



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

JULIA BENEDETTI

CÂNCER DE PELE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: MEDIDAS PARA DETECÇÃO PRECOCE

SÃO PAULO
2020

JULIA BENEDETTI

CÂNCER DE PELE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: MEDIDAS PARA DETECÇÃO PRECOCE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CRISTIANE COSTA E SILVA MENEGUCCI

SÃO PAULO
2020

Resumo

O câncer é indiscutivelmente um problema de saúde pública, incluído entre as primeiras causas de morte nas diferentes regiões do nosso país. A atenção primária, com suas ações de promoção, prevenção e detecção precoce do câncer, deve ser vista como prioritária à atenção terciária na detecção precoce do câncer de pele. O tema escolhido é embasado na prática diária do PSF Bandeirantes, que se situa na cidade de Sumaré-São Paulo, e abrange uma população que se enquadra nos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pele: pessoas de fototipos mais baixos (cor branca), que trabalharam em atividades rurais com excessiva exposição solar e idade avançada (18,2% de idosos). Em oncologia encontra-se o termo "prevenção" classificado em níveis primário e secundário, o objetivo do trabalho é propor ações que, baseadas na literatura, devem ser tomadas na atenção básica para a prevenção e detecção precoce. Ações estas que abrangem a complexidade e estrutura de uma Unidade Básica de Saúde.

Palavra-chave

Unidade Básica de Saúde. Serviços de Saúde. Saúde Preventiva. Rastreamento. Prevenção Secundária. Prevenção Primária. Planejamento Estratégico. Mortalidade. Equipe Multiprofissional. Doenças do Trabalho. Consulta Médica. Câncer de Pele. Assistência Individualizada de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (Inca), 30% de todos os tumores malignos do Brasil correspondem ao câncer da pele. Há uma alta incidência de Câncer de Pele do tipo Melanoma e não Melanoma no país (Figura 1). A estimativa é que essa porcentagem aumente nos próximos anos. O modelo de atenção à saúde que temos hoje ainda está centrado na assistência curativa individual, com foco no atendimento hospitalar. Este modelo não tem resolvido os problemas de saúde da população, principalmente na questão do câncer, que tem apresentado um aumento em seus indicadores. A atenção primária, com suas ações de promoção, prevenção e detecção precoce do câncer, deve ser vista como prioritária à atenção terciária.^{1,2}

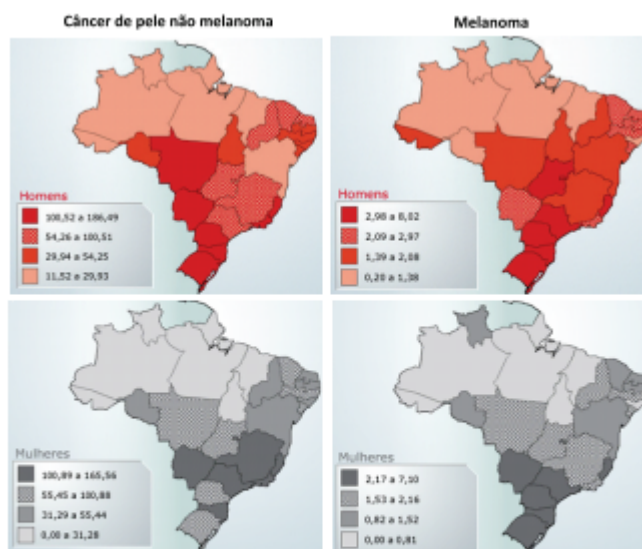


Figura 1 – Taxas brutas de incidência por 100 mil homens e 100 mil mulheres por câncer de pele melanoma e não melanoma, estimadas para 2016, segundo Unidades da Federação
Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2015.

ESTUDO DA LITERATURA

O presente tema é embasado na prática diária do PSF Bandeirantes, que é situado na cidade de Sumaré-São Paulo. Se analisados os fatores de risco para câncer de pele: como exposição solar, idade, cor (fototipo de Fitzpatrick) e a dinâmica populacional da região, é possível compreender o motivo da quantidade de lesões de pele pré-malignas e até mesmo malignas que são evidenciadas nessa população.

O principal agente causal do câncer de pele é a radiação ultravioleta (UV) natural proveniente do sol, que danifica o ácido desoxirribonucleico (DNA) das células da pele.³ Ela é mais intensa em regiões de clima tropical e em altitudes muito elevadas. A exposição solar crônica está associada principalmente ao câncer de pele espinocelular. Já as exposições durante a infância, com história de uma ou mais queimaduras solares, têm associação com os basocelulares e melanomas.⁴ Por esse motivo, trabalhadores que desenvolvem suas atividades ao ar livre, como os da construção civil, agricultores, pescadores, guardas de trânsito, salva-vidas, atletas, agentes de saúde, entre outros, apresentam maior risco de câncer de pele não melanoma, principalmente do tipo espinocelular, em razão da exposição à radiação solar crônica cumulativa.⁵ As doses de radiação UV recebidas por esse grupo podem ser de seis a oito vezes maior do que as recebidas por trabalhadores que exercem suas funções em ambientes fechados.⁶

Hoje a população de Sumaré é prioritariamente urbana, o que vai de encontro ao principal fator de risco. Mas isso é recente, uma das mais importantes transformações ocorridas na sociedade brasileira durante o século XX consistiu no processo de urbanização. Ainda rural em 1960, duas décadas mais tarde tornara-se o Brasil um país de população predominantemente urbana.⁷ Portanto, é comum que um paciente relate que trabalhou durante a sua vida toda exposto ao Sol e sem nenhuma proteção.

Outro agente causal importante é a idade. Na área de atuação do PSF Bandeirantes temos 2193 pacientes maiores que 60 anos, isso equivale a 18,2% da população, índice maior que o de idosos na população geral, que é de 13% segundo o IBGE. Evidências epidemiológicas, biológicas e moleculares levam à conclusão de que o câncer de pele não melanoma (CPNM) é praticamente uma doença de indivíduos idosos, raramente vista antes dos 40 anos.⁸

Essa faixa etária é a de pacientes que frequentam a unidade com mais regularidade, por terem outras comorbidades comuns da velhice, como diabetes, hipertensão, osteoatrose.

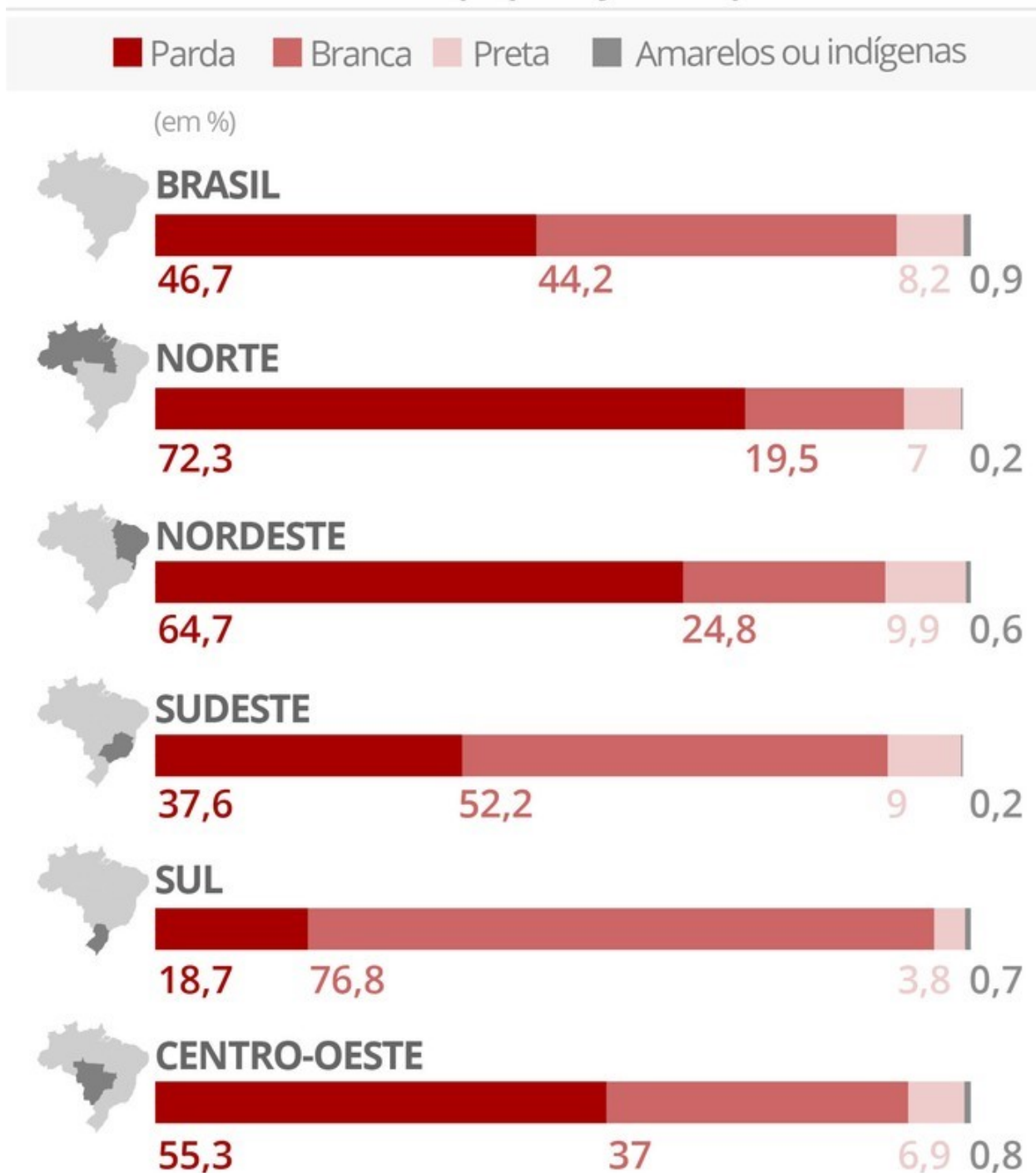
E por fim, outro fator de risco é a cor da pele, que Fitzpatrick classificou de acordo com a reação ao Sol:

Quadro 1 - Classificação dos fototipos de Fitzpatrick		
Fototipos	Características	Sensibilidade ao Sol
I – Branca	Queima com facilidade, nunca bronzeia	Muito sensível
II – Branca	Queima com facilidade, bronzeia muito pouco	Sensível
III – Morena Clara	Queima moderadamente, bronzeia moderadamente	Normal
IV – Morena Moderada	Queima pouco, bronzeia com facilidade	Normal
V – Morena Escura	Queima raramente, bronzeia bastante	Pouco sensível
VI - Negra	Nunca queima, totalmente pigmentada	Insensível

O Sudeste tem uma porcentagem 52,2% de pessoas que se declaram brancas, Fototipo I e II, de acordo com o último gráfico do IBGE.

Distribuição por cor ou raça no Brasil

Pardos são maioria da população no país



Fonte: IBGE

Portanto, as causas do câncer de pele são múltiplas e inter-relacionadas, interagem fatores endógenos e exógenos de modo complexo e sinérgico para induzir a carcinogênese.⁹

AÇÕES

A promoção da saúde e a prevenção do câncer são um desafio atual. Existem vários níveis a serem explorados e otimizados.

A produção do conhecimento e as mudanças da práxis da saúde têm sido mais efetivas nos últimos anos. Observa-se a apropriação pelos indivíduos dos saberes sobre saúde, riscos e doenças, difundidos pelos meios de comunicação de massa. É um fato a revolução nas comunicações, a expansão, praticamente ao infinito, pela Internet e a circulação de informações sobre saúde, risco, danos, exames, terapias e práticas visando a preservação e recuperação da saúde no plano individual, tornando o próprio sujeito responsável por decisões e ações que afetem direta ou indiretamente sua saúde.¹⁰

Em países desenvolvidos esta já é uma realidade palpável. Na Inglaterra as pessoas estão sendo encorajadas, nas consultas médicas, a responsabilizarem-se pela própria saúde, por meio da adoção de comportamentos saudáveis, sendo esta uma característica atual implícita no cuidado preventivo na atenção à saúde primária.¹¹

Apesar de não haver evidências de redução da morbimortalidade pelo uso de uma técnica específica de autoexame de pele, estudos indicam que grande parte dos melanomas é descoberta acidentalmente pelos próprios pacientes ou seus familiares, mostrando a importância de conhecerem sua pele e estarem atentos a algumas mudanças. A sensibilização de pessoas de maior risco possibilita que, com a identificação de lesões suspeitas, o diagnóstico desse câncer possa ser realizado precocemente por um médico.¹⁵

Em oncologia encontra-se o termo prevenção classificado em níveis primário e secundário.

- * A **prevenção primária** situa-se no período anterior à doença, incluindo medidas inespecíficas de proteção de indivíduos contra riscos e danos.¹⁰ Refere-se a toda e qualquer ação voltada para redução da exposição da população a fatores de risco da doença, tendo como objetivo reduzir a sua ocorrência, por meio da promoção da saúde e proteção específica.¹²
- * A **prevenção secundária** é o rastreamento (*screening*) do câncer. Entende-se por rastreamento uma avaliação de indivíduos assintomáticos, para classificá-los como candidatos a exames mais refinados de avaliação, com o objetivo de descobrir um câncer oculto ou uma afecção pré-maligna que pode ser curada com tratamento.

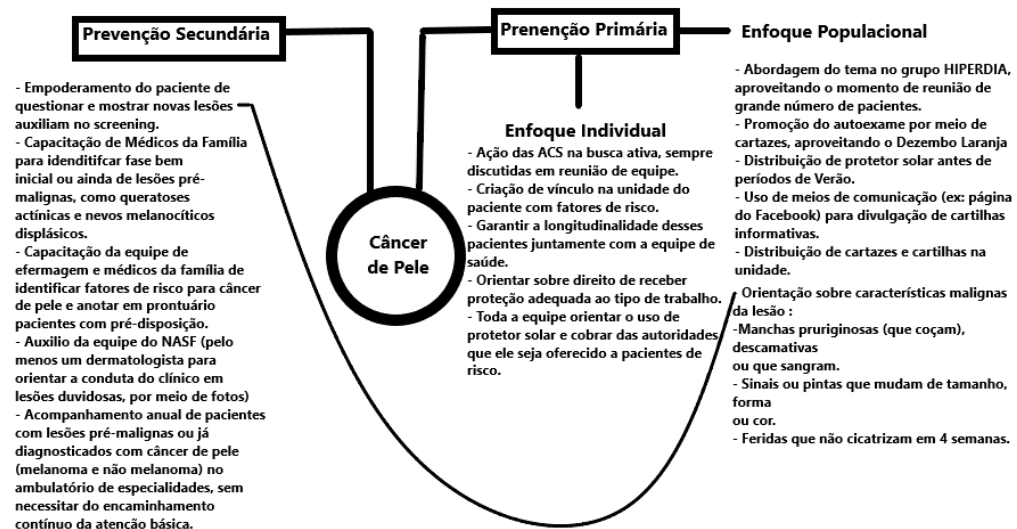
O rastreamento é a única estratégia potencialmente capaz de reduzir a mortalidade em dois grupos de câncer: aqueles encontrados com frequência, para os quais o tratamento, se metastizados, não é curativo e aqueles cujas causas não são conhecidas e, portanto, a possibilidade de prevenção primária não existe. Ele está baseado na suposição de que o diagnóstico precoce do câncer resultará na sua descoberta antes que ocorram metástases fatais. O rastreamento é factível para diversos tipos de câncer incluindo o de mama, o da cérvix uterina, o de intestino grosso, o de estômago e o melanoma maligno.¹³ São exemplos de ações para detecção precoce: colpocitologia e mamografia.

Atualmente, não há consenso quanto ao rastreamento populacional para o câncer de

pele, sendo que as evidências mundiais são insuficientes para sua recomendação.^{14,15} Por este motivo é um cenário tão desafiador para a equipe de atenção primária. A Força Tarefa Americana, apesar de não recomendar o rastreamento, sugeriu em 2009 que médicos clínicos devem estar alertas para lesões de pele com características malignas durante exames físicos para outros fins e encaminhá-los para biópsia. E estejam atentos a pessoas com alto risco para melanoma, como as que têm história pessoal ou familiar desse câncer, história de exposição solar prolongada ou pele muito clara (Fototipo 1 e 2 de Fitzpatrick).

É indiscutível que a prevenção do câncer é uma prática possível. As práticas de prevenção, entretanto, não estão sendo aplicadas em sua plenitude. Estas dependem da ação dos políticos, sensibilização dos profissionais de saúde, e da motivação dos pacientes.¹⁶ Ainda hoje, muitas mulheres continuam morrendo por câncer de colo uterino por falta de detecção e diagnóstico precoce, ou seja, as medidas adotadas até o momento, não tiveram o impacto desejável.¹⁷

Sendo assim, programas de prevenção e detecção precoce deveriam ser considerados prioritários à nossa realidade. Como a prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama, de boca e de pele. Porém, estes programas continuam a enfrentar problemas para se desenvolver. Baseado nisso foram criadas propostas adaptadas ao território do PSF Bandeirantes:



RESULTADOS ESPERADOS

A partir das ações de Prevenção Primária e Secundária expostas no projeto, espera-se maior diagnóstico de lesões pré-malignas e malignas na atenção primária, melhora do vínculo do paciente com a unidade e estreitamento da relação médico-paciente a medida que aumenta a atenção voltada ao indivíduo, ou seja, na detecção de doenças que ele tem maior vulnerabilidade devido ao fenótipo, história social e de trabalho e antecedentes. Espera-se diminuir, gradualmente as mortes por melanoma devido à detecção precoce e as internações por câncer de pele não melanoma (carcinoma espinocelular e basocelular) que, também têm uma taxa considerável de mortalidade, maior incidência, e podem causar impacto na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO; 2002.
- 2- Paim JS. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2003. p. 161-74.
- 3- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Lyon, [20--].
- 4- AMERICAN CANCER SOCIETY. Skin cancer facts. [Atlanta], 2016.
- 5- DIEPGEN, T. L. et al. Occupational skin cancer induced by ultraviolet radiation and its prevention. British Association of Dermatologists, Oxford, v. 67, p. 76-84, 2012. Supplement 2.
- 6- SARAIYA, M. et al. Interventions to prevent skin cancer by reducing exposure to ultraviolet radiation: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine, New York, v. 27, n. 5, p. 422-466, 2004.
- 7- <https://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/seculoxx.pdf>. Acesso em 2020 (18 de Maio)
- 8- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
- 9- PETRI, Valéria. Câncer de Pele. In: PETRI, Valéria. **Dermatologia Prática: câncer de pele**. Câncer de Pele. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Cap. 28, p. 386.
- 10- Teixeira C. O futuro da prevenção. Salvador (BA): Casa da Qualidade; 2001.
- 11- Ministério da Saúde (BR). Projeto Promoção da Saúde. Promoção da saúde: carta de Ottawa, declaração de Adelaide, declaração de Sundsvall e declaração de Santafé de Bogotá, declaração de Jacarta, rede de megapaíses e declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- 12- Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2002.
- 13- Gill PS, Tattersall, MHN. Rastreamento e detecção precoce. In: Love RR, Editor. Manual de oncologia clínica. 6ª ed. São Paulo (SP): Fundação Oncocentro; 1999. p.117-38.
- 14- WERNLI, K. J. et al. Screening for skin cancer in adults: an updated systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2016. (Report No.: 14-05210-EF-1).
- 15- CANCER COUNCIL AUSTRALIA. Clinical Practice Guidelines for the Management of Melanoma in Australia and New Zealand [2008]. Melanoma 2008 Critical Appaisal Report, [2013].

16- Coelho FR.G. A prevenção do câncer. Acta Oncol Bras 1994 jun; 149(3):105-18.

17- Zeferino L, Galvão L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: por que não acontece no Brasil? In: Galvão L, Diaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1999. p. 346-65.