

DETECÇÃO PRECOCE DE CARCINOMA BASOCELULAR: IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIAR NO CONTEXTO DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO**Early detection of basal cell carcinoma: importance of the home visit in the context of comprehensive elderly health care**Raíssa Guimarães Eufrásio¹, João Eurípedes de Alcântara Junior²,
Lilian Ribeiro Araújo³, Marcellus Antônio Motta Prado de Negreiros⁴**RESUMO**

A atenção primária à saúde visa à promoção, à proteção e à recuperação da saúde dos indivíduos e da família continuamente. Através das visitas domiciliares, os profissionais entram em contato com a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde. Esse relato de experiência demonstra a importância das visitas domiciliares em detectar precocemente patologias que, muitas vezes, não são evidenciadas em ambulatórios. A detecção do Carcinoma Basocelular se deu durante uma visita domiciliar, vista como estratégia que viabiliza a intermediação entre o domicílio e a Unidade de Saúde da Família. No Brasil, o câncer de pele continua sendo o tipo mais incidente para ambos os sexos, correspondendo a cerca de 25% de todos os tumores diagnosticados em todas as regiões geográficas. Quando detectado precocemente, este tipo de câncer apresenta altos percentuais de cura.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Visita domiciliar; Idoso; Carcinoma Basocelular.

INTRODUÇÃO

O Brasil iniciou a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no início da década de 1990, em função do alcance da universalidade da atenção básica à saúde e de sua

ABSTRACT

Primary health care aims to continuously promote, protect and restore the health of individuals and families. Through home visits professionals capture the reality of the individuals assisted, recognizing their problems and health needs. This case report demonstrates the importance of home visits to detect early disease, which is often not found in clinics. Detection of a case of basal cell carcinoma occurred during a home visit, a strategy that liaises the household with the Family Health Unit. In Brazil, skin cancer remains the most frequent type of cancer for both sexes, accounting for about 25% of all tumors diagnosed in all geographic regions. When detected early this type of cancer has a high cure rate.

KEY WORDS: Primary Health Care; Home Visit; Aged; Carcinoma, Basal Cell.

melhoria. A partir da Norma Operacional Básica de 1996, este passou a ser considerado estratégia reestruturante de todo o sistema de saúde, expandindo-se no país.¹

O programa Saúde da Família foi implantado no Município de Rio Branco, Estado do Acre, em 1996, com

¹ Raíssa Guimarães Eufrásio, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Acre. E-mail: raissaeufrasio@hotmail.com

² João Eurípedes de Alcântara Junior, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Acre

³ Lilian Ribeiro Araújo, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Acre

⁴ Marcellus Antônio Motta Prado de Negreiros, Médico de Família e Comunidade (Fundação Estadual Hospital do Acre/Comissão Nacional de Residência Médica); Mestre em Medicina e Saúde (Universidade Federal da Bahia); Especialista em Clínica Médica (Sociedade Brasileira de Clínica Médica); Doutorando em Saúde Pública (Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo); Professor Assistente do Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre.

objetivo de se contrapor ao precário e excludente modelo de assistência à saúde, até então vigente no município.² No Acre, são 79 equipes atuando no estado, sendo 41 na capital Rio Branco.³

No documento original do Ministério da Saúde, o PSF consiste em uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, dos recém-nascidos, dos idosos sadios ou doentes de forma integral e contínua.¹

Para dar corpo ao programa, entre as várias ações projetadas e em execução, encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliares, realizada pelas Equipes de Saúde de Famílias.⁴ A visita domiciliar é uma forma de assistência à saúde, que dá subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É, por intermédio da mesma, que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde.⁵

Através deste modelo, observa-se que um seguimento adequado pode ser estabelecido, visto que o vínculo inicia-se, em geral, durante as primeiras consultas ambulatoriais e se consolida posteriormente através das visitas domiciliares. Isto permitirá a detecção precoce de inúmeras patologias, que provavelmente não seriam diagnosticadas sem uma atenção integral ao paciente.

No Brasil, o câncer de pele continua sendo o tipo mais incidente para ambos os sexos, correspondendo a cerca de 25% de todos os tumores diagnosticados em todas as regiões geográficas. Quando detectado precocemente, este tipo de câncer apresenta altos percentuais de cura.⁶

Existem basicamente dois tipos de câncer de pele: o não-melanoma (carcinoma basocelular e epidermóide), que é o mais comum e menos agressivo, mas pode causar a morte do paciente, e o melanoma, que é o mais raro, mas com elevada letalidade.⁷

Segundo os dados consolidados do INCA, o número de casos novos de câncer de pele não melanoma estimados para o Brasil, no ano de 2008, é de 55.890 entre homens e de 59.120 nas mulheres. É quase certo que haja um considerável subregistro devido ao subdiagnóstico, e também por ser uma neoplasia de excelente prognóstico, com taxas altas de cura completa, se tratada de forma adequada e oportuna.

A exposição excessiva ao sol é o principal fator de risco do câncer de pele. Indivíduos de pele clara, sensível à ação dos raios solares, ou com doenças cutâneas prévias são as principais vítimas do câncer de pele.⁸

Considerando que mais da metade da população brasileira tem pele clara, se expõe muito ao sol e de forma descuidada, seja por trabalho ou por lazer, e que o país situa-

-se numa zona de alta incidência de raios ultravioleta, nada mais previsível do que a alta ocorrência de câncer de pele.⁹

A prevenção do câncer de pele inclui ações de prevenção primária por meio de proteção contra luz solar. A educação em saúde, tanto para profissionais quanto para a população em geral, no sentido de alertar para a possibilidade de desenvolvimento de câncer de pele e de possibilitar o reconhecimento de alterações precoces sugestivas de malignidade, é outra estratégia internacionalmente aceita.⁶

Esse relato de experiência visa ilustrar a relevância de um acompanhamento domiciliar adequado com ênfase no caráter preventivo e integral da Atenção Primária à Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação Hospitalar do Acre (FUNDHACRE) para a confecção e publicação do mesmo.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, oitenta e três anos de idade, analfabeto, pardo, viúvo, natural e procedente de Rio Branco-Acre e aposentado como soldado da borracha procurou espontaneamente a Unidade de Saúde da Família do bairro periférico onde reside, queixando-se de *falta de ar ao repouso*. Possuía história de acompanhamento médico na Unidade de Saúde, há oito anos, tendo sido diagnosticada Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Paciente referiu que, há aproximadamente vinte anos, apresenta dispnéia aos esforços (grandes no início, como caminhada na distância de um quarteirão). O sintoma progrediu, apresentando-se cada vez mais a esforços menores até que, há oito meses, passou a apresentar dispnéia ao repouso, associado à tosse seca. Negou dispnéia paroxística noturna e ortopneia. Paciente hipertenso, há cerca de 30 anos, com uso de hidroclorotiazida e captopril, além de brometo de ipratrópio e formoterol + budesonida. Negou outras moléstias, tais como *diabetes mellitus* e neoplasias.

Paciente foi internado uma vez no último ano devido à DPOC e referiu episódios de pneumonias no período de internação.

Paciente ex-etilista crônico, ingeriu bebidas alcoólicas durante 56 anos. Tabagista por 53 anos, com consumo diário médio de duas carteiras de cigarro. Referiu não realizar atividades físicas.

Paciente mora sozinho, em casa de alvenaria com cinco cômodos. Utiliza água de poço, porém, para consumo, é filtrada e a casa apresenta fossa séptica. Referiu que uma das filhas, sua cuidadora, reside próximo à sua casa. Relatou ainda não ter boa relação com os outros filhos. Possui renda mensal de dois salários mínimos.

DESENVOLVIMENTO

Uma das atividades curriculares da disciplina Medicina da Família e Comunidade é a participação de acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal do Acre em atendimentos ambulatoriais nas Unidades de Saúde da Família de Rio Branco - Acre.

Tomamos conhecimento do caso durante um desses acompanhamentos. O fato de o paciente ser idoso, analfabeto e morar sozinho, nos motivou a acompanhá-lo e assim verificar se conseguia utilizar os medicamentos corretamente para o controle das patologias já relatadas no caso clínico.

Passamos, então, a fazer visitas domiciliares semanalmente e, em um desses encontros, observamos uma lesão nódulo-ulcerativa de aproximadamente 1cm, circunscrita, hipercrômica, de fundo limpo, dolorosa e com bordas elevadas na região jugal direita. Paciente relatou surgimento de lesão inicialmente nodular, isocrômica e indolor há aproximadamente um ano, tornando-se maior e ulcerada progressivamente. Referiu ainda que a ferida não cicatrizou em nenhum momento.

Frente a estas características e sabendo que o paciente tem história de exposição solar sem proteção durante os anos que trabalhou como seringueiro (Soldado da Borracha), suspeitamos de Carcinoma Basocelular. Para confirmar nossa hipótese foi realizada a biópsia da lesão no Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia na Fundação Hospitalar Estadual do Acre. Foi constatado no relatório anátomo-patológico:

Descrição macroscópica: Elipse de pele medindo 1,7 x 1,0 x 0,5 cm, exibindo na superfície, lesão ulcerada medindo 0,6 x 0,5 cm.

Diagnóstico Final: Carcinoma basocelular sólido, ulcerado, medindo 0,6x0,5x0,2 cm, blocos celulares arredondados, com paliçada periférica bem formada, discreto pleomorfismo nuclear e com invasão até a derme. Margens cirúrgicas livres.

A conduta diagnóstica consistiu na excisão cirúrgica da lesão e no aconselhamento em ações de prevenção primária por meio de proteção contra a luz solar, as quais são efetivas e de baixo custo. Enfatizamos a importância do uso de chapéus, guarda-sóis, óculos escuros e filtros solares durante qualquer atividade ao ar livre e evitar a exposição em horários em que os raios ultravioletas são mais intensos, ou seja, das 10 às 16 horas. O uso de filtros solares é restrito ao paciente, pelo seu baixo poder aquisitivo e pequeno suporte social.

Além disso, orientamos para consultas regulares ao Módulo de Saúde e visitas domiciliares de rotina da equipe

de saúde para detecção precoce de recidivas. O paciente mostrou-se bem cooperativo e interessado em seguir todas as orientações para que possa ter uma vida saudável sem problemas maiores no futuro.

DISCUSSÃO

A detecção do Carcinoma Basocelular se deu durante a visita domiciliar, vista como estratégia que viabiliza a intermediação entre o domicílio e a Unidade de Saúde da Família e vice-versa.⁴

Segundo afirmação do próprio paciente, a lesão inicial não seria motivo de procura da Unidade, pois suas condições clínicas dificultam o deslocamento até o serviço de saúde, confirmando a relevância de um acompanhamento domiciliar.

Além disso, existe a crença de que o surgimento deste tipo de lesão é consequência natural do processo de envelhecimento, o que nos faz crer a necessidade de esclarecimento das modificações estruturais e funcionais produzidas pela senescência.¹⁰

No pensamento popular sobre saúde na idade avançada, a velhice está associada com crescente mal-estar, doença e dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase.¹¹ Essas concepções são comuns nos idosos, dificultando a coleta de uma boa história clínica enquanto o vínculo não for estabelecido.

A velhice não determina doença e incapacidade inevitavelmente, pois o organismo trabalha com níveis de reserva. Além de que é possível controlar problemas de saúde comuns nessa fase através de assistência adequada, permitindo ao idoso conviver com eventuais doenças ou limitações, conservando uma perspectiva de vida pessoal e social.¹²

Em 1999, a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, foram assumidas como foco central da Política Nacional de Saúde do Idoso no Brasil. Neste documento, o sentido da promoção da saúde é, principalmente, comportamental e compreende:

[...] valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem. Além disso, garantir acesso a instrumentos diagnósticos adequados, a medicação e a reabilitação funcional.¹³

A burocracia na realização de exames no Sistema Único de Saúde - SUS é um outro ponto importante a ser abordado, pois desestimula os usuários, principalmente os idosos,

a procurar este tipo de serviço. No caso relatado, conseguimos uma intermediação entre os serviços, facilitando o acesso do idoso aos exames necessários.

O sistema formal de atenção à saúde precisa atuar intersetorialmente e, também, como parceiro da rede de suporte social da pessoa idosa (sistema de apoio informal), auxiliando na otimização do suporte familiar e comunitário e fortalecendo a formação de vínculos de corresponsabilidade. No âmbito municipal, é fundamental a inclusão da população idosa em ações das equipes de Saúde da Família e da atenção básica (por exemplo: atividades de grupo, promoção da saúde, hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, etc).¹³

CONCLUSÃO

A experiência relatada foi valiosa pelo fato de termos conseguido detectar precocemente um Carcinoma Basocelular em função de uma intervenção prática baseada na abordagem integral, extrapolando o ambiente clínico e hospitalar.

Para nós, acadêmicos de medicina, foi possível conhecer a real dificuldade desse idoso gerando um aprendizado que contribui para a nossa formação médica, uma vez que possibilita conhecer a realidade do paciente e de sua família in loco, fortalecendo o vínculo paciente - terapêutica - profissional, permitindo avaliar, desde as condições ambientais e físicas em que vivem o idoso e sua família, até assistir os membros do grupo familiar.

Além disso, este relato contribui para desmistificar a concepção de muitos profissionais médicos que afirmam que a única função das Unidades Básicas de Saúde é diagnosticar hipertensos e encaminhar pacientes, distanciando o médico de atenção primária de uma medicina de excelência.¹⁴

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Conheça o Departamento de Atenção Básica. [Citado em 2008 julho 20]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheca_dab.php.
2. Trivelato LC. Orientação do programa saúde da família no município de Rio Branco, Acre. Primeira aproximação [dissertação]. Rio Branco: Universidade de Brasília; 2001.
3. Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB. Número de equipes do PSF nas capitais e cobertura populacional; 2006. [Citado em 2008 julho 20]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/arquivos/>.

4. Mandú ENT, Gaíva MAM, Silva MA, Silva AMN. Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(1):131-8.
5. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde Soc.* 2006; 15(2):88-95.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2008: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007. [Citado em 2008 setembro 14]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>.
7. Diepgen TL, Mahler V. The epidemiology of skin cancer. *Br J Dermatol.* 2002; 146(61):1-6.
8. Marks R. The epidemiology of non-melanoma skin cancer: who, why and what can we do about it. *J Dermatol.* 1995 Nov; 22(11):853-7.
9. Souza SRP, Fischer FM, Souza JMP. Bronzeamento e risco de melanoma cutâneo: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública.* 2004 ago; 38(4):588-98.
10. Porto CC. Semiologia Médica. In: Porto CC. *Semiologia do Idoso.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.154-83.
11. Scrutton S. Ageing, healthy and in control: an alternative, approach to maintaining the health of older people. London: Chapman and Hall; 1992.
12. Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Rev APS.* 2005; 8(1):15-24.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº1.395 de 10 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de dezembro de 1999. N. 237, Sec. 1. p.20.*
14. Pedroso JL. O que aprender com uma abordagem equivocada de um caso neurológico em Aps. *Rev APS.* 2005 jul/dez; 8(2):87-92.

Submissão: fevereiro de 2009

Aprovação: junho de 2009
