

ESTRATÉGIAS DE RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE NEOPLASIAS DERMATOLÓGICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA: UMA ANÁLISE INTEGRATIVA DA RESOLUTIVIDADE CLÍNICA E GESTÃO OPERACIONAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SCREENING STRATEGIES AND EARLY DIAGNOSIS OF DERMATOLOGICAL NEOPLASMS IN PRIMARY AND SECONDARY CARE: AN INTEGRATIVE ANALYSIS OF CLINICAL RESOLVABILITY AND OPERATIONAL MANAGEMENT IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

AUTORA: Dra. Ediméia Garrido Mestrinelli *Médica (CRM-SP) | Graduada pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE)*

RESUMO

O presente artigo científico propõe uma análise exaustiva e multidimensional sobre a importância estratégica da clínica médica generalista integrada à intervenção dermatológica ambulatorial no contexto da saúde pública brasileira. Através de uma revisão sistemática da literatura e da análise crítica de protocolos clínicos vigentes até 2021, investiga-se o papel do médico da Atenção Primária à Saúde (APS) como o agente fundamental na detecção precoce de afecções cutâneas, com ênfase nas neoplasias malignas (carcinomas e melanomas). O estudo explora a interface vital entre a medicina preventiva, realizada em Unidades Básicas de Saúde, e a medicina intervencionista de média complexidade, executada em hospitais filantrópicos estratégicos (Santas Casas), demonstrando como a resolutividade local através de pequenas cirurgias dermatológicas impacta positivamente a morbimortalidade e a sustentabilidade financeira do sistema. Discute-se, de forma inovadora, a relevância dos exames de aptidão física em Medicina de Tráfego como oportunidades subutilizadas de rastreamento oportunístico de patologias crônicas e dermatológicas em populações economicamente ativas. Conclui-se que a excelência técnica, aliada a uma visão humanística, longitudinal e de vigilância em saúde, constitui o vetor determinante para a eficácia do cuidado em redes municipais.

Palavras-chave: Dermatologia na Atenção Primária, Cirurgia Dermatológica, Saúde Pública, Diagnóstico Precoce, Medicina de Tráfego.

ABSTRACT

This scientific paper proposes an exhaustive and multidimensional analysis of the strategic importance of general clinical practice integrated with ambulatory dermatological intervention within the context of Brazilian public health. Through a systematic literature review and critical analysis of clinical protocols active up to 2021, it investigates the role of the Primary Health Care (PHC) physician as the fundamental agent in the early detection of skin conditions, with emphasis

on malignant neoplasms (carcinomas and melanomas). The study explores the vital interface between preventive medicine, performed in Basic Health Units, and medium-complexity interventional medicine, executed in strategic philanthropic hospitals (Santa Casas), demonstrating how local resolvability through minor dermatological surgeries positively impacts morbidity, mortality, and the financial sustainability of the system. It discusses, in an innovative manner, the relevance of physical aptitude exams in Traffic Medicine as underutilized opportunities for opportunistic screening of chronic and dermatological pathologies in economically active populations. It concludes that technical excellence, combined with a humanistic, longitudinal, and health surveillance view, constitutes the determining vector for the efficacy of care in municipal networks.

Keywords: Dermatology in Primary Care, Dermatological Surgery, Public Health, Early Diagnosis, Traffic Medicine.

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelo Brasil nas últimas décadas impôs ao Sistema Único de Saúde (SUS) desafios de gestão e assistência extremamente complexos, caracterizados pelo aumento prevalente e progressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) e, notadamente, das afecções dermatológicas oncológicas. O câncer de pele, em suas variantes não melanoma (carcinoma basocelular e espinocelular) e melanoma, permanece estatisticamente como a neoplasia de maior incidência no país, exigindo uma resposta estruturada que transcenda o tratamento terciário tardio e se radique firmemente na Atenção Primária à Saúde (APS). A formação médica clássica e robusta, como a observada em instituições de excelência, fundamenta-se na premissa inegociável de que o médico generalista deve possuir uma visão holística e uma acuidade propedêutica refinada, capaz de identificar, ainda em estágios incipientes, lesões cutâneas sutis que poderiam evoluir para quadros de alta morbidade e custos elevados. Neste cenário desafiador, a atuação do médico na ponta do sistema, seja em Unidades Básicas de Saúde de municípios de pequeno e médio porte ou em ambulatórios de especialidades, torna-se o fiel da balança entre a cura definitiva e a cronificação incapacitante da doença.

A gestão da saúde em âmbito municipal enfrenta o desafio logístico e financeiro de garantir o acesso equânime a tratamentos especializados em um sistema hierarquizado e regionalizado, onde a escassez de dermatologistas em áreas remotas é uma realidade. A figura do médico que transita com competência técnica entre a clínica geral diagnóstica e a execução de procedimentos dermatológicos cirúrgicos, como exérese e biópsias, representa um ativo inestimável para a descentralização do cuidado e a eficiência do sistema. Ao realizar procedimentos de média complexidade no próprio município, frequentemente em instituições históricas como as Santas Casas de Misericórdia, reduz-se drasticamente a necessidade de Tratamento Fora de Domicílio

(TFD), aliviando o sofrimento do paciente com deslocamentos exaustivos e otimizando os recursos financeiros do erário público. Esta resolutividade local é um indicador chave de qualidade assistencial que reflete a integração técnica necessária entre o diagnóstico clínico realizado na porta de entrada e a terapêutica cirúrgica executada em ambiente hospitalar seguro e controlado.

A continuidade do cuidado, princípio doutrinário fundamental do SUS, materializa-se na figura do profissional médico que acompanha o paciente desde a primeira queixa inespecífica na unidade básica até o pós-operatório cirúrgico e o seguimento oncológico de longo prazo. Esse vínculo longitudinal estabelece uma relação de confiança que é terapêutica *per se*, aumentando a adesão aos tratamentos e às medidas preventivas de fotoproteção. A capacidade de realizar o diagnóstico diferencial entre dermatoses comuns (como eczemas e micoses) e lesões malignas exige não apenas conhecimento teórico atualizado, mas uma prática clínica continuada e um "olho clínico" apurado pela exposição constante à diversidade nosológica da população brasileira. O médico generalista com perfil intervencionista atua, portanto, como um filtro qualificado, impedindo que casos benignos sobrecarreguem os centros de alta complexidade e garantindo que os casos malignos tenham prioridade absoluta no fluxo de regulação.

Além da assistência direta e curativa, a prática médica contemporânea abrange esferas cruciais de avaliação pericial e medicina legal, como a observada nos exames de aptidão física e mental para condutores junto aos Departamentos de Trânsito (Detran). Embora frequentemente subestimada em seu potencial clínico pela literatura tradicional, essa avaliação constitui, muitas vezes, o único contato médico formal que um indivíduo adulto e aparentemente saudável tem ao longo de anos ou décadas. O médico perito, munido de uma visão preventiva e de saúde pública, pode e deve utilizar esse momento regulatório para identificar sinais de doenças sistêmicas ou dermatológicas visíveis, atuando como um agente de rastreamento oportunístico de alto impacto. A hipertensão arterial não diagnosticada, distúrbios visuais que impactam a segurança viária e lesões cutâneas em áreas expostas ao sol — comuns em motoristas profissionais — podem ser detectadas precocemente nesse cenário.

O presente estudo busca, portanto, analisar a convergência estratégica dessas múltiplas frentes de atuação profissional — clínica geral, cirurgia dermatológica ambulatorial e medicina de trânsito — sob a ótica da saúde pública e da gestão de recursos. A hipótese central defendida é que a qualificação técnica do médico generalista em procedimentos dermatológicos e sua atuação integrada em rede são fatores determinantes para o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz das neoplasias cutâneas. Investigaremos as barreiras operacionais, os protocolos de encaminhamento e as técnicas cirúrgicas ambulatoriais que, quando bem aplicadas, transformam a realidade sanitária local. A medicina, entendida aqui como um sacerdócio de serviço e ciência, exige atualização constante e uma postura ética inabalável, pilares que sustentam a prática clínica de excelência desde a formação acadêmica até a maturidade profissional do médico gestor do cuidado.

A relevância deste estudo reside na proposição de um modelo de atuação médica que maximiza a infraestrutura existente no Brasil, valorizando o capital humano médico como a principal tecnologia de saúde. Em um país de dimensões continentais, depender exclusivamente de superespecialistas concentrados em capitais é uma estratégia falha; o fortalecimento da competência dermatológica e cirúrgica na atenção primária e secundária é a resposta lógica para a universalização do acesso. Analisaremos como a intervenção precoce não apenas salva vidas ao prevenir a metástase de melanomas, mas também economiza milhões de reais aos cofres públicos ao evitar cirurgias mutilantes, internações prolongadas e tratamentos quimioterápicos complexos, provando que a boa medicina é, invariavelmente, a medicina mais econômica e eficiente.

Por fim, a introdução deste tema prepara o terreno para uma discussão profunda sobre a responsabilidade social do médico. O profissional que atua na interface entre a clínica, a cirurgia e a perícia detém um poder de observação privilegiado sobre a saúde da população. Ele testemunha as consequências da exposição solar ocupacional, as dificuldades de acesso aos medicamentos e o impacto das doenças crônicas na capacidade laboral. Transformar essa observação em dados, diagnósticos e tratamentos efetivos é o cerne da prática médica de excelência que será detalhada nas seções subsequentes deste artigo, fornecendo um roteiro para a implementação de políticas de saúde mais assertivas e baseadas em evidências.

2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA E O RASTREAMENTO ATIVO DE NEOPLASIAS

A epidemiologia das doenças dermatológicas no Brasil revela um cenário preocupante onde a exposição solar crônica e ocupacional, típica de um país tropical com forte base econômica agrária, atua como o principal carcinógeno ambiental cumulativo. Em municípios do interior dos estados de São Paulo e Paraná, onde a economia frequentemente gira em torno da agricultura, pecuária e da indústria a céu aberto, a população encontra-se em risco epidemiológico elevado para o desenvolvimento de fotodermatoses graves e câncer de pele. O médico que atua na rede municipal de saúde desempenha, portanto, um papel de vigilância epidemiológica ativa e indispensável. Diferente do especialista focal que recebe o paciente já com a queixa específica encaminhada, o generalista tem a oportunidade única de examinar o paciente em sua integralidade durante consultas por outras razões clínicas — como o controle de hipertensão, diabetes ou puericultura.

Este exame físico completo e minucioso, que inclui a inspeção intencional da pele em áreas expostas e não expostas, é a ferramenta mais poderosa e custo-efetiva de rastreamento (*screening*) disponível no sistema público de saúde. Ele permite a detecção de lesões pré-malignas, como ceratoses actínicas, e de carcinomas em estágios iniciais, antes de sua transformação em lesões invasivas ou metastáticas. A capacitação técnica do médico da atenção primária para reconhecer padrões dermatoscópicos básicos e sinais clínicos de malignidade — aplicando metodologias como a regra do ABCDE (Assimetria, Bordas, Cor, Diâmetro e Evolução) para melanomas — é fundamental para evitar subdiagnósticos perigosos ou encaminhamentos desnecessários que apenas geram filas e ansiedade. A literatura médica revisada até 2021 enfatiza consistentemente

que a sensibilidade diagnóstica do médico generalista aumenta exponencialmente com a experiência clínica acumulada e a educação continuada.

Em unidades de saúde que funcionam operacionalmente como a porta de entrada do sistema (Gateway), a triagem qualificada é o mecanismo que separa as afecções benignas e autolimitadas daquelas que exigem intervenção cirúrgica imediata e prioritária. Este filtro qualificado é essencial para a sustentabilidade financeira e logística do SUS, garantindo que os escassos recursos de alta complexidade sejam reservados estritamente para os casos que realmente necessitam, enquanto a grande maioria das demandas dermatológicas é resolvida na própria comunidade ou no hospital local de apoio. O conceito de "longitudinalidade" no cuidado, um dos atributos essenciais da Atenção Primária definidos por Barbara Starfield, permite que o médico acompanhe a evolução dinâmica de lesões cutâneas ao longo do tempo, comparando o estado atual com registros anteriores e observando mudanças sutis que poderiam passar despercebidas em consultas pontuais.

Um paciente hipertenso ou diabético que visita a unidade básica mensalmente para renovação de receita e aferição de dados vitais oferece ao médico generalista doze oportunidades anuais de intervenção preventiva e educativa. Nesse contexto privilegiado, a atuação do médico vai muito além da simples prescrição farmacológica; ela envolve um processo robusto de educação em saúde, orientando sobre a importância da fotoproteção diária, a realização do autoexame da pele e mudanças de hábitos de vida nocivos. A relação médico-paciente, construída solidamente ao longo de anos de convivência em comunidades menores, favorece imensamente a adesão às orientações preventivas. O médico torna-se uma referência de autoridade técnica e confiança pessoal, o que é crucial para convencer um trabalhador rural, por exemplo, a adotar medidas de proteção solar (uso de chapéus, camisas de manga longa, protetor solar) que culturalmente podem ser negligenciadas ou vistas como desnecessárias.

A integração fluida entre a atenção primária e a atenção secundária (ambulatório de especialidades e pequenas cirurgias) deve funcionar como um sistema de vasos comunicantes sem obstruções burocráticas. Quando o médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) identifica uma lesão suspeita, a agilidade no encaminhamento para a exérese diagnóstica e biópsia é o fator prognóstico mais importante para a sobrevivência do paciente. Em municípios onde o mesmo profissional atua na ponta da atenção básica e na retaguarda hospitalar — como ocorre frequentemente em modelos de gestão onde médicos da rede pública também compõem o corpo clínico das Santas Casas —, essa integração torna-se orgânica, imediata e altamente eficiente. Elimina-se a burocracia do encaminhamento cego, pois o profissional que suspeitou da lesão é o mesmo, ou um colega próximo da equipe, daquele que irá tratar cirurgicamente.

As campanhas de saúde pública focadas em dermatologia, como o "Dezembro Laranja", ganham uma capilaridade e efetividade muito superiores quando lideradas por médicos que já estão inseridos na comunidade e conhecem a população. A mobilização para mutirões de prevenção ao câncer da pele não deve ser um evento isolado ou midiático, mas o ápice de um trabalho contínuo

e silencioso de conscientização realizado diariamente nos consultórios da rede municipal. O registro metódico e a notificação compulsória de casos confirmados de câncer de pele são também responsabilidades médicas inalienáveis que alimentam as bases de dados nacionais (como o INCA), permitindo o desenho de políticas públicas mais assertivas e a alocação correta de recursos oncológicos.

Por fim, a epidemiologia na atenção primária exige um olhar atento e compassivo às populações vulneráveis e frequentemente invisibilizadas. Idosos acamados, pacientes com comorbidades múltiplas, pessoas com deficiência e imunossuprimidos apresentam um perfil dermatológico específico e de risco significativamente maior para o desenvolvimento de úlceras e tumores. A visita domiciliar e o cuidado continuado permitem a identificação precoce de úlceras de pressão, lesões vasculares crônicas e infecções oportunistas que exigem manejo complexo. O médico que atua na rede municipal deve, portanto, ser um verdadeiro gestor do cuidado, coordenando a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde para garantir que nenhum paciente fique desassistido, aplicando o princípio da equidade na prática diária da medicina pública.

3. A INTERFACE CIRÚRGICA NAS SANTAS CASAS: RESOLUTIVIDADE E CUSTO-EFETIVIDADE

As Santas Casas de Misericórdia representam, historicamente e estrategicamente, a espinha dorsal da assistência hospitalar no interior do Brasil, absorvendo a demanda de média complexidade gerada pela atenção básica e servindo como o elo vital na rede de saúde regional. Para o médico generalista com perfil cirúrgico que atua tanto na rede básica quanto no ambiente hospitalar da Santa Casa, a continuidade do cuidado é facilitada por uma infraestrutura que permite a realização segura de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. A cirurgia dermatológica ambulatorial, realizada nestes centros de referência local, é um exemplo clássico de procedimento de alta custo-efetividade que previne a sobrecarga desnecessária de hospitais terciários em grandes centros urbanos, que deveriam estar focados em alta complexidade. A capacidade técnica de realizar biópsias incisionais e excisionais, eletrocoagulações, criocirurgias e exérese completas localmente democratiza o acesso à saúde especializada de qualidade.

A técnica cirúrgica aplicada à dermatologia exige um conhecimento anatômico preciso das estruturas superficiais e profundas, bem como um domínio da fisiopatologia da cicatrização e da reparação tecidual. O médico deve planejar a exérese da lesão tumoral considerando não apenas a cura oncológica (obtenção de margens livres de doença), mas também o resultado funcional e estético, essenciais para a qualidade de vida e a autoestima do paciente. Em regiões anatomicamente nobres e visíveis como a face, o pescoço e as mãos, o conhecimento das linhas de tensão da pele (linhas de Langer) e a habilidade em realizar retalhos de rotação/avanço e enxertos de pele são competências que diferenciam o atendimento de excelência. A atuação na Santa Casa permite ao médico dispor de um ambiente com rigoroso controle de infecção hospitalar, suporte de equipe de enfermagem qualificada e materiais adequados.

O manejo das neoplasias cutâneas não melanoma, como o Carcinoma Basocelular (CBC) e o Carcinoma Espinocelular (CEC), é eminentemente cirúrgico e curativo em seus estágios iniciais. A identificação precoce na atenção básica, seguida pela remoção cirúrgica ágil na Santa Casa, constitui o "padrão ouro" internacional de tratamento para essas patologias. A demora burocrática nesse fluxo pode levar ao desenvolvimento de lesões avançadas e infiltrativas, que exigem cirurgias mutilantes, reconstruções complexas ou radioterapia adjuvante, elevando dramaticamente o custo humano para o paciente e o custo financeiro para o sistema de saúde. O médico que domina essa linha de cuidado integral atua como um guardião da integridade física do paciente, prevenindo sequelas irreversíveis.

Além da execução técnica, o envio correto e protocolado do material biológico para análise anatomopatológica e a interpretação clínica adequada do laudo histopatológico subsequente são etapas cruciais que definem a necessidade de ampliação de margens cirúrgicas ou o seguimento clínico observacional. A ética médica e o profissionalismo permeiam toda a atuação dentro de uma instituição filantrópica como a Santa Casa, que atende majoritariamente pacientes do SUS. O atendimento a pacientes em situação de vulnerabilidade social exige do médico uma postura de acolhimento, empatia e solidariedade, valores que são pilares da formação médica humanista. A realização de cirurgias dermatológicas nestes pacientes não é apenas um ato técnico isolado, mas um ato de restituição de cidadania e dignidade.

A gestão eficiente dos recursos materiais e humanos dentro do centro cirúrgico ambulatorial é outra competência gerencial desenvolvida pelo médico que atua neste cenário desafiador. A otimização do uso de insumos como fios de sutura, anestésicos locais e tempo de sala cirúrgica é necessária para garantir a sustentabilidade financeira da instituição filantrópica, que frequentemente opera com orçamentos restritos e tabelas de repasse defasadas. A eficiência operacional, buscada sem prejuízo da qualidade técnica ou da segurança, é um desafio constante que exige liderança e comprometimento da equipe médica. O médico atua como um líder natural e gestor de processos, orientando a equipe de enfermagem nos cuidados pré e pós-operatórios, essenciais para evitar complicações como infecções de sítio cirúrgico.

A interconsulta e a discussão de casos complexos com outros especialistas da Santa Casa (como cirurgiões gerais, plásticos e patologistas) ou via ferramentas de telemedicina enriquecem a prática clínica e garantem que o paciente receba o melhor tratamento disponível baseado em evidências. Em casos de melanomas avançados ou tumores raros e agressivos, o médico local atua na estabilização inicial, no diagnóstico histopatológico e no encaminhamento responsável e regulado para centros de oncologia de alta complexidade (UNACONs/CACONs), mantendo-se como o médico de referência local para o acompanhamento compartilhado e o suporte à família. Essa integração em rede hierarquizada é fundamental para que o paciente não se sinta abandonado no labirinto burocrático do sistema de saúde.

Conclui-se, nesta seção, que a atuação médica nas Santas Casas de Misericórdia, especificamente na área de dermatologia cirúrgica e ambulatorial, é um componente insubstituível e estratégico da rede de saúde pública brasileira. Ela preenche o vácuo assistencial existente entre a consulta básica na UBS e a hospitalização complexa terciária, resolvendo a grande maioria das demandas dermatológicas da população de forma rápida e local. A dedicação do médico a essa instituição reflete um compromisso profundo com a saúde comunitária e com a manutenção de um patrimônio histórico de assistência que, há séculos, serve aos mais necessitados com excelência técnica e compaixão humana.

4. MEDICINA DE TRÁFEGO: UM PARADIGMA INOVADOR DE RASTREAMENTO OPORTUNÍSTICO

A Medicina de Tráfego, frequentemente associada no imaginário popular e profissional apenas aos aspectos burocráticos e regulatórios da obtenção da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), possui uma dimensão de saúde pública robusta, preventiva e ainda subexplorada. O exame de aptidão física e mental constitui, para uma vasta parcela da população economicamente ativa — especialmente homens em idade laboral —, o único momento de avaliação médica obrigatória e formal a cada cinco ou dez anos. O médico perito do Detran, ao realizar essa avaliação, tem em mãos uma oportunidade ímpar e estratégica de realizar o que a literatura científica denomina de "rastreamento oportunístico" de condições de saúde latentes e não diagnosticadas. A legislação de trânsito exige a avaliação de sistemas cardiovasculares, neurológicos e oftalmológicos, mas o olhar clínico treinado de um médico com visão integral não se limita ao checklist burocrático; ele observa o paciente como um todo biopsicossocial.

No contexto especificamente dermatológico, o exame físico pericial, que exige a avaliação de mobilidade e força, expõe naturalmente áreas do corpo frequentemente negligenciadas no autoexame, como a face, a região cervical, o pescoço e os membros superiores — zonas de altíssima exposição solar cumulativa e, conseqüentemente, de predileção para o surgimento de câncer de pele. Motoristas profissionais (caminhoneiros, taxistas, motoristas de aplicativo, operadores de máquinas agrícolas e rodoviárias), que passam longas jornadas diárias expostos à radiação ultravioleta (UVA/UVB) através dos vidros dos veículos (que muitas vezes não filtram UVA adequadamente), constituem um grupo de risco ocupacional elevadíssimo para fotodano, envelhecimento precoce e neoplasias cutâneas.

O médico perito, ao identificar uma lesão suspeita (como uma ferida que não cicatriza, um nódulo perolado ou uma mancha irregular) durante a inspeção visual do candidato, realiza uma intervenção de saúde pública de valor inestimável ao orientar o condutor a buscar assistência médica especializada imediata. Essa orientação, vinda de uma autoridade médica investida de poder estatal em um momento de avaliação oficial, possui um peso psicológico e uma taxa de adesão muito superiores a conselhos informais. O ato pericial transforma-se, assim, em um ato de triagem oncológica qualificada. Além disso, a avaliação oftalmológica e auditiva rigorosa

realizada no exame de trânsito serve como triagem secundária para doenças degenerativas e metabólicas sistêmicas que podem ter repercussões na condução.

Alterações vasculares no exame de fundo de olho podem sugerir retinopatia diabética ou hipertensiva grave ainda não diagnosticada ou mal controlada; a presença de xantelasmas (depósitos de gordura) nas pálpebras pode ser um indicador cutâneo de dislipidemias familiares graves com alto risco cardiovascular. O médico examinador atua, assim, como um sentinela avançado do sistema de saúde, identificando sinais sistêmicos que podem comprometer não apenas a segurança no trânsito (pelo risco aumentado de mal súbito ao volante), mas a vida e a longevidade do indivíduo a longo prazo. A integração inteligente desses achados periciais com a orientação para acompanhamento na rede básica de saúde fecha o ciclo virtuoso de prevenção primária e secundária.

A saúde mental e neurológica, avaliadas obrigatoriamente no contexto da aptidão para dirigir, também tangenciam aspectos dermatológicos importantes. Condições de estresse crônico, transtornos de ansiedade, uso abusivo de substâncias psicoativas ou patologias psiquiátricas não tratadas podem ter manifestações cutâneas visíveis, como escoriações psicogênicas, tricotilomania (arrancar cabelos), onicofagia grave ou exacerbação de psoríase e dermatite seborreica. O médico atento e sensível percebe esses sinais indiretos de sofrimento psíquico na pele do candidato e pode realizar intervenções breves, aconselhamento ou encaminhamentos que transcendem a mera aptidão veicular, contribuindo para a saúde integral e o bem-estar do motorista e de sua família.

A responsabilidade ética e social do médico de trânsito é imensa e complexa. Ele deve equilibrar, com sabedoria e rigor técnico, o direito individual de dirigir e a liberdade de ir e vir com a segurança coletiva da sociedade que compartilha as vias públicas. Ao detectar uma condição médica que inabilita temporária ou permanentemente o condutor, o médico exerce um ato de proteção à vida do próprio motorista e de terceiros. Da mesma forma, ao aprovar um condutor, ele atesta formalmente que aquele indivíduo possui as condições fisiológicas e cognitivas para operar uma máquina potencialmente letal. A competência técnica para discernir entre uma limitação física compensável e um risco inaceitável baseia-se em profundo conhecimento da fisiologia humana, da patologia médica e das diretrizes atualizadas da Associação Brasileira de Medicina de Tráfego (ABRAMET).

A modernização tecnológica dos sistemas estaduais de trânsito, com a implementação de prontuários eletrônicos e a integração de dados intersetoriais, permite vislumbrar um futuro onde haverá um acompanhamento longitudinal das condições de saúde da população de condutores. Dados epidemiológicos anonimizados gerados a partir desses milhões de exames anuais podem subsidiar políticas públicas robustas de saúde do trabalhador e segurança viária. O médico perito é, portanto, um gerador de dados de saúde pública de primeira linha. Sua atuação rigorosa contribui diretamente para a redução dos acidentes de trânsito, que constituem uma das principais causas de mortalidade e morbidade no país, impactando os custos do SUS com trauma e reabilitação. Em

suma, a Medicina de Tráfego, quando exercida com excelência, é uma especialidade de intersecção vital para a saúde preventiva nacional.

5. GESTÃO CLÍNICA DE DOENÇAS CRÔNICAS: A PELE COMO SINALIZADORA SISTÊMICA

O manejo clínico das doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM tipo 2) e dislipidemias, constitui o cerne operacional e assistencial da prática médica na Atenção Primária à Saúde. A experiência médica acumulada em redes municipais de saúde do interior do Brasil revela que o sucesso no controle longitudinal dessas patologias depende menos da disponibilidade de tecnologias diagnósticas de ponta e muito mais de uma gestão clínica eficiente, empática e humanizada. O paciente crônico, muitas vezes idoso e polimedicado, exige um acompanhamento próximo e contínuo, onde a confiança estabelecida no médico assistente e a acessibilidade facilitada ao serviço de saúde são os fatores determinantes para a adesão terapêutica a longo prazo.

A identificação precoce de lesões em órgãos-alvo é uma das principais metas do acompanhamento de crônicos — e aqui incluímos a pele como um órgão vital sinalizador de doenças sistêmicas descompensadas. Sinais como a acantose nigricans (indicador de resistência insulínica), a dermopatia diabética, o necrobiose lipóidica, as úlceras de estase venosa ou arterial e as infecções fúngicas de repetição são "bandeiras vermelhas" que a pele oferece ao médico generalista atento. A competência para reconhecer e tratar essas manifestações cutâneas, ao mesmo tempo em que se ajusta o tratamento sistêmico de base (controle glicêmico, pressórico ou lipídico), é a essência da clínica médica integral. A pele, neste contexto, não é um envelope inerte, mas um monitor biológico visível da saúde interna do paciente.

A solicitação racional e baseada em evidências de exames complementares e a interpretação crítica dos resultados laboratoriais são habilidades essenciais para evitar o desperdício de recursos públicos limitados e a iatrogenia (danos causados pelo tratamento). Protocolos clínicos bem estabelecidos pelo Ministério da Saúde e Sociedades de Especialidades orientam a prática, mas a aplicação desses protocolos frios à realidade complexa e individual de cada paciente exige o discernimento clínico ético, conhecido filosoficamente como *phronesis* (sabedoria prática). O médico deve avaliar não apenas os níveis numéricos de glicemia ou pressão, mas o contexto social, a capacidade cognitiva do paciente, o suporte familiar disponível e a viabilidade econômica do tratamento proposto.

O encaminhamento para especialistas focais (referência) e o retorno do paciente à atenção básica com as orientações (contrarreferência) constituem, infelizmente, um dos maiores gargalos logísticos e de comunicação do SUS. Frequentemente, a informação clínica se perde entre os níveis de atenção, prejudicando a continuidade. O médico generalista que detém conhecimento ampliado e habilidades adicionais — por exemplo, em dermatologia clínica e cirúrgica — consegue resolver

na própria unidade casos que, de outra forma, entrariam na imensa fila de regulação estadual, aguardando meses ou anos por uma simples consulta especializada. Essa resolutividade na ponta não apenas descongestiona o sistema terciário, mas oferece dignidade e tratamento imediato ao paciente.

A realização rotineira de *check-ups* preventivos e ações programáticas de saúde, como o rastreamento de câncer de colo de útero (Papanicolau), mama (mamografia) e próstata, integra a rotina do médico da estratégia de saúde da família. A incorporação sistemática do exame da pele nessas rotinas de prevenção é uma medida de custo zero e altíssimo impacto epidemiológico. A educação em saúde realizada durante essas consultas empodera o paciente para o autocuidado e a autonomia. A identificação de fatores de risco comportamentais modificáveis, como tabagismo, etilismo, sedentarismo e exposição solar desprotegida, permite intervenções breves e motivacionais que podem alterar drasticamente o curso natural das doenças crônicas e neoplásicas.

A polifarmácia e as interações medicamentosas perigosas são desafios constantes na prática geriátrica e de crônicos. O médico generalista deve atuar como o "maestro" da prescrição, revisando periodicamente todas as medicações em uso (reconciliação medicamentosa), praticando a desprescrição de fármacos desnecessários ou redundantes e monitorando ativamente o surgimento de efeitos adversos — muitos dos quais se manifestam dermatologicamente na forma de farmacodermias, exantemas, pruridos ou fotossensibilidade. A vigilância farmacológica é parte integrante e indissociável da segurança do paciente na atenção primária. A gestão clínica eficaz e proativa reduz comprovadamente as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), um dos indicadores mais importantes de qualidade de um sistema de saúde pública.

Conclui-se que a gestão do paciente crônico na rede pública é um exercício de alta complexidade intelectual e humana, que exige competência técnica multidisciplinar, habilidade de comunicação assertiva e resiliência profissional. O médico que atua na linha de frente enfrenta diariamente limitações estruturais e escassez de recursos, mas as supera através da dedicação clínica, da criatividade e do compromisso inabalável com a comunidade assistida. A integração de conhecimentos de diversas áreas médicas (cardiologia, endocrinologia, dermatologia), somada à experiência prática acumulada ao longo de anos de serviço público, forja um profissional completo, capaz de fazer a diferença real na vida das pessoas e nos indicadores macroeconômicos de saúde da população brasileira.

6. CONCLUSÃO

A análise profunda e integrada da prática médica apresentada ao longo deste estudo científico reafirma, com base em evidências teóricas e práticas, a centralidade insubstituível do médico com formação sólida, humanista e perfil generalista-intervencionista na manutenção e sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). A medicina exercida na interface estratégica entre a Atenção Primária à Saúde, a Medicina de Tráfego e a média complexidade hospitalar ambulatorial —

exemplificada pela atuação sinérgica em redes municipais e Santas Casas de Misericórdia — constitui o modelo mais eficiente, resiliente e econômico de assistência para a vasta maioria das necessidades de saúde da população brasileira. A capacidade de um sistema de saúde de diagnosticar precocemente, tratar localmente e acompanhar longitudinalmente patologias clínicas e cirúrgicas no próprio território do paciente é um vetor poderoso de humanização, cidadania e eficiência econômica estatal.

A ênfase dada neste estudo à Dermatologia Clínica e à Cirurgia Dermatológica ambulatorial demonstra cabalmente como a especialização técnica, quando democratizada e integrada à visão de saúde pública, amplia o acesso e reduz as iniquidades regionais em saúde. O diagnóstico precoce de neoplasias cutâneas (melanomas e carcinomas), realizado por um médico que está fisicamente e culturalmente próximo ao paciente, que conhece sua realidade ocupacional, seus riscos ambientais e seu contexto social, é comprovadamente a estratégia mais eficaz para a redução da mortalidade por câncer de pele e para a diminuição das sequelas funcionais e estéticas. A técnica cirúrgica apurada, aplicada em hospitais filantrópicos locais, garante que o tratamento curativo seja realizado com segurança, rapidez e qualidade, eliminando os transtornos físicos e emocionais do deslocamento para grandes centros urbanos superlotados.

A experiência analisada no campo da Medicina de Tráfego adiciona uma camada inovadora de vigilância em saúde e prevenção de agravos, conectando de forma inteligente a avaliação de aptidão individual à segurança coletiva e à saúde ocupacional. O médico perito, ao transcender o papel burocrático, atua como um verdadeiro agente de estado e de saúde pública, utilizando o exame legal obrigatório como uma oportunidade de ouro para o rastreamento oportunístico de condições crônicas e dermatológicas frequentemente negligenciadas pela população masculina economicamente ativa. Essa visão ampliada e preventiva da perícia médica valoriza o ato médico, contribui para a redução da violência e acidentalidade no trânsito e promove ativamente a saúde do trabalhador, gerando dados epidemiológicos vitais para o planejamento estatal.

A gestão clínica de doenças crônicas e a atuação na linha de frente da saúde pública exigem, acima de qualquer competência técnica, um compromisso ético, moral e social inabalável. A formação médica de excelência, iniciada em instituições acadêmicas rigorosas e aprimorada continuamente pela prática diária e pela educação continuada, fornece o alicerce indispensável para essa atuação complexa. O enfrentamento dos desafios contemporâneos do SUS — como o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica — requer profissionais líderes que combinem a melhor evidência científica disponível com a sensibilidade humana necessária para acolher o sofrimento alheio, capazes de adaptar protocolos globais à realidade local restrita e de advogar incansavelmente pelo melhor interesse do paciente vulnerável.

A integração fluida e inteligente entre as diversas esferas de atuação médica abordadas — o consultório da atenção básica, o centro cirúrgico da Santa Casa e a sala de perícia do Departamento de Trânsito — cria uma rede de proteção social robusta ao redor do cidadão. O médico que tem a

capacidade e a oportunidade de transitar por esses diferentes espaços institucionais possui uma visão privilegiada e sistêmica das lacunas e potencialidades do sistema de saúde. Essa visão holística é fundamental para a proposição de melhorias nos processos de trabalho, na gestão da saúde municipal e na formulação de políticas públicas que sejam verdadeiramente efetivas e centradas nas necessidades reais das pessoas, e não apenas em estatísticas frias de produção.

O futuro da medicina brasileira e a sustentabilidade do SUS dependem crucialmente da valorização e da multiplicação desse perfil profissional híbrido: tecnicamente competente em procedimentos, resolutivo na clínica e profundamente enraizado na realidade social de seus pacientes. A tecnologia digital, a telemedicina e a inteligência artificial são ferramentas coadjuvantes importantes, mas jamais substituirão a anamnese cuidadosa, o exame físico detalhado, o toque terapêutico e o raciocínio clínico aguçado de um médico comprometido. A medicina é, em última instância, o encontro humano de uma confiança frágil com uma consciência técnica preparada, e preservar esse encontro é dever de todo o sistema de saúde.

Conclui-se, portanto, que a trajetória profissional delineada e as estratégias discutidas neste artigo exemplificam a aplicação prática e bem-sucedida dos princípios constitucionais da integralidade, universalidade e equidade. A atuação multifacetada do médico generalista-intervencionista demonstra que é plenamente possível oferecer medicina de alta qualidade técnica e humana no interior do país, transformando vidas e comunidades inteiras através do diagnóstico preciso, do tratamento cirúrgico eficaz e do cuidado continuado. Este estudo valida a tese de que o fortalecimento da capacidade técnica e resolutiva na ponta do sistema (Atenção Primária e Secundária) é o único caminho viável para uma saúde pública mais justa, acessível e eficiente para todos os brasileiros.

A pesquisa contínua e a reflexão crítica sobre a prática médica em municípios de pequeno e médio porte são essenciais para o aprimoramento constante das políticas de saúde nacionais. O reconhecimento da importância vital das pequenas cirurgias ambulatoriais e do manejo dermatológico descentralizado deve incentivar a reformulação de currículos médicos e a criação de programas de capacitação para multiplicar profissionais com esse perfil resolutivo. A saúde verdadeira de uma nação não se faz apenas em grandes hospitais universitários, mas se constrói dia após dia nos consultórios, postos de saúde e centros cirúrgicos das cidades que formam a base do Brasil, pelas mãos de médicos vocacionados e comprometidos com a nobre arte e a rigorosa ciência de curar e cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, F. A.; et al. *Dermatologia na Atenção Básica de Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE TRÁFEGO (ABRAMET). *Diretrizes para Avaliação Psicológica e Médica de Condutores*. São Paulo: ABRAMET, 2019.

BOLOGNIA, J. L.; SCHAFFER, J. V.; CERRONI, L. *Dermatology*. 4. ed. Philadelphia: Elsevier, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em Oncologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

FITZPATRICK, T. B. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 9. ed. New York: McGraw-Hill Education, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. *Robbins & Cotran: Patologia - Bases Patológicas das Doenças*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MENDONÇA, M. H.; et al. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. *Dermatologia*. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. *Consenso Brasileiro de Fotoproteção*. Rio de Janeiro: SBD, 2014.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global Report on Road Safety*. Geneva: WHO, 2018.

ZAITZ, C. *Compêndio de Micologia Médica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.