




DETERMINANTES SOCIAIS E O CÂNCER DE PELE: UMA ABORDAGEM ESSENCIAL PARA PRESERVAR A SAÚDE PÚBLICA

 <https://doi.org/10.56238/isevjhv3n5-007>

Recebimento dos originais: 14/10/2024

Aceitação para publicação: 14/11/2024

Amanda da Silva Salomão

Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória/Espírito Santo

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/6839335754934513>

ORCID: 0000-0002-0447-0996

Luciana Carrupt Machado Sogame

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/0690734942606200>

ORCID: 0000-0001-6913-5497

RESUMO

O câncer, sendo a segunda principal causa de morte globalmente, representa um desafio significativo para a saúde pública (Ferlay et al., 2021). Com a expectativa de vida em ascensão e hábitos de vida da sociedade contemporânea, o aumento das doenças crônicas, incluindo o câncer, torna-se evidente. Este capítulo explora o câncer de pele, um dos tipos mais prevalentes no Brasil e no mundo, destacando não apenas sua complexidade fisiopatológica, mas também as barreiras de acesso que impactam a jornada do paciente. O cenário brasileiro, marcado por desigualdades e determinantes sociais, revela a importância de políticas públicas e estratégias de prevenção para enfrentar os desafios associados ao diagnóstico e tratamento do câncer de pele.

Palavras-chave: Determinantes Sociais. Câncer de Pele. Saúde Pública e Prevenção.

1 INTRODUÇÃO

O câncer, sendo a segunda principal causa de morte globalmente, representa um desafio significativo para a saúde pública (Ferlay et al.,2021). Com a expectativa de vida em ascensão e hábitos de vida da sociedade contemporânea, o aumento das doenças crônicas, incluindo o câncer, torna-se evidente. Este capítulo explora o câncer de pele, um dos tipos mais prevalentes no Brasil e no mundo, destacando não apenas sua complexidade fisiopatológica, mas também as barreiras de acesso que impactam a jornada do paciente. O cenário brasileiro, marcado por desigualdades e determinantes sociais, revela a importância de políticas públicas e estratégias de prevenção para enfrentar os desafios associados ao diagnóstico e tratamento do câncer de pele.

Este contexto complexo enfatiza a necessidade de abordagens abrangentes que abordem não apenas os aspectos clínicos, mas também as barreiras sociais que moldam a experiência dos pacientes e influenciam os resultados de saúde. Dessa forma, o presente capítulo pretende fazer uma reflexão acerca dos determinantes sociais e a relação com o câncer de pele, através de uma abordagem com foco na preservação da saúde pública. Para tanto foi feita uma revisão de literatura considerando textos publicados entre 2008 a 2023, em português e inglês com as palavras chave: políticas de saúde, processos sociais e câncer de pele.

2 CÂNCER DE PELE, DETERMINANTES SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o câncer é a segunda principal causa de morte no mundo, a nível global, uma em cada seis mortes são relacionadas à doença. O processo de envelhecimento, os hábitos e estilo de vida da sociedade contemporânea, perpassam por alterações que impactam no aumento da expectativa de vida, em contrapartida, corroboram para o surgimento de doenças crônicas, incluindo as neoplasias.

Um em cada cinco indivíduos terão câncer durante sua vida (Ferlay et al.,2021), o impacto da incidência e da mortalidade está aumentando rapidamente no cenário mundial, dada a complexidade dos aspectos de uma doença por vezes incurável na vida de um sujeito, da rede ao seu entorno e do serviço de saúde que presta cobertura a esse indivíduo, constata-se então a relevância do tema abordado para a saúde pública.

O câncer de pele é o tipo de neoplasia maligna mais prevalente tanto no Brasil quanto no mundo e, inclui vários processos fisiopatológicos que surgem a partir de diferentes células da derme e epiderme (Wild et al.,2020). É mais comum em pessoas de pele clara acima dos 40 anos; porém, esse perfil de idade vem diminuindo com a constante exposição dos jovens aos raios solares (INCA,2022).

Um estudo do Hospital de Referência em Neoplasia de Campos dos Goytacazes, pontuou indicadores bibliométricos sobre câncer de pele na base Scopus, verificou-se um crescimento das publicações no Brasil e no mundo acerca do tema câncer de pele, a taxa média de crescimento anual no país foi de 16,0% comparado a 5,9% no cenário mundial, demonstrando o fortalecimento das publicações nacionais nessas estatísticas (Melo,2019). Sendo um salto considerável no que tange a promoção da saúde.

Os principais tipos de câncer de pele são: o carcinoma de células escamosas, o carcinoma basocelular, também chamados de câncer de pele não melanoma, que são a maioria dos casos, e o câncer de pele melanoma, que embora mais raros representam maior morbimortalidade (INCA 2022). A exposição solar é o principal fator exógeno envolvido na gênese da neoplasia de pele e principalmente quando intermitente e intensa na infância e adolescência.

No Brasil, ocorreram, em 2020, 2.653 óbitos de câncer de pele não melanoma; desses, 1.534 em homens, que corresponderam ao risco de 1,48 morte por 100 mil homens, e 1.119 mortes entre as mulheres, um risco de 1,03 morte por 100 mil mulheres. Para o câncer de pele melanoma, ocorreram, em 2020, 1.923 óbitos. Em homens, foram observados 1.120 óbitos, com um risco de 1,08 por 100 mil homens, e, nas mulheres, ocorreram 803 óbitos, com risco de 0,91 por 100 mil mulheres (INCA, 2020).

Conforme estudo recente publicado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), baseado na Estimativa de incidência de câncer no Brasil em 2023, o número de casos novos de câncer de pele não melanoma estimados, para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 220.490, o que corresponde a um risco estimado de 101,95 por 100 mil habitantes, conforme Tabela 1 (pode colocar tabela ou só esse dado?), sendo o tipo de neoplasia maligna mais incidente (INCA, 2022, p. 160).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de pele estão: história pessoal ou familiar de lesão de pele maligna, fototipo baixo, cabelo loiro ou ruivo, exposição solar, presença de efélides e lentigos solares, presença de múltiplos nevos, paciente imunodeprimido, idade avançada, sexo masculino, bronzamento artificial, exposição a radioterapia e agentes químicos (arsênio, hidrocarbonetos, inseticidas).

A doença é provocada pelo crescimento descontrolado das células que compõem a pele, essa disfunção está relacionada a mutações genéticas na linhagem germinativa que resultam em um dano no potencial reparador antitumoral. Essas mutações são associadas aos fatores de risco pessoais e externos (ex.: pele clara e exposição solar), permitindo que um DNA mutagênico de um melanócito escape da reparação, dando origem à neoplasia. Na pele as células se dispõem

formando camadas e, de acordo com as que forem afetadas, são definidos os diferentes tipos de câncer (Garbe et al.,2019).

Lesões de pele suspeitas ao olho nu, seguem a regra do ABCDE: Assimétricas, bordas irregulares, variação na coloração, diâmetro > 6 mm ou com mudança evolutiva de cor, tamanho ou presença de sintomas locais ausentes anteriormente. Diante de uma lesão de pele com sinais de malignidade e com histórico de evolução rápida, o exame físico é fundamental, com o auxílio do dermatoscópio, feito por profissional qualificado, permite o diagnóstico mais precoce, pois evidencia alterações antes delas serem clinicamente visíveis na macroscopia (Secretaria municipal de saúde,2016).

Toda lesão suspeita, pela clínica e dermatoscopia, deve ser submetida à biópsia excisional. Excisão cirúrgica definitiva com margem cirúrgica adequada diminui o risco de recorrência local, idealmente deve ser realizada entre 4-6 semanas do diagnóstico inicial. Após avaliação anatompatológica é feita classificação e estadiamento da doença neoplásica, em alguns casos se fez necessária reabordagem para ampliação de margem ou até mesmo associação com terapia alvo, como por exemplo a radioterapia. O follow up varia muito de acordo com a literatura, sendo cerca de 2-4 vezes ao ano e de acordo com o tipo de lesão o seguimento pode se manter entre 5-10 anos (Schmuls et al.,2023).

A identificação de um agravo em saúde, bem como suas proporções, como é o caso do câncer de pele, permite a elaboração de políticas públicas que perpassam por mudanças nos hábitos de vida a nível individual até condições de trabalho que levam a maior exposição aos fatores de risco. A saúde pública e a vida social estão conectadas, colaborando para mudanças e movimentos sociais ao longo da história.

Ao pensar na Idade Média, por exemplo, a Peste Negra impactou profundamente na estrutura social e econômica de toda Europa. Assim como, no processo da Revolução Industrial as condições de trabalho precárias favoreceram processos de adoecimento que se tornaram grandes problemas em saúde pública. Não obstante, a globalização um fenômeno que traz tantos benefícios à população, do mesmo modo, acelerou a disseminação da Covid19 em uma proporção jamais vista (Carvalho et al.,2023).

A Constituição brasileira vigente reconhece a saúde como um direito fundamental social a todos os cidadãos, sendo um dever do Estado, ou seja, a gestão pública é responsável por garantir tal direito e compreender os fatores limitantes para execução do mesmo (Brasil, 1988, cap. II, art.196). Contudo, é importante destacar o processo envolvido nesse direito adquirido, anteriormente o sistema de saúde no país apresentava atuação curativa centrada em hospitais,

marcado por desigualdade social e atenção em saúde voltada especialmente às classes privilegiadas.

Na década de 1970 ocorreu um movimento social e político no Brasil que culminou na adoção do Sistema Único de Saúde (SUS), denominado Reforma Sanitária Brasileira, o principal objetivo nesse processo era o de garantir acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde (Paim,2009).

A Carta Magna de 1988 formalizou a criação do SUS e outorgou quanto o direito ao acesso à saúde pública universal, ou seja, todos têm direito a tratamentos adequados, fornecidos pelo poder público. A fim de melhorar a estrutura organizacional do SUS, em 1990 através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) foram definidas competências e atribuições às diferentes esferas do governo, detalhando a organização do sistema. Alguns atributos fundamentais nesse contexto foram: descentralização, regionalização e participação social, preconizando o que hoje representa os princípios básicos do SUS: universalidade, equidade e integralidade (Paim, 2008).

Os princípios norteadores do SUS são a base do cuidado ofertado à população brasileira, nesse sentido foi criado uma instituição com atribuições específicas na linha de cuidado oncológico, o Instituto Nacional de Câncer do Brasil (INCA), fundado em 1961 para planejar e apoiar a política nacional de saúde do Brasil ao combate do câncer, o qual é responsável pela prestação de cuidados oncológicos, prevenção e detecção precoce, produção de materiais informativos e promoção de eventos (Rede câncer, 2007).

Para ilustrar a seguridade de promoção e prevenção da saúde que consta em constituição federal, um exemplo de política pública no âmbito de câncer de pele é o Projeto de Lei 4027/12de 2012 dispõe sobre o fornecimento de protetor solar ao empregado que trabalha a céu aberto, como um equipamento de proteção individual (EPI), assegurando os profissionais que são expostos a radiação UV, infelizmente esse Projeto de Lei ainda não foi aprovado (Projeto de Lei 4027/12, 2012).

No Brasil todos Estados possuem ao menos um hospital qualificado em oncologia, onde é possível atuar desde o diagnóstico até a protocolos de tratamento complexos, entretanto, sistematicamente verifica-se o usuário do sistema de saúde sendo submetido a linha de cuidado em diferentes instituições ao longo de seu tratamento o que prolonga suas vias de acesso ao serviço de saúde (Guerra et al.,2019).

Em um estudo que avaliou a jornada dos pacientes brasileiros com melanoma no SUS e no sistema de saúde suplementar, bem como o envolvimento de diferentes profissionais neste cenário, os médicos oncologistas relataram que poucos pacientes procuram um oncologista por conta

própria (9,1%), e que 18,2% dos pacientes são encaminhados por outros especialistas. Pensando nas neoplasias malignas de pele, especialmente o melanoma o recomendado é tratamento imediato ao diagnóstico, pacientes tratados em todos os estágios em mais de 90 dias após o diagnóstico apresentaram um risco maior de morte em comparação com os pacientes tratados em até 30 dias (Conic et al.,2018).

No melanoma o tempo entre o diagnóstico e o início do primeiro tratamento é crucial para um prognóstico favorável da doença (Conic et al.,2018). A Lei 12.732/2021 traz em sua narrativa quanto a oferta, através do SUS, de procedimentos terapêuticos para o tratamento oncológico, e ainda determina que a pessoa com câncer tem o direito de iniciar o seu tratamento médico no prazo máximo de 60 dias, contado a partir do dia em que foi firmado o diagnóstico em laudo.

Caso não haja o cumprimento da legislação vigente, os gestores responsáveis pelo serviço serão penalizados administrativamente. Para regulamentá-la, o Ministério da Saúde lançou a Portaria 874/ GM/ MS de 16 de maio de 2013, que institui a prevenção e o controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. Segundo a portaria, a finalidade é reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer, diminuir a incidência de alguns tipos de câncer e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer por meio de ações de promoção, prevenção, tratamento oportuno e cuidados paliativos (Ministério da Saúde, 2013).

No entanto, a literatura traz que a Lei dos 60 dias não alterou o índice de casos atendidos nesse período (Shimada, 2021), ou seja, embora exista uma política pública priorizando o acesso em tempo oportuno, no cenário prático não tem ocorrido. Isso se deve a diversos fatores, incluindo características sociodemográficas e assistenciais, o estudo em questão mostra por exemplo que quanto maior o nível de escolaridade, maior o acesso ao primeiro tratamento para melanoma cutâneo em 60 dias, em oposição a outros países como a Suécia, por exemplo, no qual a escolaridade influencia no estágio de diagnóstico, mas não no tempo de biópsia e cirurgia curativa (Eriksson et al.,2013).

Com base no Boletim de Vigilância do Câncer (Silva, 2020), publicado pelo INCA em 2020, houve fluxo intenso (~33,4%) de pacientes com câncer de pele que residem na região Centro-Oeste a serem tratados no Estado de São Paulo, Sudeste do Brasil. Esse achado permitiu evidenciar os caminhos mais longos percorridos pelos pacientes que vivem nessas regiões para iniciar o primeiro tratamento, corroborando para a constatação de que o diagnóstico e tratamento em serviços diferentes podem ser causas de atraso no tempo favorável de tratamento.

É notório o agravo em saúde pública representado pelo câncer de pele no Brasil, embora exista muitos gargalos no país no que tange a linha de cuidado oncológico, nos últimos dez anos, foi possível verificar uma melhoria na disponibilidade qualidade das informações sobre a ocorrência e mortalidade. Em 2017, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou uma resolução de prevenção e controle do câncer por meio de uma abordagem integrada (Cancer Prevention and Control through an Integrated Approach - WHA70.12), instigando os governos e a OMS para que acelerem suas ações com o propósito de reduzir a ocorrência de mortes prematuras por câncer (Sung et al., 2020).

A vigilância do câncer, dentro do escopo das medidas para o controle das doenças não transmissíveis, baseada em informações atualizadas obtidas a partir de registros populacionais e hospitalares de câncer, oferece subsídios para que os gestores monitorem e organizem as ações relativas ao controle das neoplasias, indo de encontro aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU (Organização das Nações Unidas) que, estabelecem metas globais para abordar uma série de desafios, incluindo questões relacionadas à saúde, bem-estar, igualdade e desenvolvimento sustentável (ONU,2023).

Ao analisar de modo específico os tópicos da Agenda 2030, o câncer não é relatado explicitamente como elemento individualizado, contudo, várias metas e objetivos relacionados à saúde, redução da desigualdade e desenvolvimento sustentável têm sido abordados e têm implicações significativas para a prevenção e tratamento de doenças crônicas como as neoplasias malignas. O acesso igualitário aos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer é crucial para reduzir as disparidades de saúde.

3 BARREIRAS DE ACESSO E PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE

Dada a complexidade e rápida progressão da doença neoplásica é imprescindível garantir tratamento em tempo oportuno aos pacientes acometidos, percebe-se diversos gargalos desde o início dos sintomas até a introdução da terapêutica que impactam negativamente no prognóstico do paciente.

Frequentemente por falta de conhecimento o paciente demora um tempo maior para procurar o serviço de saúde frente ao sintomas iniciais, o tempo entre a primeira consulta e o encaminhamento para investigação com o especialista depende de uma fila de regulação, em seguida o usuário do sistema de saúde necessita aguardar mais um período para realização de exames solicitados pelo especialista para então, obter-se o diagnóstico e em seguida direcionado ao serviço especializado para iniciar o tratamento.

O câncer de pele é multifatorial sendo notório a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença, considerando trabalhadores rurais por exemplo, verifica-se um índice elevado de acometidos por tal comorbidade, o desenvolvimento da doença nos trabalhadores rurais está condicionado direta ou indiretamente às condições de trabalho, ao estilo de vida e ao caráter das relações sociais (Scopinho, 2010).

A falta de acesso aos programas de prevenção da saúde, até mesmo a escassez do amplo acesso à atenção primária aos usuários que residem em zona rural, somados a desigualdade social, precariedade, falta de recursos básicos e condições laborais inadequadas, estão ligados ao adoecimento dos mesmos, já que não há ampla divulgação da promoção em saúde e prevenção de doenças crônicas para este grupo.

Os determinantes sociais de saúde são resumidamente considerados pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde como os fatores: sociais, econômicos, educacionais, culturais, étnicos/raciais, ambientes físicos, redes de apoio, fatores psicológicos, biológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, relacionam-se com a quantidade e qualidade de uma variedade de recursos que uma sociedade torna disponível à população (FIOCRUZ, 2006).

Sendo essenciais para compreender as condições que moldam o processo saúde-doença, por exemplo, no contexto socioeconômico estudos mostram que os indivíduos mais pobres procuram preferencialmente por motivo de doenças e os mais ricos, para exames de rotina e prevenção (Neri et al., 2002). A história social da doença evidencia as percepções, terapêuticas e impactos das doenças, sendo esses atributos intrínsecos ao contexto histórico e social que ocorrem.

A leitura acurada dos determinantes sociais, influenciam na criação de políticas de saúde e organização do sistema de modo a favorecer o acesso nos diferentes níveis de complexidade, quebrando com as injustiças sociais expressas por oportunidades diferenciadas a depender da posição social do indivíduo.

Reduzir disparidades regionais e sociais significa a busca de um melhor equilíbrio. O entendimento é, portanto, que a equidade possui uma relação com as desigualdades existentes entre as diferentes condições de vida da população, expondo os sujeitos de forma distinta aos determinantes de saúde (Malta et al., 2001).

A fim de atenuar os problemas estruturais do sistema e fomentar o cuidado em tempo oportuno na doença neoplásica, prezando pela equidade e universalidade, é imprescindível reconhecer as barreiras de acesso e com isso minimizar as disparidades que se interpõem entre a população e os serviços.

O termo acesso na saúde traduz diferentes cenários que viabilizam a entrada de cada usuário, na rede do SUS, em seus diferentes níveis de complexidade e atenção à saúde. Conforme o Artigo 196 da Constituição vigente (Brasil, 1988, cap. II, art.196), o direito de saúde é oferecido por meio de políticas sociais e econômicas que não visam apenas os cuidados assistenciais, mas, a redução de agravos e atenção integral à saúde, através do acesso universal às ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da população.

Ao considerar Políticas Públicas para melhoria do acesso deve-se ressaltar as diferenças entre as regiões do país, particularizando as tomadas de decisões de modo a descentralizar os planos de ações, garantindo assim o adequado desempenho das medidas. O INCA coordena a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), estruturando assim uma Rede de Atenção Oncológica (Rede câncer, 2007).

O conceito de acesso é multidimensional, está relacionado diretamente com as barreiras de acesso. A barreira de acesso mais importante é a disponibilidade ou presença física de serviços e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização. Entretanto, a oferta de recursos não necessariamente é garantia de acesso. Barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, informacionais, culturais, entre outras expressam características da oferta que, de modo inter-relacionado, atuam facilitando ou dificultando a utilização dos serviços de saúde.

Barreiras geográficas refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos potenciais usuários dos serviços de saúde. As barreiras organizacionais expressam as características da organização dos serviços de saúde e do tipo de qualidade de recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitam ou limitam a sua utilização. A barreira de informação depende das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde, mas também do capital cultural das famílias, do grau de escolaridade e do acesso aos vários meios de comunicação e informações disponíveis (Thiede et al., 2008).

A barreira financeira representa importante obstáculo à utilização do serviço de saúde, e atua aumentando as desigualdades sociais de acesso ao serviço de saúde e são desfavoráveis aos mais pobres, essas barreiras foram aumentadas para controlar a demanda e os gastos com a utilização de serviços de saúde. A incorporação de medidas como co-pagamento, no qual as pessoas pagam uma parcela do valor do cuidado recebido, tem efeito negativo sobre a equidade no acesso. Contrariamente política de universalização do acesso volta-se para reduzir as barreiras financeiras (Thiede et al., 2005).

No escopo do câncer de pele, levando em consideração a alta incidência e os custos dispensados devidos diagnósticos tardios, a educação e prevenção mostram-se as ferramentas essenciais para adicionalmente contraporem as barreiras no acesso nessa linha de cuidado.

São definidas as seguintes estratégias de prevenção de câncer de pele melanoma: (i) Primária – a prevenção do aparecimento do melanoma; (ii) Secundário – prevenção do melanoma sintomático; e (iii) Terciário – prevenção da morte prematura por melanoma. A prevenção secundária é, portanto, sinónimo de detecção precoce e é amplamente alcançada através do rastreio médico do melanoma (Gilmore, 2017).

A triagem pode atingir a população em geral ou subgrupos de maior risco e envolve exames de corpo inteiro realizados regularmente. Note-se que o auto-rastreio e o incentivo à sensibilização para o melanoma são também uma estratégia de prevenção secundária e serão promovidos por campanhas de saúde pública dirigidas principalmente à prevenção primária.

As campanhas de prevenção são ferramentas multifacetadas, além da prestação de assistência a um número maior de pessoas, muitos são os benefícios decorrentes de tais ações, como: maior número de lesões suspeitas identificadas, orientações diretas aos indivíduos especialmente àqueles que compõe o grupo de risco, promoção da cultura de prevenção e proteção dos indivíduos, momento para geração de dados quanto a descrição de lesões, sendo bons indicadores do estado das neoplasias de pele.

A prevenção primária do câncer da pele deve ter como principal população-alvo a infantil, uma vez que as crianças se expõem ao sol três vezes mais que os adultos, e a exposição cumulativa durante os primeiros 10 a 20 anos de vida determina o risco de câncer da pele, mostrando ser a infância uma fase particularmente vulnerável aos efeitos nocivos do sol. Assim, um programa de prevenção primária do câncer da pele envolve necessariamente pais e professores, responsáveis por evitar a exposição solar das crianças nos horários de maior radiação UV, estimular e criar o hábito de uso de proteção física e também de protetores solares com fator de proteção (SBD, 2006).

Um bom exemplo é o movimento do Dezembro Laranja, desde de 2014, com a promoção de uma campanha e iniciativas de conscientização sobre a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de pele.

Um estudo realizado em uma cidade metropolitana do país, avaliando um grupo de carteiros, demonstrou que quanto maior a escolaridade dos indivíduos maior foi a tendência do uso de equipamentos de proteção solar (Paim, 2008).

Corroborando com a máxima de que as neoplasias cutâneas podem ser prevenidas através da educação em saúde, no estudo em questão todos profissionais recebiam o mesmo equipamento

de proteção, mas é essencial que o sujeito esteja de fato ciente e tenha o conhecimento do motivo e importância de tais medidas de prevenção, demonstrando o impacto na saúde.

Considerando, nesta perspectiva, que a prevenção primária e secundária é eficaz para contenção das barreiras de acesso e que oportunizam o tratamento em tempo hábil, fomentar essa discussão é um meio de reduzir as desigualdades assistenciais entre as diferentes classes promovendo a execução eficiente dos atributos de equidade e universalidade pregados pelo SUS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, diante da complexidade do cenário do câncer de pele, observamos a urgência em abordar não apenas os desafios clínicos, mas também as barreiras de acesso e os determinantes sociais. A crescente incidência dessa neoplasia demanda ações que considerem as limitações geográficas, financeiras, organizacionais e informativas a fim de minimizar as disparidades na detecção e tratamento da doença. A promoção da conscientização e educação em saúde emerge como ferramenta essencial, visando não apenas a detecção precoce, mas também a prevenção primária, especialmente entre aqueles com maiores fatores de risco. Ao reconhecer e enfrentar esses determinantes, reforçamos a importância de uma abordagem abrangente e integrada para enfrentar os desafios do câncer de pele no Brasil, podendo avançar na promoção de equidade no acesso aos serviços de saúde e na redução das desigualdades na linha de cuidado do câncer de pele.

Nesse sentido, tornou-se evidente que estratégias eficazes não podem ignorar as realidades sociais e econômicas que moldam a jornada do paciente. A análise das políticas públicas atuais, revela a necessidade de aprimoramento e implementação efetiva para assegurar o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. A conscientização, educação em saúde e políticas públicas assertivas são cruciais para mitigar essas barreiras, garantindo um acesso mais equitativo aos cuidados, com o objetivo final de melhorar os resultados e a qualidade de vida daqueles afetados pelo câncer de pele.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Gabinete do Ministério. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013(a). *Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde*. 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria-874-16-maio-2013.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.
- CARVALHO, Antonio; Buss, Paulo. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção*, [s. l.], 13 dez. 2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/politicas-e-sistema-de-saude-no-brasil>. Acesso em: 1 out. 2023.
- CONIC RZ, Cabrera CI, Khorana AA, Gastman BR. Determination of the impact of melanoma surgical timing on survival using the National Cancer Database. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29054718/>. Acesso em: 1 nov. 2023.
- ERIKSSON H, Lyth J, Månsson-Brahme E, Frohm-Nilsson M, Ingvar C, Lindholm C, et al. *Low level of education is associated with later stage at diagnosis and reduced survival in cutaneous malignant melanoma: A nationwide population-based study in Sweden*. *European Journal of Cancer*. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23583439/>. Acesso em: 1 nov. 2023.
- FERLAY, J. et al. Cancer statistics for the year 2020: an overview. *International Journal of Cancer*, New York, Apr. 2021. DOI 10.1002/ijc.33588. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33818764/>. Acesso em: 01 out. 2023.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Ministério da Saúde*, [S. l.], p. 2-4, 14 dez. 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006001341.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.
- GARBE C, Amaral T, Peris K, et al. *European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics e Update*. 2019. *Eur J Cancer*. 2020; 126:141-158. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31928887/>. Acesso em: 11 out. 2023.
- GILMORE S. *Melanoma screening: Informing public health policy with quantitative modelling*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182349>. 2017. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182349>. Acesso em: 1 nov. 2023.
- GOVERNO DO BRASIL. *Constituição Federal reconhece saúde como direito fundamental*. [S. l.], 5 out. 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/constituicao-30-anos/textos/constituicao-federal-reconhece-saude-como-direito-fundamental>. Acesso em: 1 nov. 2023.
- GUERRA, R. L; DE Miranda, C. F; Fernandes, R. R. A; Zimmerman, I. R. *Custo de terapias-alvo comparadas à dacarbazina para o tratamento de primeira linha domelanoma avançado não-cirúrgico e metastático no Sistema Único de Saúde do Brasil*, v. 20, p. 103-109, 2019.



INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. *Atlas on-line de mortalidade*. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/MortalidadeWeb>. Acesso em: 11 nov. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Câncer. Tipos de câncer. Câncer de pele não melanoma*. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/pele-nao-melanoma>. Acesso em: 1 nov. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). *Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2022. P. 160. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho. *Buscando novas modelagens em saúde: As contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996*. 2001. 423 f. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2001. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ens-21238>. Acesso em: 1 nov. 2023.

MELO, Keyla. *Neoplasias cutâneas em hospital de referência em Campos dos Goytacazes: Integração dos registros e sua interface com a política em saúde*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Doutorado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes, Campos/RJ, 2019. Disponível em: <https://acervo.ufrn.br/Record/ri-123456789-36295/Description>. Acesso em: 1 out. 2023.

NAÇÕES UNIDAS (Brasil). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil*. Brasília: 2023. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 11 nov. 2023.

NERI, M e Soares, W. *Desigualdade social e saúde no Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n5WCfG6hxCNTKjT5tVdqGJs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 1 nov. 2023.

PAIM, Jairnilson. *Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. Saúde em debate*, Rio de Janeiro, p. 27-37, 1 maio 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.

PAIM, J.S. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2023.

PROJETO de Lei 4027/12. *In: Empresas poderão ser obrigadas a fornecer protetor solar a empregado*. [S. l.], 14 dez. 2023. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/empresas-poderao-ser-obrigadas-a-fornecer-protetor-solar-a-empregado/3187362>. Acesso em: 1 nov. 2023.

REDE CÂNCER. *Instituto Nacional de Câncer: 70 Anos de luta pela vida. publicação trimestral do instituto nacional de câncer*, [s. l.], 1 maio 2007. Disponível em:



<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/rede-cancer-01-integral.pdf>. Acesso em: 1 out. 2023.

SCHMULTS CD, Blitzblau R, Aasi SZ, et al. *National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guideline Version 1. Squamous Cell Skin Cancer*. 2023. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34902824/>. Acesso em: 11 out. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ). *Câncer de pele. 1a ed.* Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6552790/4179802/GuiaPele.pdf>. Acesso em: 11 out. 2023.

SCOPINHO. Rosimeire Aparecida. *Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural*. Ciência e Saúde Coletiva. 2010. (p. 1575-1584). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000700069&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 11 nov. 2023.

SHIMADA, Gabriela. *Tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento: uma avaliação da qualidade da assistência ao câncer de pele tipo melanoma no Brasil*. 2021. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) (Mestrado) - Repositório UFGD, [S. l.], 2021. Disponível em: <https://portal.ufgd.edu.br/pos-graduacao/mestrado-doutorado-ciencias-saude/dissertacoes-defendidas>. Acesso em: 1 nov. 2023.

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*. Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 533-539, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/vBNYLN3wdMjkvTCqFvD5kmm/?lang=pt>. Acesso em: 1 nov. 2023.

SUNG, H. et al. *Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA: Cancer Journal for Clinicians, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 209-249, Feb. 2021. DOI 10.3322/caac.21660.

THIEDE, Michael.; Mcintryre, Di. *Information, communication and access to health care: a conceptual note*. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-73, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WfKMpKTHBcy7TyxYKc6bMJj/?lang=en>. Acesso em: 1 nov. 2023.

THIEDE, Michael. *Information and access to health care: is there a role of thrust? Science and Medicine*. v. 61, n. 7, p. 1451-62, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16005780/>. Acesso em: 1 nov. 2023.

WILD, C. P.; Weiderpass, E.; Stewart, B. W. World cancer report: cancer research for cancer prevention. Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer*, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Acesso em: 01 nov. 2023.