and Clinical Applications. *Mini-Reviews in Medicinal Chemistry*. 2006 May 1;6(5):499-503. Available from: <http://dx.doi.org/10.2174/138955706776876131>