

Dermatologia na Atenção Primária: um Desafio para a Formação e Prática Médica

Dermatology in Primary Health Care: a Challenge for Training and Medical Practice

Tatiana Maciel Gomes¹
Anna Tereza Miranda Soares de Moura¹
Adriana Cavalcanti de Aguiar¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Dermatologia.
- Saúde da Família.
- Educação Médica.
- Atenção Primária à Saúde.

KEYWORDS:

- Dermatology.
- Family Health.
- Education, Medical.
- Primary Health Care.

RESUMO

Mudanças curriculares nos cursos de graduação médica vêm ocorrendo nas últimas décadas a fim de garantir uma formação ampliada e em consonância com as demandas atuais do sistema de saúde brasileiro. O ensino de certos componentes do conhecimento clínico ainda é desafiante neste novo cenário, e algumas especialidades, como a Dermatologia, permanecem com pouca integração tanto vertical quanto horizontal ao longo do curso. O aprendizado insuficiente durante a graduação se reflete na atuação clínica, onde o atraso diagnóstico das afecções de pele pode modificar radicalmente a evolução dos pacientes. Essas dificuldades parecem ainda mais evidentes na Atenção Primária, pela alta prevalência de queixas dermatológicas nestes cenários. A procura por atendimento especializado é elevada e poderia ser minimizada pelo adequado treinamento sobre o tema, abrangendo principalmente as etapas de prevenção e promoção. O presente artigo traz uma reflexão sobre a necessidade de ampliar o diálogo entre serviços, aparelhos formadores e especialistas, oferecendo sugestões com visão integral da formação geral médica, para maior resolutividade das afecções de pele na porta de entrada do sistema de saúde.

ABSTRACT

Over recent decades, many changes have been made to the undergraduate medical curriculum in order to expand the scope of medical training in line with the demands of the Brazilian health system. Teaching certain components of medical knowledge still represents a challenge and some specialties, like dermatology, still lack vertical and horizontal integration throughout the course. Deficient undergraduate learning of dermatology reflects in clinical practice where a delayed diagnosis of skin diseases may have a radical effect on patients' clinical outcome. These obstacles seem even more evident in primary care, due to high prevalence of dermatologic complaints. In this area, the demand for specialized care remains intense and could be reduced through an adequate training approach, encompassing the steps of prevention and health promotion. This article proposes a discussion for expanding communication between health centers, higher education institutions and specialists, offering suggestions that refer to an integrated view of general medical training, in order to provide better care and resolution of skin disorders for patients at the doorstep of the health system.

Recebido em: 28/09/2011

Reencaminhado em: 30/11/2011

Aprovado em: 10/12/2011

Mudanças curriculares na graduação do curso médico vêm ocorrendo nas últimas décadas a fim de alcançar melhor sintonia e adequação às necessidades da sociedade. Os modelos inicialmente propostos para o ensino da Medicina pareciam não dar conta da visão atual mais ampliada da saúde, que envolve questões individuais e comunitárias, levando em consideração as relações estabelecidas entre os diversos grupos e a sociedade¹. As novas exigências sociais acabaram também por determinar uma profunda revisão nas práticas do profissional médico, com necessidade de permanente atualização crítica de suas competências científicas, técnicas, éticas e morais¹. Estas mudanças de valores também apontam uma nova diferenciação na formação médica clássica, menos especializada ou mais geral e humanista, o que se reflete nos currículos atualmente em curso. O objetivo destas modificações seria dotar o profissional de algumas habilidades relacionadas à atenção integral — prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, necessárias aos novos modelos propostos².

Apesar das necessidades sociais e das sucessivas revisões curriculares, algumas especialidades médicas, como a Dermatologia, ainda são identificadas como isoladas ao longo do curso, com dificuldade de integração tanto vertical quanto horizontal. Mesmo quando faz a escolha precoce desta especialidade, o aluno nem sempre encontra ao longo do currículo o espaço necessário ao seu aprendizado. A disciplina (e/ou seus conteúdos) permanece com pouca carga horária durante a graduação, mesmo em currículos mais recentes^{3,4}, o que dificulta a discussão de afecções dermatológicas fora do âmbito da especialidade. Além disso, pouca ou nenhuma atenção é dada aos aspectos de prevenção destes agravos ou às questões relacionadas à promoção da saúde da pele, que incluiria temáticas como exposição à radiação e saneamento, necessárias à sua abordagem adequada.

As patologias da pele são muito frequentes, acometendo aproximadamente de 30% a 55% da população⁵. Entre os pacientes que consultam médicos clínicos gerais nos Estados Unidos, de 15% a 30% têm alguma queixa dermatológica e, desses, de 4% a 6% são referenciados, o que resulta em elevada procura pela especialidade⁶⁻⁸. Estas queixas também são causas frequentes de procura por atendimento na Atenção Primária, e os médicos não especialistas respondem por quase 60% destes atendimentos⁹. No Rio de Janeiro, a cada 20 mil consultas realizadas com clínicos gerais na Atenção Primária, 680 são agendadas com dermatologistas, ou seja, 3%, confirmando a alta demanda por atendimento especializado¹⁰. Alguns estudos mostram que cerca de 90% dos pacientes com afecções de pele não são adequadamente diagnosticados, e seus casos são conduzidos de maneira equivocada, o que acaba gerando um elevado ônus ao sistema de saúde e à sociedade¹¹.

Algumas peculiaridades entre as afecções da pele merecem destaque. Além da elevada prevalência e incidência de algumas doenças, muitas condições que afetam esse órgão podem envolver outros sistemas orgânicos¹². Como muitas são bastante visíveis, as lesões da pele interferem na rotina dos indivíduos, podendo impossibilitar o exercício de atividades laborativas, gerando estigma e exclusão social¹³. Estas afecções prejudicam o estabelecimento de relações saudáveis e diminuem a autoestima dos afetados, contribuindo para o isolamento social, que dificulta ainda mais a busca por auxílio¹⁴.

Profissionais da área de saúde em várias localidades parecem não ter o domínio teórico-prático esperado para a condução das afecções dermatológicas¹⁵. Por ser uma especialidade que, além de anamnese cuidadosa, requer atenção diferenciada à inspeção das diferentes características das lesões observadas, para um adequado diagnóstico, a carência verificada no período da graduação dificulta uma boa prática clínica, levando à subdetecção de patologias em adultos e crianças. Em algumas circunstâncias, o atraso no diagnóstico pode modificar radicalmente a evolução do paciente, sendo a detecção tardia do melanoma o exemplo mais evidente¹⁶. Com escasso conhecimento e treinamento de habilidades, muitos médicos não especialistas podem minimizar ou confundir algumas afecções da pele, benignas ou não, devido à sua aparência inocente, evolução crônica das doenças ou até ausência de sintomas. Além da valorização insuficiente e da falta de meios para enfrentar problemas da pele em nível familiar e comunitário, médicos de família tendem a superdiagnosticar algumas afecções dermatológicas, como eczemas, verrugas e doenças infecciosas, em detrimento de outros possíveis diagnósticos, inclusive neoplasias, levando à demora no início da terapêutica e pior prognóstico^{17,18}.

No entanto, seria razoável esperar dos generalistas a adequada diferenciação entre o que é grave e o que não é. Este profissional deveria ser capaz de reconhecer sinais indicativos de malignidade nas lesões de pele, sinais de doenças sistêmicas relativamente comuns com repercussão cutânea, além do diagnóstico e acompanhamento das afecções da pele mais frequentes, como acne, infecções fúngicas e bacterianas e eczemas, principalmente diante do novo modelo de assistência à saúde proposto e em fase de expansão em todo o País¹⁹.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) já é uma realidade, com cerca de 31 mil equipes implantadas até abril de 2011²⁰, e muitos esforços têm sido realizados para aprimorar este modelo. A Atenção Primária, nesta política, supostamente dará conta de cerca de 80% dos problemas de saúde da sua clientela adscrita e para isto necessita do apoio de uma rede de saúde funcionante²¹. Importantes iniciativas têm sido elaboradas

para dar suporte às equipes da ESF com incentivos do governo federal, como no caso do matriciamento para problemas que envolvem a saúde mental²² e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)²³. Vale ressaltar que os Nasf são direcionados a oito áreas estratégicas principais — atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica —, com diversos profissionais constituindo equipes multidisciplinares, sem previsão de inclusão de suporte em Dermatologia¹⁸.

Poucos discordariam de que as afecções da pele são frequentes entre os problemas de saúde na Atenção Primária em muitos territórios em que atuam equipes de Saúde da Família no Brasil. Mesmo assim, até o momento, poucas são as ferramentas elaboradas para subsidiar a abordagem das afecções de pele por profissionais não especialistas, sendo uma delas uma publicação do Ministério da Saúde chamada “Dermatologia na Atenção Básica de Saúde”, de 2002²⁴. O material apresenta informações sobre 40 patologias dermatológicas, algumas pouco frequentes e de abordagem bastante complexa, como anthrax, doença de Lyme e leishmaniose tegumentar americana. Outras de grande prevalência e incidência, como acne e neoplasias cutâneas, não são sequer citadas. Capacitações e treinamentos direcionados às equipes da ESF não costumam contemplar aspectos da atenção às afecções da pele, principalmente sob a ótica da prevenção destes agravos e da promoção da saúde.

Apesar do desconforto e possível estigma derivados de inúmeras doenças de pele, que podem ser contagiosas e apresentam sinais bem visíveis, como manchas, úlceras e tumores, e desagradáveis sintomas, como prurido e dor, a abordagem das afecções de pele permanece interessando primordialmente aos especialistas. Existe uma procura elevada por atendimento especializado que poderia ser minimizada com adequado treinamento teórico e prático sobre o tema na Atenção Primária, abrangendo todas as etapas da assistência, com foco diferenciado na prevenção e promoção. Um percentual importante das afecções de pele envolve doenças sistêmicas, algumas graves, incapacitantes e de mau prognóstico, que também necessitam de uma abordagem ampliada e integral^{6,25}, como, por exemplo, hanseníase, lúpus eritematoso e esclerodermia. Nestes casos, a detecção precoce é fundamental tanto para o paciente quanto para a sua família. Através da visão sugerida pelas premissas da ESF, seria possível desenvolver ações que envolvessem equipes de saúde, instituições parceiras e a comunidade, a fim de alcançar melhorias²⁶, como, por exemplo, atividades escolares sobre meio ambiente e saúde, programas

de orientação sobre fotoproteção, orientações sobre destino do lixo e reivindicação de saneamento básico.

A alta prevalência das doenças de pele e a grande procura pela especialidade evidenciam a relevância da Dermatologia nos atendimentos na rede do Sistema Único de Saúde²⁴ e não apenas nos consultórios privados, cada vez mais atentos à prevenção. Reforçam também o importante papel dos conhecimentos da Dermatologia na prática clínica do médico generalista, o que constitui um elemento a ser valorizado na formação médica e na educação continuada.

Diante das dificuldades enfrentadas na Atenção Primária acerca da prevenção, do correto diagnóstico e da conduta frente às afecções dermatológicas, é necessário ampliar o diálogo entre serviços, aparelho formador e especialidades, numa nova e necessária abordagem integral, com garantia de resolutividade na porta de entrada do sistema de saúde²⁷. A Sociedade Brasileira de Dermatologia promove há alguns anos a Campanha Nacional de Prevenção ao Câncer da Pele, na qual médicos dermatologistas examinam a população e orientam sobre hábitos de vida saudável, como a proteção à exposição solar, conscientizando sobre o problema e criando um ambiente favorável a iniciativas de prevenção primária²⁸. Outras ações, como a oferta de atividades de educação continuada e/ou permanente²⁹ sobre conhecimentos e habilidades para o enfrentamento das afecções da pele, inquéritos comunitários para estabelecer a prevalência de algumas doenças, desenvolvimento de material didático, ações de prevenção e promoção, já começam a ser realizadas, devendo ser estimuladas e envolvidas, inclusive, alunos de graduação. O estudo e a prática do cuidado com a pele não podem ficar de fora deste novo modelo de assistência, necessitando de clareza sobre sua importância na garantia do direito à saúde e à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Rego S. Educação e competência moral em Bioética. Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética. Foz do Iguaçu: SBB; 2005.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE / CES n.º 4 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação de Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de novembro 2001; Seção 1, p.38.
3. Kaliyadan F. Undergraduate dermatology teaching in India: Need for change. Indian J dermatol venereol leprol. 2010;76(5):455-7.
4. Gonçalves AP. Dermatologia: ciência, pesquisa, ensino, prática. An Bras Dermatol. 1989;64(2):125-8.

5. Williams HC. Epidemiology of skin disease. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Science; 2010.
6. Santos Junior A, Andrade MGG, Zeferino AB, Alegre SM, Moraes AM, Velho PENF. Prevalência de dermatoses na rede básica de saúde de Campinas, São Paulo — Brasil. *An Bras Dermatol*. 2007;82(5):419-24.
7. Julian CG. Dermatology in general practice. *Br J Dermatol*. 1999;141(3):518-20.
8. Feldman SR, Fleischer Jr AB, McConnell C. Most common dermatologic problems identified by internists, 1990-1994. *Arch Intern Med*. 1998;158(7):726-30.
9. Federman DG, Concato J, Kirsner RS. Comparison of dermatologic diagnoses by primary care practitioners and dermatologists: A review of the literature. *Arch Fam Med*. 1999;8(2):170-2.
10. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ). Relatório do Sistema de Regulação III. Rio de Janeiro: SMSDC-RJ; 2011.
11. Hilete M. Skin diseases seen in Kazanchis health center. *Ethiop Med J*. 1998;36(4):245-54.
12. Burns DA, Cox NH. Introduction and Historical Bibliography. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Science; 2010.
13. Fitzpatrick TB, Wolff K. *Tratado de Dermatologia*. São Paulo: Revinter; 2005.
14. Weber MB, Mazzotti NG, Prati C, Cestari TF. Aferição da qualidade de vida na avaliação global do paciente dermatológico. *Rev. HCPA*. 2006;26(2):35-44.
15. Barbarulo AM, Gavazza S, Fontana MI, Berbari S, Azcune R. Evaluacion de la capacidad diagnostica de los medicos generales en dermatologia. *Arch Argent Dermatol*. 2002;52(3):111-5.
16. Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al. Dermatologist Detection and Skin Self-examination Are Associated With Thinner Melanomas. *Arch Dermatol*. 2003;139(5):607-12.
17. Chen SC, Pennie ML, Kolm P, Warshaw EM, Weisberg EL, Brown KM, et al. Diagnosing and Managing Cutaneous Pigmented Lesions: Primary Care Physicians Versus Dermatologists. *J Gen Intern Med*. 2006;21(7):678-82.
18. Fleischer Jr AB, Feldman SR, McConell RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med*. 1997;29(9):648-52.
19. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde da Família. Atenção Básica e a Saúde da Família [online]. 2011 [acesso em 18 mar. 2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
22. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicol Ciênc Prof*. 2008;28(3):632-45.
23. Mângia EF, Lancman S. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: integralidade e trabalho em equipe multiprofissional. *Rev Ter Ocup*. 2008;19(2):1.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Dermatologia na Atenção Básica*. Brasília: MS; 2002.
25. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(2):250-5.
26. Lima IL, Matão MEL. *Manual do técnico e auxiliar de enfermagem*. Goiânia: AB; 2007.
27. Janaudis MA. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. *Mundo Saúde*. 2010;34(3):300-10.
28. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Análise de dados das campanhas de prevenção ao câncer da pele promovidas pela Sociedade Brasileira de Dermatologia de 1999 a 2005. *An Bras Dermatol*. 2006;81(6):533-39.
29. Carvalho BG, Turini B, Nunes EFPA, Bandeira IF, Barbosa PFA, Takao TS. Percepção dos médicos sobre o curso facilitadores de Educação Permanente em Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):132-41.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Tatiana Maciel Gomes, autora do artigo, colaborou na redação, busca bibliográfica e elaboração do texto. Anna Tereza Miranda Soares de Moura e Adriana Cavalcanti de Aguiar, coautoras, colaboraram na redação e revisão do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Tatiana Maciel Gomes
Rua Siqueira Campos, 33 — apto 201
Copacabana — Rio de Janeiro
CEP 22031-071.
E-mail: tatimaciellg@yahoo.com.br