



FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO CÂNCER DE PELE EM IDOSOS NO MUNICÍPIO DE TRÊS LAGOAS, MS

Daiane Gonçalves Ferreira
Denise Moreno

Enfermeiras UFMS

Sonia Regina Jurado

srjurado@bol.com.br

Tutora UFMS

Talita de Melo e Silva

Adaiele Lúcia Nogueira Vieira da Silva

Bolsistas do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

RESUMO

A radiação ultravioleta (RUV) quando atinge nossa pele, penetra profundamente desencadeando reações imediatas e provocando também reações tardias, devido ao seu efeito acumulativo, causando envelhecimento cutâneo e alterações celulares que predisõem ao câncer de pele. Este tipo de câncer é mais comum em indivíduos com mais de 40 anos, sendo relativamente raro em crianças e negros e, é fundamental que pessoas que se expõem ao sol de forma prolongada e freqüente saibam como se proteger adequadamente dos raios UV do sol. Participaram deste estudo 100 idosos, acima de 60 anos, de ambos os sexos. O presente estudo visou analisar a incidência de câncer de pele em indivíduos com mais de 60 anos, bem como os fatores de risco e hábitos de proteção e exposição solar dos mesmos.

Palavras-chaves: Câncer de pele, Radiação Ultravioleta, Idoso

INTRODUÇÃO

O câncer de pele é o de maior incidência no Brasil correspondendo cerca de 25% de todos os tumores malignos registrados. A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) calcula que, no Brasil, surjam 100 mil novos casos por ano¹. É mais comum em indivíduos com mais de 40 anos, sendo relativamente raro em crianças e negros. Indivíduos de pele clara, sensível à ação dos raios solares, ou com doenças cutâneas prévias são as principais vítimas do câncer de pele².

A pele é um dos maiores órgãos, constituindo 15% do peso corporal. Ela apresenta três camadas: a epiderme, a derme e a hipoderme subcutânea. É responsável pela termorregulação, defesa, percepção e proteção, apresentando-se praticamente idêntica em todos os grupos étnicos humanos. Em indivíduos de pele escura, os melanócitos produzem mais melanina que naqueles de pele clara³.

A epiderme é constituída por um epitélio estratificado pavimentoso queratinizado. Apresenta três tipos de células: os melanócitos, as células de Langerhans e de Merkel. É dividida em várias camadas: camada basal, granulosa, espinhosa, lúcida e córnea. A origem da multiplicação celular é a camada basal. Todas as outras são constituídas de células diferenciadas que, com o crescimento basal, vão ficando cada vez mais periféricas, acabando por descamar. A epiderme dá origem aos anexos cutâneos: unhas, pêlos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas. A derme é o tecido conjuntivo que sustenta a epiderme. É constituída por elementos fibrilares, como colágeno, elastina e outros elementos da matriz extracelular (proteínas estruturais, glicosaminoglicanos e íons). É subdividida em duas camadas: a camada papilar em contato com a epiderme, formada por tecido conjuntivo frouxo, e a camada reticular, constituída por tecido conjuntivo denso, onde predominam as fibras colagenosas³.

Na derme, localizam-se os vasos sanguíneos e linfáticos, os nervos e os órgãos sensoriais a eles associados. Estes incluem vários tipos de sensores como, corpúsculo de Meissner, célula de Merkel e corpúsculo de Krause. A hipoderme é formada por tecido conjuntivo frouxo ou adiposo que une de maneira pouco firme a derme aos órgãos subjacentes. Suas funções são de reservatório energético, isolante térmico, modelador da superfície corporal, absorção de choque e fixação dos órgãos³.

O câncer de pele geralmente se desenvolve na epiderme. Existem três tipos comuns, cada um intitulado conforme o tipo de célula da pele afetada. O carcinoma basocelular (ou basilioma) é a forma mais freqüente de câncer de pele. Ele invade violentamente os tecidos adjacentes, porém não ocasiona metástases. As áreas freqüentemente afetadas são cabeça e face. A lesão inicialmente observada é, tanto um nódulo firme, com a coloração da pele que desenvolve-se lentamente (durante meses ou anos), seja para um tumor hemisférico de coloração da pele com pequenos vasos dilatados, ou um tumor com uma depressão central de crescimento ao redor, com uma borda perlácea, aumentada e telangiectasias⁵.

O carcinoma espinocelular, ou de células escamosas, é o tumor mais freqüente da pele de membranas mucosas de transição. Ao contrário do carcinoma basocelular, ele produz metástases através das vias linfáticas e vasos sanguíneos. Ocorre inicialmente na forma de coloração da pele não-evidente ou na forma de placas corneificadas amarelo-acinzentadas. Essas estruturas tornam-se inflamadas e transformam-se em células tumorais vulneráveis de crescimentos internos e externos⁵.

O melanoma maligno origina-se dos melanócitos, sendo considerado a forma mais grave de câncer de pele. Geralmente, apresenta-se como uma "pinta" de coloração preta, castanha, vermelha ou cor da pele. Seu crescimento é rápido, apresentando bordas irregulares e normalmente múltiplas cores na mesma lesão. Pode surgir da pele sã ou de lesões pigmentadas pré-existentes (as "pintas" ou "sinais" de nascença). O melanoma não tem sintomas na sua fase inicial, exceto a irritação cutânea que surge apenas em alguns casos. Diferentemente de outros cânceres de pele, o melanoma surge principalmente entre 30-45 anos de vida. Pessoas de pele clara que se expõem inadequadamente ao sol são as que apresentam maior risco de desenvolvimento⁵.

A radiação ultravioleta (UV), faz parte da luz solar que atinge nosso planeta e, é essencial para a preservação do calor e a existência da vida. Ao atingir a pele, penetra profundamente e desencadeia reações imediatas, como queimaduras solares, fotoalergias e bronzeamento. Provoca também reações tardias, devido ao seu efeito acumulativo, causando envelhecimento cutâneo e alterações celulares que, através de mutações genéticas predispoem ao câncer de pele².

A radiação ultravioleta é dividida em radiação ultravioleta A (UVA), radiação ultravioleta B (UVB) e radiação ultravioleta C (UVC), que não atinge o nosso planeta. A radiação UVA é a maior parte do espectro ultravioleta e possui intensidade constante durante todo o ano, atingindo a pele praticamente da mesma forma durante inverno ou verão. Sua intensidade também não varia muito ao longo do dia, sendo pouco maior entre dez e dezesseis horas que em outros horários. Essa radiação predispoem ao câncer de pele e é a principal responsável pelo fotoenvelhecimento e fotoalergias. A radiação UVB tem uma maior incidência durante o verão, especialmente entre dez e dezesseis horas. Os raios penetram superficialmente na pele e são causadores das queimaduras solares².

É fundamental que pessoas que se expõem ao sol de forma prolongada e freqüente, por atividades profissionais e/ou lazer, saibam como se proteger adequadamente dos raios UV do sol. Um método simples para detectar precocemente o câncer da pele é a realização do auto-exame da pele. Atentar-se para presença de manchas pruriginosas (que coçam), descamativas ou que sangram, sinais ou "pintas" que mudam de tamanho, forma ou cor e feridas que não cicatrizam. Quando existirem "pintas", observar se há assimetrias, bordas irregulares, coloração variável e alteração em seu diâmetro⁴.

O presente trabalho objetivou analisar a incidência de câncer de pele em indivíduos com mais de 60 anos, bem como os fatores de risco e hábitos de proteção e exposição solar dos mesmos, visando à implantação futura de medidas preventivas relacionada a este tipo de câncer.

Casuística e Métodos

O trabalho foi realizado com idosos da cidade de Três Lagoas, Estado de Mato Grosso do Sul. Os entrevistados foram abordados em grupos de terceira idade, no Lar dos Idosos do município e aleatoriamente, nas ruas da cidade.

Participaram deste estudo 100 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos. Foram informados quanto à pesquisa, sua finalidade e procedimento da entrevista, além de ser-lhes assegurado que suas respostas e dados seriam mantidos em sigilo.

O questionário teve início com os dados pessoais do entrevistado (nome, idade, sexo, profissão). Também foram abordadas questões sobre o tipo de pele, história familiar, história pessoal pregressa; presença de “pintas” e se estas apresentavam alterações em sua forma, tamanho e/ou aparência, hábitos de exposição (tempo de exposição ao sol, auto-bronzamento, queimaduras solares), conhecimento e proteção contra RUV (protetor solar, chapéu/boné, óculos escuros, guarda-sol) e consultas dermatológicas.

Resultados

Entre os participantes, 66 eram do sexo feminino e 34, do masculino. O tipo de pele predominante foi pele clara (25%) e pele morena, encontrada em 22% dos idosos (Figura 1).

Quanto à presença de câncer na família, 30% relataram possuírem antecedentes familiares, 31% não souberam responder e 39% não possuíam casos na família. Quando questionados se já tiveram câncer de pele, apenas 15% responderam que sim.

Um total de 37% dos idosos possuía “pintas”, destas, 9% sofreram alterações em sua forma, tamanho e/ou aparência.

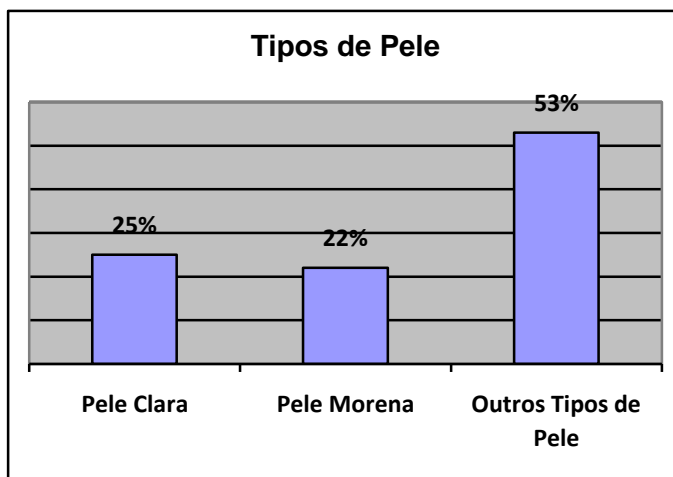


Figura 1. Distribuição por tipos de pele dos idosos entrevistados em Três Lagoas, MS.

Dos entrevistados, 32% tinham o hábito de se expor ao sol e 68% possuíam profissões nas quais se expunham aos raios solares. A proteção contra RUV era feita por 76% dos entrevistados e, os meios de proteção mais utilizados eram chapéu/boné com 40% e guarda-sol, 25%. O uso de protetor solar era realizado por 12% dos idosos (Figura 2).

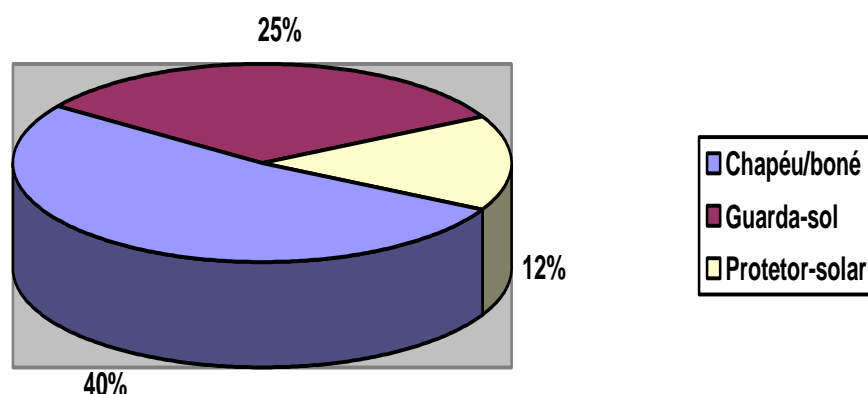


Figura 2. Meios de proteção solar utilizados pelos idosos entrevistados em Três Lagoas, MS.

Dos entrevistados, 75% relataram que iam às consultas dermatológicas freqüentemente, 69% não tinham conhecimento sobre o que eram os RUV e os fatores de risco associados ao câncer de pele.

Discussão

O câncer de pele, tipo de câncer mais comum no Brasil, tornou-se um problema geriátrico. Há cada vez mais casos de câncer não-melanoma entre pessoas próximas dos 70 anos de idade, conseqüência do avanço da expectativa de vida da população e, assim, da exposição ao sol sem proteção ao longo dos anos.

Estima-se que aproximadamente 50% das pessoas com mais de 65 anos desenvolverão câncer da pele, e 25% terão mais de um câncer desse tipo⁶. Em nosso estudo foi detectado que 15% dos entrevistados já tiveram câncer de pele. A radiação por raios ultravioleta tipo B (UVB) é o agente carcinogênico mais importante, causando alterações no DNA e outros componentes celulares, alterando o sistema imune e reagindo com agentes químicos fotoativos exógenos⁷. É importante lembrar que o efeito da radiação ultravioleta é cumulativo, ou seja, mesmo depois de encerrada a exposição ao sol, ainda podem ocorrer as alterações da pele em um intervalo de anos⁷.

A amostra selecionada no estudo apresentou maior freqüência de mulheres (66%) em relação aos homens (34%). Os dados da figura 1 mostram que os tipos de pele mais encontrados entre os idosos entrevistados foi a pele clara (25%) e pele morena (22%). Qualquer indivíduo pode ser acometido pelo câncer cutâneo, principalmente, os que apresentam pele clara, pois a melanina é fator de proteção da pele⁷. Pessoas de pele escura, raramente desenvolvem esse tipo de câncer, e, quando isso ocorre, freqüentemente atinge a parte não pigmentada da pele. Além disso, indivíduos que se expõem ao sol por tempo prolongado (68%), aqueles que possuem história pessoal ou familiar de tumor da pele (30%) ou história de queimaduras de sol na infância e que possuem grande quantidade de “pintas” (37%) e que sofreram alterações em sua forma, tamanho e/ou aparência (9%) são indicados como de risco para o desenvolvimento do câncer da pele⁷.

Os resultados da figura 2 mostram os meios de proteção solar mais utilizados pelos idosos entrevistados, os quais incluíam chapéu/boné (40%), guarda-sol (25%) e protetor solar (12%). Portanto, 76% dos entrevistados utilizavam algum tipo de protetor contra os raios solares, índice muito próximo do estudo realizado por Okida et al⁸, o qual detectou que dos 3.422 participantes da pesquisa, 68,8% faziam uso de algum tipo de protetor contra os raios solares. Esses resultados podem ser explicados pelo fato de as pessoas que utilizam algum meio de proteção acreditarem que o uso de qualquer tipo de proteção e sua forma de uso dariam proteção total aos efeitos nocivos dos raios UV sobre a pele, sem levar em consideração os fatores importantes para uma boa eficácia desses meios de proteção, tais

como: a frequência e o tempo de exposição ou, mesmo o uso adequado dessa proteção em período integral de exposição ao sol.

Dos entrevistados, 75% relataram ir a consultas dermatológicas, concordando com a literatura que destaca a importância da prevenção e diagnóstico precoce das doenças cutâneas.

Conclusões

O presente estudo indica a necessidade de mudanças nas políticas de saúde relacionadas ao câncer de pele no Brasil onde ocorre grande crescimento no número de casos a cada ano. A evolução na área da saúde proporcionou a cura para o câncer de pele; existem tratamentos eficazes nesta área e que não agridem a saúde psicológica do paciente, mas fica claro que a melhor opção ainda é a prevenção. Diante deste cenário fica clara a necessidade de continuidade em investimentos no desenvolvimento de ações para o controle do câncer de pele, na detecção precoce, bem como na promoção de saúde e na assistência aos pacientes, sobretudo os idosos.

Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Ministério da Saúde. **A Saúde da Pele**. São Paulo, 2008.
2. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Estimativa 2008**. Brasil, 2008.
3. Junqueira, Luiz Carlos Uchoa; Carneiro, José. **Histologia Básica**, 9ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
4. [Zelmanowicz, Alice de Medeiros](http://www.abcdasaude.com.br). **Câncer de Pele - Detecção Precoce**. ABC da Saúde. www.abcdasaude.com.br. Acessado em 04/11/2008.
5. Martins, Ismael Leite; Alves, Camila Silva; Costa, Paula Moura de Carvalho; Mendonça, Vera Lúcia Maia. Perfil do câncer de pele em pacientes do Instituto do Câncer do Ceará no Período de 2000 a 2003. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, 20(1): 46-52, 2007.
6. Buzaid, Antonio Carlos. **Manual de oncologia clínica: Hospital Sírio Libanês**, Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2004.
7. Sampaio, Sebastião de Almeida Prado; Rivitti, Evandro Ararigbóia. **Dermatologia**, 1ª ed, São Paulo: Artes Médicas, 1998.
8. Okida, Flavio; Madalosso, Geraldine; Souza, Thiago de Lima; Pouza, Carlos Eduardo Teixeira; Scaff, Alfredo; Romiti, Ney. Estudo da prevalência de casos de câncer da pele e análise da eficácia da proteção solar na prevenção de lesões causadas por radiação ultravioleta em uma amostra da população. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 76 (4): 403-412, 2001.