

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ROMYNE BASTOS SOLANO E SILVA**

**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA E FATORES ASSOCIADOS EM  
PESCADORES DE UMA COMUNIDADE RURAL RIBEIRINHA DA  
AMAZÔNIA**

**Manaus - AM**

**2024**

**ROMYNE BASTOS SOLANO E SILVA**

**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA E FATORES ASSOCIADOS EM  
PESCADORES DE UMA COMUNIDADE RURAL RIBEIRINHA DA  
AMAZÔNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Odontológicas.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Juliana Vianna Pereira

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath

Manaus - AM

2024

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

---

S586p Silva, Romyne Bastos Solano e  
Prevalência de queilite actínica e fatores associados em  
pescadores de uma comunidade rural ribeirinha da Amazônia /  
Romyne Bastos Solano e Silva. - 2024.  
60 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): Juliana Vianna Pereira.  
Coorientador(a): Ana Paula Corrêa de Queiroz Herkrath.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas,  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Manaus, 2024.

1. Queilite. 2. Fatores socioeconômicos. 3. Saúde rural. 4.  
Ribeirinhos. I. Pereira, Juliana Vianna. II. Herkrath, Ana Paula  
Corrêa de Queiroz. III. Universidade Federal do Amazonas.  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia. IV. Título

---

**ROMYNE BASTOS SOLANO E SILVA**

**PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA E FATORES ASSOCIADOS EM  
PESCADORES DE UMA COMUNIDADE RURAL RIBEIRINHA DA  
AMAZÔNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Amazonas como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em odontologia.

Manaus, 25 de março de 2024

Banca Examinadora

.....  
Presidente: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Juliana Vianna Pereira - UFAM

.....  
Membro: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nikeila Chacon de Oliveira Conde - UFAM

.....  
Membro: Prof.<sup>o</sup> Dr. Fernando José Herkrath – ILMD/FIOCRUZ

---

## AGRADECIMENTOS

O mestrado fez parte de uma etapa da minha vida onde me reinventei e me redescobri, em meio a uma turbulência de acontecimentos. Decepionei a mim mesma, mas me orgulhei muito do meu esforço e do meu resultado, também. No processo de me descobrir como pesquisadora, me coloquei em situações que não imaginava que iria viver, que me fizeram sentir afortunada pelas experiências que estava podendo vivenciar. Em meio a inúmeros eventos que se decorreram nestes dois anos, minha base de apoio passou por muitas alterações, não só sofrendo perdas, mas trazendo para a minha vida pessoas maravilhosas que pude contar com a torcida. Em momentos onde desacreditei do meu potencial, fui alavancada. Em momentos onde ultrapassar meus limites estava sendo mais importante que o ser humano que existe em mim, fui lembrada de que para tudo há um jeito, e que a pressa realmente é a inimiga dos melhores resultados. Pude ter contato com realidades que me mostraram que ainda somos ignorantes frente aos privilégios, e pude ser lembrada que a ganância nunca deve ser reflexo de felicidade e realização. Assim como nesta pesquisa, a vida é um rio surpreendente. Nos conduz aos mais variados, misteriosos e inesperados caminhos, dentro de um universo onde encontramos pessoas que nos marcam profundamente.

Por isso, gostaria de agradecer imensamente à minha família e melhores amigos, a quem tenho como irmãos, por sempre me apoiarem e por sempre fazerem questão de me lembrar como são orgulhosos de mim.

Às amigas queridas que fiz no programa, por todos os momentos felizes que pudemos compartilhar, e pelos de tristeza também – Hoje posso afirmar, crescemos muito juntas. Obrigada pela amizade, acolhida e pelos momentos de descontração, tão necessários neste processo. Sinto sincero orgulho e torço do fundo do coração para que sejam felizes em qualquer caminho que escolham. Obrigada, muito obrigada.

À minha orientadora, professora Juliana Vianna, a quem admiro e olho com muito carinho, muito obrigada pelos conhecimentos compartilhados, por todos os momentos de compreensão e por todos os inúmeros momentos de sábias orientações. Obrigada por embarcar comigo na construção deste projeto e obrigada por não medir esforços para que pudéssemos fazer o nosso melhor dentro da nossa realidade. Espero que em seu coração

a senhora sempre saiba que é um grande exemplo para os seus alunos, e que saiba que, por mais que cruzemos caminhos de forma passageira, sempre lembraremos e falaremos da senhora com muito carinho, orgulho e admiração, por qualquer lugar que formos percorrer. Obrigada por aceitar fazer parte deste momento da minha vida. De coração.

À minha coorientadora, professora Ana Paula, e professor Fernando Herkrath, o meu mais sincero agradecimento por todo o apoio e orientação, desde o início da idealização deste projeto até a interpretação de cada resultado obtido. Sem os senhores, nada disso teria sido possível. Obrigada por depositarem sua confiança em mim e por nos ajudarem tanto.

Aos moradores da comunidade Boas Novas, por aceitarem apoiar e fazer parte de nossa pesquisa, por toda a hospitalidade, conversas e cafezinhos compartilhados. Levarei para sempre em minha memória o sorriso e alegria que sempre carregam e a forma simples como vivem a vida.

Ao Messias e seus pais, que além de toda a ajuda me guiando durante a pesquisa de casa em casa, ainda me cederam um quarto em sua residência e deliciosas refeições junto à sua família. Obrigada por todas as conversas, por todas as histórias compartilhadas, por todos os passeios e por toda a hospitalidade. Jamais esquecerei tal gentileza.

À Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, setor administrativo e corpo docente, muito obrigada pelo empenho, comprometimento e dedicação. Vocês, melhor dizendo, nós, somos uma segunda família. Aqui me sinto entre amigos e colegas que se olham sem medo de se olharem, e sobretudo, se apoiam. Obrigada à Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM, pelo suporte POSGRAD. À coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao PPGO-UFAM, obrigada pelo apoio e pela bolsa de estudos necessários para o desenvolvimento da pesquisa.

“A viagem pelo rio ainda é longa e muitos ainda serão os motivos para agradecer.”

## RESUMO

Este estudo avaliou a prevalência de queilite actínica em pescadores de uma comunidade rural ribeirinha da Amazônia e os fatores associados ao desenvolvimento dessa condição. Foi realizado um estudo transversal, de base domiciliar que avaliou o universo de pescadores do sexo masculino da comunidade Boas Novas, localizada no município de Careiro, Manaus, Amazonas. Foi aplicado questionário, por meio de entrevista, com a coleta de dados demográficos e condição socioeconômica; comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, consumo de álcool e o utilização de serviço de saúde bucal); e aspectos ocupacionais relacionados à queilite actínica (exposição solar acumulada em anos, exposição solar diária, uso de medidas fotoprotetoras). O questionário foi desenvolvido no aplicativo *Research Electronic Data Capture* (REDCap). A presença de queilite foi avaliada por meio de exame clínico da região dos lábios, tendo sido as lesões classificadas, de acordo com a severidade, em graus I, II ou III. Os dados foram exportados para o software Stata. Foi realizada análise descritiva e os fatores associados à queilite actínica foram identificados por análise de regressão de Poisson. Os pescadores tinham, em média, 41,68 anos de idade, sendo a maioria da cor/raça parda (53,57%), com renda média familiar mensal de R\$1750,57. Do total, 7,1% dos pescadores relataram ser tabagistas e 39,3% consumiam bebida alcoólica. A maioria não utilizou o serviço odontológico no último ano (67,86%), sendo que a última consulta foi realizada há mais de três anos por 35,71% dos pescadores. O tempo médio na atividade de pesca foi de 27,91 anos, com 9,86 horas diárias, em média. Aproximadamente metade deles (53,6%) trabalhava sete dias na semana. Dentre as medidas fotoprotetivas, observou-se que a grande maioria não utilizava protetor solar (75%) ou protetor labial (89,3%) e utilizava barcos ou canoas sem cobertura solar (85,7%). A prevalência de queilite actínica foi de 3,5% no Grau I, e 28,6% tanto no grau II como no III. A cor da pele branca e não ter ido ao dentista nos últimos três anos foram associados à maior prevalência da lesão, enquanto usar protetor solar labial foi um fator de proteção para a queilite actínica. Conclui-se que os pescadores da comunidade rural ribeirinha apresentaram alta prevalência de queilite actínica, principalmente em graus mais elevados de severidade. As medidas fotoprotetivas e o uso dos serviços de saúde bucal precisam ser garantidos, considerando sua associação com a ocorrência da lesão.

Palavras-chave: queilite, fatores socioeconômicos, saúde rural.

## ABSTRACT

This study evaluated the prevalence of actinic cheilitis in fishermen from a rural riverside community in the Amazon and the factors associated with the development of this condition. A cross-sectional, home-based study was carried out, evaluating the universe of male fishermen in the Boas Novas community, located in the municipality of Careiro, Manaus, Amazonas. A questionnaire was applied through an interview, collecting demographic data and socioeconomic status; health-related behaviors (smoking, alcohol consumption and use of oral health services); and occupational aspects related to actinic cheilitis (sun exposure accumulated over years, daily sun exposure, use of photoprotective measures). The questionnaire was developed using the Research Electronic Data Capture (REDCap) application. The presence of cheilitis was assessed through clinical examination of the lip region, and the lesions were classified, according to severity, into grades I, II or III. The data were exported to Stata software. Descriptive analysis was performed and factors associated with actinic cheilitis were identified using Poisson regression analysis. The fishermen were, on average, 41,68 years old, with the majority being brown (53,57%), with an average monthly family income of R\$1750,57. Of the total, 7,1% of fishermen reported being smokers and 39,3% consumed alcoholic beverages. The majority did not use the dental service in the last year (67,86%), with the last visit being carried out more than three years ago by 35,71% of the fishermen. The average time in fishing activity was 27,91 years, with 9,86 hours per day, on average. Approximately half of them (53,6%) worked seven days a week. Among the photoprotective measures, it was observed that the vast majority did not use sunscreen (75%) or lip balm (89,3%) and used boats or canoes without sun coverage (85,7%). The prevalence of actinic cheilitis was 3,5% in Grade I, and 28.6% in Grades II and III. White skin color and not having been to the dentist in the last three years were associated with a higher prevalence of the lesion, while using lip sunscreen was a protective factor for actinic cheilitis. It is concluded that fishermen from the rural riverside community had a high prevalence of actinic cheilitis, especially at higher degrees of severity. Photoprotective measures and the use of oral health services need to be guaranteed, considering their association with the occurrence of the injury.

Keywords: cheilitis, socioeconomic factors, rural health.

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos participantes

Tabela 2 – Comportamentos relacionados à saúde dos pescadores

Tabela 3 – Uso dos serviços de saúde bucal pelos pescadores

Tabela 4 – Características ocupacionais dos pescadores ribeirinhos

Tabela 5 – Classificação clínica da queilite actínica nos pescadores

Tabela 6 – Características clínicas de acordo com a severidade da queilite actínica

Tabela 7 – Associação entre queilite actínica e características socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde, uso dos serviços de saúde bucal e características ocupacionais dos pescadores ribeirinhos

Figura 1 – Mapa do Estado do Amazonas, em destaque o município de Careiro

Figura 2 – Ribeirinhos no Lago Janauacá

Figura 3 – Mapa de setores censitários do município de Careiro, indicando com marcador fixo a comunidade de Boas Novas

Figura 4 – Vista da comunidade Boas Novas

Figura 5 – Acesso às moradias flutuantes através de rabetas

Figura 6 – Acesso às moradias terrestres

Figura 7 – Barco destinado à atividade de pesca com cobertura

Figura 8 – Queilite actínica nos graus I, II e II

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAEE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética  
CEC – Carcinoma de Células Escamosas  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CPO-D – Número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados  
DPMO – Desordens Potencialmente Malignas Orais  
ESFF – Equipe de Saúde da Família Fluvial  
ESFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
MS – Ministério da Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
REDCap – Research Electronic Data Capture  
RUV – Raios ultravioletas  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFAM – Universidade Federal do Amazonas  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
INCA – Instituto Nacional de Câncer  
UV – Ultravioleta  
UVB – Raio ultravioleta B

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	13
2.1 Caracterização da queilite actínica	13
2.2 Caracterização da saúde rural	18
<b>3 OBJETIVOS</b>	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos Específicos	25
<b>4 METODOLOGIA</b>	26
4.1 Desenho do estudo	26
4.2 Caracterização da área de estudo	26
4.3 População de estudo	29
4.4 Critérios de elegibilidade	29
4.5 Treinamento e calibração	29
4.6 Coleta de dados	30
4.7 Princípios éticos	31
4.8 Análise dos dados	31
<b>5 RESULTADOS</b>	32
<b>6 DISCUSSÃO</b>	39
<b>7 CONCLUSÃO</b>	43
<b>REFERÊNCIAS</b>	44
<b>APÊNCICES</b>	50
<b>ANEXOS</b>	59

## 1 INTRODUÇÃO

A queilite actínica, também conhecida como queilose solar, ceratose actínica, ceratose solar, queilose actínica e ceratose actínica do lábio, resulta de danos causados pelo sol e afeta áreas expostas dos lábios, mais comumente a borda do vermelhão do lábio inferior (Seoane, Warnakulasuriya *et al.*, 2021). A lesão é considerada uma desordem potencialmente maligna, considerando o risco aumentado para desenvolvimento de carcinoma de células escamosas de lábio (Warnakulasuriya, Kujan *et al.*, 2020).

Consistindo em uma reação inflamatória dos lábios, a queilite actínica possui apresentação variável de áreas atróficas, erosivas e placas brancas, além de descamação, ressecamento, rachaduras, úlceras e displasias, sendo definida como uma condição degenerativa do epitélio de revestimento causada pela exposição contínua à radiação ultravioleta do sol nos lábios (Warnakulasuriya, Kujan *et al.*, 2020). O epitélio escamoso do vermelhão labial pode se apresentar hiperplásico ou atrófico e apresentar maturação desordenada, com graus variados de queratinização, atipia citológica e aumento da atividade mitótica ao exame microscópico. O tecido conjuntivo subjacente geralmente apresenta degeneração basofílica do colágeno e elastose (Pindborg, Reichart *et al.*, 1997). Um diagnóstico provisório pode ser feito com bases clínicas, no entanto, o diagnóstico definitivo requer biópsia (Warnakulasuriya, Johnson *et al.*, 2007).

Quando não tratada e persistindo a exposição contínua à radiação solar, a lesão pode evoluir para o carcinoma de células escamosas (CEC), que é o tipo de câncer mais frequente na cavidade bucal, além de representar a quinta neoplasia mais prevalente entre os homens no Brasil (Montero e Patel, 2015; INCA, 2022). Atualmente, a taxa de transformação maligna da queilite actínica é de 3,07% (Dancyger, Heard *et al.*, 2018). Por outro lado, uma revisão sistemática evidenciou que algum grau de displasia epitelial está presente em 60,5% dos casos de queilite actínica, e 25% dos diagnósticos clínicos são histologicamente carcinoma de células escamosas de lábio (Mello, Melo *et al.*, 2019).

O principal fator de risco para o desenvolvimento de queilite actínica é a exposição crônica, prolongada e excessiva de radiação ultravioleta, especialmente a UVB, a qual causa danos progressivos ao epitélio labial (Warnakulasuriya, Kujan *et al.*, 2020). Além disso, fatores adicionais foram apontados, incluindo indivíduos com pele clara, idade avançada, ocupação e atividades de lazer com exposição solar intensa, latitude geográfica de residência, sexo masculino, predisposição genética e imunossupressão (Rodríguez-Blanco, Flórez *et al.*, 2018; Vasilovici, Ungureanu *et al.*, 2022). Adicionalmente, o estilo

de vida, como tabagismo, consumo excessivo de álcool e má alimentação, além de baixo nível socioeconômico e analfabetismo também foram apontados como fatores que contribuem para a prevalência ou gravidade da lesão (Moreira, Assaf *et al.*, 2021; Vasilovici, Ungureanu *et al.*, 2022)

Dados de um estudo retrospectivo realizado em biópsias obtidas de 1953 a 2018 em 10 centros brasileiros de patologia bucomaxilofacial mostraram que a maioria dos casos de queilite actínica ocorre em indivíduos do sexo masculino (>70%), pessoas de pele clara (>87%) com média de idade de  $54.8 \pm 18.7$  anos (Silva, de Arruda *et al.*, 2020). Observou-se também que a lesão é mais frequente em agricultores (18,5%), trabalhadores da construção civil (11,6%), pescadores (9,7%) e motoristas (7,8%) (Mello, Melo *et al.*, 2019).

A prevalência da queilite actínica pode variar entre as populações (Warnakulasuriya, Kujan *et al.*, 2020). Uma revisão sistemática mostrou uma prevalência global de 2,08% (Mello, Miguel *et al.*, 2018). No entanto, estudos realizados em populações que participam de atividades ao ar livre mostram prevalência mais elevada: 11,4% em pescadores brasileiros (de Oliveira Ribeiro, da Silva *et al.*, 2014), 15,5% em trabalhadores de praias do nordeste brasileiro (de Souza Lucena, Costa *et al.*, 2012), 12% (Faria, Silva *et al.*, 2022) e 34,6% (Moreira, Assaf *et al.*, 2021) em trabalhadores rurais, também no Brasil.

Notoriamente, dados sobre queilite actínica na região norte do Brasil são escassos e precisam ser estudados. O norte do Brasil, mais especificamente as populações rurais e ribeirinhas da Amazônia, ainda carecem de maiores levantamentos na literatura no que diz respeito à saúde destes indivíduos e características da diversidade social regional, as quais influenciam fortemente na percepção do processo saúde-doença e no acesso e uso dos serviços de saúde, não apenas em casos de emergência (Garnelo, Parente *et al.*, 2020; Herkrath, Vettore *et al.*, 2020). Estudos mostram que indivíduos residentes em comunidades socialmente mais carentes não só têm um menor acesso aos serviços de saúde, como também apresentam um estado de saúde pior quando comparados a comunidades mais privilegiadas. Tal realidade reflete na saúde bucal dessas populações que, devido ao acesso limitado a serviços odontológicos, apresentam saúde bucal mais precária, com um grande número de indivíduos que nunca receberam qualquer tipo de atendimento odontológico (Garnelo, Parente *et al.*, 2020; Herkrath, Vettore *et al.*, 2020; Luo, Wu *et al.*, 2021).

Considerando que os pescadores foram apontados como umas das populações de elevada prevalência de queilite actínica (Mello, Melo *et al.*, 2019), que atualmente a pesca artesanal representa umas das atividades mais importantes para a população do Estado do Amazonas, gerando ocupação e renda aos moradores dos municípios e ribeirinhos (IDAM, 2022), e que cerca de 95% dos casos de carcinoma de células escamosas de lábio podem ter sido precedidos pela lesão de queilite actínica (Miranda, Ferrari *et al.*, 2011), justifica-se o estudo da prevalência desta lesão em pescadores da região Amazônica, bem como a investigação de fatores a ela associados.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Caracterização da queilite actínica

As Desordens Potencialmente Malignas Orais (DPMO) compreendem às doenças da mucosa que podem preceder o carcinoma oral de células escamosas (Warnakulasuriya, Johnson *et al.*, 2007; 2014; WHO, 2019). Várias lesões são listadas como DPMO e a queilite actínica é uma delas (Warnakulasuriya, Kujan *et al.*, 2020). A queilite actínica é uma lesão resultante de danos causados pelo sol e que afeta áreas expostas dos lábios, mais comumente a borda vermelha do lábio inferior, com apresentação variável de áreas atróficas e erosivas e placas brancas (Warnakulasuriya, Kujan *et al.*, 2020). Tem maior ocorrência em trabalhadores rurais devido ao excesso de radiação solar durante o trabalho e a ausência de utilização de métodos de prevenção, como protetor solar (Dancyger, Heard *et al.*, 2018; Rodriguez-Archilla e Irfan-Bhatti, 2021). O sexo masculino e indivíduos leucodermas são os mais frequentemente acometidos. As lesões surgem inicialmente de forma assintomática, entretanto, descamação, prurido, sensação de secura e queimação podem ocorrer. Clinicamente apresentam-se como áreas leucoplásicas associadas a áreas eritematosas onde podem surgir úlceras, crostas e áreas sangrantes. O lábio perde sua elasticidade natural e contorno (Miranda, Ferrari *et al.*, 2011; Vasilovici, Ungureanu *et al.*, 2022).

Os lábios são estruturas anatômicas de grande valor estético e estão sujeitos a fatores extrínsecos e intrínsecos responsáveis pelo envelhecimento, estando expostos ao meio ambiente, aos alimentos, a agentes irritativos como álcool e tabaco e, particularmente, aos efeitos advindos da exposição solar, dado que sua localização anatômica é de máxima exposição, fazendo com que esta parte do corpo humano seja alvo de doenças inflamatórias, autoimunes, infecciosas, desordens potencialmente malignas e tumores (Philipp-Dormston, Hilton *et al.*, 2014).

A queilite actínica, devido sua direta associação com a radiação solar, é frequentemente mais observada em países tropicais, onde há maior incidência de raios ultravioletas (RUV). Dessa forma, países e estados que estão mais próximos da linha do equador são mais susceptíveis a maiores índices de aparecimento de lesões. O Brasil, por exemplo, é um país que recebe uma grande quantidade de raios ultravioletas, possuindo valores elevados em latitudes geográficas menores, em estações mais quentes, em horários específicos do dia e em diferentes condições, sendo as regiões Norte e Nordeste

do país as que apresentam maiores doses cumulativas de radiação solar em comparação com as regiões Sul e Sudeste (Corrêa, 2015).

Por ter exposição solar intensa, o Brasil é um país onde o câncer de lábio assume grande importância, já que os raios solares constituem o principal fator de risco para o desenvolvimento do carcinoma de células escamosas de lábio. Além disso, por ser um país tropical, onde muitos indivíduos garantem seu sustento e de suas famílias através de trabalho sob exposição solar crônica, isto pode vir a gerar danos irreversíveis, principalmente associado ao não uso de fatores de proteção (Rafael Junior, Oliveira *et al.*, 2020).

Indivíduos leucodermas, do sexo masculino, com idade superior a 40 anos e que sofreram/sofrem exposições constantes aos raios solares são mais acometidos por queilite actínica por frequentemente exercerem atividades que envolvem exposição crônica aos raios UV e serem menos propensos a usar protetor labial com filtro solar ou batom protetor. A menor frequência entre os indivíduos de pele negra ocorre pelo efeito protetor da melanina, e em mulheres explica-se devido à maior inclinação a aplicar protetor solar e batom protetor que os homens (Dancyger, Heard *et al.*, 2018; Rodríguez-Blanco, Flórez *et al.*, 2018; Rodriguez-Archilla e Irfan-Bhatti, 2021). Além da inclinação em leucodermas, há maior incidência em anormalidades genéticas, como o albinismo e a síndrome de Rothmund, e em indivíduos que estejam com sua imunidade comprometida, como pacientes transplantados, os quais teriam maior risco de desenvolvimento de câncer. Além destes, outros fatores que podem ser apontados são hábitos de vida pouco saudáveis, má alimentação, etilismo e tabagismo, predisposição genética, menor nível socioeconômico (Moreira, Assaf *et al.*, 2021; Vasilovici, Ungureanu *et al.*, 2022).

O diagnóstico da queilite actínica é realizado, na maioria das vezes, através de anamnese criteriosa, exame clínico detalhado, contendo questionamentos sobre sintomas, ocupação do indivíduo, tempo de evolução da lesão e possíveis fatores de risco associados (Vasilovici, Ungureanu *et al.*, 2022). O diagnóstico clínico da queilite actínica em estágios moderados e avançados deve ser confirmado através de exames e análise histopatológica, onde será realizada biópsia incisional para detectar o estágio em que a patologia se encontra e descartar diagnósticos diferenciais, dos quais destacam-se leucoplasias, eritroplasias, líquen plano, carcinoma epidermóide, lúpus eritematoso, queimaduras, herpes recorrente, ressecamento labial, queilite irritativa, idiopática e granulomatosa (Lugović-Mihić, Pilipović *et al.*, 2018). Além da biópsia, exames complementares podem ser utilizados, como o teste pelo iodo de Schiller, realizado com

aplicação de tintura de iodo na lesão e análise imediata do resultado, onde, em caso de malignidade, a lesão não cora (Tommasi, 2013).

Cerca de 3,07% dos casos de queilite actínica podem sofrer transformação maligna para carcinoma de células escamosas (CEC) (Dancyger, Heard *et al.*, 2018), onde estima-se que 95% dos casos registrados desta malignidade em lábios tenha origem da queilite actínica. Por conta disto, o diagnóstico precoce é de grande importância para um tratamento ideal e um bom prognóstico do indivíduo acometido. O tratamento para pacientes diagnosticados com CEC necessita de uma abordagem muito mais invasiva, com maior risco de mutilação e maior complexidade, enfatizando-se a importância da prevenção e do diagnóstico precoce das lesões, com intervenção em estágios iniciais para redução de mortalidade e morbidade (MacCarthy, Flint *et al.*, 2011).

Muitos métodos preventivos contra a queilite actínica são citados na literatura, incluindo a utilização de fatores de proteção labial, conscientização da população acerca do autocuidado, e esclarecimentos sobre os malefícios do sol, além do uso de chapéus com abas largas para proteção (Savage, McKay *et al.*, 2010; Rodriguez-Archilla e Irfan-Bhatti, 2021; Lucena, Santos *et al.*, 2022), embora uma metanálise tenha evidenciado que o uso de protetores solares e bonés/chapéus para proteção solar foram fatores sem influência significativa no risco para queilite actínica (Rodriguez-Archilla e Irfan-Bhatti, 2021). Um estudo mostrou que campanhas educativas de prevenção não alcançaram o efeito desejado pois observou-se que apenas uma minoria da população colocou em prática o que lhes foi exposto, além do fato de que a grande maioria dos indivíduos considerava o protetor solar como um item de luxo (Migliari, Birman *et al.*, 2005).

A queilite actínica apresenta-se clinicamente de duas formas, aguda e crônica. A forma aguda ocorre logo após exposição excessiva à radiação UV, sendo caracterizada por edema, vermelhidão moderada e vesículas. Seu mecanismo patogênico consiste em reação fototóxica com aumento de temperatura do tecido que provoca vasodilatação, edema e eritema seguidos de descamação, surgimento de vesículas, fissuras e ulcerações, caracterizando a forma mais severa e que leva o indivíduo a ter desconfortos durante fala e alimentação (Lugović-Mihić, Pilipović *et al.*, 2018). Já a forma crônica é uma alteração cumulativa e que se torna irreversível, onde o lábio apresenta-se ressecado e atrófico com áreas discrômicas, placas brancas ou acinzentadas e erosões recorrentes, sendo geralmente assintomático, porém podendo ocorrer sensação de dormência, dor e queimação. Observa-se descamação persistente, sensação de secura, perda da linha de demarcação entre o vermelhão do lábio e da pele, com o tecido imediatamente abaixo do

lábio tornando-se espesso. Com o tempo, este espessamento do tecido torna-se mais evidente, assim como o eritema, a hiperqueratose e surgimento de pequenas úlceras com recuperação demorada. Tais lesões eritematosas que deixam áreas mais proeminentes, endurecidas e úlceras que não cicatrizam, assim como placas brancas, devem ser analisadas com cautela clínica e histopatológica, devido inclinação de transformação maligna (Vasilovici, Ungureanu *et al.*, 2022).

Histologicamente, a queilite actínica é caracterizada por um epitélio escamoso estratificado atrófico com produção acentuada de queratina, acúmulo de fibras basofílicas na parte superior do tecido conjuntivo e degeneração do colágeno. Encontra-se também vários graus de displasia epitelial e leve infiltrado celular inflamatório crônico subjacente ao epitélio displásico. O tecido conjuntivo subjacente apresenta uma banda de alterações amorfas, acelulares e basofílicas conhecidas como elastose solar, que são alterações nas fibras colágenas e elásticas induzidas pela luz UV (Cavalcante, Anbinder *et al.*, 2008).

Tanto nas lesões agudas como crônicas, o tratamento tem como objetivo interromper a progressão da lesão. No caso das lesões agudas, recomenda-se ao paciente que evite exposições prolongadas ao sol sem proteção e uso de protetor solar e protetor labial com filtro solar. Já no caso de lesões crônicas, onde muitas das alterações são irreversíveis, recomenda-se ao paciente o uso de filtro solar e mudanças nos hábitos de exposição ao sol para evitar a progressão das lesões e desenvolvimento do CEC. Para o tratamento das lesões no estado crônico, a literatura é variada, incluindo regimes tópicos: aplicação tópica de fluorouracila, imiquimod 5% e diclofenaco 3% em ácido hialurônico 2,5%, mebutato de ingenol 0,015% e ácido tricloroacético; terapia fotodinâmica (PDT); ablação com laser de CO<sub>2</sub>; além da vermelhectomia (Bakirtzi, Papadimitriou *et al.*, 2021; Trager, Farmer *et al.*, 2021). Resultados mais favoráveis, com menor número de recorrências, foram observados na ablação com laser de dióxido de carbono e na vermelhectomia (Trager, Farmer *et al.*, 2021).

A literatura aponta dados preocupantes quanto à prevalência de queilite actínica em trabalhadores rurais (Moreira, Assaf *et al.*, 2021). Um estudo analisou 1539 funcionários de uma usina de cana de açúcar no interior do Paraná que trabalhavam constantemente expostos ao sol, onde encontrou-se 141 casos de queilite actínica em graus variados (9,16%), dos quais 128 eram indivíduos de pele branca e 106 do sexo masculino (Miranda, Ferrari *et al.*, 2011). Já estudo realizado em 240 trabalhadores rurais em uma região do estado de Sergipe teve como resultados que 16,7% dos indivíduos pesquisados possuíam queilite actínica, mostrando grande associação entre a presença da

lesão em indivíduos do sexo masculino, com pele branca, idade acima dos 50 anos e tabagistas (Martins-Filho, 2010). Além disso, todas as lesões encontradas localizavam-se no lábio inferior. O estudo realizado em uma população de 1385 fazendeiros com o objetivo de determinar a prevalência de lesões potencialmente malignas, detectou a queilite actínica como a mais prevalente (28,4%), seguida de leucoplasia (2,3%) (Ferreira, de Souza Lucena *et al.*, 2016). A prevalência em trabalhadores rurais no interior do Rio de Janeiro foi de 34,6%, principalmente em indivíduos com idade avançada, pele branca, analfabetos e aqueles com menor escolaridade (Moreira, Assaf *et al.*, 2021).

Em 2017, critérios clínicos foram propostos para classificar as diferentes lesões da queilite actínica. Os autores sugeriram quatro graus de severidade: grau I, caracterizado por secura e descamação no vermelhão dos lábios; grau II, com presença de atrofia na borda do vermelhão labial, apresentando superfícies pálidas com erupções e limite borrado entre a borda do vermelhão labial e a pele, sendo este limite melanótico diferente de efélides e outras lesões pigmentadas; grau III, com presença de áreas ásperas e escamosas nas partes mais secas do vermelhão labial e de áreas hiperkeratóticas, principalmente quando se estendem para a mucosa úmida do lábio; e grau IV, onde ulcerações estão presentes em uma ou mais áreas do vermelhão do lábio ou leucoplasias, principalmente em áreas traumatizadas devido ao histórico de consumo de cigarros. Estas lesões podem sugerir que um processo de malignização está em progresso, especialmente quando estão acompanhadas de áreas endurecidas à palpação (Poitevin, Rodrigues *et al.*, 2017).

Mais recentemente, outro índice clínico foi proposto de acordo com a severidade da lesão. A queilite actínica foi caracterizada em leve (Grau 1) na presença de secura dos lábios, presença de áreas pálidas e mancha branca. A lesão foi caracterizada em moderada (Grau 2) quando apresentava descamação, atrofia labial, placas brancas, manchas ou placas brancas e vermelhas, eritema e erosão. O estágio mais avançado, classificado em queilite actínica grave (Grau 3) foi caracterizado por perda da demarcação entre o lábio e a pele, perda de elasticidade labial, fissura, ulceração, crostas, endurecimento e sangramento (Medeiros, Lopes *et al.*, 2022).

## 2.1 Saúde da população rural amazônica

O estado do Amazonas é o maior estado brasileiro em extensão territorial e a maior unidade federativa do Brasil, possuindo 1.559.255,881 quilômetros quadrados e sendo composto por 62 municípios, divididos por grandes massas de água doce proveniente da maior rede hidrográfica do mundo e detendo 98% de sua cobertura florestal preservada. A região amazônica é conhecida pela sua vasta extensão vegetativa, a floresta amazônica, com grande variedade de fauna e flora entrecortadas por rios, paranás, lagos e igarapés, os quais formam a bacia hidrográfica amazônica. A sua população, estimada em 3.941.613 habitantes, possui distribuição espacial muito desigual em todo o estado, concentrando-se fortemente no perímetro urbano da capital Manaus, e nas cidades sedes dos municípios do interior. O Estado é caracterizado por conter um dos mais baixos índices de densidade demográfica no país, equivalente a 2,53 habitantes por quilômetro quadrado, com uma população composta por pardos, brancos e indígenas em sua maioria (IBGE, 2022).

As distâncias para acesso, comunicação e contato com as comunidades mais distantes da capital chegam a extensões muito longas, sendo a viagem pelos rios o único acesso possível para uma grande parcela dos municípios do interior do estado. Por exemplo, no percurso fluvial Manaus-Cruzeiro do Sul (na fronteira com o estado do Acre) são percorridos 3918,75 quilômetros através dos rios Solimões e Juruá, em uma viagem que pode levar de dezoito dias a até um mês, dependendo do tipo de embarcação e da época do ano, se está em período de cheia ou vazante dos rios. Em períodos de grande seca, algumas comunidades chegam a ficar inacessíveis por via fluvial, necessitando de auxílio por via aérea (Pontes, 2009).

Em toda a extensão do estado existem apenas 6.199 km de estradas, entre rodovias federais, estaduais e municipais, sendo apenas 1.704 km pavimentadas (MT, 2005). Não existe nenhum sistema de transporte ferroviário e o transporte aéreo conta com aeroportos e pistas de pouso regulamentadas em apenas 13 dos 62 municípios amazonenses (Barcelos, Borba, Carauari, Coari, Eirunepé, Lábrea, Manaus, Manicoré, Maués, Parintins, São Gabriel da Cachoeira, Tabatinga e Tefé); sendo o acesso ao restante dos municípios e comunidades do estado por via fluvial, através das grandes hidrovias e pequenos rios e igarapés que entrelaçam o território. Somando apenas a extensão navegável dentro do estado, dos rios Amazonas, Negro, Solimões, Madeira, Purus e Juruá, têm-se 11.198 km (Pontes, 2009).

Além de muito importante para o acesso entre comunidades, o transporte fluvial no Amazonas faz-se essencial também no suprimento de alimentos, remédios e combustível para estas comunidades e entre os municípios; no transporte da produção agrícola, industrial, do pescado e dos produtos do interior para a capital. É muito importante também possibilitando o acesso às escolas e serviços de saúde para a população ribeirinha, além do deslocamento populacional, e suprimento de energia elétrica em sessenta dos sessenta e dois municípios do estado, sendo a maior parte da energia obtida através da queima de óleo diesel em usinas e geradores termelétricos (Pontes, 2009).

Os ribeirinhos são aqueles indivíduos que vivem e dependem fundamentalmente do rio na margem em que habitam, tirando deste suas necessidades básicas de alimentação, transporte, trabalho e subsistência. Na Amazônia, diz-se que o rio comanda a vida dos ribeirinhos. Isso se dá porque as rotinas de trabalho e subsistência são determinadas pelo ritmo das enchentes e vazantes dos rios, ou seja, nos meses de águas baixas, por exemplo, é a época em que as várzeas dos rios ficam favoráveis para a agricultura, sendo a época em que os ribeirinhos realizam plantio de mandioca, feijão, melão, melância, batata doce, cará e juta, que devem ser colhidos antes que o rio alague novamente. Já no período das cheias, os peixes são abundantes e as mercadorias são levadas para serem comercializadas nas cidades mais próximas (Rocha, Araújo *et al.*, 2021).

Algumas comunidades ribeirinhas do interior do Amazonas estão há enormes distâncias dos demais municípios e principalmente da capital. Suas distâncias não são contadas em quilômetros ou milhas, mas em dias e até semanas de viagem de barco. Dessa forma, o acesso aos serviços de saúde torna-se precário nestas regiões do interior, especialmente para as comunidades ribeirinhas, as quais precisam ou se deslocar até o município mais próximo com atendimento em postos de saúde, ou aguardar a chegada de barcos ou navios-hospitais das forças armadas, das secretarias de saúde ou de Organizações não Governamentais – ONG's, que oferecem atendimento médico e odontológico, porém, de forma esporádica (Rocha, Araújo *et al.*, 2021).

Os custos de deslocamento até os municípios mais próximos costumam ser altos para os ribeirinhos, findando com que estes busquem atendimento apenas em situações de maior urgência (Herkrath, Vettore *et al.*, 2020). Em reportagem publicada por Xavier e Dutra, em 2005, foi relatada a ausência do SUS na prestação dos serviços de saúde para as comunidades ribeirinhas do rio Tapajós, com a observação de que o controle de

epidemias, distribuição de vacinas e medicamentos eram realizados por ONG's e igrejas. Em algumas comunidades, a frequência da visitação de barcos do SUS chegava a apenas duas vezes ao ano, o que impossibilitava maiores acompanhamentos médicos e odontológicos, além de trabalho educativo de prevenção de doenças, possibilitando apenas ações emergenciais (Pontes, 2009).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 2005, referentes ao acesso e utilização de serviços de saúde, mostraram que três eram as principais barreiras que justificavam a não procura de serviços de saúde pelas pessoas: barreira financeira (23,8%), demora no atendimento (18,1%) e barreiras geográficas (12,7%). Contudo, tal pesquisa não realizou levantamento de dados em áreas rurais de todos os estados do norte, como o Amazonas, portanto não retratando a realidade de acesso em tais regiões (Pontes, 2009).

No Brasil, a política nacional de saúde preconiza a “universalidade” como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), porém o acesso a serviços de saúde bucal ainda é muito restrito a algumas regiões, onde desigualdades regionais são marcantes, estando as regiões Norte e Nordeste em pior situação em relação a saúde bucal se comparadas às demais regiões do país, diferença esta que também pode ser visualizada quando se compara o interior e a capital dos estados. Além disso, observam-se também desigualdades socioeconômicas que se refletem na utilização de serviços de saúde bucal (Barros, Bertoldi, 2022). A proporção de dentes cariados é sensivelmente maior nas regiões Norte e Nordeste, enquanto que a de dentes restaurados é maior nas regiões Sudeste e Sul, por exemplo (Carvalho, Passos et al., 2014).

Mesmo que saúde seja um direito assegurado pela Constituição Federal Brasileira em seu artigo 196 (Brasil, 1988), mesmo com a gratuidade, o acesso não é garantido ainda a todos os cidadãos em qualquer localidade, o que se justifica principalmente pela falta de meios físicos, materiais e mãos de obra que sejam capazes de atender a região ribeirinha do Amazonas. Em estudo realizado em São José, na Vila Arara – Amazonas, verificou-se que existe o funcionamento da Unidade de Saúde da Família com todo o aporte básico para tratamento médico e odontológico, porém, o cirurgião dentista visitava a comunidade apenas uma semana por mês, sendo funcionário de outro município, Caapiranga. Tais visitas programadas não eram suficientes para prevenir ou controlar as doenças bucais das comunidades ribeirinhas (Rocha, Araújo *et al.*, 2021).

Historicamente, populações das zonas rurais em todo o mundo não possuem condições favoráveis à melhoria da qualidade de vida, o que inclui o acesso a educação,

saúde, água potável e saneamento. De acordo com o relatório de Metas de Desenvolvimento do Milênio, de 2015, foi apontado que nas populações rurais de países em desenvolvimento, as crianças têm quatro vezes mais chances de não frequentarem escolas, e as taxas de mortalidade são quase duas vezes mais elevadas em relação às crianças de famílias com condições econômicas favoráveis. No que diz respeito ao baixo nível econômico dos ribeirinhos, leva-se em conta o impacto de qualquer problema de saúde e o peso econômico sobre o indivíduo e sua família. Deve-se considerar a distância para acesso aos serviços de saúde (média de 60 km), duração da viagem, custos com deslocamento e, nos casos de internações, os custos com hospedagem e alimentação (pois a maioria dos ribeirinhos não possuem residência na zona urbana), e o impacto provocado pela necessidade de se interromper as atividades de agricultura e pesca quando estas muitas vezes são as únicas fontes de renda nas comunidades. A soma destas questões pode afetar a renda já limitada dos ribeirinhos e o desfecho dos seus problemas de saúde, sejam estes de ordem bucal ou não, forçando os mesmos a recorrerem a recursos disponíveis nas próprias comunidades, o que pode agravar o problema de base numa tentativa de solucioná-lo ou de amenizar o quadro e postergar a procura pelo serviço de saúde na expectativa de melhoria do quadro (Guimarães *et al.*, 2020).

Uma análise da prevalência de cárie em duas comunidades ribeirinhas do estado do Pará indicou que fatores como a desigualdade social manifestam-se através de um número maior de dentes cariados nessas comunidades em comparação com o restante do Brasil, justificando a necessidade de maiores tratamentos e ações de prevenção mais intensivas. Tal análise observou também que áreas carentes como vilas, comunidades e cidades com menor renda têm piores condições bucais (como maiores índices de cárie), o que está relacionado à baixa renda familiar e baixo IDH (Rocha, Araújo *et al.*, 2021). No estudo realizado em Vila da Arara – Amazonas, a realidade encontrada é a mesma, sendo evidente que a prevenção e o tratamento odontológico são extremamente escassos, justificando a realidade encontrada: todas as idades têm problemas de saúde bucal, desde acúmulo de placa bacteriana, passando por números alarmantes de cárie dental, necessidade de próteses e etc. (Rocha, Araújo *et al.*, 2021). Observou-se que as condições de saúde bucal da população afetada se dão pela falta de cuidado preventivo, inexistência de água fluoretada para consumo e alimentação com potencial cariogênico frequente (Cazotti, Francisco *et al.*, 2012).

Segundo este mesmo estudo realizado em São José - Vila Arara no Amazonas, observou-se que o CPO-D na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 7,51, sendo mais alto que

o restante da região Norte e muito superior ao da mesma faixa etária na região Sudeste, que é de 1,72, o menor índice do país. Já na faixa etária de 35 a 44 anos, de acordo com o Ministério da Saúde, SB Brasil 2010, os dentes cariados são poucos em face dos perdidos e obturados, enquanto que os acometidos por cárie são correspondentes a uma pequena parte dos dados, sendo o CPO-D da média brasileira para esta faixa de 16,75. Segundo estudo realizado em São José do Araras – Amazonas, encontrou-se níveis de 25,3, bem acima da média nacional. Tal disparidade justifica-se pelo alto número de perdidos em São José, responsável por aproximadamente 70% dos casos, sendo o restante dividido entre obturado eariado. Por último, na observação de 65 a 74 anos, o estudo obteve valor de 30,4, justificado principalmente pelo componente perdido e uma pequena expressão deariado, sem dados de obturados. A média brasileira nesta faixa está abaixo desta faixa, girando em torno de 27,53 (Rocha, Araújo *et al.*, 2021).

As populações das regiões Norte e Nordeste apresentam-se como aquelas comunidades que mais sofrem por falta de atendimento odontológico e dificuldades de acesso a centros de tratamento. Em algumas populações ribeirinhas, 16,52% dos jovens de 15 a 19 anos nunca foram atendidos, e dos que obtiveram atendimento alguma vez na vida, 40% procuraram o dentista apenas em caso de dor dente (Pontes, 2009). Um estudo recente avaliou a utilização de serviços odontológicos por adultos residentes em 38 áreas rurais ribeirinhas da margem esquerda do Rio Negro, Manaus – AM, cobertas por Equipes Fluviais de Saúde da Família. Os autores observaram que aproximadamente um quarto dos indivíduos não utilizou serviços dentários nos últimos 3 anos ou nunca os utilizou. O estudo constatou que indivíduos edêntulos, insatisfeitos com sua saúde bucal e aqueles com menor escolaridade tiveram menor probabilidade de utilizar serviços odontológicos, enquanto indivíduos que vivenciaram dor dentária procuraram mais frequentemente serviços odontológicos, sugerindo que o modelo de atenção à saúde oferecido a essa população precisa ser reorganizado (Cordeiro, Herkrath *et al.*, 2024). Em contrapartida, no Sul, apenas 5,37% dos jovens nesta faixa nunca foram atendidos, e quase metade dos que já foram atendidos (47,4%) procuraram o dentista pela última vez para consultas de rotina ou manutenção. Tal cenário reflete uma procura tardia por tratamento na região Norte, o que leva à perda dentária precoce, justificando que adolescentes desta região possuem maior necessidade de algum tipo de prótese dentária, incluindo a total. De uma maneira geral, a população dessa região também apresenta maiores necessidades de tratamento restaurador, tratamento pulpar e extrações (Brasil, 2004).

Diante às condições bucais dos moradores ribeirinhos e dificuldades geográficas na região Norte, os mesmos relataram conviver constantemente com saúde bucal precária, principalmente dor e perda dentária prematura. A dor é um sinal que causa desordem, fazendo com que os indivíduos das comunidades a enfrentem utilizando conhecimentos de ordem científica ou de maneira empírica através, por exemplo, de automedicação e condutas sem comprovação científica, como a aplicação de curativos utilizando raízes, seiva de plantas ou até mesmo esfregando substâncias que têm ação no dente dolorido de acordo com a crença popular (Rocha, Araújo *et al.*, 2021).

Algumas estratégias pelo governo brasileiro foram direcionadas a fim de diminuir a desigualdade de acesso à saúde que as populações mais vulneráveis, como as populações ribeirinhas da Amazônia, enfrentam. Uma delas foi o Programa Mais Médicos, criado em 2013 com o objetivo de suprir as necessidades de médicos nas regiões vulneráveis do Brasil. Neste mesmo ano, a região Norte foi a que apresentou a menor relação de médicos para cada 1000 habitantes, realidade esta agravada sobretudo no interior do Amazonas, onde a relação é 10 vezes menor quando comparada à capital Manaus. Outra estratégia que traria avanços no acesso a saúde pelas populações ribeirinhas foi a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), onde os municípios da Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul podem optar entre dois arranjos organizacionais para Equipes de Saúde da Família: as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e as Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), devendo ser compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e de seis a 12 agentes comunitários de saúde, os quais atuam como intermediadores entre a população e a rede de serviços de saúde. De acordo com estudo realizado por Guimarães *et al.* (2020), cerca de um a cada quatro ribeirinhos não obtiveram êxito em agendar consultas quando procuraram os serviços de saúde na zona urbana do município, principalmente pela falta de fichas ou de profissionais para atendimento. Esses dados estão em consonância com os da PNAD, que apontou estes aspectos como os principais motivos de não conseguir atendimento à saúde por essa população. Deve-se salientar que a pesquisa não incluiu toda a população rural dos estados da região Norte, o que aponta a grande necessidade de estudos que compreendam melhor o acesso aos serviços de saúde nessa região.

Neste mesmo estudo, foram entrevistados 492 ribeirinhos do município de Coari, no Amazonas, sendo 47% do sexo masculino, 88,6% indivíduos adultos, 58,8% com baixa escolaridade e 63,2% apresentando a pesca e a agricultura como atividade

econômica. Quase metade dos ribeirinhos apresentou renda familiar inferior a um salário mínimo (41,7%) e, dentre os entrevistados mais da metade (54,9%) utilizava pequenas embarcações de madeira, movidas a motor (rabetá), para acessar os serviços de saúde fora das comunidades, navegando em média mais de 60 km. Cerca de 65% destes indivíduos afirmaram procurar atendimento diretamente no hospital da cidade, seguido pela UBS (26,6%) e farmácias (5,5%). Dentre os entrevistados, 22,2% dos ribeirinhos afirmaram que já tentaram marcar consultas, sem sucesso, e os motivos mais citados foram a falta de fichas/vagas para agendamento, falta de profissionais para atendimento e demora no atendimento para marcação da consulta (Guimarães, Barbosa *et al.*, 2020).

Além de dificuldades como a locomoção de equipes de saúde para prestação do serviço em saúde bucal, existem outros fatores como a demanda acumulada, dificuldade de obtenção de vagas e horários para atendimento, escassez de insumos e equipamentos, ausência de atendimentos com especialistas e grande número de ações emergenciais, como a extração dentária (Pinheiro, Viacava *et al.*, 2002). Observa-se também como fator agravante o pouco conhecimento em higiene bucal, pouco acesso a produtos de cuidado bucal aliados à escovação deficiente e alimentação inadequada. Além disso, há escassez de dados relacionados as demais condições bucais como o carcinoma de células escamosas e desordens potencialmente malignas. Alguns dados mostram que trabalhadores rurais apresentam alta vulnerabilidade para presença dessas desordens, principalmente relacionadas ao sexo masculino, exposição solar além de fatores relacionados ao estilo de vida (Ferreira, de Souza Lucena *et al.*, 2016).

Por sua vez, o acesso à saúde para essas populações é assegurado pela Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta dentro do contexto das peculiaridades dessas populações, incluindo as desigualdades e necessidades (Brasil, 2013). Diante tantos desafios, faz-se necessário um maior levantamento das necessidades da população ribeirinha do Amazonas, onde estudos ainda são escassos e o planejamento é indispensável para intervir na realidade em que tais comunidades estão inseridas de forma lógica e ampla, compreendendo o que de fato as atinge mais, levando em consideração a distância, mão de obra, tempo e intervenções necessários para oferecer prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (Rocha, Araújo *et al.*, 2021). Tais informações permitem entender a dinâmica antropológica e de saúde, especialmente quais as necessidades de saúde bucal (Carvalho, Passos *et al.*, 2014).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Determinar a prevalência de queilite actínica em pescadores de uma comunidade rural ribeirinha no Amazonas e investigar os fatores associados a essa condição.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Determinar a gradação clínica da queilite actínica em pescadores artesanais de uma comunidade rural ribeirinha no Amazonas;
- Avaliar a associação das características demográficas (sexo, idade, raça/cor) e da condição socioeconômica (renda mensal familiar e escolaridade) com a queilite actínica em pescadores artesanais de uma comunidade rural ribeirinha no Amazonas;
- Investigar a associação dos comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, etilismo e o uso de serviço de saúde bucal) com a queilite actínica em pescadores artesanais de uma comunidade rural ribeirinha no Amazonas;
- Avaliar a relação de aspectos ocupacionais (exposição solar acumulada em anos, exposição solar diária, uso de medidas fotoprotetoras) com queilite actínica em pescadores artesanais de uma comunidade rural ribeirinha no Amazonas.

## 4 METODOLOGIA

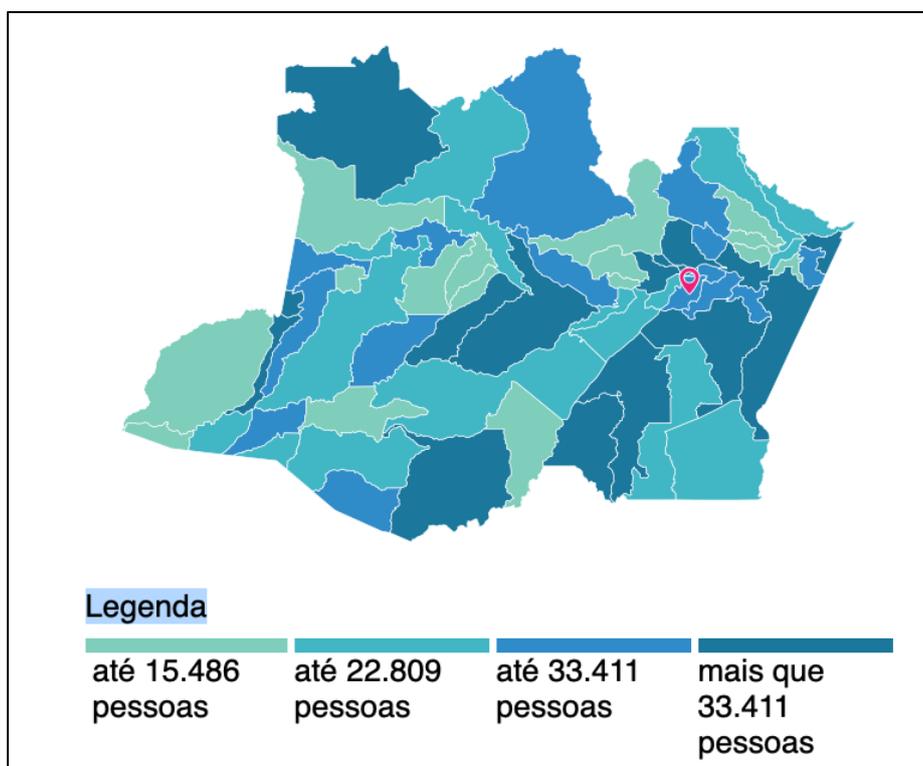
### 4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico, de base populacional. A população foi composta por pescadores da comunidade rural-ribeirinha da comunidade Boas Novas, localizada no Lago Janauacá, município de Careiro, Manaus – AM.

### 4.2 Caracterização da área de estudo

O município de Careiro (“Caminho do Índio”), que teve início em 1870, constitui-se em uma zona agropecuária do Amazonas (Figura 1). A maioria dos habitantes vive em zona rural (71,2%) e o índice de desenvolvimento humano municipal é de 0,557 (IBGE, 2011).

Figura 1 – Mapa do Estado do Amazonas, em destaque o município de Careiro



Fonte: IBGE (2010).

O Lago Janauacá (Figura 2) situa-se entre os municípios de Careiro (margem direita) e Manaquiri (margem esquerda), e faz parte da mesorregião Centro Amazonense,

microrregião de Manaus, estabelecido na região metropolitana de Manaus, a cerca de 50 km de distância da capital do estado (IBGE, 2011). Encontra-se à margem direita do rio Solimões, ligado por um canal natural – o Paraná do Janauacá –, com extensão de aproximadamente 7 km<sup>2</sup>, e sua profundidade varia conforme o regime das águas do rio (Mourão e Cruz, 2012). As primeiras observações que se tem acerca do lago Janauacá datam de 1877, com a migração da população nordestina a uma pequena localidade em terras firmes nas margens do rio Amazonas, com a instalação de parte dos nordestinos no Careiro. Intensificado o povoamento da região, em janeiro de 1890, foram criadas as colônias de Santa Maria do Janauacá e de Treze de Maio, que abrigavam a população que povoava aquela área (Mourão e Cruz, 2012).

Ao entorno do lago do Janauacá, a maioria da população vive em zona rural, compreendendo aproximadamente 71,2% (IBGE, 2011). A economia da região é sustentada principalmente na pesca e na agropecuária (Furtado, 1993). A maioria da população encontra-se distribuída dentro do Lago, em casas flutuantes, ou mesmo ocupando suas margens, com existência de algumas vilas ou localidades situadas no entorno e sobre as águas. O modo de vida do camponês ribeirinho está intimamente ligado ao regime anual do rio, o que faz surgir uma produção familiar e comunitária baseada em estratégias de múltiplos recursos baseados na pesca, agricultura, pecuária, criação de pequenos animais e o extrativismo florestal, sendo que as mulheres, em geral, realizam atividades caseiras e dos roçados, enquanto a atividade de pesca é uma atividade eminentemente masculina (Furtado, 1993). O regime das águas do rio Solimões é ideal para a agricultura, onde as restingas têm sido um dos locais de escolha para a ocupação, a pesca, a coleta e o plantio, bem como organização das associações. Constata-se, ainda, que a maioria dos moradores das comunidades está na faixa de idade entre 0 a 14 anos (52%) e 14 a 60 anos (46%), sendo a segunda faixa a principal força de trabalho. Quanto ao sexo, predomina o masculino (Mourão e Cruz, 2012).

O acesso às comunidades situadas no Lago Janauacá ocorre por via fluvial, geralmente por pequenas embarcações, rabetas e motores regionais que levam em média de 4 a 5 horas para realizar o transporte do porto de Manaus até as várias comunidades situadas no entorno do Lago, além de dois ramais, estradas de barro e piçarra, que permitem chegar à beira do Lago, conhecidas como ramal do Sumaúma (Careiro) e ramal do Cinturão Verde (Manaquiri), de onde consegue-se embarcar em uma “rabetá” ou “honda” até a comunidade (Mourão e Cruz, 2012).

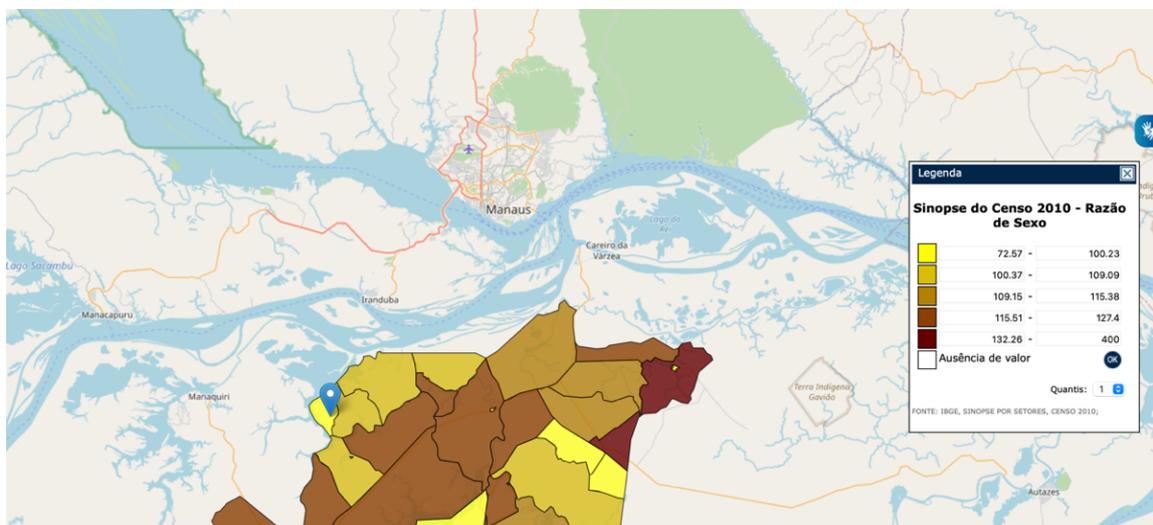
Localizada na margem do Lago Januacá, está a comunidade de Boas Novas. Lá, há 56 casas de madeira, alvenaria ou flutuantes. A comunidade foi selecionada por apresentar um assentamento humano representativo de algumas comunidades tradicionais da região no que diz respeito à forma de organização na produção pesqueira (Batistella, Castro et al., 2005) (Figuras 3 e 4).

Figura 2 – Ribeirinhos no Lago Januacá.



Fonte: A autora (2024).

Figura 3 – Mapa de setores censitários do município de Careiro, indicando com marcador fixo a comunidade de Boas Novas



Fonte: IBGE, Sinopse por Setores, Censo (2010).

Figura 4 – Vista da comunidade Boas Novas



Fonte: A autora (2024).

### **4.3 População de estudo**

A população alvo do estudo foi formada por todos os pescadores adultos do sexo masculino da comunidade Boas Novas, localizada no município de Careiro, Amazonas. De acordo com informações da associação dos pescadores local, a estimativa seria de 70 pescadores. Os 56 indivíduos alcançados e incluídos no estudo representam um poder de 87%, em um modelo com três variáveis independentes e pseudo  $R^2$  de 0,2, considerando um nível de significância de 0,05.

### **4.4 Critérios de elegibilidade**

Foram incluídos pescadores adultos do sexo masculino. Foram excluídos indivíduos já submetidos à cirurgia nos lábios ou tratamento prévio de carcinoma de lábio.

### **4.5 Treinamento e calibração**

O treinamento e a calibração da cirurgiã-dentista examinadora foi feita pelo método *in lux*, realizado com 20 imagens de queilite actínica, de acordo com os critérios

de classificação de Medeiros *et al.* (2022), com intervalo de uma semana entre as avaliações. A confiabilidade inter-examinador (com padrão-ouro) foi considerada ótima, com Coeficiente Kappa 0,8148.

#### 4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de forma domiciliar, tendo sido os indivíduos foram recrutados nas próprias residências. Foi aplicado questionário (Apêndice A), por meio de entrevista, onde foram coletados dados demográficos (sexo, idade, raça/cor da pele) e condição socioeconômica (renda mensal familiar e escolaridade); comportamentos relacionados à saúde (tabagismo, consumo de álcool e o utilização de serviço de saúde bucal); e aspectos ocupacionais relacionados à queilite actínica (exposição solar acumulada em anos, exposição solar diária, uso de medidas fotoprotetoras). O questionário foi desenvolvido no aplicativo Research Electronic Data Capture (REDCap), utilizado para criar e gerenciar pesquisas e bancos de dados.

As perguntas relacionadas à condição socioeconômica e ao tabagismo foram extraídas e adaptadas da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (IBGE, 2020). A questão sobre o número de bens foi adaptada da PNS (Pesquisa Nacional de saúde) para comunidades rurais ribeirinhas (IBGE, 2020). A avaliação do uso abusivo de álcool foi realizada por meio do instrumento *Audit*, elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Babor, Fuente et al., 1992), traduzido e validado no Brasil (Lima, Freire et al., 2005). O instrumento é composto por 10 questões e tem por objetivo identificar possíveis dependentes de álcool. As perguntas relacionadas à utilização de serviços de saúde bucal foram retiradas da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2020 (Ministério da Saúde, 2020).

Em seguida, foi realizado exame clínico da cavidade bucal, incluindo visualização dos lábios, mucosas, língua, assoalho bucal, palato duro e mole, orofaringe e gengiva, conforme realizado na Faculdade de Odontologia da UFAM, associado a registro fotográfico da região dos lábios dos participantes da pesquisa (Apêndice B). Os voluntários foram clinicamente examinados sob inspeção visual em luz ambiente e uso de espátula de madeira, seguindo todos os protocolos de biossegurança, com o examinador utilizando jaleco, luvas, máscaras e gorros descartáveis, óculos protetores e com o instrumental utilizado para o exame devidamente autoclavado.

As lesões foram classificadas em grau I, II ou III, de acordo com classificação proposta por Medeiros *et al.* (2022):

**Grau I (leve)** – Ressecamento, áreas pálidas, mancha branca;

**Grau II (moderado)** – Descamação, atrofia labial, placas brancas, manchas ou placas brancas e vermelhas, eritema, erosão;

**Grau III (severo)** – Apagamento da linha mucocutânea, perda de elasticidade labial, fissura, ulceração, crostas, áreas endurecidas, sangramento.

#### **4.7 Princípios éticos**

Para realização do estudo, foi solicitada a anuência do líder comunitário da comunidade Janauacá (Apêndice C) e a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) (CAEE: 64635122.5.0000.5020 (Anexo A), seguindo as diretrizes do Conselho Nacional de Saúde – CONEP/MS (Resolução 466/2012). Os pescadores foram convidados a participar do estudo e receberam informações referentes aos objetivos do estudo, métodos de coleta de dados, riscos e benefícios e, aqueles que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D).

Os participantes que apresentaram lesões de graus II e III foram instruídos a se direcionar para a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas para realização de procedimento de biópsia.

#### **4.8 Análise dos dados**

Os dados foram exportados pelo REDCap diretamente para o software Stata SE, versão 15. Inicialmente os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequência absoluta e percentual. As variáveis numéricas foram apresentadas como média e desvio padrão. Por fim, os fatores associados à queilite actínica foram identificados por análise de regressão múltipla de Poisson, sendo estimadas as razões de prevalência para o desfecho e seus intervalos de confiança a 95%. Entraram no modelo de regressão as variáveis que obtiveram valor de  $p < 0,10$  nas análises bivariadas.

## 5 RESULTADOS

O acesso à comunidade foi realizado através de lancha, que realizou o trajeto do porto de Manaus até Boas Novas, onde as moradias distribuíam-se tanto em terra, como nos rios (palafitas). As visitas domiciliares para aplicação do questionário e exame clínico foram realizadas a pé e através de canoas, de acordo com a localização das moradias (Figuras 5 e 6).

Figura 5 – Acesso às moradias flutuantes através de rabetas



Fonte: A autora (2024).

Figura 6 – Acesso às moradias terrestres



Fonte: A autora (2024).

Participaram do estudo 56 pescadores ribeirinhos da comunidade Boas Novas. A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas dos participantes do estudo. Os pescadores tinham, em média, 41,68 anos de idade, sendo a maioria da cor/raça parda (53,57%), com renda familiar mensal de R\$ 1750,57. A população relatou 7,16 anos de estudo, em média, e 25% dela não sabia ler e escrever. A atividade de pesca exclusiva predominou entre os participantes (64,29%). Entre os que apresentavam outra atividade ocupacional, 5,36% relataram a agricultura.

Tabela 1 – Características socioeconômicas dos participantes (n=56)

<b>Variáveis</b>	<b>n /média</b>	<b>% / DP</b>
Idade (média /DP)	41,68	13,29
Raça / cor da pele (n / %)		
Pardo	30	53,57
Branco	13	23,21
Preto	13	23,21
Renda familiar mensal (média / DP)	1.750,57	3.924,44
Beneficiário do programa de transferência de renda (n / %)	41	73,21
Anos de estudo (média / DP)	7,16	4,90
Nunca estudou (n / %)	4	7,14
1 a 8 anos (n / %)	37	66,07
9 a 11 anos (n / %)	1	1,79
12 anos ou mais (n / %)	14	25,0
Número de pessoas por cômodo	0,95	0,49
Ocupação (n / %)		
Atividade de pesca exclusiva	36	64,29
Atividade de pesca e complementar	20	35,71

Em relação aos comportamentos relacionados à saúde, 7,1% dos pescadores relataram ser tabagistas e 39,3% consumiam bebida alcoólica, sendo que 23,2% o faziam de duas a quatro vezes por mês. Dentre os que consumiam bebida alcólica, metade ingeria 10 ou mais doses por dia e 45,5% consumiam mais de 5 doses por ocasião (Tabela 2).

Tabela 2 – Comportamentos relacionados à saúde dos pescadores (n=56)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tabagismo		
Sim	4	7,10
Quantidade		
< 1 maço / dia	3	75,00
1 maço / dia	1	25,00
Não	52	92,90
Consumo de álcool		
Frequência		
Nunca	34	60,70
1 vez por mês ou menos	7	12,50
2 a 4 vezes por mês	13	23,20
2 a 3 vezes por semana	2	3,60
Quantidade (dose) / dia (n=22)		
1 ou duas	1	4,50
3 ou 4	2	9,10
5 ou 6	5	22,70
7 a 9	3	13,60
10 ou mais	11	50,00
Consumo de 5 ou mais doses em uma ocasião(n=22)		
nunca	4	18,20
Menos de 1 vez / mês	4	18,20
Mensalmente	4	18,20
Semanalmente	10	45,50

Quanto à utilização dos serviços de saúde bucal, 67,86% dos pescadores relataram não terem procurado o serviço de saúde bucal nos últimos 12 meses e 26,79% procuraram o serviço e não foram atendidos. No total, 35,71% dos pescadores realizaram a última consulta odontológica há mais de 3 anos e o serviço público foi o local da última consulta mais relatado pelos participantes (60,71%). O principal motivo da última consulta odontológica foi extração dentária (32,14%), seguido pela dor de dente (30,36%). Quase 70% dos pescadores considerou a última consulta odontológica boa ou muito boa. As características relacionadas à utilização de serviços de saúde bucal são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Uso dos serviços de saúde bucal pelos pescadores (n=56)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Procura por serviço de saúde bucal nos últimos 12 meses		
Não procurou	38	67,86
Procurou o serviço e não foi atendido	1	1,79
Procurou o serviço e foi agendado para outro dia	2	3,57
Procurou o serviço e foi atendido	15	26,79
Tipo de serviço de saúde bucal procurado		
Não procurou	7	12,50
Serviço público	30	53,57
Serviço particular	18	32,14
Plano de saúde	1	1,79
Consulta odontológica mais recente		
< 1 ano	19	33,93
< 1 ano > 2 anos	8	14,29
< 2 anos > 3 anos	9	16,07
> 3 anos	20	35,71
Local da consulta odontológica mais recente		
Serviço público	34	60,71
Serviço Particular	21	37,50
Plano de saúde	1	1,79
Motivo da última consulta odontológica		
Prevenção ou revisão	7	12,50
Dor de dente	17	30,36
Extração dentária	18	32,14
Tratamento dentário	7	12,50
Instalação / manutenção de aparelho ortodôntico	1	1,79
Instalação / manutenção de prótese dentária	6	10,71
Satisfação em relação à última consulta ao dentista		
Muito bom	16	28,57
Bom	27	48,21
Regular	11	19,64
Ruim	1	1,79
Não sabe / não respondeu	1	1,79

A Tabela 4 apresenta as características ocupacionais reportadas pelos pescadores. O tempo médio na atividade de pesca foi de 27,91 ( $\pm$ DP 12,99) anos. Pouco mais da metade trabalhava (53,6%) sete dias na semana, com uma média de 9,86 horas diárias ( $\pm$ DP 2,86). Dentre as medidas protetivas, observou-se que a maioria não utilizava protetor solar (75%) ou protetor labial (89,3%) e utilizava barcos ou canoas sem cobertura solar (85,7%). Por outro lado, todos utilizavam chapéu ou boné e 98,21% usavam camisa de manga longa.

Tabela 4 – Características ocupacionais dos pescadores ribeirinhos (n=56)

<b>Variáveis</b>	<b>n /média</b>	<b>% / DP</b>
Tempo na atividade de pesca (em anos) (n / %)	27,91	12,99
Frequência semanal		
2 a 4	15	26,79
5 a 6 vezes	11	19,64
7 vezes	30	53,60
Horas / dia na atividade de pesca (média / DP)	9,86	2,86
Medidas fotoprotetivas		
Protetor solar (n / %)		
Sim	14	25,00
Não	42	75,00
Protetor labial (n / %)		
Sim	6	10,70
Não	50	89,3
Chapéu ou boné (n / %)	56	100
Camisa de manga longa (n / %)		
Sim	55	98,21
Não	1	1,79
Barco / canoa com cobertura (n / %)		
Sim	8	14,30
Não	48	85,70

Nota: DP=desvio-padrão

Figura 7 – Barco destinado à atividade de pesca com cobertura



Fonte: A autora (2024).

Aproximadamente 60% dos pescadores avaliados apresentaram lábios com características clínicas de queilite actínica. Do total de participantes, 28,6% apresentaram lábios com queilite actínica de grau moderado e a mesma proporção de pescadores apresentou grau severo da queilite (Tabela 5). As características clínicas de acordo com a severidade da queilite actínica para os 34 pescadores acometidos são apresentadas na Tabela 6.

Tabela 5 – Classificação clínica da queilite actínica nos pescadores (n=56)

Escore	Classificação	n	%
0	Normal	22	39,3
1	Leve	2	3,5
2	Moderada	16	28,6
3	Severa	16	28,6

Tabela 6 – Características clínicas de acordo com a severidade da queilite actínica (n=34)

Características clínicas	Escore 1 (n=2; 5,88%)	Escore 2 (n=16; 47,06%)	Escore 3 (n=16; 47,06%)
Ressecamento	1	9	9
Áreas pálidas	2	3	5
Manchas brancas		0	2
Descamação		1	2
Atrofia labial		3	3
Placas brancas		0	0
Manchas ou placas brancas e vermelhas		15	12
Eritema		6	4
Erosão		2	0
Apagamento da linha mucocutânea			16
Perda de elasticidade labial			4
Fissura			0
Ulceração			0
Crostas			0
Áreas endurecidas			1
Sangramento			0

Figura 8 – A: Lábios com ressecamento e áreas pálidas (Grau I); B: Ressecamento e mancha branca (Grau II); C: Ressecamento, manchas brancas e vermelhas, apagamento da linha mucocutânea (Grau III).



As análises de regressão revelaram que a cor da pele branca (RP=1,60; IC95% 1,10-2,34) e não ter ido ao dentista nos últimos três anos (RP=1,68; IC95% 1,13-2,50) foram associados à maior prevalência da lesão, enquanto usar protetor solar labial (RP=0,59; IC95% 0,38-0,91) foi um fator de proteção para a quelite actínica (Tabela 7).

Tabela 7 – Associação entre queilite actínica e características socioeconômicas, comportamentos relacionados à saúde, uso dos serviços de saúde bucal e características ocupacionais dos pescadores ribeirinhos

<b>Variável</b>	<b>RP<sub>bruta</sub> (IC95%)</b>	<b>RP<sub>ajustada</sub> (IC95%)</b>
Idade	1,02 (1,00-1,03) <sup>a</sup>	
Cor da pele (ref.: preta/parda)		
Branca	1,58 (1,10-2,28)*	1,60 (1,10-2,34)*
Renda domiciliar (R\$1000,00)	1,02 (1,00-1,03)**	
Recebimento de bolsa-família (ref.: não)		
Sim	0,98 (0,61-1,60)	
Sabe ler/escrever (ref.: não)		
Sim	1,08 (0,65-1,82)	
Anos de estudo com aprovação	0,96 (0,92-1,01)	
Número de pessoas por cômodo	1,03 (0,70-1,51)	
Fumo (ref.: não)		
Sim	1,26 (0,68-2,32)	
Consumo de álcool (ref.: não)		
Sim	1,08 (0,71-1,66)	
Anos na atividade de pesca	1,01 (0,99-1,02)	
Horas por semana na pesca	1,01 (1,00-1,02) <sup>a</sup>	
Consulta odontológica (ref.: ≤3 anos)		
> 3 anos	1,60 (1,08-2,40)*	1,68 (1,13-2,50)*
Uso de protetor solar (ref.: não)		
Sim	1,56 (0,81-2,97)	
Uso de protetor labial (ref.: não)		
Sim	0,70 (0,45-1,07) <sup>a</sup>	0,59 (0,38-0,91)*
Barco com cobertura (ref.: não)		
Sim	0,97 (0,54-1,74)	

Nota: RP=Razão de prevalência; <sup>a</sup> p<0,10; \* p<0,05; \*\* p<0,01; IC95%: intervalo de confiança a 95%; Regressão de Poisson

## 6 DISCUSSÃO

Aproximadamente 60% dos pescadores apresentaram lábios com características clínicas de queilite actínica. Quase 30% dos participantes apresentaram lábios com queilite actínica de grau moderado e a mesma proporção de pescadores apresentou grau severo. Ter a cor da pele branca e não ter ido ao dentista há mais de três anos foram associados à maior prevalência da lesão, enquanto usar protetor labial foi associado à menor prevalência.

A elevada prevalência da queilite actínica observada, principalmente em estágios mais avançados de severidade, chamam atenção, dado que é uma desordem potencialmente maligna reconhecida e estudada há muito tempo (Lugović-Mihić, Pilipović *et al.*, 2018). Tal desordem apresenta prevalência mundial de 2,08% (Mello, Miguel *et al.*, 2018). No entanto, ela pode variar entre diferentes localidades ao redor do mundo, chegando a 15,32% na Europa (Mello, Miguel *et al.*, 2018), e entre diferentes populações, sendo observada em 34,6% dos trabalhadores rurais no Brasil (Moreira, Assaf *et al.*, 2021). Os dados de queilite actínica no Amazonas não são encontrados nas principais bases científicas; entretanto, um estudo preliminar mostrou prevalência de 37,5% em uma colônia de pescadores da cidade de Manaus. Esclarece-se, porém, que a população de estudo foi predominantemente do sexo feminino, compondo a amostra por constar no cadastro na colônia investigada (Lima, 2012).

Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento das lesões de queilite actínica, destaca-se a exposição solar intensa e a latitude geográfica da localidade de residência e de trabalho (Rodríguez-Blanco, Flórez *et al.*, 2018; Vasilovici, Ungureanu *et al.*, 2022). A região norte do Brasil possui elevado índice de radiação UV. Isto ocorre uma vez que a latitude é um fator determinante na quantidade de radiação na superfície da Terra, e os estados do norte do país, próximos à linha do Equador, acabam recebendo valores extremos de radiação UV (> 11) (Corrêa, 2015). A interação dos raios UV e as consequentes alterações na pele dos indivíduos estão associados com as diferentes reações químicas e morfológicas geradas nas células, e os efeitos clínicos decorrentes podem ser considerados agudos ou crônicos de acordo com essas mudanças. A exposição excessiva provoca alterações na epiderme, pigmentação excessiva, desencadeamento de processos inflamatórios, aumento da temperatura da pele, eritemas, espessamento da camada espinhosa, ulcerações, pigmentação e supressão da imunidade adquirida,

interferindo no papel protetor da pele e acarretando, com o tempo, efeitos crônicos, como a fotocarcinogênese e o fotoenvelhecimento da pele (Young, Claveau *et al.*, 2017).

Nesse contexto, destaca-se que a lesão de queilite actínica é de desenvolvimento lento, resultado da exposição solar crônica e prolongada (Dancyger, Heard *et al.*, 2018; Warnakulasuriya, Kujan *et al.*, 2020). A literatura aponta que indivíduos com 14 anos de exposição solar crônica já evidenciam lesões de queilite actínica nos lábios (Santos, Oliveira *et al.*, 2018) e a maioria dos acometidos costuma ter mais de 40 anos de idade (Faria, Silva *et al.*, 2022). Os pescadores avaliados tinham idade média de 41 anos e apresentaram exposição prolongada com tempo médio de 27,91 anos, com 9,86 horas diárias de atividade, com a metade deles trabalhando durante sete dias na semana. Esses são fatores considerados de risco identificados em uma recente metaanálise (Rodríguez-Archilla e Irfan-Bhatti, 2021). Além disso, as características ocupacionais observadas são similares aos trabalhadores rurais em outras regiões do Brasil (Faria, Silva *et al.*, 2022).

Em relação à cor da pele, notoriamente, indivíduos caucasianos apresentam maior risco de desenvolvimento de lesões pelos raios ultravioletas (Moreira, Assaf *et al.*, 2021). Por sua vez, o Brasil é conhecido pela sua miscigenação racial. No Norte e no Nordeste, a prevalência da população de cor branca é menor em comparação com as outras regiões (IBGE, 2022). No presente estudo, a cor da pele branca aumentou em 60% a prevalência da lesão, convergindo com a literatura (Cavalcante, Anbinder *et al.*, 2008; de Oliveira Ribeiro, da Silva *et al.*, 2014; Moreira, Assaf *et al.*, 2021). Indivíduos de pele branca possuem menor concentração de melanina (pigmento com efeito protetor contra a radiação UV) no nível da camada basal dos queratinócitos (Rodríguez-Archilla e Irfan-Bhatti, 2021). É interessante observar que, dos pescadores avaliados, quase 60% faziam parte do grupo de indivíduos pardos, característica da população da região norte do Brasil, (IBGE, 2022), enquanto que no Brasil, alguns estudos se concentram na população predominantemente branca (Miranda, Ferrari *et al.*, 2011; Ferreira, de Souza Lucena *et al.*, 2016; Moreira, Assaf *et al.*, 2021). Por sua vez, há relatos na literatura de queilite actínica e carcinoma de lábio em indivíduos pretos na África (Goracci, Colangelo *et al.*, 1981; Chidzonga, 2005).

O uso do protetor solar labial foi um fator de proteção para a ocorrência da lesão, com prevalência 40% menor entre os que adotaram a medida fotoprotetiva. Apesar dos riscos inerentes à exposição solar crônica e prolongada, reconhecidamente fatores de risco para o desenvolvimento da queilite actínica, as medidas fotoprotetivas são muitas vezes negligenciadas e muitas delas são questionadas quanto à eficácia na prevenção da lesão

labial. Grande parte dos trabalhadores rurais utilizam chapéu ou boné como medida protetiva (Faria, Silva *et al.*, 2022), como também foi observado no presente estudo. Apesar de ser o método mais acessível para a maioria, o chapéu não apresenta eficácia na proteção contra queilite actínica, provavelmente porque, na maioria dos casos, não apresentam materiais com fotoproteção satisfatória e as áreas de mucosa labial não são protegidas totalmente pela sombra destes (Santos, Oliveira *et al.*, 2018). Por sua vez, o uso de protetor solar labial não costuma ser relatado pelos pescadores e trabalhadores rurais (de Oliveira Ribeiro, da Silva *et al.*, 2014; Faria, Silva *et al.*, 2022). Porém, é interessante ressaltar que seu uso vem sendo associado à prevenção da ocorrência da lesão em outros pescadores do Brasil (de Oliveira Ribeiro, da Silva *et al.*, 2014), embora não tenha sido identificado como fator de proteção para esta condição em uma revisão sistemática (Rodriguez-Archilla e Irfan-Bhatti, 2021). A fotoproteção depende da combinação do maior número de medidas possíveis, levando em consideração o fenótipo da pessoa, os hábitos de vida, tempo de exposição ao sol e localização geográfica. No meio rural, o uso do protetor solar, luvas, macacões e camisas de manga longa são as melhores formas de proteção (Schalka *et al.*, 2014). Essa associação do uso do protetor labial com a ocorrência da lesão deve ser posta em evidência, considerando a caracterização socioeconômica usual das populações rurais (Moreira, Assaf *et al.*, 2021; Faria, Silva *et al.*, 2022), semelhante à deste estudo (que teve um quarto da população analfabeta e com rendimento mensal entre um e dois salários-mínimos), o que pode impactar na aquisição de meios de fotoproteção, principalmente o protetor solar labial. Comportamentos saudáveis, como a fotoproteção, são reflexos das condições socioeconômicas (Lucena, Costa *et al.*, 2012).

Os pescadores que não estiveram em consulta odontológica nos últimos três anos apresentaram maior frequência da lesão. A associação entre essas variáveis é pouco estudada. A utilização de serviços odontológicos em áreas rurais ribeirinhas é caracterizada por indivíduos que não utilizaram serviços odontológicos nos últimos 3 anos ou nunca os utilizaram (Cordeiro, Herkrath *et al.*, 2024). Apesar da comunidade estudada ser coberta por uma Unidade Básica de Saúde e por uma Unidade Odontológica Móvel, ambos com equipe de saúde bucal, é importante compreender as barreiras de acesso enfrentadas por populações rurais amazônicas, que têm efeitos negativos na saúde bucal (de Souza, Herkrath *et al.*, 2022). A lesão de queilite actínica possui desenvolvimento lento e é assintomática (Warnakulasuriya, Kujan *et al.*, 2020), o que dificulta a detecção e tratamento de lesões em seu estágio inicial (Araújo, Vidal *et al.*,

2012), contribuindo para a alta prevalência da lesão na comunidade estudada, juntamente com a baixa utilização dos serviços de saúde bucal de forma regular. A consulta odontológica pode vir a ser uma oportunidade de detecção precoce da lesão, além de auxiliar o paciente acerca de medidas educativas de prevenção da doença.

A literatura aponta que outros fatores, além das características demográficas e comportamentos relacionados à ocupação e latitude geográfica, contribuem para a prevalência ou gravidade da lesão, sendo estes: os comportamentos relacionados à saúde, como tabagismo e uso abusivo de álcool (Lucena, Costa *et al.*, 2012), além da condição socioeconômica (Moreira, Assaf *et al.*, 2021; Vasilovici, Ungureanu *et al.*, 2022). No entanto, neste estudo, esses fatores não foram associados à ocorrência da queilite actínica. É importante ressaltar que a comunidade estudada apresenta homogeneidade da população em relação às características socioeconômicas.

Algumas limitações do estudo devem ser apontadas. O desenho transversal não permite contemplar a temporalidade entre os eventos, especialmente entre o uso de medidas protetivas e a utilização dos serviços de saúde bucal. Já a cor da pele é uma característica imutável, o que permite estabelecer associação causal com maior segurança. Outra limitação poderia ser o tamanho da amostra que, embora tenha tido um bom poder, pode não ter sido capaz de identificar associações que possam, na verdade, existir.

Destaca-se que os dados apresentados são pioneiros para o perfil dos indivíduos estudados. Os resultados encontrados, em relação à prevalência, são alarmantes e sugerem a necessidade de maior atenção a este especial grupo de risco populacional: pescadores ribeirinhos da zona rural amazônica, em áreas de alta incidência de radiação ultravioleta. Ressalta-se a importância de estudos adicionais envolvendo outras comunidades rurais ribeirinhas na Amazônia e melhorias na atenção em saúde bucal com vistas à prevenção de lesões bucais. A literatura aponta que o diagnóstico precoce reduz a morbidade dos pacientes, e que há a necessidade de um exame clínico eficaz na detecção de desordens potencialmente malignas (Torres-Pereira, Angelim-Dias *et al.*, 2012) para que a população possa se beneficiar do uso de serviço odontológico, quando vencidas as barreiras de acesso.

## 7 CONCLUSÃO

A prevalência de queilite actínica em pescadores de uma comunidade rural ribeirinha da Amazônia foi elevada, principalmente em graus mais severos. Os pescadores apresentaram idade média de aproximadamente 42 anos e baixo nível socioeconômico, e realizavam a atividade de pesca diariamente por mais de oito horas por dia, há cerca de 28 anos, em média. A maioria não utilizava protetor solar corporal ou labial, nem barcos com cobertura. Ter a cor da pele branca e não ter ido ao dentista há mais de três anos foram associados à maior prevalência da lesão, enquanto usar protetor labial foi um fator de proteção para a ocorrência da lesão.

## REFERÊNCIAS

"96th Annual Meeting of the American Radium Society, ARS 2014." **Oncology** V.28, N.1S, 2014.

ARAÚJO, C. P., VIDAL, M. T. A., GURGEL, C. A. S., RAMOS, E. A. G., BARBOSA-JUNIOR, A. A., RAMALHO, L. M. P. AND SANTOS, J. N. " Queilite actínica: um estudo de 35 casos com destaque para os aspectos morfológicos. RPG, ." **Rev. pós-grad.** V.19, N.1, p.21-27, 2012.

BABOR, T. F., FUENTE, J. R., SAUDERS, J. AND GRANT, M. "AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization). ." **PAHO** V.4, p.1-29, 1992.

BAKIRTZI, K., PAPADIMITRIOU, I., ANDREADIS, D. AND SOTIRIOU, E. "Treatment Options and Post-Treatment Malignant Transformation Rate of Actinic Cheilitis: A Systematic Review." **Cancers (Basel)** V.13, N.13, 2021.

BATISTELLA, A., M, CASTRO, C., P AND VALE, J., D. "Conhecimento dos moradores da comunidade de Boas Novas, no Lago Janauacá - Amazonas, sobre os hábitos alimentares dos peixes da região." **Acta Amazonica** V.35, N.1, p.51-54, 2005.

BRASIL (1988). [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. . P. d. República. Brasília, DF.

BRASIL (2004). Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003:Resultados principais. M. d. S. C. N. d. S. Bucal. Brasília.

BRASIL (2013). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. M. r. d. S. d. S. d. G. o. E. g. e. P. D. d. A. a. G. o. Participativa. Brasília, Editora do Ministério da Saúde: 48.

CARVALHO, D. A., PASSOS, G. L. S. AND AMARAL, R. C. "Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em duas comunidades ribeirinhas – Pará, Brasil. ." **J Health Sci Inst** V.32, N.1, p.23-27, 2014.

CAVALCANTE, A. S., ANBINDER, A. L. AND CARVALHO, Y. R. "Actinic cheilitis: clinical and histological features." **J Oral Maxillofac Surg** V.66, N.3, p.498-503, 2008.

CAZOTTI, C. A., FRANCISCO, K. R. M. S., FILHO, D. L. G., PRESTA, A. A. AND MOIMAZ, S. A. S. "Fluoride content in water of shallow wells." **Biosci. J** V.28, N.3, p.494-499, 2012.

CHIDZONGA, M. M. "Lip cancer in Zimbabwe. Report of 14 cases." **Int J Oral Maxillofac Surg** V.34, N.2, p.149-151, 2005.

CORDEIRO, D., HERKRATH, F. J., GUEDES, A. C., GARNELO, L. AND HERKRATH, A. P. C. "Utilization of dental services by rural riverside populations covered by a Fluvial Family Health Team in Brazil." **Rural Remote Health** V.24, N.1, p.8258, 2024.

CORRÊA, M., P. "Solar ultraviolet radiation: properties, characteristics and amounts observed in Brazil and South America." **An Bras Dermatol** V.90, N.3, p.297-313, 2015.

DANCYGER, A., HEARD, V., HUANG, B., SULEY, C., TANG, D. AND ARIYAWARDANA, A. "Malignant transformation of actinic cheilitis: A systematic review of observational studies." **J Investig Clin Dent** V.9, N.4, p.e12343, 2018.

DE OLIVEIRA RIBEIRO, A., DA SILVA, L. C. AND MARTINS-FILHO, P. R. "Prevalence of and risk factors for actinic cheilitis in Brazilian fishermen and women." **Int J Dermatol** V.53, N.11, p.1370-1376, 2014.

DE SOUZA LUCENA, E. E., COSTA, D. C., DA SILVEIRA, E. J. AND LIMA, K. C. "Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers." **Oral Dis** V.18, N.6, p.575-579, 2012.

DE SOUZA, V. G. L., HERKRATH, F. J., GARNELO, L., GOMES, A. C., LEMOS, U. M., PARENTE, R. C. P. AND HERKRATH, A. "Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: A cross-sectional household-based survey." **PLoS One** V.17, N.11, p.e0277845, 2022.

FARIA, M. H. D., SILVA, L., MAFRA, R. P., SANTOS, M. M. D., SOARES, S. C. M. AND MOURA, J. "Actinic cheilitis in rural workers: prevalence and associated factors." **Einstein (Sao Paulo)** V.20, p.eAO6862, 2022.

FERREIRA, A. M., DE SOUZA LUCENA, E. E., DE OLIVEIRA, T. C., DA SILVEIRA, É., DE OLIVEIRA, P. T. AND DE LIMA, K. C. "Prevalence and factors associated with oral potentially malignant disorders in Brazil's rural workers." **Oral Dis** V.22, N.6, p.536-542, 2016.

FURTADO, L., F. G. **Pescadores do Rio Amazonas: um estudo antropológico da pesca ribeirinha numa área amazônica.** Belém, 1993.

GARNELO, L., PARENTE, R. C. P., PUCHIARELLI, M. L. R., CORREIA, P. C., TORRES, M. V. AND HERKRATH, F. J. "Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon." **Int J Equity Health** V.19, N.1, p.54, 2020.

GORACCI, G., COLANGELO, G. AND NINI, G. "[Incidence of actinic cheilitis in Somalia]." **Riv Ital Stomatol** V.50, N.12, p.1009-1016, 1981.

GUIMARÃES, A. F., BARBOSA, V. L. M., SILVA, M. P. D., PORTUGAL, J. K. A., REIS, M. H. D. S. AND GAMA, A. S. M. "Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil." **Revista Pan-Amazônica de Saúde** V.11, 2020.

HERKRATH, F. J., VETTORE, M. V. AND WERNECK, G. L. "Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model." **BMC Public Health** V.20, N.1, p.953, 2020.

IBGE (2011). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. O. e. G. Ministério do Planejamento: 92.

IBGE (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE. C. d. T. e. Rendimento. Rio de Janeiro, IBGE.

IBGE (2020). Pesquisa Nacional de Saúde PNS. Conceitos e Métodos: Metadados. Disponível em: < <https://metadados.ibge.gov.br/consulta/estatisticos/operacoes-estatisticas/XN> >. Acessado em: 24 de dezembro de 2020. I. B. d. G. e. Estatística., IBGE.

IBGE (2022). INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . Censo Brasileiro de 2020. . IBGE. Rio de Janeiro.

IDAM. (2022). "Instituto de Desenvolvimento Agropecuário e Florestal Sustentável do Estado do Amazonas: Pesca e Aquicultura." from idam.am.gov.br.

INCA (2022). Estimativa 2023 : incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer (Brasil).

LIMA, C. T., FREIRE, A. C., SILVA, A. P., TEIXEIRA, R. M., FARRELL, M. AND PRINCE, M. "Concurrent and construct validity of the audit in an urban brazilian sample." **Alcohol Alcohol** V.40, N.6, p.584-589, 2005.

LIMA, N., G (2012). **Prevalência de queilite actínica em pescadores de Manaus-AM.** Bachelor of Dentistry, Federal University of Amazonas.

LUCENA, E. E., COSTA, D. C., SILVEIRA É, J. AND LIMA, K. C. "[Prevalence and factors associated with orolabial lesions in beach workers]." **Rev Saude Publica** V.46, N.6, p.1051-1057, 2012.

LUCENA, I. M., SANTOS, I. D. S., DAROIT, N. B., SALGUEIRO, A. P., CAVAGNI, J., HAAS, A. N. AND RADOS, P. V. "Sun protection as a protective factor for actinic cheilitis: Cross-sectional population-based study." **Oral Dis** V.28, N.7, p.1802-1810, 2022.

LUGOVIĆ-MIHIĆ, L., PILIPOVIĆ, K., CRNARIĆ, I., ŠITUM, M. AND DUVANČIĆ, T. "Differential Diagnosis of Cheilitis - How to Classify Cheilitis?" **Acta Clin Croat** V.57, N.2, p.342-351, 2018.

LUO, H., WU, Q., BELL, R. A., WRIGHT, W., QUANDT, S. A., BASU, R. AND MOSS, M. E. "Rural-Urban Differences in Dental Service Utilization and Dental Service Procedures Received Among US Adults: Results From the 2016 Medical Expenditure Panel Survey." **J Rural Health** V.37, N.3, p.655-666, 2021.

MACCARTHY, D., FLINT, S. R., HEALY, C. AND STASSEN, L. F. "Oral and neck examination for early detection of oral cancer--a practical guide." **J Ir Dent Assoc** V.57, N.4, p.195-199, 2011.

MARTINS-FILHO, P. R. S. (2010). **Epidemiological survey of workers in rural actinic cheilitis the microregion sergipana of interior of San Francisco**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Universidade Federal de Sergipe,.

MEDEIROS, C. K., LOPES, M. L., SILVEIRA É, J., LIMA, K. C. AND OLIVEIRA, P. T. "Actinic cheilitis: Proposal of a clinical index." **Med Oral Patol Oral Cir Bucal** V.27, N.4, p.e310-e318, 2022.

MELLO, F. W., MELO, G., MODOLO, F. AND RIVERO, E. R. "Actinic cheilitis and lip squamous cell carcinoma: Literature review and new data from Brazil." **J Clin Exp Dent** V.11, N.1, p.e62-e69, 2019.

MELLO, F. W., MIGUEL, A. F. P., DUTRA, K. L., PORPORATTI, A. L., WARNAKULASURIYA, S., GUERRA, E. N. S. AND RIVERO, E. R. C. "Prevalence of oral potentially malignant disorders: A systematic review and meta-analysis." **J Oral Pathol Med** V.47, N.7, p.633-640, 2018.

MIGLIARI, D. A., BIRMAN, E. G., SILVEIRA, F. R. X. D., SANTOS, G. G. D., MARCUCCI, G., WEINFELD, I., GUIMARÃES JÚNIOR, J., SUGAYA, N. N., SILVA, S. S. AND CRIVELLO JÚNIOR, O. "Fundamentos de Odontologia: Estomatologia." 2005.

MIRANDA, A. M. M., FERRARI, T. D. M. AND CALANDRO, T. L. L. "Queilite Actínica: Aspectos Clínicos e Prevalência Encontrados em Uma População Rural do Interior do Brasil." **Saúde e Pesquisa** V.4, 2011.

MONTERO, P. H. AND PATEL, S. G. "Cancer of the oral cavity." **Surg Oncol Clin N Am** V.24, N.3, p.491-508, 2015.

MOREIRA, P., ASSAF, A. V., CORTELLAZZI, K. L., TAKAHAMA JUNIOR, A. AND AZEVEDO, R. S. "Social and behavioural associated factors of actinic cheilitis in rural workers." **Oral Dis** V.27, N.4, p.911-918, 2021.

MOURÃO, M. H. C. and CRUZ, M. d. J. M. d. (2012). Diagnóstico Socioambiental no Lago Janauacá - AM: Uma análise parcial na Comunidade do São João do Caapiranga. XXI Encontro Nacional de Geografia Agrária. Uberlândia-MG: 16.

PHILIPP-DORMSTON, W. G., HILTON, S. AND NATHAN, M. "A prospective, open-label, multicenter, observational, postmarket study of the use of a 15 mg/mL hyaluronic acid dermal filler in the lips." **J Cosmet Dermatol** V.13, N.2, p.125-134, 2014.

Pindborg, D. J. J., Reichart, D. P. A., Smith, D. C. J. and Waal, D. I. v. d. (1997). **Histological Typing of Cancer and Precancer of the Oral Mucosa**. World Health Organization.

PINHEIRO, R. S., VIACAVAL, F., TRAVASSOS, C. AND BRITO, A. D. S. "Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil." **Ciência & Saúde Coletiva** V.7, 2002.

POITEVIN, N. A., RODRIGUES, M. S., WEIGERT, K. L., MACEDO, C. L. R. AND DOS SANTOS, R. B. "Actinic cheilitis: proposition and reproducibility of a clinical criterion." **BDJ Open** V.3, p.17016, 2017.

PONTES, F. C. C. (2009). **Condição de saúde bucal em populações ribeirinhas no estado do Amazonas: estudo de caso**. . Tese (Doutorado em Saúde Pública)

RAFAEL JUNIOR, J. C., OLIVEIRA, M. R. B. D., CORADETTE, C. D. D. S., ARAÚJO, C. S. A. AND BOLETA-CERANTO, D. D. C. F. "Actinic cheilitis in rural workers: a literature review." **Research, Society and Development** V.9, N.11, p.e85691110466, 2020.

ROCHA, R. M., ARAÚJO, A. R., PRADO, I. F., DOS SANTOS, V. H. R. AND CAVALCANTE, J. A. "Prevalência de cárie dentária na comunidade ribeirinha São José – Vila Arara, AM: Prevalence of dental care in the community riverside São José - Vila Arara, AM. ." **Journal Archives of Health** V.2, N.6, p.1491-1501, 2021.

RODRIGUEZ-ARCHILLA, A. AND IRFAN-BHATTI, A. "Risk factors for actinic cheilitis: A meta-analysis." **J Dent Res Dent Clin Dent Prospects** V.15, N.4, p.285-289, 2021.

RODRÍGUEZ-BLANCO, I., FLÓREZ, Á., PAREDES-SUÁREZ, C., RODRÍGUEZ-LOJO, R., GONZÁLEZ-VILAS, D., RAMÍREZ-SANTOS, A., PARADELA, S., SUÁREZ CONDE, I. AND PEREIRO-FERREIRÓS, M. "Actinic Cheilitis Prevalence and Risk Factors: A Cross-sectional, Multicentre Study in a Population Aged 45 Years and Over in North-west Spain." **Acta Derm Venereol** V.98, N.10, p.970-974, 2018.

SANTOS, R. F. D., OLIVEIRA, R. L., GALLOTTINI, M., CALIENTO, R. AND SARMENTO, D. J. S. "Prevalence of and Factors Associated with Actinic Cheilitis in Extractive Mining Workers." **Braz Dent J** V.29, N.2, p.214-221, 2018.

SAVAGE, N. W., MCKAY, C. AND FAULKNER, C. "Actinic cheilitis in dental practice." **Aust Dent J** V.55 Suppl 1, p.78-84, 2010.

SEOANE, J., WARNAKULASURIYA, S., BAGÁN, J. V., AGUIRRE-URIZAR, J. M., LÓPEZ-JORNET, P., HERNÁNDEZ-VALLEJO, G., GONZÁLEZ-MOLES, M., PEREIRO-FERREIROS, M., SEOANE-ROMERO, J. AND VARELA-CENTELLES, P. "Assembling a consensus on actinic cheilitis: A Delphi study." **J Oral Pathol Med** V.50, N.10, p.962-970, 2021.

SILVA, L. V. O., DE ARRUDA, J. A. A., ABREU, L. G., FERREIRA, R. C., DA SILVA, L. P., PELISSARI, C., SILVA, R. N. F., NÓBREGA, K. H. S., DE ANDRADE, B. A. B., ROMAÑACH, M. J., AGOSTINI, M., NONAKA, C. F. W., ALVES, P. M., PONTES, H. A. R., RIVERO, L. F., DE SOUZA, L. B., TRIERVEILER, M., MENDONÇA, E. F., GOMES, A. P. N., MARTINS, M. D., ANDRADE, E. S. S., DA SILVEIRA, M. M. F., SOBRAL, A. P. V. AND MESQUITA, R. A. "Demographic and Clinicopathologic Features of Actinic Cheilitis and Lip Squamous Cell Carcinoma: a Brazilian Multicentre Study." **Head Neck Pathol** V.14, N.4, p.899-908, 2020.

TOMMASI, M. H. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. . Rio de Janeiro, Elsevier, 2013.

TORRES-PEREIRA, C. C., ANGELIM-DIAS, A., MELO, N. S., LEMOS, C. A., JR. AND OLIVEIRA, E. M. "[Strategies for management of oral cancer in primary and secondary healthcare services]." **Cad Saude Publica** V.28 Suppl, p.s30-39, 2012.

TRAGER, M. H., FARMER, K., ULRICH, C., BASSET-SEGUIN, N., HERMS, F., GESKIN, L. J., BOUAZIZ, J. D., LEBBÉ, C., DE MASSON, A., BAGOT, M. AND DOBOS, G. "Actinic cheilitis: a systematic review of treatment options." **J Eur Acad Dermatol Venereol** V.35, N.4, p.815-823, 2021.

VASILOVICI, A., UNGUREANU, L., GRIGORE, L., COJOCARU, E. AND ŞENILĂ, S. "Actinic Cheilitis - From Risk Factors to Therapy." **Front Med (Lausanne)** V.9, p.805425, 2022.

WARNAKULASURIYA, S., JOHNSON, N. W. AND VAN DER WAAL, I. "Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa." **J Oral Pathol Med** V.36, N.10, p.575-580, 2007.

WARNAKULASURIYA, S., KUJAN, O., AGUIRRE-URIZAR, J. M., BAGAN, J. V., GONZÁLEZ-MOLES, M., KERR, A. R., LODI, G., MELLO, F. W., MONTEIRO, L., OGDEN, G. R., SLOAN, P. AND JOHNSON, N. W. "Oral potentially malignant disorders: A consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer." **Oral Dis**, 2020.

WHO (2019). International classification of diseases (ICD-11).

YOUNG, A. R., CLAVEAU, J. AND ROSSI, A. B. "Ultraviolet radiation and the skin: Photobiology and sunscreen photoprotection." **J Am Acad Dermatol** V.76, N.3s1, p.S100-s109, 2017.

## APÊNDICE A – Questionário

Identificação	
1.	N <sup>o</sup> .
2.	Nome:
3.	Endereço:
4.	Telefone
5.	Sexo: (1) Feminino (2) Masculino
6.	Raça: (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (99) não informado
7.	Idade:
8.	Data de nascimento:
9.	Ocupação
Condição socioeconômica	
10.	Quantas pessoas incluindo o senhor moram em sua casa? Marcar 99 para “não sabe/não respondeu”
11.	Quantos cômodos têm em sua casa? Marcar 99 para “não sabe/não respondeu”
12.	Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para “não sabe/não respondeu”
13.	Na sua casa tem água encanada? Considerar se a água utilizada na moradia é proveniente de encanamento com torneiras no interior da mesma. 1. sim; 2. Não
14.	No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?
15.	Algum morador tem acesso internet no domicílio? 1. sim; 2. Não; 99. não respondeu
16.	Algum morador de seu domicílio recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial do Bolsa Família (Auxílio Brasil)? 1. sim; 2. Não; 99. não respondeu
17.	Algum morador de seu domicílio recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de Prestação continuada – BPC-LOAS? 1. sim; 2. Não; 99. não respondeu

<b>18.</b>	Algum morador de seu domicílio recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de outros Programas sociais do Governo? 1. sim; 2. Não; 99. não respondeu	
<b>19.</b>	A água utilizada no domicílio chega: 1. canalizada em, pelo menos, um cômodo; 2. Canalizada só no terreno ou propriedade; 3. Não canalizada; 99 não sabe / não respondeu	
<b>20.</b>	No seu domicílio, indique a quantidade existente em funcionamento de: 0 1 2 3 4 5 6 7 8+	
<b>21.</b>	Rádio AM/FM:	
<b>22.</b>	Aparelho/caixa de som:	
<b>23.</b>	Geladeira	
<b>24.</b>	Freezer	
<b>25.</b>	DVD	
<b>26.</b>	Fogão a gás	
<b>27.</b>	Máquina de lavar roupa	
<b>28.</b>	Forno de micro-ondas	
<b>29.</b>	Telefone	
<b>30.</b>	Computador	
<b>31.</b>	Motosserra	
<b>32.</b>	Motocicleta	
<b>33.</b>	Animal de carga (cavalo, burro, jumento, boi)	
<b>34.</b>	Motor de polpa	
<b>35.</b>	Rabeta	
<b>36.</b>	Canoa	
<b>37.</b>	Bote de alumínio	
<b>38.</b>	Televisão	
<b>39.</b>	Gerador de energia	
<b>40.</b>	Placa solar	
<b>41.</b>	Antena parabólica	
<b>42.</b>	Bicicleta	
<b>43.</b>	Ralador de mandioca com motor	
<b>44.</b>	Ventilador	
<b>45.</b>	Roçadeira	

46.	Condicionador de ar	
<b>Escolaridade</b>		
47.	Sabe ler e escrever? (1) Sim; (2) não	
48.	Anos de estudo	
<b>Comportamentos relacionados à saúde</b>		
49.	Atualmente, você fuma? (1) Sim; (2) não	
50.	Quantos cigarros você fuma por dia? 1. Menos de um maço (____ cigarros) 2. Um maço 3. Mais de um maço 88. Não se aplica	
51.	Há quantos anos você começou a fumar, mesmo que de vez em quando? (não sabe/não lembra – 99; 88. Não se aplica	
52.	Para os que se declararem não-fumantes: No passado, você já fumou? 1. Diariamente 2. Menos que diariamente 3. Nunca fumou 88. Não se aplica	
53.	Há quanto tempo (anos) você parou de fumar?	
54.	Você faz uso de bebida alcoólica? (1) Sim; (2) não	
55.	Alguma vez sentiu que deveria diminuir a bebida ou ter parado de beber? (1) Sim; (2) não; (88) não se aplica	
56.	As pessoas o(a) aborrecem criticando o seu modo de beber? (1) Sim; (2) não; (88) não se aplica	
57.	Você teve sentimentos de culpa sobre bebida? (1) Sim; (2) não; (88) não se aplica	
58.	Alguma vez precisou de uma dose de bebida para começar o dia? (1) Sim; (2) não; (88) não se aplica	
<b>Uso de serviço de saúde bucal</b>		
59.	No último ano, o(a) sr.(a) (você) procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal para ser atendido? 0 Não procurei; 1 Procurei e não fui atendido; 2 Procurei e fui agendado para outro dia/outro local; 3 Procurei e fui atendido; 99 para “não sabe/não respondeu”	
60.	Qual o tipo de consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/equipe de saúde bucal o (a) sr. (a) (você) procurou? (0 Não procurei; 1 Serviço público; 2 Serviço particular; 3 Plano de saúde ou convênio; 4 Outros; 99 para “não sabe/não respondeu”	
61.	Quando o(a) sr. (a) (você) consultou o dentista pela última vez?	

	(1 Até um ano; 2 Mais de 1 ano a 2 anos; 3 Mais de 2 anos a 3 anos; 4 Mais de 3 anos; 5 Nunca foi ao dentista; 99 para “não sabe/não respondeu”	
<b>62.</b>	Onde foi a sua última consulta a um dentista?  (0 Nunca foi ao dentista; 1 Serviço público; 2 Serviço particular; 3 Plano de saúde ou convênio; 4 Outros; 99 Não sei/não respondeu).	
<b>63.</b>	Qual o principal motivo da sua última consulta a um dentista?  (0 Nunca foi ao dentista; 1 Limpeza, prevenção ou revisão; 2 Dor de dente; 3 Extração; 4 Tratamento dentário (obturação, canal, etc.); 5 Problema de gengiva; 6 Tratamento de ferida na boca; 7 Implante dentário; 8 Coloca�o/manuten�o de aparelho ortodôntico); 9 Coloca�o/manuten�o de prótese ou dentadura; 10 Outros; 99 Não sei/não respondeu)	
<b>64.</b>	O que o (a) sr.(a) (você) achou do tratamento na última consulta ao dentista? 0 Nunca foi ao dentista; 1 Muito bom; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Muito ruim; 99 Não sei/não respondeu	
<b>Dados ocupacionais relacionados � queilite actínica</b>		
<b>65.</b>	Há quantos anos trabalha na atividade de pesca?	
<b>66.</b>	Quantos dias na semana o senhor(a) trabalha na atividade de pesca? 1. 1 vez na semana; 2. 2 vezes na semana; 3. 3 vezes na semana; 4. 4 vezes na semana; 5. 5 vezes na semana; 6. 6 vezes na semana; 7. 7 vezes na semana; 8. A cada 15 dias; 9. 1 vez por mês, 10. nunca	
<b>67.</b>	Quantas horas por dia o senhor(a) trabalha na atividade de pesca?	
	Horário de início	
	Horário de término	
<b>68.</b>	Usa protetor solar? (1) Sim; (2) não	
<b>69.</b>	Usa protetor labial? (1) Sim; (2) não	
<b>70.</b>	Usa chapéu? (1) Sim; (2) não	
<b>71.</b>	Usa boné? (1) Sim; (2) não	

### APÊNDICE B – Ficha de exame intrabucal

EXAME INTRAORAL	
Alterações	Grau
Ressecamento	1
Áreas pálidas	
Manchas brancas	
Descamação	2
Atrofia labial	
Placas brancas	
Manchas ou placas brancas e vermelhas	
Eritema	
Erosão	3
Apagamento da linha mucocutânea	
Perda de elasticidade labial	
Fissura	
Ulceração	
Crostas	
Áreas endurecidas	
Sangramento	

Indicação de biópsia: ( ) sim ( ) não

#### Inspeção intra-bucal

Local	Lesão	Descrição
Lábio		
Mucosa labial		
Mucosa jugal		
Língua dorso		
Língua lateral		
Língua ventre		
Assoalho bucal		
Palato duro		
Palato mole		
Orofaringe		
Gengiva		

## APÊNDICE C – Anuência da Comunidade Boas Novas



Poder Executivo  
Ministério da Educação  
Universidade Federal do Amazonas  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



### ANUÊNCIA DA COMUNIDADE PARTICIPANTE

Prezado(a) Senhor(a) representante da comunidade,

Ao cumprimentá-lo(a) cordialmente, vimos por meio deste solicitar a sua concordância com a realização do estudo “**Prevalência de queilite actínica em pescadores de uma comunidade rural-ribeirinha da Amazônia**” em sua comunidade, cujo pesquisador responsável é a **Profa. Dra. Juliana Vianna Pereira**, vinculado à Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Este estudo tem como objetivo avaliar a prevalência de queilite actínica em pescadores de uma comunidade rural-ribeirinha da Amazônia e os fatores associados ao desenvolvimento dessa condição. A queilite actínica é uma inflamação crônica dos lábios causada pela exposição prolongada à radiação solar. A lesão é comum em populações que participam de atividades ao ar livre, como os pescadores.

Serão convidados a participar do estudo, os pescadores de ambos os sexos, com idade superior a 30 anos da comunidade. Aqueles que aceitarem responderão um formulário com perguntas sobre dados socioeconômicos (sexo, idade, cor da pele escolaridade) e renda mensal familiar; os comportamentos relacionados à saúde (tabagismo e etilismo); informações sobre o uso de serviço odontológico; e os dados ocupacionais relacionados à queilite actínica (exposição solar acumulada em anos, exposição solar diária, uso de medidas fotoprotetoras). Em seguida, será realizado exame clínico associado a registro fotográfico da região dos lábios dos participantes da pesquisa. Quando a lesão de queilite actínica em estágio avançado for encontrada, os pescadores serão convidados a realizar o exame de biópsia para obtenção de diagnóstico definitivo e tratamento compatível com a necessidade. Todos os participantes serão orientados quanto às medidas preventivas para a queilite actínica. Os entrevistas e exames serão previamente agendados e acordados com os moradores da comunidade, em espaços existentes na própria comunidade, com duração média de 20 minutos por participante, e acontecerão ao longo de 2 anos. É importante esclarecer que a pesquisa:

1. Somente será realizada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos;
2. Obedecerá às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o mínimo de riscos;
3. Assegurará a privacidade das pessoas envolvidas no estudo, de modo a proteger suas imagens, identidade, garantindo não utilizar as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da comunidade;



Poder Executivo  
Ministério da Educação  
Universidade Federal do Amazonas  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



4. Cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012.

Ressaltamos ainda que toda a equipe de campo será testada para a Covid-19 antes da realização da viagem à comunidade, e todos os pesquisadores e participantes estarão utilizando devidamente os equipamentos de proteção individual, tomando todos os cuidados necessários para prevenção e proteção contra o novo coronavírus. Os resultados do estudo permitirão encontrar soluções para os problemas de saúde, pensadas e trabalhadas de forma colaborativa, ajudando os serviços de saúde a se voltarem para o que a comunidade realmente precisa, sendo mais provável que a atuação dos serviços alcance uma maior qualidade e utilize melhor seus recursos. Esses resultados poderão contribuir com o conhecimento científico sobre a prevalência de doenças subnotificadas na região norte do país, além de propiciar o diagnóstico e tratamento de uma lesão que quando não tratada pode evoluir para o câncer de lábio.

Caso autorize a entrada na comunidade, em data a ser acertada posteriormente, solicitamos seu posicionamento logo abaixo:

Eu, Raimundo José Leal Marques,  
Líder da Comunidade Boas Novas, município de  
Catolândia -AM, declaro que Juliana Vianna Pereira, Pesquisador da Universidade Federal do Amazonas, CPF nº 215.366.628-79, apresentou-me o projeto de pesquisa "**Prevalência de queilite actínica em pescadores de uma comunidade rural-ribeirinha da Amazônia**", cujas atividades serão desenvolvidas em minha comunidade, e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo do mesmo e de seus eventuais riscos e benefícios. Desse modo, AUTORIZO a realização do projeto nesta comunidade, colocando-nos à disposição para cooperar com a execução das atividades e permitindo o uso das informações coletadas, exceto aquelas determinadas como sigilosas por aspectos legais e éticos, para divulgação do projeto, desde que utilizadas para fins estritamente acadêmicos, sem finalidade de obtenção de lucro.

Raimundo José Leal Marques  
(Assinatura)

comunidade Boas Novas 14/08/22  
(Local e Data)

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o Sr. para participar da pesquisa “Prevalência de Queilite Actínica em Pescadores de uma Comunidade Rural Ribeirinha da Amazônia”, que será realizada na comunidade de Boas Novas, localizada no Lago Janauacá, município de Careiro, Manaus – Amazonas, sob a responsabilidade da pesquisadora Romyne Bastos Solano e Silva, orientada pela Juliana Vianna Pereira, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas, o qual pretende avaliar a prevalência de queilite actínica em pescadores de uma comunidade rural ribeirinha no Amazonas e os fatores associados a essa condição. A queilite actínica é uma reação inflamatória dos lábios que resulta da exposição crônica ao sol.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que ficará com você e outra que ficará com o pesquisador.

Sua participação é voluntária e consistirá em responder um formulário sobre você, sua casa, escolaridade, renda, além de perguntas relacionadas à sua saúde geral e sua saúde bucal (hábitos de fumar, consumir bebida alcoólica, informações sobre o uso de serviço odontológico e de uso de medidas de proteção ao sol). Em seguida, as pesquisadoras, cirurgiãs-dentistas, irão realizar o exame da sua boca (incluindo visualização dos lábios, mucosas, língua, assoalho bucal, palato duro e mole, orofaringe e gengiva) e o registro fotográfico da região dos seus lábios. Os exames serão realizados no ambiente reservado da sua residência e as pesquisadoras estarão utilizando jaleco, luvas, máscaras, gorros descartáveis, óculos protetores e instrumental devidamente esterilizado. Serão consideradas, ainda, as medidas de prevenção à COVID 19 vigentes. As lesões encontradas serão encaminhadas para a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas para realização de procedimento de biópsia, com o objetivo de obtenção de diagnóstico definitivo e tratamento compatível com a necessidade.

Os riscos ou desconfortos relacionados a esta pesquisa são o de constrangimento ao responder às perguntas do questionário. Caso isso ocorra, o senhor (a) pode informar a pesquisadora para esclarecimentos, de forma a diminuir o desconforto. Para a realização do exame, o participante precisará ficar de boca aberta e isso também pode incomodar. No entanto, os exames realizados são procedimentos não invasivos e serão realizados na privacidade do domicílio do participante. Outro desconforto diz respeito à demanda de tempo por parte do participante para uma coleta de dados satisfatória. Os participantes não sofrerão exposição ao público, sendo suas identidades mantidas em sigilo. Considera-se o risco da identificação do paciente e constrangimento oriundo da divulgação das informações. Entretanto, assumimos o compromisso de garantir sigilo e confidencialidade em relação à identidade dos pacientes. Se for encontrado algum problema de saúde na sua boca ou nos seus dentes, você será avisado e encaminhado para o devido tratamento.

Os benefícios esperados são a prevenção, diagnóstico e tratamento no caso da presença de alguma lesão encontrada. O diagnóstico precoce da queilite actínica amplia as opções de tratamento e prognóstico da doença e, conseqüentemente, qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Além disso, os resultados contribuirão para um melhor conhecimento sobre a prevalência de queilite actínica na região norte do Brasil.

O Sr. não terá nenhuma despesa direta com o estudo e também não receberá nenhuma remuneração, no entanto, em caso de algum problema relacionado com a

pesquisa, você terá direito à garantia de ressarcimento e indenização, além de assistência gratuita prestada na clínica de Odontologia da UFAM.

Você tem o direito de se recusar a participar da pesquisa, bem como de desistir e retirar o seu consentimento em qualquer momento sem que isso traga qualquer penalidade ou represálias de qualquer natureza ao senhor. As despesas que sua participação no projeto venha a acarretar serão ressarcidas.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e as informações obtidas durante a pesquisa só serão acessadas pelas pesquisadoras. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer informação, o senhor (a) poderá entrar em contato direto com a pesquisadora pelo telefone (92) 98266-9126, e pelos e-mails romynebastos@hotmail.com, juvpereira@ufam.edu.br, no endereço da Universidade Federal do Amazonas: Av. Ayrão, 1539 – Praça 14 de Janeiro, Manaus – AM, 69025-050, telefone (92) 3305-1480, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus – Amazonas, telefone (92) 3305-5130. O CEP/UFAM é uma comissão constituída por treze membros das várias áreas do conhecimento, e um representante dos usuários, que tem por finalidade a avaliação da pesquisa com seres humanos em nossa Instituição, em conformidade com a legislação brasileira regulamentada pela CONEP.

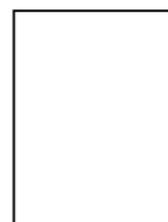
Dessa forma, se o Sr. concordar em participar desta pesquisa, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a colaboração. Este termo também será assinado pelas pesquisadoras responsáveis em duas vias, ficando uma o Sr. e outra com a pesquisadora.

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Li e concordo em participar da pesquisa “Prevalência de Queilite Actínica em Pescadores de uma Comunidade Rural Ribeirinha da Amazônia”. Declaro ter recebido uma via original deste documento rubricada em todas as folhas e assinada ao final pelo pesquisador e por mim.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante



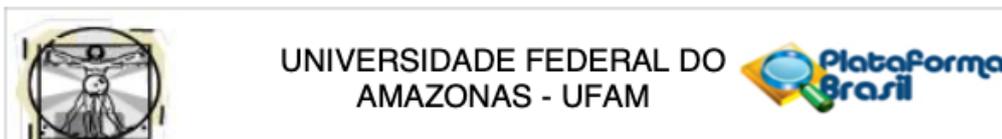
Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Impressão  
Datiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisador Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador Responsável

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA DE QUEILITE ACTÍNICA EM PESCADORES DE UMA COMUNIDADE RURAL RIBEIRINHA DA AMAZÔNIA

**Pesquisador:** Romyne Bastos Solano e Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64635122.5.0000.5020

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Amazonas - UFAM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.808.323

#### Apresentação do Projeto:

Segundo o(a) pesquisador(a) responsável no documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_2025665.pdf 08/12/2022 20:12:42

A queilite actínica é uma desordem potencialmente maligna dos lábios que resulta da exposição crônica à radiação solar. Quando não tratada e persistindo a exposição contínua à radiação solar, a lesão pode evoluir para o carcinoma de células escamosas, que é o tipo de câncer mais frequente na cavidade bucal. O fator de risco mais importante para a queilite actínica é a exposição crônica aos raios ultravioleta. Além disso, fatores adicionais foram apontados, incluindo ocupação e atividades de lazer com exposição solar intensa, e latitude geográfica de residência. Estudos realizados em populações que participam de atividades ao ar livre mostram prevalência mais elevada, incluindo os pescadores. Considerando que atualmente a pesca artesanal representa umas das atividades mais importantes no estado do Amazonas, gerando ocupação e renda aos moradores dos municípios e ribeirinhos, o objetivo do presente estudo é avaliar a prevalência de queilite actínica em pescadores de uma comunidade rural ribeirinha da Amazônia e os fatores associados ao desenvolvimento dessa condição. A população será formada pelo universo de pescadores do sexo masculino da comunidade Boas Novas, localizada no município de Careiro, Manaus – AM. Para coleta de dados será utilizado um formulário estruturado e exame clínico dos lábios. Serão coletados dados demográficos (sexo,

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

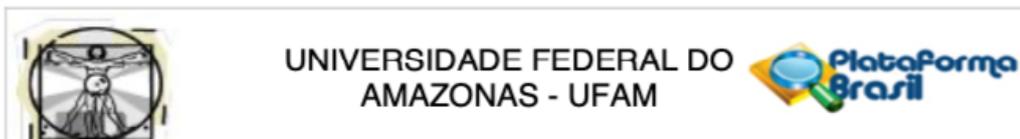
**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**CEP:** 69.057-070

**Telefone:** (92)3305-1181

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.808.323

Outros	carta_resposta_CEP_.doc	08/12/2022 20:12:18	Romyne Bastos Solano e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	QueiliteActinica.docx	08/12/2022 20:10:51	Romyne Bastos Solano e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.docx	08/12/2022 20:09:32	Romyne Bastos Solano e Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_PARA_PESQUISA_ENVOLVENDO_SERES_HUMANOS assinado.pdf	30/09/2022 20:02:50	Romyne Bastos Solano e Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 12 de Dezembro de 2022

---

**Assinado por:**  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** Rua Teresina, 4950

**Bairro:** Adrianópolis

**UF:** AM

**Telefone:** (92)3305-1181

**CEP:** 69.057-070

**Município:** MANAUS

**E-mail:** cep.ufam@gmail.com