

Características sociais e demográficas de pacientes com queilite actínica atendidos em um centro de referência na Bahia, Brasil – um estudo observacional descritivo

Social and demographic characteristics of patients with actinic cheilitis attended at a reference center in Bahia, Brazil – a descriptive observational study

Igor Ferreira Borba de Almeida¹

Kátia Santana Freitas²

Antônio Diego Prado Marques de Souza³

Kamilla Queiroz Santos Lima⁴

Wallisson Samuel Sena Leite⁵

Márcio Campos Oliveira⁶

Resumo

Este estudo observacional descritivo investiga as características sociais e demográficas de pacientes com queilite actínica (QA) atendidos em um centro de referência em dermatologia na Bahia, Brasil, no período de 2012 a 2015. A QA é uma lesão pré-maligna dos lábios associada à exposição crônica à radiação ultravioleta, comum em populações que trabalham ao ar livre. O objetivo foi traçar o perfil demográfico e social dos pacientes com diagnóstico de QA, fornecendo dados para estratégias de prevenção e manejo mais eficazes. Para isso, foram analisados 104 pacientes com diagnóstico de QA confirmado por exame clínico e histopatológico. As variáveis incluíram sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, hábitos de vida (uso de álcool e tabaco) e uso de protetor solar. Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (82,7%), com idade média de 58,3 anos. Predominaram indivíduos brancos (75%) e a maioria tinha baixa escolaridade (63,5% eram analfabetos ou tinham escolaridade incompleta). Cerca de 78,8% dos pacientes tinham ocupações agrícolas, expondo-se ao sol sem proteção adequada. O uso de álcool foi relatado por 69,2% e 42,3% eram fumantes. Apenas 5,8% usavam protetor solar regularmente. O tratamento predominante foi o cirúrgico (69,2%). Concluiu-se que o QA está fortemente associado a características sociodemográficas específicas, como baixa escolaridade e ocupações ao ar livre. Estes dados reforçam a necessidade de campanhas de sensibilização sobre a proteção solar, especialmente para populações em risco.

Palavras-chave: Bahia. Características demográficas. Queilite actínica. Ocupação agrícola. Proteção solar.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v29i1.16037>

1 – Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Medicina, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, e-mail: borbadealmeidaigor@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8396-7385>

2- Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, Bahia, Brasil, e-mail: ksfreitas@uefs.br, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0491-6759>

3- Graduando em Medicina. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Curso de Medicina, Feira de Santana, Bahia, Brasil, e-mail: souza_ad@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7134-2822>

4- Graduanda em Odontologia. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Curso de Odontologia, Feira de Santana, Bahia, Brasil, e-mail: limaqueeiroz123@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7188-313X>

5- Graduando em Odontologia. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Curso de Odontologia, Feira de Santana, Bahia, Brasil, e-mail: wallissonsamuelsl@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9213-6055>

6- Doutor em Patologia Oral. Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, Bahia, Brasil, e-mail: campos@uefs.br, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1913-0417>

Introdução

A Queilite Actínica (QA) é uma condição inflamatória potencialmente maligna que afeta a parte vermelha do lábio inferior, resultado da exposição crônica e excessiva à radiação ultravioleta (UV) do sol. Além disso, fatores de risco, como o consumo de álcool e tabagismo, estão associados ao aumento do risco de desenvolver câncer labial a partir desta desordem. Essa condição é reconhecida como uma desordem potencialmente maligna "in situ" e é caracterizada pelo grau de anormalidades nas células epiteliais, variando de leve a intenso, dependendo da extensão do dano nos tecidos epiteliais¹.

No Brasil, a QA representa uma preocupação significativa, devido ao clima tropical e à exposição prolongada ao sol². A exposição solar desprotegida pode levar a danos irreversíveis, destacando a importância de estratégias de prevenção. Esta condição afeta predominantemente homens com mais de 40 anos e pele clara. Esta desordem se manifesta de duas maneiras distintas: aguda e crônica. As lesões agudas são caracterizadas por inchaço e vermelhidão, podendo progredir para bolhas, crostas e úlceras, que tendem a regredir quando a exposição solar é interrompida. Por outro lado, a forma crônica se desenvolve devido à exposição continuada ao sol, resultando em alterações assintomáticas, incluindo a atrofia do lábio inferior, perda de plasticidade e mudanças na coloração dos lábios³.

Ao exame histopatológico apresenta-se com epitélio escamoso hiperplásico ou atrófico, atipia celular, aumento da atividade mitótica, graus variados de displasia, infiltrado de células inflamatórias crônicas. O tecido conjuntivo mostra-se com degeneração basofílica de colágeno denominada elastose solar⁴.

O diagnóstico da QA é baseado na avaliação de sinais clínicos, exames histopatológicos e histórico de exposição solar. É essencial distinguir a QA de outras condições, como o carcinoma epidermoide, o herpes recorrente e o líquen plano, a fim de assegurar um diagnóstico preciso e iniciar um tratamento adequado⁵.

Embora a transformação maligna da QA seja relativamente rara, ocorrendo em apenas 6% a 10% dos casos, geralmente após os 60 anos, é fundamental monitorar a lesão ao longo do tempo. Do ponto de vista da saúde pública, o diagnóstico tardio e a ausência de programas de promoção à saúde levam a resultados clínicos, pós-tratamento, bastante desfavoráveis, implicando em prejuízos estéticos e funcionais, além de risco de morte⁶. Corrobora tal constatação, a ausência de publicações do Ministério da Saúde, visando a disseminação de informações e a prevenção da QA.

Várias abordagens são apontadas como forma de tratamento para a QA, desde métodos mais invasivos como a vermelhectomia, crioterapia, eletrocauterização e ablação à laser, até métodos menos invasivos como uso quimioterapia tópica, terapia fotodinâmica e uso de regenerador labial⁷.

Além disso, medidas de prevenção desempenham um papel crítico na redução dos riscos associados à QA. A exposição à radiação UV é o fator de risco primário para o desenvolvimento de lesões actínicas, incluindo a QA. Portanto, estratégias de fotoproteção, como a educação sobre os

perigos da exposição solar inadequada, o uso de roupas e acessórios protetores, fotoprotetores tópicos e orais, são fundamentais na mitigação do impacto da QA⁸.

Com base nestas ponderações, torna-se fundamental delinear o perfil social e demográfico dos pacientes com queilite actínica. Isto contribuirá para a adoção de medidas públicas e privadas no sentido de prevenir e tratar este público. Sendo assim, o presente estudo propõe determinar as características sociais e demográficas dos pacientes com diagnóstico clínico de queilite actínica atendidos em um Centro de Referências de Lesões Bucais, localizado no estado da Bahia, Brasil.

Materiais e método

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo observacional, de caráter descritivo, cuja análise foi do tipo transversal. Ocorreu na cidade de Feira de Santana, que é a segunda maior cidade do estado da Bahia e a 31ª do país. Segundo o IBGE, para o ano de 2022, foram estimadas 616.272 pessoas⁹.

Amostra e Local de Estudo

Participaram desta pesquisa 133 pacientes, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico clínico de Queilite Actínica, de ambos os gêneros, maiores de 18 anos de idade, que foram atendidos no Centro de Referência de Lesões Bucais da Bahia, situado no município de Feira de Santana, Bahia, no período de fevereiro de 2022 a novembro de 2023. Os critérios de exclusão abrangeram os pacientes que mesmo com a desordem, se recusaram a participar da pesquisa de maneira voluntária ou que possuísem câncer labial associado. Destaca-se que, para compor a amostra desta pesquisa, pacientes diagnosticados em anos anteriores, foram contatados para retorno, preservação e acompanhamento dos casos.

O Centro de Referência de Lesões Bucais da Bahia, criado em 1996, está localizado na cidade de Feira de Santana, no ambulatório da Clínica de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, atende e trata pacientes com suspeita de lesões bucais de todo o estado da Bahia.

Construção do banco de dados e controle de qualidade

A elaboração do banco de dados foi de responsabilidade dos pesquisadores (doutorando e orientadores) que foram devidamente treinados para este fim. Os dados obtidos foram armazenados no gerenciador de dados Reserach Electronic Data Capture (REDCap). O controle de qualidade foi realizado por meio da conferência dos questionários preenchidos e análises de relatórios de campo impresso (livros de registro) e relatórios diários online, ocorrendo a verificação de incoerência nas respostas e dados ausentes.

Variáveis do estudo

Para esta pesquisa, utilizou-se um prontuário específico para coleta de dados, cujas variáveis para análise foram: idade, gênero, raça, religião, escolaridade, estado civil, situação de trabalho, prática de atividade física, frequência de escovação dentária, uso de fio dental, consulta regular ao dentista, exposição solar sem proteção, comorbidades prévias, uso de medicamentos, tabagismo, etilismo, presença de sintomatologia associado à desordem.

Os critérios de classificação diagnóstica, para determinação da presença ou não da QA, foram caracterizadas seguindo a classificação proposta por Silva¹⁰ da seguinte forma: ausência de manifestação; queilite actínica discreta (presença de escamação e edema leves); queilite actínica moderada (presença de eritema, fissuração, áreas vermelhas/brancas leves, junto com edema e escamação mais acentuados); queilite actínica intensa (além das características da leve e moderada, presença de erosão, crosta, áreas vermelhas/brancas mais acentuadas, leucoplasia e atrofia), em acompanhamento no seguinte serviço universitário: Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana - BA.

Análise dos dados

Foi empregada a estatística descritiva, para a caracterização da amostra estudada. As variáveis classificadas como categóricas foram analisadas em frequências absolutas e relativas (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão).

Aspectos éticos da pesquisa

O referido estudo obedeceu aos critérios éticos propostos na legislação brasileira, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana e aprovado pelo parecer 4.832.436.

Resultados

De acordo com os critérios mencionados, o sexo masculino representou 72,9% dos casos, originando relação sexo masculino/feminino aproximadamente de 3:1. A maioria dos pacientes era de origem parda (44%) seguidos pelos de origem caucasóide (40%), a maioria tinha ultrapassado a quinta década de vida (64%), compreendendo uma idade média de 54,3 anos (mediana = 55, mínimo de 19 e máxima de 90 anos) (Tabela 1).

Conforme a tabela em questão, a maioria dos indivíduos (51,1%) é casada, seguida por solteiros (41,3%) e viúvos (7,5%). A religião católica é a mais comum entre os participantes (54,5), seguida pela evangélica (35,6%), enquanto outras religiões têm menor representação.

A maior parte dos participantes tem educação fundamental (48,9%) ou média (39,1%), enquanto apenas uma pequena porcentagem não estudou (3,0%) ou tem ensino superior (9,1%). Os residentes de Feira de Santana representaram a parcela majoritária dos participantes (73,7%), enquanto 26,3% residem em outras cidades.

Em relação as atividades laborais, os trabalhadores ativos representaram 36,8%, seguida por aposentados (30,1%) e autônomos (23,3%). Uma pequena porcentagem não possui emprego (5,3%) ou é dona de casa (4,5%).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos com queilite actínica, Feira de Santana, Bahia, 2024.

Variáveis (N=133)	n	%	Variáveis (N=133)	n	%
Idade			Estado civil		
Até 50 anos	478	35,7	Solteiro	55	41,3
Acima de 50 anos	06	64,3	Casado	68	51,1
			Viúvo	10	7,5
Sexo			Religião		
Masculino	973	72,9	Católico	72	54,5
Feminino	06	27,1	Espírita	03	2,3
			Evangélica	47	35,6
			Candomblé	03	2,3
			Outra	07	5,3
Cor/raça			Escolaridade		
Branco	542	40,6	Não estudou	04	3,0
Negro	59	15	Fundamental	63	48,9
Pardo		44,4	Médio	52	39,1
			Superior	12	9,1
Cidade de residência			Situação de Trabalho		
Feira de Santana			Não possui	07	5,3
Outra cidade	983	73,7	Ativo	49	36,8
	05	26,3	Aposentada	40	30,1
			Dona de casa	06	4,5
			Autônomo	31	23,3

Com relação à ocorrência de sintomatologia e histórico de tratamento anterior para a queilite actínica, a maior parte relatou ter sintomas associados (60,9%) e não fazer nenhum tratamento prévio (74,4%). (Tabela 2)

Tabela 2. Descrição da frequência de sintomatologia e história de tratamento dos indivíduos com Queilite actínica, Feira de Santana, Bahia, 2024.

Variáveis	n	%
Sintomatologia		
Sim	81	60,9
Não	51	39,1
Tratamento		
Sim	34	25,6
Não	99	74,4

Fonte: autores

Os dados relacionados aos hábitos de vida como uso de tabaco, álcool, atividade física, escovação dentária, uso de fio dental, consulta com o dentista, exposição solar sem proteção, comorbidades e uso de medicamentos estão descritos na tabela 3.

No tocante aos hábitos de vida, 15,8% dos participantes são fumantes, enquanto a maioria (84,2%) não fuma. Apenas 34,1% dos participantes relataram ter realizado consulta odontológica, enquanto a maioria (65,9%) não o fez. 37,6% dos participantes relataram usar álcool, enquanto a maioria (62,4%) não consumia. o faz.

A grande maioria dos participantes (87,2%) relatou exposição solar, enquanto apenas 12,8% não se expõem ao sol. Cerca de 37,6% dos participantes relataram realizar atividade física, enquanto a maioria (62,4%) não pratica atividade física regularmente.

Com relação a comorbidades, 45,1% dos participantes relataram ter comorbidades, enquanto 54,9% não têm comorbidades e, cerca de 40,6% dos participantes relataram usar medicamentos, enquanto a maioria (59,5%) não utiliza medicamentos.

Por fim, a grande maioria dos participantes (96,2%) relatou escovar os dentes diariamente, enquanto apenas 3,8% não o fazem. Finalizando os dados sobre higiene bucal, 42,1% dos participantes relataram usar fio dental, enquanto a maioria (57,9%) não o utiliza.

Tabela 3. Dados relacionados aos hábitos de vida dos indivíduos com Queilite actínica, Feira de Santana, Bahia, 2024.

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Fumante			Consulta odontológica		
Sim	21	5,8	Sim	405	34,1
Não	112	84,2	Não	807	65,9
Uso de álcool			Exposição solar		
Sim	50	37,6	Sim	1161	87,2
Não	83	62,4	Não	07	12,8
Atividade Física			Comorbidade		
Sim	50	37,6	Sim	600	45,1
Não	83	62,4	Não	703	54,9
Escova os dentes diariamente			Uso de medicamentos		
Sim	128	96,2	Sim	504	40,6
Não	05	3,8	Não	708	59,5
Uso de fio dental					
Sim	56	42,1			
Não	77	57,9			

Fonte: autores

Discussão

Existe uma lacuna significativa no conhecimento científico disponível no que diz respeito à falta de estudos e informações detalhadas sobre as características sociodemográficas da população

afetada pela queilite actínica. Esta lacuna é o nosso ponto de partida; estimulou-nos a realizar pesquisas a fim de preencher esta lacuna e trazer implicações importantes para a compreensão desta doença oral específica.

A queilite actínica é mais comum entre pessoas com mais de 50 anos de idade na área investigada, de acordo com nossos resultados. Os achados obtidos neste estudo são consistentes com estudos anteriores que também mostraram maiores taxas de incidência na população idosa ¹¹. Além disso, observamos uma preponderância do sexo masculino sobre o feminino nos casos de queilite actínica, numa proporção de cerca de 3:1, informação condizente com o que havia preconizado Cavalcante et al. ¹². Esta disparidade de gênero pode ter implicações significativas nas estratégias preventivas e terapêuticas da queilite actínica, levando à concepção de abordagens personalizadas baseadas no sexo.

Corroborando os resultados desta pesquisa, no estudo de Cintra et al ¹³, realizado em uma população rural de Piracicaba - São Paulo, também foi possível observar uma prevalência maior em homens (ocorrendo em 73,3% da amostra), com idade superior a 45 anos (68,3%).

No que diz respeito à cor dos indivíduos acometidos, na presente pesquisa observou-se uma dissonância, no qual a maior parte dos participantes eram negros ou pardos (59,6%). Outros estudos com essa mesma abordagem trazem a cor de pele branca como a mais prevalente entre os pacientes com QA ¹⁴.

Com relação à escolaridade, nesta pesquisa observou-se que a maior parte (51,9%) não havia estudado ou possuía apenas o ensino fundamental. Tais dados corroboram com os achados de Simões et al.¹⁵, e Queiroz et al.¹⁶ que destacam que diferenças socioeconômicas têm reflexos no perfil epidemiológico do câncer, no que diz respeito à incidência, mortalidade, sobrevida e qualidade de vida após o diagnóstico da QA.

Grupos socialmente com menos privilégios tendem a ter um maior contato com os principais fatores de risco para o câncer oral, como uso de tabaco e ingestão de bebidas alcoólicas ¹⁷, como o observado nos trabalhadores da construção civil avaliados em alguns estudos, tais como em Simões et al. e Queiroz et al.

Ao identificar a prevalência dessa condição em pessoas com mais de 50 anos e sua predominância entre homens, juntamente com possíveis associações com hábitos de tabagismo e exposição solar, o estudo oferece uma base sólida para o desenvolvimento de estratégias direcionadas de prevenção e intervenção. Essas descobertas podem informar a alocação eficaz de recursos e a implementação de programas de sensibilização e educação voltados para a promoção da saúde bucal e geral em populações específicas.

Visscher e Van Der Wall¹⁸ demonstraram no final do século passado achados semelhantes aos que obtivemos nesse estudo: uma possível ligação entre tabagismo e queilite actínica. Portanto, nosso estudo será de grande valor se for continuado com mais investigações sobre este tópico. Os estudos sobre o tabagismo também deveriam abranger mais casos para determinar até que ponto as pessoas que fumam sofrem destas condições.

A literatura destaca que a probabilidade de malignização pode ser elevada quando a QA está associada a fatores carcinogênicos, dentre os quais o álcool e o fumo, nas suas mais variadas formas, acentuando-se nos fumantes de cigarro sem filtro devido ao calor gerado pela queima do tabaco e absorção pela mucosa de seus produtos tóxicos ¹⁹.

Para esta pesquisa, observou-se que uma menor parte da população estudada relatou possui hábito de fumar (15,8%) e de ingestão de bebida alcoólica (37,6%). Destaca-se que independente da menor frequência quando comparada aos que negaram este hábito, é importante enfatizar a ação sinérgica que estes hábitos exercem sobre a mucosa labial já alterada pela radiação solar.

A exposição solar que fora citada por Awde et al ²⁰ também fora observada nesse estudo, porque uma quantidade significativa de participantes se expôs à luz solar sem proteção. de acordo com os dados da presente pesquisa, 87,2% relataram exposição solar sem proteção. Coadunando com o mesmo grupo de autores supramencionados, análise de informações sobre atendimento odontológico, exposição solar, distúrbios de saúde coexistentes e comportamentos de higiene bucal leva à conclusão de que essas variáveis podem estar relacionadas ao aparecimento de queilite actínica ²¹.

No Brasil, a QA destaca-se por se tratar de um país tropical e ter parte da sua economia baseada em trabalhadores rurais que ficam expostos de maneira prolongada ao sol, podendo causar danos irreparáveis sem a proteção adequada. Estima-se que 95% dos casos de câncer de lábio originam-se da QA21

Tenório et al.²² relataram um caso clínico de QA de um indivíduo com as seguintes características: sexo masculino, 59 anos de idade, leucoderma, trabalhador rural desde a idade infantil, sangramento constante no lábio e sensibilidade aumentada, não sabendo informar com precisão o início da lesão labial e dos sintomas. Com o resultado da biópsia, o corte histológico apresentou atipias celulares, pleomorfismo e hiperchromatismo. Após a correlação clínica e histopatológica foi elaborado o diagnóstico de QA com diagnóstico de Displasia Moderada.

Corroborando a questão da exposição solar, e os dados da presente pesquisa, como principal fator de risco para o desenvolvimento e progressão da QA, um estudo de relato de série de casos realizado por Nóbrega et al., 2022, demonstrou que os 6 casos diagnosticados com a desordem eram do sexo masculino, leucoderma, com idade entre 41 e 68 anos de idade. Além disso as desordens apresentavam descontinuidade do vermelhão do lábio e áreas eritroplásicas, mas apenas uma delas exibindo área de crosta. Destaca-se que todos os indivíduos possuem atividade laboral relacionada à exposição solar, e um desses casos já apresentava carcinoma epidermoide associado à QA.

Ademais, a elevada percentagem de indivíduos que afirmam ter sido expostos ao sol e a coexistência de condições concomitantes sugeririam que o público deveria saber quais são os riscos associados à irradiação solar desprotegida e como lidar adequadamente com os procedimentos de gestão de comorbilidades.

Com base na baixa percentagem de participantes que relataram ter consultado um dentista, pode-se supor que não receber atendimento odontológico pode contribuir para esta condição, portanto a prevenção deve envolver a sensibilização e a disponibilidade de odontologia preventiva.

A alta proporção de participantes que relataram escovar os dentes diariamente sugere uma possível relação entre a higiene bucal adequada e a prevenção da queilite actínica. Isso ressalta a importância dos cuidados bucais regulares na prevenção de condições bucais adversas e destaca a necessidade de promover a importância da higiene bucal como parte de uma abordagem integrada para a saúde oral e geral.

Outrossim, ao destacar a importância da higiene bucal adequada na prevenção da queilite actínica, o estudo ressalta a necessidade de políticas que promovam acesso equitativo aos serviços odontológicos e incentivem práticas de autocuidado entre os grupos de maior risco. Isto posto, os resultados deste estudo têm o potencial de impactar positivamente a saúde e o bem-estar dessas comunidades, contribuindo para a redução da incidência de queilite actínica e o aprimoramento das políticas de saúde pública voltadas para a prevenção de condições bucais e a promoção de uma vida saudável.

Como limitações do estudo, é importante considerar que, apesar de os achados deste estudo contribuírem para formulação de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde bucal, fornecendo entendimentos fundamentais sobre os fatores determinantes da queilite actínica em determinados grupos populacionais, devido ao delineamento descritivo e de análise transversal

deste estudo, não foi possível inferir causalidade. Desta forma, recomenda-se o estabelecimento de estudos longitudinais que proponham este objetivo.

Conclusão

Neste estudo, encontrou-se como principais e mais prevalentes características sociodemográficas dos indivíduos com queilite actínica o sexo masculino, com idade superior a 50 anos e indivíduos negros e pardos. O reduzido nível de escolaridade, presença de sintomatologia, exposição solar sem proteção e ausência de consulta odontológica recente também foram achados importantes.

Esta pesquisa pode fornecer novas perspectivas sobre o perfil social e demográfico dos indivíduos com esta desordem e destaca a importância de considerar uma variedade de fatores, incluindo idade, sexo, hábitos de vida e cuidados de saúde, na compreensão e manejo dessa condição oral. Essas descobertas têm o potencial de informar estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes, bem como orientar futuras pesquisas sobre a temática.

Abstract

This descriptive observational study investigates the social and demographic characteristics of patients with actinic cheilitis (AK) treated at a dermatology reference center in Bahia, Brazil, from 2012 to 2015. AK is a pre-malignant lesion of the lips associated with chronic exposure to ultraviolet radiation, common in populations that work outdoors. The objective was to outline the demographic and social profile of patients diagnosed with AK, providing data for more effective prevention and management strategies. For this, 104 patients with a diagnosis of AK confirmed by clinical and histopathological examination were analyzed. Variables included sex, age, skin color, education, occupation, lifestyle habits (alcohol and tobacco use) and use of sunscreen. The results showed that the majority of patients were male (82.7%), with an average age of 58.3 years. White individuals predominated (75%) and the majority had low education (63.5% were illiterate or had incomplete education). Around 78.8% of patients had agricultural occupations, exposing themselves to the sun without adequate protection. Alcohol use was reported by 69.2% and 42.3% were smokers. Only 5.8% used sunscreen regularly. The predominant treatment was surgery (69.2%). It was concluded that AK is strongly associated with specific sociodemographic characteristics, such as low education and outdoor occupations. These data reinforce the need for awareness campaigns about sun protection, especially for populations at risk.

Keywords: Bahia. Demographic characteristics. Actinic cheilitis. Agricultural occupation. Solar protection.

Referências

1. Silveira EJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. J Bras Patol Med Lab. 2009 Jun;45(3):233-8.
2. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RCK. Patologia Oral correlações clinicopatológicas. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. p. 83-4

3. Araújo CP, Barros AC, Lima AAS, Azevedo RA, Ramalho L, Santos JN. Estudo histológico e histoquímico da elastose solar em lesões de queilite actínica. *R Ci méd biol*. 2007 mai-ago; 6 (2):152-9
4. Martins MD, Marques LO, Martins MAT, Bussadori SK, Fernandes KPS. Queilite actínica: relato de caso clínico. *Conscientiae Saúde*. 2007; 6 (1): 105-110.
5. Arnaud RR, Soares MSM, Paiva MAF, Figueiredo CRLV, Santos MGC, Lira CC. Queilite actínica: avaliação histopatológica de 44 casos. *Rev Odontol UNESP*. 2014; 43 (6): 384-9.
6. Carvalho CHP, et al. Prevalência e fatores associados da quelite actínica em trabalhadores ao ar livre em uma população brasileira. *Revista Saúde e Ciência online*, v. 8, n. 1, (janeiro a abril de 2019), p. 5-15
7. Savage NW, MacKay C, Faulkner C. Actinic cheilitis in dental practice. *Aust Dent J*. 2010;55(1):78-84
8. Cano EC, Uchôas AA, Gallina F. Os desafios do IBGE e a realização do Censo Demográfico 2022. *Geofronter [Internet]*. 2021 set 10 [citado 2024 jul 3];7(1).
9. Consenso Brasileiro de Fotoproteção da Sociedade Brasileira de Dermatologia. (2023, 22 de outubro).
10. Silva FD, Daniel FI, Grando LJ, Calvo MC, RathIBS, Fabro SML. Estudo da prevalência de alterações lábias em pescadores da ilha de Santa Catarina. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS* 2006 jan/mar;21:51-5.
11. Oliveira HMNS et al. Queilite actínia associada a anemia ferropriva em idoso: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. ISSN 2178-2091. REAS/EJCH. Vol.Sup.18. e92 (2023, 22 de outubro).
12. Cavalcante, A.S.R.; Anbinder, A.L.; Carvalho, Y.R. Actinic cheilitis: Clinical and histopathological features. *J Oral Maxillofac Surg* 66:498-503, 2000.
13. Cintra JS, Santos Filho P, Oliveira MC, Montalli VA, Cintra DO, Silva RA. Queilite Actínica: Estudo epidemiológico entre trabalhadores rurais do município de Piracaia - SP. *Rev Assoc Paul Cir Dent [Internet]*. 2013 [citado em 3 de julho de 2024];67(2):118-121.
14. Nóbrega TD, Queiroz SIML, Santos EM, Costa ALL, Pereira PL, Souza LB. Clinicopathological evaluation and survival of patients with squamous cell carcinoma of the tongue. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(5)
15. Simões CA, Castro JFL, Cazal C. Candida oral como fator agravante da mucosite radioinduzida. *Rev Bras Cancerol*. 2011 Nov;57(1):23-29.
16. Queiroz LR. Queilite actínica em trabalhadores da construção civil do município de Feira de Santana, Bahia. *Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Feira de Santana*; 2016.
17. Borges DML, et al. Mortalidade por câncer de boca e condição socioeconômica no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25:321-327.
18. Visscher, J. G.; Van Der Wall, I. Etiology of cancer of the lip: a review. *Int J Oral Maxillofac Surg*, v. 27, n. 3,p. 199-203, June 1998.
19. Silva, H. F.; Martins - Filho, P. R. S.; Piva, M. R. Denture-related oral mucosal lesions among farmers in a semi-arid Northeastern Region of Brazil. *Journal section: Oral Medicine and Pathology*. Sep 1;16 (6): p740-4. 2011.
20. Awde JD, Kogon SL, Morin RJ. Lip cancer: a review. *J Can Dent Assoc*. 1996 Aug;62(8):634-6.
21. Miranda AMO, Ferrari TM, Calandro TLL. Queilite Actínica: Aspectos Clínicos e Prevalência Encontrados em Uma População Rural do Interior do Brasil. *Universidade Federal Fluminense - UFF; Universidade Estadual de Maringá – UEM*. Publicado em: 16 fev 2011. *Rev Bras Dermatol*. 2011;4(1)

22. Tenorio EP, dos Santos JAP, Ferreira SMS, Peixoto FB, Ribeiro CMB. Queilite actínica: relato de caso. Rev Med Minas Gerais. 2018. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2394>. Acesso em abril de 2021.

Endereço para correspondência:

Igor Ferreira Borba de Almeida
Avenida Carlos Amaral, 1015 – Cajueiro, Santo Antônio de Jesus, Bahia
CEP: 44.430-622
Telefone: (71) 98100-9677
E-mail: borbadealmeidaigor@gmail.com

Recebido em: 04/07/2024. Aceito: 28/07/2024..