

Reconhecimento de lesões de pele suspeitas de malignidade por médicos da atenção primária de Curitiba-PR

Identification of skin lesions suspected of malignity by primary care physicians in Curitiba-PR

Pâmela Janeczko¹, Leonardo Giraldo Damaceno Gustman², Juliana Gomes Loyola Presa³, Vanessa Cristine Ribeiro Fredrich⁴, Tânia Zaleski⁵, Leandro Rozin⁶, Francelise Bridi Cavassin⁷

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5640-7737>. Médica. Secretaria Municipal de Saúde de Colombo, Paraná, Brasil. E-mail: janeczkopam@gmail.com

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6109-7809>. Médico. Secretaria Municipal de Saúde de Colombo, Paraná, Brasil. E-mail: giraldileo@hotmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8194-7754>. Médica. Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR); Departamento de Pediatria. Curitiba-Paraná, Brasil. E-mail: jgloyola@hotmail.com

4. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2571-5358>. Médica. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná; Divisão de Informações Epidemiológicas. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: vaneribeirof@gmail.com

5. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7426-7312>. Bióloga. Doutora. Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR); Docente do Curso de Biologia. Paranaguá, Paraná, Brasil. E-mail: taniazaleski@gmail.com

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6691-5903>. Enfermeiro. Mestre. Faculdades Pequeno Príncipe (FPP); Docente dos cursos de graduação e pós-graduação. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: leandrorozin@hotmail.com

7. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7295-0828>. Farmacêutica. Mestre. Faculdades Pequeno Príncipe (FPP); Docente dos cursos de graduação e pós-graduação. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: fran_cavassin@yahoo.com.br

CONTATO Francelise Bridi Cavassin | Prof. Lindolfo da Rocha Pombo, 328
Cep: 82520-580 Curitiba-Pr, Brasil. Contato: (41) 996961251 -
E-mail: fran_cavassin@yahoo.com.br

RESUMO Este estudo teve por objetivo analisar o desempenho de médicos atuantes na atenção primária frente ao reconhecimento de lesões suspeitas de câncer de pele. Trata-se de um estudo de campo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Médicos generalistas, médicos de família e residentes em Medicina de Família e Comunidade atuantes nas 66 unidades de saúde de Curitiba-PR, foram entrevistados. O conhecimento em dermatologia foi considerado mínimo para 61,5% dos participantes. A sensibilidade média (S) no reconhecimento das lesões suspeitas foi de 63,92% (IC95% 60,5-67,34). O desempenho foi considerado satisfatório na identificação do melanoma cutâneo (S=83%) e do carcinoma espinocelular (S=97%) e insatisfatório nos casos de ceratose actínica (S=54%), nevo melanocítico displásico (S=51%) e carcinoma basocelular (S=32%). Lesões de pele prevalentes podem estar sendo diagnosticadas tardiamente ou subdiagnosticadas. Salienta-se a importância de atualizações e treinamentos profissionais para aprimoramento da percepção e capacidade de reconhecimento precoce na atenção primária.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Neoplasias Cutâneas. Diagnóstico Precoce.

ABSTRACT The aim of this study was to analyze the performance of primary care doctors in recognizing suspected skin cancer lesions. This is an exploratory-descriptive field study with a quantitative approach. General practitioners, family doctors, and family and community medicine residents working in the 66 health units in Curitiba-PR were interviewed. Knowledge in dermatology was considered basic for 61.5% of the participants. The mean sensitivity (S) in recognizing suspected lesions was 63.92% (CI95% 60.5-67.34). The performance was considered satisfactory in the identification of cutaneous melanoma (S=83%) and squamous cell carcinoma (S=97%) and unsatisfactory in cases of actinic keratosis (S=54%), dysplastic melanocytic nevus (S=51%) and basal cell carcinoma (S=32%). Prevalent skin lesions may be diagnosed late or underdiagnosed. The importance of professional updates and training is emphasized to improve perception and the ability to recognize early in primary care.

DESCRIPTORS: Primary Health Care. Skin Neoplasms. Early Diagnosis.

INTRODUÇÃO

O câncer se estabelece como uma das doenças mais prevalentes em todo mundo, cursando com altas taxas de morbimortalidade. Contribui para esse cenário o aumento da expectativa de vida da população, a exposição constante aos fatores de risco e a desinformação a respeito dos métodos de rastreamento e detecção precoce da doença¹.

De todas as neoplasias malignas diagnosticadas no mundo, o câncer de pele não melanoma é o tipo mais frequente em ambos os sexos. Somente no Brasil, estima-se que, para o triênio 2020-2022, o câncer de pele não melanoma será o mais incidente, somando mais de 83 mil novos casos em homens e de 93 mil em mulheres, o que corresponde a 27,1% e 29,5% de todos os casos de câncer em homens e em mulheres, respectivamente. No estado do Paraná, esse número representa 8390 novos casos da doença apenas no ano de 2020².

Apesar das altas taxas de incidência, o tipo não melanoma costuma apresentar um bom prognóstico se o manejo clínico for precoce e eficaz³. Do contrário, tais lesões podem acarretar grande morbidade para os pacientes principalmente devido as sequelas geradas pelas lesões em estágios avançados, sejam funcionais ou estéticas⁴. O melanoma cutâneo, apesar de suas baixas taxas de incidência e prevalência, são lesões com alto potencial metastático, o que implica em taxas de mortalidade substancialmente elevadas se não houver intervenção precoce⁵.

Levando em conta os preceitos expostos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a qual consolida as diretrizes da assistência na atenção primária à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cabe aos médicos de família e comunidade atuar na prevenção à saúde por meio da estratificação de risco, bem como no manejo e conhecimento da história natural das doenças mais prevalentes no território de atuação⁶. Reconhecer as lesões de pele suspeitas e potencialmente malignas é um atributo essencial de médicos que atuam nesses serviços, pois fazem parte da “porta de entrada” do sistema público de saúde, promovendo os cuidados contínuos de indivíduos e famílias de um território de atuação.

O conhecimento e a atuação adequada dos médicos da atenção primária em relação ao manejo do câncer de pele implicariam em maior resolutividade neste nível de atenção e, conseqüentemente, diminuição das filas de espera dos serviços de dermatologia e oncologia.

Alguns estudos mostram que existe discrepância em relação ao diagnóstico correto de lesões de pele suspeitas quando pacientes são avaliados por médicos de família e dermatologistas, e que diversos fatores contribuem para tal resultado. Entre eles, o conhecimento supérfluo envolvendo dermatologia por parte de médicos generalistas, o

tempo limitado da consulta na atenção básica (que dificulta a realização do exame clínico da pele) e a falta de equipamentos auxiliares para o diagnóstico de lesões suspeitas, como lupas e dermatoscópicos⁷⁻⁸.

Fato é que o papel dos profissionais atuantes na assistência primária é de grande relevância para o funcionamento adequado do sistema de saúde pública no Brasil, cabendo aos gestores oferecer, frequentemente, alternativas que enriqueçam o conhecimento e aprimorem as habilidades dos médicos generalistas em relação ao manejo das doenças mais prevalentes, incluindo o câncer de pele⁹⁻¹⁰.

Face a esse cenário, aliado à relevância para a saúde pública brasileira e ao papel fundamental da atenção primária na promoção da saúde e prevenção de doenças, este estudo objetivou analisar o desempenho de médicos atuantes na atenção primária frente ao reconhecimento de lesões suspeitas de câncer de pele no município de Curitiba-PR.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de campo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A população alvo foi composta por médicos atuantes nas unidades de saúde contempladas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Curitiba-PR. Foram incluídos médicos generalistas, médicos de família e residentes em medicina de família e comunidade atuantes nas unidades de saúde contempladas pela ESF, responsáveis pelos cuidados de pacientes adultos. Não houve qualquer impedimento devido à faixa etária, sexo, raça ou cor e vínculo empregatício.

O município de Curitiba conta com dois modelos de atenção primária à saúde, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF). Durante o período do estudo, das 109 unidades de saúde do município, 66 contavam com a ESF, ou seja, 60% da população de Curitiba dispõem de serviços assistenciais propostos pela estratégia. Foram essas 66 USF que determinaram o cenário para realização do estudo.

As coletas foram realizadas em um período de trinta dias, no mês de janeiro de 2018. Para tal, foram utilizados dois instrumentos. Primeiro, um questionário estruturado contendo 12 perguntas fechadas, o qual pretendeu definir o perfil sócio demográfico dos participantes, o contato com a dermatologia durante a formação e por fim, identificar se durante as consultas médicas são realizadas o exame clínico da pele.

O segundo instrumento consistiu em um banco de imagens com oito fotografias de lesões de pele retiradas de atlas dermatológicos e livros-texto¹¹⁻¹², o qual pretendeu analisar a capacidade dos participantes em reconhecer lesões suspeitas que exigiam avaliação diagnóstica mais precisa a fim de confirmar ou descartar câncer de pele. Ambos os instrumentos foram aplicados em local reservado, de forma individual, sendo vedado ao participante consultar qualquer fonte de dados disponíveis.

Das oito imagens que compuseram o banco, três foram de neoplasias malignas a saber: CARCINOMA BASOCELULAR TIPO NODULAR¹² (imagem 8); CARCINOMA ESPINOCELULAR¹² (imagem 6) e MELANOMA CUTÂNEO TIPO DISSEMINADO SUPERFICIAL¹¹ (imagem 1). A escolha destas lesões neoplásicas seguiu o critério de prevalência. Outras duas imagens foram de lesões precursoras com potencial maligno: CERATOSE ACTÍNICA¹² (imagem 3) e NEVO MELANOCÍTICO DISPLÁSICO¹² (imagem 7). A opção por incluir essas duas dermatoses no banco de imagens foi pela importância que a literatura médica confere a ambas, uma vez que podem, com o tempo, se transformar em carcinoma espinocelular (CEC) e melanoma cutâneo, respectivamente. As três imagens restantes foram de lesões benignas da pele bastante comuns na prática clínica: NEVO MELANOCÍTICO ADQUIRIDO¹¹ (imagem 4); LESÃO LABIAL POR HERPES SIMPLES¹¹ (imagem 5) e ÚLCERA POR LEISHMANIOSE CUTÂNEA¹² (imagem 2).

As imagens foram apresentadas em folha de papel sulfite A4, mantidas as proporções originais a fim de evitar distorções, coloridas, impressas em alta qualidade em impressora jato de tinta. Na parte inferior das imagens constavam a referência de onde cada fotografia foi retirada e três campos identificados como “SUSPEITA”, “NÃO SUSPEITA” e “DUVIDOSA” para que os participantes marcassem com um “X” aquela condição que julgassem mais apropriadas.

A análise de dados foi realizada com o auxílio do programa computacional SPSS v.22.0. Os resultados foram expressos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) ou por frequências e percentuais (variáveis qualitativas).

Os testes de especificidade e sensibilidade foram aplicados a todos os participantes e para as oito imagens apresentadas. O teste qui-quadrado foi aplicado para identificar se as variáveis ‘residência médica concluída’, ‘contato com a dermatologia’ e ‘participação em atualizações sobre câncer de pele’ interferiram na identificação de lesões de pele, bem como na relação entre o vínculo profissional e a identificação da úlcera de leishmaniose e do carcinoma basocelular. O teste exato de Fisher foi aplicado para identificar se as variáveis ‘idade’ e ‘nível de conhecimento’ interferiram no acerto das questões relacionadas à lesões de pele e na relação entre o vínculo profissional e a identificação do nevo melanocítico displásico e da ceratose actínica. O nível de significância adotado em todas as análises foi de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob CAEE de nº 73232617.6.3001.0101 e parecer de nº 2.355.770, autorizada pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (SMS). Ratifica-se o esclarecimento de que os profissionais só foram considerados aptos a participar desta pesquisa após o aceite com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 257 médicos atuantes nas USF, 135 participaram do estudo. Em relação aos outros 122 não participantes, 103 não foram encontrados nas unidades no momento das visitas pois estavam de férias ou não estavam em horário de serviço; quatorze se recusaram verbalmente e cinco não foram encontrados porque estavam afastados sem retorno previsto. A participação de 135 médicos das Unidades de Saúde da Família (USF) possibilitaram um poder de confiabilidade para análise de 90% com um α de 5% no estudo.

Na amostra de participantes, a proporção de gêneros foi similar. Quanto à idade, a maioria se encontrava na faixa etária de 35-45 anos. Quanto ao vínculo profissional, 78% se enquadravam como estatutários. Os demais somavam como bolsistas ou residentes de Medicina da Família e Comunidade (MFC) ou, ainda, com vínculo empregatício temporário. Sobre o tempo de conclusão da graduação em medicina, a maioria havia se formado há vinte anos ou mais e quando questionados sobre o tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), 53% já atuavam neste nível de atenção há mais de dez anos. Ao levar em conta a formação continuada dos participantes, no momento do estudo, 71 deles referiram não possuir residência médica. Dos médicos especialistas, a maioria já havia concluído a residência há vinte anos ou mais. Tais dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Frequência absoluta e percentual do gênero, idade, tempo de conclusão da graduação, tempo de conclusão da residência dos médicos da ESF amostrados no estudo, agrupados por regime de trabalho e total.

	Estatutário n = 105	Bolsista\ Residente MFC n = 21	Temporário n = 9	Total n = 135
Gênero				
Masculino	59 (56,2%)	5 (23,8%)	5 (55,5%)	69 (51,11%)
Feminino	46 (43,8%)	16 (76,2%)	4 (44,5%)	66 (48,89%)
Faixas etárias				
18-25 anos	-	1 (4,8%)	1 (11,1%)	2 (1,5%)
25-35 anos	18 (17,14%)	17 (80,9%)	2 (22,2%)	37 (37,4%)
35-45 anos	34 (32,38%)	2 (9,5 %)	6 (66,7%)	42 (31,1%)
45-60 anos	37 (35,24%)	-	-	37 (27,4%)
> 60 anos	16 (15,24%)	1 (4,8%)	-	17 (12,6%)
Tempo de conclusão da graduação em medicina				
Até 1 ano	1 (1%)	4 (20%)	2 (22,2%)	7 (5,2%)
1-3 anos	1 (1%)	10 (50%)	-	11 (8,1%)
3-5 anos	2 (1,9%)	4 (20%)	-	6 (4,4%)

5-10 anos	19 (18,1%)	1 (5%)	5 (55,6%)	25 (18,5%)
10-20 anos	33 (31,4%)	-	2 (22,2%)	36 (26,7%)
>20 anos	49 (46,6%)	1 (5%)	-	50 (37%)

Tempo de conclusão da residência médica

Até 1 ano	1 (1,7%)	-	-	1 (0,7 %)
1-3 anos	2 (3,5%)	1 (20%)	-	3 (2,2%)
3-5 anos	7 (12%)	1 (20%)	-	8 (5,9%)
5-10 anos	9 (15,5%)	1 (20%)	-	10 (7,4%)
10-20 anos	12 (20,7%)	1 (20%)	-	13 (9,6%)
>20 anos	27 (46,6%)	1 (20%)	-	28 (0,7%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2020)

A Tabela 2 apresenta a percepção e atuação dos participantes em relação à dermatologia e ao câncer de pele. Para 71% dos que responderam o questionário, o único contato com a área de dermatologia e câncer de pele ocorreu durante a graduação. O nível de conhecimento envolvendo a especialidade foi considerado "básico" para 83 participantes, "intermediário" para 50 e somente dois participantes responderam ter conhecimento "avançado" na área. Sobre participações em atividades de atualização em câncer de pele, a grande maioria relatou nunca ter participado de atividades sobre o assunto durante sua formação. E em relação à prática clínica, próximo de 70% afirmaram que apenas realizam o exame clínico dos pacientes de risco para câncer (idosos, fototipos claros de pele, pessoas que trabalham expostas ao sol, etc.) se estes apresentarem alguma queixa específica.

Tabela 2. Frequência absoluta e percentual da percepção e atuação de médicos da ESF em relação à dermatologia e ao câncer de pele, por regime de trabalho e total.

	Estatutário n = 105	Bolsista Residente MFC n = 21	Temporário n = 9	Total n = 135
Contato com dermatologia				
Graduação apenas	80 (76,2%)	10 (47,6%)	7 (77,8%)	97 (71,1%)
Graduação e residência médica	25 (23,8%)	11 (52,4%)	2 (22,2%)	38 (28,1%)
Conhecimento em dermatologia				
Básico	64 (61%)	10 (47,6%)	9 (100%)	83 (61,5%)
Intermediário	39 (37,1%)	11 (52,4%)	-	50 (37%)
Avançado	2 (1,9%)	-	-	2 (1,5%)
Participação em atualizações envolvendo CA de pele				
Sim	43 (41%)	17 (81%)	3 (33,3%)	63 (46,7%)
Não	62 (59%)	4 (19%)	6 (66,7%)	72 (53,3%)

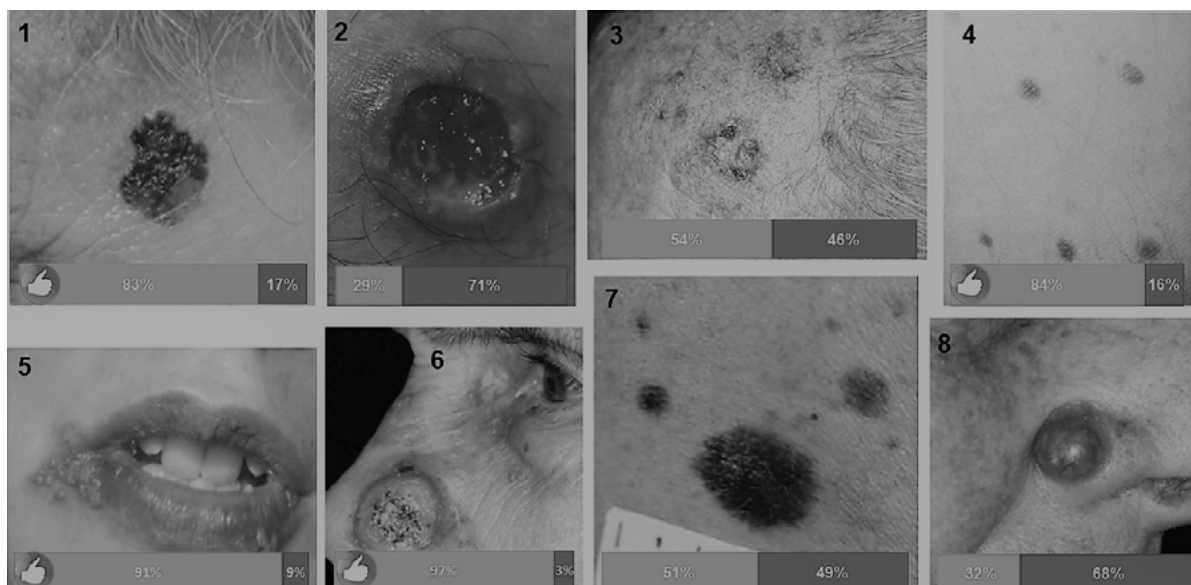
Faz o exame clínico da pele dos pacientes de risco?

Sempre, independente de queixas	33 (60%)	4 (9,6%)	3 (22,2%)	40 (29,6%)
Apenas se queixas	20 (36,4%)	17 (40,4%)	6 (33,3%)	93 (68,9%)
Não costuma realizar o exame de pele	2 (3,6%)	21 (50%)	9 (50%)	2 (1,5%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

As oito imagens contidas no questionário foram analisadas conforme o número de acertos e podem ser visualizadas na Figura 1. Das quatro imagens que obtiveram os maiores índices de acertos (frequência de acertos >70%), duas são lesões suspeitas: o CEC, segundo tipo de câncer de pele mais comum, e o melanoma cutâneo, o qual ocupa o terceiro lugar em prevalência entre os tipos de câncer de pele¹³. Por outro lado, das quatro imagens que obtiveram os piores desempenhos (frequência de acertos <70%), três são consideradas suspeitas: o CBC, tipo de câncer de pele mais comum, além da ceratose actínica e do nevo displásico, ambas lesões chamadas pré-malignas¹³⁻¹⁵. Através das análises de sensibilidade e especificidade de cada um dos 135 participantes, os valores médios foram, respectivamente, de 63,92% e 69,88%.

Figura 1. Porcentagem de acertos na identificação das imagens de lesões de pele suspeitas e não suspeitas de malignidade



Legenda: Em cinza claro porcentagem de acertos. O ícone à esquerda indica as quatro imagens com maiores índices de acertos (frequência >70%). Em cinza escuro porcentagem de erros. 1. Melanoma cutâneo tipo disseminado superficial¹¹; 2. Úlcera por leishmaniose cutânea¹²; 3. Ceratose actínica¹²; 4. Nevo melanocítico adquirido¹¹; 5. Lesão labial por herpes simples¹¹; 6. Carcinoma espinocelular¹²; 7. Nevo melanocítico displásico¹²; 8. Carcinoma basocelular tipo nodular¹².

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Os participantes foram categorizados em dois grupos quanto ao número de acertos referente às imagens avaliadas, sendo utilizada uma média de 70% de acerto das

imagens. Assim, o participante que acertou seis (6) ou mais imagens teve seu desempenho considerado como "satisfatório", conforme mostrado na Tabela 3. Nota-se que a maioria dos profissionais atingiram índices de acertos menores que 70%, considerado como grupo de desempenho "insatisfatório". Apesar das diferenças nos valores, não houve significância estatística em nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 3. Desempenho dos médicos atuantes na ESF frente ao reconhecimento das lesões de pele suspeitas pelas imagens avaliadas.

	Frequências absoluta e relativa de acertos menor que 6 (<70%) "insatisfatório"	Frequências absoluta e relativa de acertos igual/ maior a 6 (≥70%) "satisfatório"
Faixas etárias		
18-25 anos	-	2 (100%)
25-35 anos	21 (56,67%)	16 (43,33%)
35-45 anos	23 (54,76%)	19 (45,24%)
45-60 anos	27 (72,97%)	10 (27,03%)
> 60 anos	12 (70,58%)	5 (29,41%)
		p=0,136
Residência médica concluída		
Sim	41 (64,1%)	23 (35,9%)
Não	42 (59,2%)	29 (40,8%)
		p=0,558
Contato com dermatologia		
Graduação apenas	58 (60,4%)	38 (39,6%)
Graduação-Residência	25 (65,8%)	13 (34,2%)
		p=0,379
Nível de Conhecimento		
Básico	48 (57,8%)	35 (42,2%)
Intermediário	33 (66%)	17 (34%)
Avançado	2 (100%)	0 (0%)
		p=0,341
Participação em atualizações sobre câncer de pele		
SIM	26 (52%)	24 (48%)
NÃO	57 (67,05%)	28 (32,95%)
		p=0,100

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Dos resultados com os maiores índices de erros, a imagem 2 (úlceras de leishmaniose) teve percentuais maiores que 70% por parte dos bolsistas/residentes e médicos

estatutários; a imagem 8 (carcinoma basocelular) chegou a 88,9% de erro entre os médicos com vínculo temporário, conforme mostrado na Tabela 4. Apesar de notável disparidade entre as porcentagens, não houve diferença significativa para o reconhecimento do nevo melanocítico displásico (imagem 7) entre os diferentes tipos de vínculo. O grupo dos bolsistas e residentes de MFC foi o que apresentou o maior percentual de erro para a lesão (66,7%), ou seja, 14 dos 21 representantes do grupo não suspeitaram da lesão. A imagem 3 (ceratose actínica) foi a quarta imagem menos diagnosticada como suspeita.

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa de erros para as quatro imagens com os piores resultados obtidos agrupadas por vínculo profissional.

Lesão/ nº imagem ()	Estatutário n = 105	Bolsista\ Residente MFC n = 21	Temporário n = 9	Total de erros
Úlcera leishmaniose (2)	75 (71,4%)	16 (76,2%)	5 (55,6%)	96 p=0,515
Carcinoma basocelular (8)	69 (65,7%)	14 (66,7%)	8 (88,9%)	91 p=0,362
Nevo melanocítico displásico (7)	48 (45,7%)	14 (66,7%)	4 (44,4%)	66 p=0,207
Ceratose actínica (3)	50 (47,6%)	8 (38,1%)	4 (44,4%)	62 p=0,723

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas quando comparados os diferentes vínculos profissionais, idade, tempo de conclusão da graduação, se especialista ou generalista e o conhecimento prévio em dermatologia em relação ao desempenho na identificação das lesões de pele apresentadas, o que sugere uma homogeneidade no reconhecimento das mesmas por parte dos médicos atuantes na ESF em Curitiba-PR.

Das lesões não suspeitas, chamou-nos atenção o índice de acerto muito baixo da imagem 2, que trazia uma lesão ulcerada de Leishmaniose, bem delimitada, com bordas elevadas e bem definidas e fundo avermelhado com tecido de granulação, diferente das lesões ulceradas com potencial maligno¹⁶. Apenas 39 médicos responderam se tratar de uma lesão não suspeita, ou seja, a maioria, desconfiando de uma lesão suspeita de malignidade acabaria por encaminhar um paciente ao especialista sem necessidade, onerando o sistema de saúde e aumentando o tempo de espera de consultas especializadas.

De acordo com um estudo espanhol¹⁷, que avaliou a demanda de consultas em dermatologia encaminhadas a partir da atenção básica, cerca de 50% dos atendimentos

foram relativos às condições resolvidas já na mesma consulta e cerca de 20% relativos às condições não patológicas de caráter mais estético. Apenas 8% dos casos foram tratados cirurgicamente, a maioria representando neoplasias. Esses resultados demonstram a importância do preparo dos médicos da atenção primária em relação ao reconhecimento das lesões de pele realmente suspeitas de malignidade e que necessitam de tratamento especializado precocemente.

Em relação à sensibilidade de cada uma das lesões suspeitas (imagens 1, 3, 6, 7 e 8), os resultados demonstraram que os maiores valores ($S > 70\%$) foram obtidos pelas imagens de CEC ($S = 97\%$) e melanoma cutâneo ($S = 83\%$), enquanto as menores ($S < 70\%$) foram registradas pelas imagens de CBC ($S = 32\%$), nevo melanocítico displásico ($S = 51\%$) e ceratose actínica ($S = 54\%$). Um estudo semelhante¹⁸, no estado do Ceará, cujo objetivo era avaliar a capacidade de 33 médicos residentes de MFC em diagnosticar o câncer de pele através de fotografias, ficou demonstrado uma sensibilidade de 87% para o melanoma cutâneo, próximo ao valor obtido em nosso estudo ($S = 83\%$). Estes valores mais altos de sensibilidade podem estar relacionados ao reconhecimento das características morfológicas desse tipo de lesão, através da regra do ABCDE, amplamente conhecida e de fácil aplicabilidade no diagnóstico clínico inicial¹⁹.

Apesar da baixa prevalência do melanoma, as taxas de mortalidade são elevadas, consequência do seu alto poder metastático²⁰. Por esse motivo é importante que os médicos saibam reconhecer as lesões melanocíticas malignas de forma precoce, para que o tratamento não seja postergado, reduzindo o risco de mortalidade pela doença²¹. Retornando à atenção ao estudo previamente citado¹⁸, a sensibilidade para o CEC foi de 62%, valor inferior ao obtido no presente estudo ($S = 97\%$), enquanto para o CBC foi de 51%, valor superior ao que encontramos no nosso ($S = 32\%$).

Tais diferenças poderiam ser explicadas pelo critério de seleção das imagens, por terem sido selecionadas àquelas em estágios mais avançados, caso do CEC em nosso questionário, teriam os maiores índices de suspeição de malignidade e, portanto, maior número de acertos. Em dados europeus⁸, os médicos de família obtiveram uma sensibilidade para o diagnóstico de CBC de 43% e de apenas 22% para o diagnóstico de CEC. Uma possível explicação para divergências nos valores comparativos de sensibilidade pode estar nas metodologias das pesquisas, já que estes autores avaliaram as sensibilidades das lesões através de diagnóstico clínico, ou seja, com a história do paciente e possibilidade de examinar as lesões, mesma metodologia utilizada por um estudo australiano²², que encontrou valores de sensibilidade para o diagnóstico clínico de CBC e CEC de 89% e 42%, respectivamente.

Especificamente sobre o carcinoma basocelular (imagem 8), os resultados obtidos aqui demonstraram uma baixa sensibilidade para o reconhecimento da lesão ($S = 32\%$).

Tal dificuldade pode ter ocorrido por diversos fatores, seja a avaliação meramente fotográfica, sem história do paciente e sem a possibilidade de examinar a lesão; por critério de seleção da imagem; pela própria dificuldade técnica dos médicos generalistas em relação ao diagnóstico deste tipo de câncer de pele.

Em pesquisa realizada na Espanha⁸, os autores destacaram as diferenças significativas de sensibilidade e especificidade dos dermatologistas (97% e 75%, respectivamente) em comparação com os valores médios obtidos pelos médicos de família (45% e 16%, respectivamente), corroborando com a justificativa para o baixo valor de sensibilidade de algumas lesões pelos médicos da atenção básica.

De acordo com dados publicados¹³, o CBC é o tipo de câncer de pele mais comum no Brasil e, apesar da baixa taxa de mortalidade deste tipo de neoplasia apresenta índices altos de morbidade, principalmente funcional e estética, consequência do poder destrutivo local que a lesão pode apresentar²³. Por essa razão, os médicos da atenção primária devem estar aptos em reconhecer estas lesões de pele para que o encaminhamento ao especialista seja adequado e o tratamento realizado de forma precoce²¹.

Para o nevo melanocítico displásico (imagem 7) o resultado foi o segundo mais baixo dentre as lesões suspeitas (S=51%). Comparando com a pesquisa²² realizada na Austrália, o valor da sensibilidade para o diagnóstico desta lesão foi mais alto, 80%. Vale destacar que neste trabalho, o diagnóstico das lesões foi clínico. Tal resultado chama atenção quando avaliada a sensibilidade referente à imagem do melanoma cutâneo, que foi de 83%, já que os nevos displásicos são consideradas lesões precursoras justamente dos melanomas¹⁴.

Segundo o INCA¹³, cerca de 20% a 30% dos casos de melanomas cutâneos estariam associados à presença de um nevo melanocítico prévio. Apesar do diagnóstico ser um desafio até mesmo para especialistas, o médico generalista pode ao menos suspeitar destas lesões no exame clínico quando se avaliam características morfológicas como assimetria, bordas irregulares, coloração multivariada e tamanho. Ou seja, a mesma regra do ABCDE que se aplica para o melanoma cutâneo, pode ser utilizada na avaliação dos nevos displásicos¹⁴.

Em relação à ceratose actínica, considerada uma lesão precursora do carcinoma espinocelular e prevalência bastante alta, sua sensibilidade foi a terceira mais baixa dentre as lesões suspeitas (S=54). A partir de uma revisão¹⁵, este tipo de lesão de pele foi o quarto diagnóstico dermatológico mais comum no Brasil no ano de 2006, com destaque para a região Sul, onde predominam pessoas de mais idade com os fototipos de pele I e II de Fitzpatrick (peles claras), importantes fatores de risco para o desenvolvimento desta dermatose²³.

Dados da literatura estimam que o tempo de transformação de uma ceratose actínica

em CEC pode ser de até dois anos e que o risco de malignização pode chegar a 0,5% por lesão, por ano²⁴. Daí a importância em saber reconhecer este tipo de lesão precocemente, principalmente os sinais de alerta que aumentam a chance de malignização, como crescimento acelerado, aumento da profundidade, ulcerações de difícil cicatrização e refratariedade ao tratamento²⁵.

As análises de sensibilidade e especificidade de cada um dos 135 participantes obtiveram valores médios de 63,9% e 69,8%, respectivamente. Um estudo que comparou tais parâmetros de médicos de família e dermatologistas em relação ao diagnóstico clínico de câncer de pele na cidade de Barcelona, apresentou os valores médios de S=45% e E=16% para os médicos da atenção primária⁸. Valores esses bem abaixo dos encontrados em nosso estudo. Novamente vale ressaltar que as metodologias foram diferentes: questionário com imagens *versus* diagnóstico clínico.

De acordo com estudo publicado²⁶, o médico da atenção primária é responsável pelo diagnóstico de mais de 50% dos casos de câncer, tendo papel fundamental na redução do tempo entre o início dos sintomas e a confirmação diagnóstica da doença. Outros autores²⁷ vão além e consideram que até 2/3 dos casos de câncer são diagnosticados na atenção básica, enfatizando a importância deste nível de atenção para diagnóstico da doença. Desta maneira, atividades educativas voltadas para incrementar a capacidade diagnóstica destes profissionais são essenciais para um serviço resolutivo e de qualidade voltada à população assistida.

Uma medida que parece contribuir sobremaneira seria a realização de atividade de atualização envolvendo o diagnóstico de câncer de pele, por meio de palestras com especialistas ou apresentações multimídias e videoconferências *online*. De acordo com um estudo prospectivo²⁰ sobre o conhecimento de médicos generalistas em relação ao diagnóstico de lesões de pele antes e após uma única atividade de atualização com especialista, o mesmo demonstrou um incremento de 35% na capacidade de identificação de lesões de pele após a atividade educativa.

Nesta mesma linha, outro estudo⁷ demonstrou uma melhora na percepção de médicos generalistas ingleses em relação ao conhecimento do câncer de pele após utilização de uma ferramenta disponibilizada *online* sob a forma de um *quiz*. Recursos *online* contribuem positivamente para incrementar a capacidade dos médicos generalistas frente ao diagnóstico precoce de doenças malignas tão prevalentes como o câncer de pele.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostra homogeneidade no reconhecimento das imagens por médicos atuantes na ESF quando comparados e analisados os diferentes vínculos profissionais, a idade, o tempo de conclusão da graduação médica, o fato de ser

especialista ou generalista e o conhecimento prévio em dermatologia.

O desempenho no reconhecimento do melanoma cutâneo mostrou-se satisfatório. Valorizamos este resultado, pois apesar de pouco prevalente sua identificação deve ser imediata, uma vez que atrasos no diagnóstico aumentam consideravelmente as taxas de mortalidade pela doença. Já as lesões com potencial maligno como a ceratose actínica e o nevo melanocítico displásico tiveram o desempenho considerado insatisfatório. O carcinoma basocelular, tipo mais comum de câncer de pele, apresentou nesse trabalho a sensibilidade mais baixa dentre as lesões suspeitas. Reforçamos aqui a importância do reconhecimento das formas de apresentação das lesões de CBC por médicos da atenção primária. Cabe ao clínico geral e ao médico de família suspeitar dessas lesões durante o exame clínico da pele do paciente e, em casos suspeitos, encaminhá-lo de forma rápida e adequada.

Cabe destacar que a identificação de lesões de pele somente por meio de imagens, sem anamnese e sem a possibilidade de realizar o exame clínico, pode afetar a acurácia dos resultados. Sabendo desta dificuldade, esta pesquisa não teve o intuito de que os participantes soubessem diagnosticar cada uma das lesões, e sim que eles soubessem suspeitar ou diferenciar, através das características macroscópicas, àquelas potencialmente malignas, pensando sempre em detecção precoce do tipo de câncer mais comum em nosso meio, o câncer de pele.

A partir do exposto, reforçamos a importância de atividades permanentes voltadas à educação médica, seja através de palestras com especialistas, de apresentações *online* sobre o tema, através de cartilhas informativas voltadas para os médicos, da inserção do tema na grade curricular das residências de MFC, ou ainda por meio de mais pesquisas científicas que busquem avaliar a capacidade dos médicos da atenção primária em reconhecer precocemente o câncer de pele.

REFERÊNCIAS

1. Tucundava LTCM, Cardoso VHL, Koshimura ET, Prudente FVB, Santos AF, Samano EST, Costa LJM, Del giglio A. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Rev da Assoc Médica Bras. [Internet]. 2004 [acesso em 2017 out 02]; 50(3):257-262. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000300030>.
2. de Oliveira Santos M. Estimativa/2020 – Incidência de Câncer no Brasil. Rev. Bras. Cancerol. [Internet]. 20º de março de 2020 [citado 5º de novembro de 2020];66(1):e-00927. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/927>
3. Costa CS. Epidemiologia do câncer de pele no Brasil e evidências sobre sua prevenção. Diagn Tratamento [Internet]. 2012 [acesso em 2017 out 05];17(4):206-208. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3341.pdf>
4. Argenziano G, Giacomel J, Abramavicus A, Pelleciani G, Longo C, de pace B, Albertini G, Cristofolini M, Zalaudek I. Improving triage and management of patients with skin cancer: challenges and considerations for the future. Expert Review Anticancer Therapy [Internet]. 2012 [acesso em 2017 out 05];12(5):609-621. Disponível em: <https://doi.org/10.1586/era.12.38>
5. Brehmer F, Ulrich M, Haenssle HA. Strategies for early recognition of cutaneous melanoma – present

and future. *Dermatol Pract Conc.* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 out 18];2(3):29-37. Disponível em: <https://doi.org/10.5826/dpc.0203a06>

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS Nº 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

7. Gulati A, Harwood CA, Rolph J, Pottinger E, McGregor JM, Goad N, Proby CM. Is an online skin cancer toolkit an effective way to educate primary care physicians about skin cancer diagnosis and referral? *Journal of The European Academy Of Dermatology And Venereology* [Internet]. 2015 [acesso em 2017 out 18];29(11):2152-2159. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.13167>

8. Ojeda RM, Graells J. Estudio comparativo de la habilidad en el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo entre el médico de familia y el dermatólogo en una misma área geográfica. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2011 [acesso em 2017 out 18];102(1):48-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2010.06.020>

9. Silveira CEG, Silva TB, Fregnani JHGT, Vieira RAC, Haikel Jr RL, Syrjänen K, Carvalho AL, Mauad EC. Digital photography in skin cancer screening by mobile units in remote areas of Brazil. *BMC dermatol* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 out 30];14(1):1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12895-014-0019-1>

10. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.

11. Soutor C, Hordinsky MK. *Dermatologia Clínica Porto Alegre*. Porto Alegre: AMGH; 2015.

12. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. *Dermatologia de Fitzpatrick: atlas e texto*. 7ª edição. Porto Alegre: AMGH; 2014.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Informativo Detecção Precoce: Monitoramento das ações de controle do câncer de pele [Internet]. 2016 set-dez. [acesso em 2017 Mar 4]; Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/informativo-deteccao-precoce-3-2016.pdf>

14. Rezze GG, Leon A, Duprat J. Nevo displásico (nevo atípico). *Anais Bras de Dermat.* 2010; 85(6):863-871.

15. Schimitt JV, Miot HA. Actinic keratosis: a clinical and epidemiological revision. *Anais Bras de Dermat.* 2012;87(3):425-434.

16. Rivitti EA. *Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti*. 1ª edição. São Paulo: Artes Médicas; 2014.

17. Martínez-Mrtínez MI, Pérez-García LJ, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Hijas Santos MCM. Demanda derivada a Dermatología: peso de la patología banal. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2011 [acesso em 2018 abr 20];102(3):193-198. Disponível em: <https://www.actasdermo.org/es-pdf-S000173101000493X>

18. Carvalho SM. Avaliação do desempenho dos médicos do PSF na identificação de câncer de pele em idoso [Tese]. [Fortaleza (CE)]: Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará; 2006. 120 s. Mestrado em Medicina clínica.

19. Wick M.R. Cutaneous melanoma: a current overview. *Seminars In Diagnostic Pathology* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 abr 20];33(4):225-241. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.semmp.2016.04.007>

20. Beecher SM, Keogh C, Healy C. Dedicated general practitioner education sessions can improve diagnostic capabilities and may have a positive effect on referral patterns for common skin lesions. *Irish Journal of Medical Science* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 abr 20];1-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1788-z>

21. Martinez JC, Otley CC. The Management of Melanoma and Nonmelanoma Skin Cancer: A Review for the Primary Care Physician. *Mayo Clinic Proceedings* [Internet]. 2001 [acesso em 2018 abr 25]; 76:1253-1265. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.4065/76.12.1253>

22. Moffatt CRM, Green AC, Whiteman DC. Diagnostic accuracy in skin cancer clinics: the Australian experience. *Intern Journal of Dermat.* [internet]. 2006 [acesso em 2018 abr 25];45(6):650-656. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2006.02772.x>

23. Zink BS. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2014;13(5):76-83.

24. Downs T. Current management of actinic keratosis in primary care. *Prescriber* [internet]. 2013 [acesso em 2018 abr 25];36-39. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/psb.1138>

25. Actinic (Solar) Keratosis – Primary Care Treatment Pathway. Shaun O’Connell & Nicki Law. Actinic

Keratosis [Internet]. 2014 [acesso em 2018 Abr 14]; Disponível em: http://www.pcds.org.uk/ee/images/uploads/general/AK_guidelines_2014_final_aw2.pdf

26. Torrejón AR, Monserrat MR, Cánaves JL. El médico de atención primaria y el diagnóstico de los pacientes con cáncer. *Aten Primaria* [internet]. 2006 [acesso em 2018 Abr 14];37(1):16-21. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13083935>

27. Ewing M, Naredi P, Zhang C, Månsson J. Diagnostic profile characteristics of cancer patients with frequent consultations in primary care before diagnosis: a case-control study. *Prim Care Epidem* [internet]. 2018 [acesso em 2018 Abr 14];1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmy012>

RECEBIDO: 27/08/2020

ACEITO: 06/11/2020