

CAMPANHA DE PREVENÇÃO AO CÂNCER DA PELE (RIO GRANDE - RS): PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIDOS

Leandro Sampaio Clavico

Doutorado em Educação e Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil.

E-mail: leandroclavico@furg.br

Gilma Santos Trindade

Doutorado em Ciências Biológicas (Biofísica) pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Docente Voluntária PPGs em Educação em Ciências e em Fisiologia Animal Comparada na Universidade Federal do Rio Grande (FURG); Líder de dois Grupos de Pesquisa: Grupo de Pesquisa em Radiação Ultravioleta (GRUV) e Grupo de Estudos em Estratégias de Educação para Promoção da Saúde (GEEPS)

Obirajara Rodrigues

Doutorado em Educação e Ciências pela Universidade Federal do Rio Grande; Docente Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil.

Régis Augusto Reis Trindade

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil.

RESUMO: A cidade de Rio Grande ocupa o segundo lugar nos registros de câncer da pele no Estado do Rio Grande do Sul. Este estudo visa investigar o perfil epidemiológico dos atendidos pelas Campanhas de Prevenção ao Câncer de Pele de 2010, 2011 e 2012 realizadas em Rio Grande. Para isso foram realizadas observações participantes e semidirigidas. Foi demonstrado que foram mulheres brancas e pardas quem mais participaram e que os homens estão em um processo crescente de participação. Dos participantes, no mínimo 50% expõem-se ao sol sem qualquer proteção, principalmente por suas atividades ocupacionais. Foi constatado que o uso de protetores solares está bem aquém do necessário, sendo que em 2010 e 2011 os percentuais de indivíduos que não fizeram uso de protetores solares foi de 53,01% e 45,58%, respectivamente. Dicotomicamente, foram semelhantes os percentuais de quem nunca teve história de queimaduras solares ao longo da vida e daqueles que tiveram mais de três episódios, bem como os percentuais de quem não teve e de quem já teve história prévia de câncer de pele. Foi praticamente consenso a importância de conhecer os índices de radiação ultravioleta diário e seus riscos à saúde e que é a escola a fonte mais apropriada para divulgar e trabalhar informações sobre este tema. Nossos dados permitem propor políticas educacionais e sociais sobre a relação entre a exposição à radiação ultravioleta e o câncer de pele.

PALAVRAS-CHAVE: Campanha de prevenção; Câncer de pele; Perfil de atendidos.

PREVENTION CAMPAIGN AGAINST SKIN CANCER IN RIO GRANDE, BRAZIL: AN EPIDEMIOLOGICAL PROFILE

ABSTRACT: The city of Rio Grande ranks second in skin cancer in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Current study investigates the epidemiological profile of people attended to in the campaign against skin cancer in Rio Grande in 2010, 2011 and 2012. Participating and semi-directed observations were undertaken. White and brown-skinned females participated most, although males were on the increase. At least, 50% of the participating population expose themselves to the sun without any protection, especially during their occupational activities. Solar protection is not sufficiently used: in 2010 and 2011, the percentages of people who failed to use solar protectors were respectively 53.01% and 45.58%. Contrastingly, percentages were similar to those who never had sun burns and those with more than three episodes, similar to percentages of who never had and who had a previous skin cancer episode. All agreed on the importance of being informed on daily UV radiation and health risks. All agree that the school is the most appropriate place to disseminate information and discuss such issues. Data suggest educational and social policies on the

relationship between exposure to UV radiation and skin cancer.

KEY WORDS: Prevention Campaign; Skin Cancer; Profile Of Participating People.

INTRODUÇÃO

A evolução dos seres vivos está fortemente relacionada às condições de vida na Terra, no entanto, as alterações ambientais promovidas pela sociedade moderna têm interferido significativamente na saúde coletiva. Ações antropogênicas resultantes da apropriação da natureza e a organização do espaço geográfico são as principais responsáveis pelo aumento e/ou aceleração de diversos processos conhecidos na natureza (OKUNO; VILELA, 2005).

Segundo Vanicek et al. (2000), a radiação ultravioleta (RUV), enquanto elemento ambiental, é influenciada por diversos fatores de ordem geográfica, astronômica e atmosférica. Dentre estes fatores, podemos ressaltar a degradação cíclica do conteúdo total de ozônio estratosférico (O_3), componente responsável pela absorção parcial da RUV, que é a energia emitida pelo sol através de ondas eletromagnéticas divididas em três bandas espectrais: UVA (315nm a 400nm), UVB (280nm a 315nm) e UVC (100nm a 280nm). Essa faixa espectral é extremamente danosa à saúde humana, quando a exposição à RUV excede os limites de segurança do organismo. A pele, os olhos e o sistema imunológico são os órgãos mais afetados (DIFFEY, 2000).

Outro fator a ser considerado é a mudança de hábitos da população mundial com relação à exposição solar, ocasionando muitas vezes um aumento alarmante de incidência de câncer de pele nas últimas décadas. Deste modo, a exposição crônica ao sol contribui não só para o risco de desenvolvimento do envelhecimento precoce da pele, como também para o aparecimento do câncer de pele (SAMPAIO; RIVITTI, 1998; SOUZA et al., 2004).

A incidência do câncer de pele vem crescendo mundialmente, sendo considerado um grave problema de saúde pública, uma vez que interfere na qualidade de vida da população e seu tratamento representa uma significativa

redução no uso dos recursos públicos destinados à saúde (WHO, 2002). Porém, somente nas últimas décadas é que se ampliou o conhecimento referente à etiologia desse tipo de câncer e a RUV foi identificada como um dos principais agentes envolvidos (GARVIN; EYLES, 2001). Este conhecimento é fundamental, visto que a pele está em constante exposição ao sol, seja durante atividades recreativas ou ocupacionais.

Além da exposição solar excessiva e cumulativa também são apontados como fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de pele o tipo de pele de cada indivíduo, presença de sardas, histórico familiar, cor dos olhos, entre outros. Portanto, essa exposição solar excessiva e sem proteção é de grande importância na gênese de todos os tipos de câncer de pele, porém de forma diferente para cada caso (AUTIER; DORE, 2001).

Reconhecendo a estreita relação entre a exposição excessiva ao sol e a incidência do câncer de pele, é importante considerar que as pessoas que vivem em regiões ou países de clima tropical, como é o caso do Brasil e da Austrália, são aquelas que apresentam os maiores registros de câncer de pele no mundo (WHO, 2002).

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012), o câncer de pele continua sendo o tipo mais incidente em ambos os sexos. As regiões geográficas do Brasil, por sua heterogeneidade cultural, questões socioeconômicas, políticas e demográficas, apresentam suas populações submetidas a fatores de risco bastante diferentes entre si. Também são distintas, nestes locais, a qualidade da assistência prestada, tanto médica como educacional, bem como as informações fornecidas e a capacidade diagnóstica de cada lugar. Por este motivo, os quadros das principais neoplasias diferem, muitas vezes refletindo diretamente na situação de desigualdade observada em nosso país (GELLER et al., 2002).

Na maioria dos países, assim como no Brasil, o combate a este tipo de doença vem sendo realizado, porém, os profissionais da área da saúde e da área da educação necessitam entender quais os fatores que afetam ou não a decisão de uma mudança de concepção da população com relação aos efeitos causados pelo excesso de exposição à RUV solar. Uma das estratégias utilizadas são as campanhas didáticas de informação

e prevenção veiculadas por órgãos sociais e da saúde. Porém, os números encontrados de indivíduos com câncer de pele, a cada ano, refletem, de certa forma, uma baixa eficiência das campanhas realizadas no país até o momento (INCA, 2012).

De modo geral, os registros de câncer de pele, proporcionados pelos órgãos governamentais, não corroboram a realidade atual, uma vez que as referências de prevalência para esses tumores são escassas, principalmente porque são de abordagem clínica em consultórios, não existindo a obrigatoriedade de notificação aos órgãos de vigilância epidemiológica (SAMPAIO; RIVITTI, 1998; OKUNO; VILELA, 2005).

Segundo a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em 2012, no Brasil os maiores registros de câncer de pele estavam concentrados na região Sul, seguidos da região Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Na região Sul, os maiores índices estão nos estados de Santa Catarina (SC) e Rio Grande do Sul (RS). Em SC é a cidade de Florianópolis que apresenta os maiores registros e no RS é a cidade de Porto Alegre, seguida da cidade de Rio Grande.

Rio Grande é um município do extremo sul do RS, situado entre a Lagoa Mirim, a Lagoa dos Patos e o Oceano Atlântico e possui a praia do Cassino com uma extensão de aproximadamente 240 km (MOTTA, 2001).

Dentro da área de estudo, os níveis de Índice Ultravioleta (IUV), parâmetro de medida da intensidade da RUV biologicamente ativa, definido pela *World Health Organization* (WHO, 2002), em uma escala de variação que varia de baixo (1 - 2), moderado (3 - 5), alto (6 - 7), muito alto (8 - 10) e extremo (acima de 11), na cidade de Rio Grande apresenta valores acima de 8 durante boa parte do ano. No verão a média do IUV fica em torno de 9,8 chegando a picos de 14,9 e no inverno a média sazonal é de 4,6 (SILVA, 2007).

Pelo exposto acima, julgamos pertinente investigar o perfil epidemiológico dos atendidos nas campanhas de prevenção ao câncer de pele na cidade de Rio Grande, lembrando que as mesmas ocorrem em todo o Brasil, no mês de novembro, em data definida pela SBD.

A campanha conta ainda com o trabalho integrado do Programa Saúde da Família que auxilia na sua difusão e já promove o encaminhamento de casos suspeitos.

2 METODOLOGIA

Para traçar o perfil epidemiológico da população atendida durante o dia nacional da Campanha de Prevenção ao Câncer de Pele, optamos por trabalhar com a coleta direta de dados nas campanhas de 2010, 2011 e 2012.

A campanha é desenvolvida por uma equipe multidisciplinar composta por clínicos, dermatologistas, cirurgiões, patologistas, enfermeiros, pesquisadores e graduandos do curso de Medicina, ocorrendo nas dependências do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG) e tendo como atividades palestras, teatro educativo, exame dermatológico, tratamento clínico/cirúrgico, orientações e retorno dos pacientes para acompanhamento.

As estratégias metodológicas deste trabalho ocorreram através de uma análise quanti/qualitativa do tipo estudo de caso, caracterizada por estudar uma unidade de forma complexa e aprofundada (TRIVIÑOS, 2001). Foi utilizado um estudo de caso observacional (TRIVIÑOS, 1990), já que a coleta de informações ocorreu através da observação participante e da observação semidirigida.

Na observação participante, houve a participação real do observador, ou seja, o pesquisador tornou-se um membro a mais na equipe, participando das discussões de desenvolvimento da campanha, utilizando-se de um diário de bordo. Obviamente o pesquisador não participou das atividades clínicas (consultas e procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos).

Para a observação semidirigida, foi aplicado um questionário aos atendidos, para servir de ferramenta de observação da aplicabilidade dos resultados da Campanha. O questionário (em anexo) apresentou em sua estrutura 5 (cinco) categorias de análises com perguntas de escolha simples:

Na categoria 1, intitulada “características fenotípicas”, investigou-se entre outros fatores, o tipo de cor da pele do paciente (respondido a partir de uma auto referência da cor da pele, estabelecido pelo próprio entrevistado). A categoria 2 tratou da investigação dos “hábitos de exposição solar” (exposição ao sol durante infância e/ou adolescência, tempo de exposição ao sol, período de banho de sol e exposição solar por conta da atividade profissional). A categoria 3, por sua vez, tratou

das “medidas de fotoproteção” (hábitos de proteção solar). Para a categoria 4 indagou-se sobre o “histórico de queimaduras solares e história prévia de câncer de pele” (histórico de queimaduras e história prévia de câncer de pele). E, por fim, na categoria 5 preocupou-se em averiguar “os conhecimentos sobre fatores de risco” (conhecimento da relação RUV e câncer de pele e importância da divulgação dos índices RUV e riscos à saúde).

É importante esclarecer que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FURG) envolvendo seres humanos, sendo aprovado sob o número consubstanciado 692.140, e que para aplicação do questionário, os atendidos preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ainda esclarecer que o número de indivíduos interessados a participar da campanha cresce a cada ano. Como logística de trabalho são distribuídas “senhas” (300 em 2010, 500 em 2011 e 2012) e os indivíduos passam por uma triagem prévia realizada por enfermeiros e acadêmicos. Aqueles onde foram observadas alterações dermatológicas previamente discutidas pela equipe são encaminhados aos dermatologistas participantes que identificam aqueles atendidos como portadores de alterações dermatológicas compatíveis com aquelas

apresentadas pelo câncer de pele. Apenas estes últimos é que foram pesquisados neste trabalho, ou seja, responderam ao questionário apenas os atendidos que foram encaminhados para retirada cirúrgica de alguma lesão neoplásica, após terem sido diagnosticados pela equipe médica de dermatologistas voluntários, definindo assim o critério de inclusão/exclusão na investigação.

Os agrupamentos dos dados e análises estatísticas foram realizados através da planilha eletrônica *Microsoft Excel*, utilizando medidas de tendência central e distribuição de frequência com intervalos de classe representados graficamente por histogramas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para o melhor entendimento dos resultados e escrita das considerações optamos por descrever as questões do questionário a partir da seguinte divisão:

3.1 CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS

Na Tabela 1 temos representado o total de atendidos, por sexo, nas três campanhas, com os respectivos percentuais que representam. Este total

Tabela 1. Total de atendidos nas Campanhas de Prevenção ao Câncer de Pele de 2010, 2011 e 2012.

Sexo	2010		2011		2012	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Feminino	235	64,74%	315	60,58%	292	57,74%
Masculino	128	35,26%	205	39,42%	214	42,29%
Total	363	100%	520	100%	506	100%

Fonte: Do autor.

correspondeu ao número de “senhas” distribuídas após a triagem prévia realizada por enfermeiros e acadêmicos da equipe.

Do total de atendidos, aqueles que após a triagem prévia foram examinados pelos dermatologistas e diagnosticados com algum tipo de neoplasia cutânea estão representados nos histogramas abaixo.

Assim, na campanha de 2010, 83 atendidos apresentaram algum tipo de neoplasia cutânea, sendo 47 do sexo feminino e 36 do sexo masculino, correspondendo a 56,63% e 43,37%, respectivamente. Já

na campanha de 2011, 68 atendidos apresentaram algum tipo de neoplasia cutânea, sendo 32 do sexo feminino e 38 do sexo masculino, correspondendo a 47,06% e 53,94%, respectivamente. Por fim, na campanha de 2012 também foram 68 atendidos que apresentaram algum tipo de neoplasia cutânea, sendo 37 do sexo feminino e 31 do sexo masculino, correspondendo a 54,41% e 45,49%, respectivamente.

Os resultados acima, representativos das campanhas de 2010 e 2012, sugerem que o sexo feminino foi o mais representativo para a incidência de neoplasias

cutâneas. Entretanto é importante considerar que, para os três anos de campanha analisados, o número de mulheres que participaram da triagem prévia foi significativamente maior que o número de homens o que, por si só, pode explicar a maior incidência no sexo feminino. Neste sentido, é relevante considerar a campanha de 2011 onde, apesar do número de atendidos do sexo feminino ser superior ao número de atendidos do sexo masculino, foram esses últimos que apresentaram um maior percentual de neoplasias cutâneas. Acreditamos que estes resultados estejam relacionados aos hábitos, ou a falta destes, em relação à exposição aos raios solares.

A maior procura das mulheres nessas campanhas pode estar relacionada ao fato das mesmas, na maioria das vezes, apresentarem um comportamento de culto ao corpo bem mais acentuado quando comparado aos homens, bem como terem mais exacerbada a valorização estética do bronzeado, comportamento este, muitas vezes associado a mensagens veiculadas pela mídia. É importante ressaltar que as mulheres também são mais representativas quanto à utilização do sistema de saúde, principalmente quando se pensa em prevenção. As mulheres jovens, em particular, constituem um grupo vulnerável à exposição solar inadequada, ora pela influência de fatores estéticos, ora pela maior atividade física ao ar livre (SOUZA et al, 2004). Como então explicar os resultados apresentados na campanha de 2011? Estes resultados corroboram com vários outros autores que demonstraram que atualmente os hábitos de proteção com relação à exposição ao sol, a prática de atividades profissionais e sociais, bem como a prática de esportes ao ar livre não apresentam diferença significativa em relação ao sexo (COSTA; WEBER, 2004; ANGELI et al., 2007). Em contrapartida, estes mesmos autores observaram uma leve tendência da exposição ao sol, em função da ocupação profissional, ser maior entre os homens, o que corrobora positivamente para os nossos resultados obtidos no ano de 2011.

Com relação ao item cor da pele, onde constavam as opções “brancos, pardos, negros e amarelos”, apenas as opções “brancos” e “pardos” foram assinaladas, onde para a cor da pele branca foram identificados 56,62% em 2010, 52,94% em 2011, e 45,59% no ano de 2012. Por conseguinte, os demais percentuais são representativos da cor da pele parda. Estes resultados sugerem que os indivíduos que se auto-classificam com essas cores de pele foram aqueles que apresentaram algum tipo de neoplasia cutânea (critério de inclusão).

Estes resultados corroboram com aqueles demonstrados por outros autores que atestaram que o câncer da pele acomete mais as populações de pele clara, em especial dos tipos de pele I e II (que queimam e não bronzeiam) (FITZPATRICK, 1988). Em contrapartida, Okuno e Vilela (2005) demonstraram que hispânicos, asiáticos e negros desenvolvem menos esse tipo de câncer.

No que diz respeito à distribuição fenotípica brasileira, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), existe uma grande heterogeneidade ao longo das latitudes do território brasileiro, chegando a aproximadamente 89% de população de raça branca nas áreas urbanas dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, onde a imigração de descendentes de europeus é muito forte (alemães, poloneses, italianos), lembrando que são esses Estados que apresentam os maiores índices de câncer de pele no Brasil.

3.2 HÁBITOS DE EXPOSIÇÃO SOLAR

Nesta categoria investigamos na primeira pergunta o perfil de exposição solar durante a infância e/ou adolescência dos atendidos. Os resultados foram expressos na Tabela 2.

Com estes resultados foi possível constatar, nas três campanhas analisadas, que o percentual de atendidos que se expuseram ao sol na infância e na adolescência, sem utilizar nenhum tipo de proteção, foi inequivocamente maior quando comparada as demais alternativas de escolha, com uma média de prevalência de 82,84%.

Estes percentuais corroboram com o aumento das estimativas de novos casos de câncer de pele no Brasil, defendidas pelas agências de saúde e pesquisadores, levando em conta a ação cumulativa da RUV, lembrando mais uma vez que esta faixa de radiação representa o principal agente etiológico do câncer cutâneo, principalmente se a exposição solar ocorrer durante a infância e a adolescência (ARMSTRONG, 2001; WHO, 2001). Por outro lado, estes autores discutem que a exposição solar regrada, bem como o uso constante de medidas de fotoproteção, como vestuário adequado, chapéus, óculos e protetor solar, tendem a diminuir o risco potencial de desenvolvimento dessa doença.

Ainda considerando os hábitos de exposição solar (categoria 2), a Tabela 3 expressou os percentuais

Tabela 2. Perfil de exposição solar durante a infância e/ou adolescência dos atendidos com neoplasia cutânea nas Campanhas de Prevenção ao Câncer de Pele de 2010, 2011 e 2012.

Hábitos de Exposição Solar Infância e/ou Adolescência	2010		2011		2012	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Não fiquei exposto ao sol	6	7,23%	10	14,71%	1	1,47%
Não me recordo	2	2,41%	3	4,41%	0	0,00%
Fiquei e nunca utilizei medidasproteção	72	86,75%	54	79,41%	56	82,35%
Fiquei e sempre utilizei medidas de proteção	3	3,61%	1	1,47%	11	16,18%
TOTAL	83	100%	68	100%	68	100%

Fonte: Do autor.

de atendidos que apresentam histórico de exposição solar em função da atividade ocupacional.

Com exceção da campanha realizada em 2010, os resultados encontrados sugerem que a exposição solar em função de atividade ocupacional pode ter uma relação significativa com a incidência de câncer de pele. Segundo a SBD, as profissões exercidas ao ar livre, onde os trabalhadores ficam expostos ao sol diariamente e por períodos prolongados, são as que representam maior risco para o desenvolvimento do câncer de pele. Como não é possível evitar a luz solar no horário mais intenso,

das 10h às 15h, a SBD preconiza medidas de proteção como o uso de bonés, uniforme adequado e protetor solar.

Em uma cidade litorânea, como é o caso de Rio Grande, chama a atenção o número de profissionais que atuam na orla das praias, como os vendedores ambulantes, garis, salva-vidas, policiais, pescadores e até mesmo atletas profissionais. Além desses, marinheiros, trabalhadores rurais, militares, operários da construção civil, professores de educação física e carteiros estão entre os mais vulneráveis a este tipo de câncer.

Tabela 3. Histórico de exposição solar pela profissão dos atendidos das Campanhas de Prevenção ao Câncer de Pele de 2010, 2011 e 2012.

Exposição solar pela profissão	2010		2011		2012	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Não se expõe	62	74,70%	24	35,29%	23	33,82%
Se expõe	13	15,66%	44	64,71%	45	66,18%
No caminho ida/volta	8	8,43%	0	0,00%	0	0,00%
Total	83	100%	68	100%	68	100%

Fonte: Do autor.

Inquieta a incerteza de saber se estes profissionais fazem uso rotineiramente destas importantes ferramentas de proteção à exposição solar e se são orientados e fiscalizados neste uso.

Ainda considerando a categoria 2 do questionário, foi investigado o fator tempo de exposição solar diário de cada atendido e os resultados foram expressos na Tabela 4.

Considerando as Tabelas 3 e 4 foi possível inferir que o fator tempo de exposição respondido nesta última tabela representou a exposição além do

período ocupacional. Embora os maiores percentuais tenham sido encontrados no menor tempo de exposição, chamou nossa atenção os percentuais apresentados para os tempos de exposição de mais de 6 horas (27,71%) na campanha de 2010 e de 1 a 3 horas (25% e 35,29%) nas campanhas de 2011 e 2012, respectivamente. É importante lembrar que estes percentuais foram ainda maiores quando associamos essa exposição àquela referente à exposição ocupacional.

Por fim, completando a categoria 2, foi

Tabela 4. Tempo de exposição solar diária dos atendidos das Campanhas de Prevenção ao Câncer de Pele de 2010, 2011 e 2012.

Tempo de exposição solar diária	2010		2011		2012	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Menos de 1 hora	36	43,37%	32	47,06%	32	47,06%
Entre 1 e 3 horas	10	12,04%	17	25,00%	24	35,29%
Entre 3 e 6 horas	14	16,86%	7	10,29%	5	7,35%
Mais de 6 horas	23	27,71	12	17,65%	7	10,29%
Total	83	100%	68	100%	68	100%

Fonte: Do autor.

investigado o período do dia em que os atendidos pelas campanhas costumam tomar banho de sol. A Tabela 5 expressou estes resultados.

Esta análise demonstrou uma maior heterogeneidade quando comparada às anteriores. Embora o percentual de atendidos que assumiram tomar banho de sol antes das 10h seja superior aos demais em cada campanha, alguns outros percentuais mereceram nossas críticas. Isto se aplica aos percentuais mostrados

para o horário compreendido entre 10h e 15h, faixa de maior incidência da RUV B (UVB) e, portanto, de maior vulnerabilidade do DNA celular (ANGELI et al., 2007; TRINDADE et al., 1999). Estes resultados ainda ganharam maior impacto quando consideramos o número de atendidos que responderam tomar banho de sol durante o dia todo, favorecendo ainda mais os riscos de fotodermatoses.

Tabela 5. Período que costumam tomar banho de sol os atendidos das Campanhas de Prevenção ao Câncer de Pele de 2010, 2011 e 2012.

Período de exposição solar banho de sol	2010		2011		2012	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Antes das 10 horas	29	34,93%	18	26,47%	23	33,82%
Entre 10 – 15 horas	14	16,87%	14	20,59%	15	22,06%
Depois das 15 horas	8	9,64%	4	5,88%	11	16,17%
O dia todo	24	28,92%	14	20,59%	18	26,48%
Não toma sol	8	9,64%	18	26,47%	1	1,47%
Total	83	100%	68	100%	68	100%

Fonte: Do autor.

É importante lembrar que os atendidos neste trabalho foram indivíduos que apresentaram alterações cutâneas compatíveis com aquelas apresentadas no câncer de pele, o que nos pareceu lógico pensar que teríamos os maiores percentuais na faixa de exposição solar considerada de menor risco à saúde (antes das 10 horas, após as 15 horas ou não se expor ao sol) nas três campanhas. Constatamos que, apesar dos esforços de campanhas preventivas/educativas alertando sobre os efeitos da fotoexposição em horários de risco, estes cuidados ainda não foram incorporados aos hábitos dos atendidos.

3.3 MEDIDAS DE FOTOPROTEÇÃO

Nesta terceira categoria, a primeira pergunta buscou investigar os hábitos de utilização de protetores solares dos atendidos nas três campanhas analisadas. As alternativas foram: “qualquer época do ano, somente durante o verão, somente na praia/piscina e nunca usa”. Os resultados atestam de forma inequívoca o uso inadequado dos protetores solares, principalmente nas campanhas de 2010 e 2011, onde os percentuais de quem nunca usa o protetor solar superam as demais alternativas (53,01% e 45,58%, respectivamente). Também mereceu

consideração a semelhança dos percentuais de quem usa o protetor solar em qualquer época do ano e quem faz uso apenas no verão (dados não mostrados). Os menores percentuais observados para a alternativa de uso dos protetores somente na praia/piscina (2,41% em 2010, 0% em 2011 e 2,94% em 2012), no nosso entendimento, foram relacionados ao fato dos indivíduos atendidos não terem o hábito de frequentar estes locais.

É importante destacar que quando questionados verbalmente sobre os motivos da não utilização dos protetores solares, a maioria dos atendidos respondeu que por preguiça ou em função dos altos preços do produto.

Embora estes resultados tenham deixado evidente que ainda há muito a melhorar em medidas de fotoproteção, o uso do protetor solar é uma das estratégias mais utilizadas, entretanto seria de maior eficácia se seu uso viesse acompanhado, por exemplo, do cuidado com relação ao horário de exposição ao sol e do conhecimento dos fatores de risco associados ao tipo de pele do indivíduo (CESTARI, 1998; RIGEL; CARUCCI, 2000).

4 HISTÓRICO DE QUEIMADURAS SOLARES E HISTÓRIA PRÉVIA DE CÂNCER DE PELE

Nesta quarta categoria o histórico de queimadura solar dos atendidos foi analisado pelos seguintes critérios: “nunca teve, só uma vez, até três vezes, acima de três vezes”.

Chama a atenção a controvérsia entre os percentuais de quem nunca teve história de queimadura solar (média de 35,63% considerando os três anos estudados) e aqueles de quem apresentou mais de três vezes (média de 41,82% para o mesmo período), valores mais elevados quando comparados às demais alternativas. Além disso, se somados os percentuais de quem já teve pelo menos uma história de queimadura solar, este percentual sobe para 64,38% (média), considerando as três campanhas. É importante ressaltar que estes resultados corroboram com os dados anteriormente encontrados quanto aos hábitos de exposição solar na adolescência e juventude, uma vez que levamos em conta

a ação cumulativa da RUV e seus danos causados à pele.

Ainda nesta categoria foi analisada a história prévia de câncer de pele dos atendidos e os critérios analisados foram: “sim (afirmativo para história prévia), não, não sabe/não lembra”.

Nesta análise, o percentual de atendidos que assumiram já ter apresentado diagnóstico de câncer de pele foi, em média, de 51,09% para os três anos de estudo. Já para aqueles que assumiram não apresentar história prévia de câncer de pele, a média, para o mesmo período, foi de 48,41%. Estes resultados sugerem algumas possibilidades até mesmo contraditórias: a ineficácia do modelo de prevenção promovido pelos órgãos de saúde e entidades educacionais, no que concerne a uma mudança de concepção da população quanto aos hábitos de exposição solar e, por outro lado, a eficácia deste modelo em paralelo com a dificuldade de conscientização da necessidade de mudanças comportamentais que, para serem efetivas, exigem tempo e reforços constantes. Ainda é importante ressaltar que o diagnóstico de câncer, por si só, também exige um acompanhamento periódico e constante o que permite sugerir que os atendidos podem estar utilizando as próprias campanhas para realizarem este controle. Na busca deste controle de exposição também não podemos deixar de considerar os padrões culturais da população que associam o modelo de pele bronzeada aos padrões estéticos de beleza modernos, incitando a população a um comportamento de risco de exposição e tendo como fortes aliados a mídia e a moda, entre outros (SZKLO et al., 2007).

4.1 CONHECIMENTO SOBRE FATORES DE RISCO

Finalmente, para melhor entendimento e compreensão do perfil epidemiológico dos atendidos pelas campanhas, nesta categoria foi questionado o conhecimento dos atendidos sobre a relação entre o câncer de pele e a exposição solar (“sim e não”), bem como questionar qual a fonte mais apropriada, segundo eles, para transmitir esses conhecimentos (Tabela 6).

Sem dúvida alguma, os percentuais que retrataram o desconhecimento dos atendidos sobre a relação existente entre o câncer de pele e a exposição solar inadequada (média de 68,97% para o período

analisado) demonstraram o quanto estas informações ainda necessitam ser trabalhadas e divulgadas.

Estes resultados, de certa forma, remetem à importância e a necessidade da inclusão desta temática nas escolas, nos anos iniciais, para que a prevenção ao câncer de pele possa ser iniciada desde a infância, possibilitando reais mudanças de concepção. Como mencionado anteriormente, pesquisas já demonstraram que o risco do câncer de pele, principalmente do tipo melanoma, o câncer de pele de pior prognóstico, está relacionado à exposição intermitente à RUV, especialmente durante a infância (BACHELOR; BOWDEN, 2004; CHEDEKEL, 1998).

Por fim, através da aplicação do questionário, se investigou o quanto os participantes das campanhas consideraram importante a divulgação dos índices de radiação ultravioleta (IRUV) e os consequentes riscos à saúde relacionados a estes índices (Tabela 6) e a quem caberia a responsabilidade desta informação. Cabe salientar que para esta interrogativa foi permitido assinalar mais de uma opção como resposta.

Os resultados demonstraram de forma inequívoca que, para a grande maioria dos atendidos nas três campanhas, é importante e pertinente a divulgação dos IRUV e seus riscos à saúde. Apenas 5,35% (média) não consideraram importantes estas informações. Também

Tabela 6. Relevância na importância da divulgação dos Índices Ultravioleta e seus riscos à saúde dos atendidos das Campanhas de Prevenção ao Câncer de Pele de 2010, 2011 e 2012.

Importância da divulgação dos iuv e seus riscos à saúde	2010		2011		2012	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Não considera importante	6	7,23%	6	8,82%	0	0,00%
Sim, através de jornais e revistas	51	61,4%	16	23,5%	1	1,47%
Sim, através de previsão do tempo	65	78,3%	10	14,7%	4	5,88%
Sim, em programas de tv e jornais	50	60,2%	20	29,4%	34	50,00%
Sim, nas escolas	83	100%	65	95,5%	44	64,7%

Fonte: Do autor.

cabe destacar a escolha da escola como sendo um dos principais locais onde se deveria informar e divulgar informações sobre esta temática (média de 86,73%). Esta é mais uma importante evidência da relevância da inclusão dessa temática no cotidiano escolar, uma vez que reduzir a exposição durante a infância é uma prioridade (GILES-CORTI et al., 2004).

Concordamos com vários autores que admitem que para prevenir o câncer de pele de forma efetiva é fundamental que a criança seja educada o mais precocemente possível quanto à estreita relação entre o câncer de pele e a exposição à RUV. E para que seja oportunizada a inclusão desta temática nas escolas, entendemos que os professores necessitam de um processo de formação continuada que os habilitem a trabalhar essa temática. Emmons e Colditz (1999) relataram que em vários países, a proteção contra o sol

é vista como uma responsabilidade social, onde existem normas rígidas que incentivam o uso de uma variedade de estratégias de proteção solar como, por exemplo, na Austrália, a campanha “*Slip, Slop, Slap*” incentivando crianças e adultos a assumirem atitudes preventivas. Estes autores enfatizam que o trabalho docente precisa ser direcionado para a apropriação crítica das informações pelos alunos, de modo que efetivamente se incorporem no universo das representações sociais e se constitua como cultura.

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu descrever o perfil epidemiológico dos atendidos no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), no

período em que ocorreram as Campanhas Nacionais de Prevenção ao Câncer de Pele nos anos de 2010, 2011 e 2012. A divisão utilizada no trabalho, levando em conta as características fenotípicas dos participantes, seus hábitos de exposição solar, medidas de fotoproteção, seus históricos de queimaduras solares e história prévia de câncer de pele, bem como seus conhecimentos sobre os principais fatores de risco, permitiram um diálogo produtivo com os achados na literatura científica da área.

Os resultados deste trabalho sugerem que o caráter preventivo das campanhas deve ser mais efetivo e que políticas de esclarecimento à sociedade sobre os riscos e benefícios da RUV devem ser propostas e aplicadas. Esperamos que este trabalho possa oferecer subsídios para estratégias de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARMSTRONG, B.; KRICHER, A. The epidemiology of UV induced skin cancer. **J Photochem. Photobiol. B.**, v. 63, n. 1, p. 8-18, out. 2001. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com>>. Acesso em: 30 maio 2001.
- AUTIER, P.; BONIOL, M.; SEVERI, G. et al. Quantity of sunscreen used by European students. **Br. J. Dermatology.**, v. 144, n. 2, p. 288-91, 2001.
- CESTARI, T. F. Fotobiologia do melanoma. **An Brasil Dermatol.**, v. 73, n. 1, p. 73, 1998.
- COSTA, F. B.; WEBER, M. B. Avaliação dos hábitos de exposição ao sol e de fotoproteção dos universitários da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. . **An Brasil Dermatol.**, v. 79, n. 7, p. 149-155, 2004.
- DIFFEY, B. L. Solar ultraviolet radiation effects on biological systems. **Physical Medical Biology.**, v. 36, n. 3, p. 299-328, 2000.
- EMMONS, K.; COLDITZ G. A. Preventing excess sun exposure: It is time for a national policy. **Natl Cancer Inst.**, v. 96, n. 15, p. 1269-1270, 1999.
- GARVIN, T.; EYLES, J. Public health responses for skin cancer prevention: the policy framing of sun safety in Australia, Canada and England. **Soc. Sci Med.**, v. 53, n. 9, p. 1175-1189, 2001.
- GELLER, A. C.; CANTOR, M.; MILLER, D. R. et al. The Environmental Protection Agency's National SunWise School Program: sun protection education in US schools (1999-2000). **Am Acad Dermatol.**, v. 46, n. 5, p. 683-689, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Brasília: Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev), Ministério da Saúde. p. 98, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo populacional 2010-2011**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 09 de set. 2013.
- MOTTA, D. M.; AJARA, C. **Configuração da rede urbana do Brasil**. [s.l.]: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 24 de jul. 2013.
- OKUNO, E.; VILELA, M. A. C. **Radiação ultravioleta: características e efeitos**. São Paulo: Livraria da Física/Sociedade Brasileira de Física, 2005.
- RIGEL, D. S.; CARUCCI, J. A. Malignant melanoma: prevention, early detection, and treatment in the 21st century. **C.A. Cancer J. Clinical.**, v. 50, n. 4, p. 215-250, 2000.
- SAMPAIO, S. A. P.; REVITTI, E. A. **Dermatologia**. São Paulo: Artes Médicas, 2001.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - SBD. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. **An. Brasil Dermatologia**, 2006. Disponível em: <www.sbd.org.br>. Acesso em: dez. 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA - SBD. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele 2010 a 2012. **An. Brasil Dermatologia**, 2012. Disponível em: <www.sbd.org.br/tempsite.ws/gestao/relatorios_lista.asp?uf=RS&Submit2=Filtrar&campanha>. Acesso em: jan. 2013.
- SZKLO, A. S.; ALMEIDA, L. M.; FIGUEIREDO, V.; LOZANA, J. A.; MENDONÇA, G. A. S.; MOURA, L. et al. Comportamento relativo à exposição e proteção solar na

população de 15 anos ou mais de 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, 2002-2003. **Cad Saúde Pública**. v. 23, n. 1, p. 823-834, 2007.

SOUZA, S. R. P.; FISCHER, F. M.; SOUZA, J. M. P. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 38, n. 4, p. 588-598, 2004.

TRINDADE, G. T.; CAPELLA, M. A. M.; CAPELLA, L. S.; AFFONSO, M. O. R.; RUMJANEK, V. M. Differences in sensitivity to UVC, UVB and UVA radiation of a multidrug-resistant cell line overexpressing P-Glycoprotein. **Photochem Photobiol.**, v, 69, n. 6, 1999..

TRIVIÑOS, A. **A Metodologia da pesquisa qualitativa nas ciências sociais**. São Paulo: Ática, 1990.

TRIVIÑOS, A. Bases teórico-metodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais. Idéias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa. **Cad Pesq Ritter dos Reis**, Porto Alegre, Volume IV, 2001.

VANICEK, K. et al. **Índice UV para o público**. Tradução: Fernanda do Rosário da Silva Carvalho. Ação COST-713. Lisboa, p. 1-31, 2000. Disponível em: <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/docs/pub_indiceuv.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Fact sheet nº 261: protecting children from ultraviolet**. Genebra, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs261/en/print.html>>. Acesso em: 30 maio 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global solar UV index: a practical guide**. Genebra (Suíça): WHO/SDE/OEH/v. 2, n. 2, p. 28, 2002.

Recebido em: 14 de outubro de 2014.

Aceito em: 05 de maio de 2015