

# PERFIL NOSOLÓGICO EM CENTRO DE REFERÊNCIA EM DERMATOLOGIA

*NOSOLOGICAL PROFILE IN A DERMATOLOGY REFERENCE CENTER*

*PERFIL NOSOLÓGICO EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN DERMATOLOGÍA*

✉ Clarissa de Alencar Diógenes Rôla<sup>1</sup> e ✉ Francisco José Maia Pinto<sup>2</sup>

## RESUMO

Analisar o perfil nosológico dos pacientes encaminhados da Atenção Básica a um centro especializado em dermatologia. Estudo transversal com abordagem descritiva analítica. A amostra foi de 154 pacientes, que foram submetidos à anamnese e exame físico detalhados. A idade média foi 45 anos e a maioria do sexo feminino, 115 (74,7%). O tempo de espera do encaminhamento do posto de saúde para atendimento especializado teve uma média de seis meses, sendo motivado para diagnóstico e tratamento em 104 (67,5%). Foi diagnosticado no primeiro atendimento em 141 (91,6%) e não foram necessários exames complementares em 106 (70,7%). Os diagnósticos mais comuns foram: acne, 13 (8,4%); psoríase, 11 (7,1%) e queratose seborreica, 10 (6,5%). Os resultados obtidos reforçam a importância do diagnóstico dermatológico, podendo ser muito vasto, mas que é eminentemente clínico. Os dados podem servir para auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle das patologias mais frequentes.

**Descritores:** *Dermopatias; Epidemiologia; Prevalência.*

## ABSTRACT

To analyze the nosological profile of patients referred from primary care to a center specialized in dermatology. Cross-sectional study with a descriptive analytical approach. The sample consisted of 154 patients, who underwent detailed anamnesis and physical examination. The mean age was 45 years and the majority were female 115 (74.7%). The waiting time for referral from the health center to specialized care had an average of six months, being motivated by diagnosis and treatment in 104 (67.5%). It was diagnosed at the first visit in 141 (91.6%) and no additional tests were necessary in 106 (70.7%). The most common diagnoses were: acne 13(8.4%), psoriasis 11(7.1%) and seborrheic keratosis 10(6.5%). The results reinforce the importance of the dermatological diagnosis, which can be very extensive, but which is eminently clinical. The data can help in the development of prevention and control strategies for the most frequent pathologies.


**Descriptors:** *Skin Diseases; Epidemiology; Prevalence.*

## RESUMEN

Analizar el perfil nosológico de los pacientes derivados desde atención primaria a un centro especializado en dermatología. Estudio transversal con enfoque analítico descriptivo. La muestra estuvo conformada por 154 pacientes, a quienes se les realizó anamnesis detallada y examen físico. La edad promedio fue de 45 años y la mayoría eran del sexo femenino 115 (74,7%). El tiempo de espera para derivación tuvo una media de seis meses, siendo motivado por diagnóstico y tratamiento en 104 (67,5%). Se diagnosticó en la primera cita en 141 (91,6%) y en 106 (70,7%) no se requirieron pruebas complementarias. Los diagnósticos más frecuentes fueron: acné 13 (8,4%), psoriasis 11 (7,1%) y queratosis seborreica 10 (6,5%). Los resultados refuerzan la importancia del diagnóstico dermatológico, que es amplio, pero que es eminentemente clínico. Los datos pueden ayudar en el desarrollo de estrategias de prevención y control de las patologías más frecuentes.

**Descritores:** *Enfermedades de la Piel; Epidemiologia; Prevalencia.*

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE - Brasil. 

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE - Brasil. 

## INTRODUÇÃO

Informações epidemiológicas são fundamentais para o direcionamento das políticas públicas de saúde pelo Estado e, por isso, há crescente interesse no conhecimento do perfil epidemiológico para o gerenciamento, programação e planejamento das práticas de saúde na rede pública<sup>1,2</sup>.

Dados epidemiológicos da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) revelam a alta frequência de doenças cutâneas na população brasileira em geral, ficando entre as três primeiras causas de demanda aos serviços de saúde. A acne foi o agravo mais observado, seguido por micoses superficiais e transtornos de pigmentação<sup>1</sup>. Em um estudo randomizado transversal europeu<sup>3</sup>, englobando Alemanha, Itália, Holanda, Portugal e Suécia, as doenças cutâneas mais prevalentes foram verrugas, seguida por acne e dermatite de contato. Segundo um estudo<sup>4</sup> que avaliou a morbidade das doenças globalmente, as doenças de pele são uma das principais causas de agravos à saúde e a principal causa de incapacidade no mundo, afetando milhões de pessoas. Idade, fatores ambientais e genéticos e traumas podem afetar no desenvolvimento de diversas doenças dermatológicas. Cerca de 85 milhões de americanos (27% da população) foram avaliados por um médico não especialista devido a alguma dermatose no ano de 2013, o que evidencia o grande número de atendimentos dermatológicos<sup>5</sup>.

De modo geral, as doenças dermatológicas são responsáveis por elevado número de atendimentos nas unidades básicas de saúde e estão associadas à alta morbidade. Apesar da baixa mortalidade e baixa proporção de hospitalização, podem causar considerável interferência no bem-estar físico e emocional do indivíduo, levando a quadros de estresse, ansiedade e depressão. Vários estudos mostram que as dermatoses têm significativo impacto na qualidade de vida dos afetados, sobretudo, nos cronicamente doentes. Ressalta-se, portanto, a necessidade de sua valorização, como problema de saúde, pelos responsáveis na formulação de políticas públicas, uma vez que são de fato valorizados pelos pacientes. Os indivíduos com doença dermatológica percebem sua saúde atingida, sentem-se limitados na execução de suas tarefas diárias e experimentam perda de vitalidade<sup>2,6-10</sup>. A frequência das dermatoses em uma região pode ser determinada por pesquisas populacionais de larga escala, porém elas são de difícil condução por necessitarem de longo tempo e serem de custo elevado. Estudos realizados em serviços ambulatoriais e hospitalares, apesar de não refletirem a exata situação de uma doença na comunidade, fornecem indicadores da magnitude do problema e podem ser usados para o desenvolvimento de estratégias para o seu controle<sup>11</sup>.

Conhecer o perfil nosológico das doenças dermatológicas de uma região tem grande relevância para o planejamento das políticas de saúde<sup>12</sup>. Como esses padrões podem variar de um país para outro e até em uma mesma cidade, pois sofrem influências de fatores genéticos, raciais, nutricionais, culturais, climáticos e socioeconômicos, há necessidade, portanto, de estudos locais. Tendo em vista a raridade de trabalhos publicados sobre a frequência das dermatoses na Região Nordeste do Brasil e nenhum trabalho nessa área no Estado do Ceará, segundo as bases de dados Pubmed e SciELO, torna-se necessário um levantamento epidemiológico das doenças dermatológicas em serviço especializado. Acredita-se que estudos de prevalência possam ajudar na elaboração de programas de intervenção na Atenção Básica, visando à prevenção de doenças, a capacitação dos médicos do Programa Saúde da Família e também ações de melhorias nos serviços especializados em dermatologia. Assim, justifica-se a elaboração de um levantamento epidemiológico, a fim de avaliar a prevalência das dermatoses em pacientes encaminhados do posto de saúde a um serviço especializado em dermatologia.

Espera-se que esses dados analisados possam auxiliar na implantação de medidas de assistência e educação em saúde na Atenção Básica<sup>13</sup>. Ainda, almeja-se que o médico do serviço de Atenção Primária seja capaz de realizar a triagem correta dos pacientes com lesões dermatológicas, identificando os que podem ser acompanhados e tratados adequadamente na Atenção Básica daqueles que precisam de referência para Atenção Especializada<sup>14</sup>. Dessa forma, é possível reduzir os custos relacionados a encaminhamentos e

realização de exames desnecessários. Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi analisar o perfil nosológico dos pacientes encaminhados do posto de saúde a um centro especializado em dermatologia.

## MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como transversal com abordagem descritiva analítica. Foi realizado no Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia (CDSDL), Fortaleza, Ceará, no período de outubro de 2020 a março de 2021.

O CDSDL é a unidade da Secretaria de Saúde do Estado referência no Ceará para doenças dermatológicas e referência nacional do Ministério da Saúde para hanseníase. Tem como missão desenvolver atividades de assistência, ensino e pesquisa em dermatologia<sup>15</sup>.

Os pacientes foram selecionados a partir da primeira consulta no CDSDL, atendidos por uma médica dermatologista do Sistema Único de Saúde. Os pacientes participantes foram submetidos a uma anamnese detalhada e exame físico do corpo inteiro. A amostra não probabilística, selecionada por conveniência, foi composta por 154 pacientes encaminhados por médicos dos postos de saúde, da Atenção Primária, para atendimento especializado em dermatologia, na Atenção Secundária. Foram excluídos pacientes que já eram acompanhados no serviço e os pacientes de demanda espontânea. A coleta dos dados ocorreu durante as consultas, a partir de um formulário semiestruturado, elaborado pela autora.

Os dados foram tabulados no programa Excel, versão 13.0 e analisados no programa *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)* versão 23.0.

Na descrição dos dados, utilizou-se a média e o desvio padrão para variáveis quantitativas (idade e tempo de espera do encaminhamento ao atendimento especializado) e as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas (sexo, procedência, escolaridade, motivos dos encaminhamentos, diagnóstico no primeiro atendimento, diagnóstico segundo a Classificação Internacional de Doenças, décima versão, agrupamento das doenças, solicitação de exames complementares). As doenças foram agrupadas: doenças infecciosas (hanseníase, herpes simples, verruga vulgar, dermatofitose, onicomicose, pitíriase versicolor, larva migrans e escabiose), neoplasias malignas e pré-neoplásicas (melanoma maligno, outras neoplasias malignas da pele, sarcoma de kaposi, micose fungóide, ceratose actínica), cistos e neoplasias benignas (cistos, neoplasia benigna do tecido conjuntivo, nevos melanocíticos, siringomas, granuloma piogênico, queratose seborreica), doenças inflamatórias (dermatite atópica, dermatite seborreica, dermatite de contato, neurodermite, psoríase, líquen plano, urticária, amiloidose macular), afecções dos cabelos (alopecia areata, alopecia androgenética, eflúvio telógeno), distúrbios foliculares (acne, outras afecções foliculares, hidradenite), distúrbios da pigmentação (vitiligo, hiperpigmentação residual, melasma, leucodermia), miscelânea (queloide, granuloma anular, malformação congênita, ceratoderma palmoplantar).

Esta pesquisa seguiu todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da CDSDL, sob o número 4.150.771. Os pacientes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

A idade média foi de aproximadamente 45 anos com desvio padrão de 20 anos. O tempo de espera do encaminhamento do posto de saúde para atendimento especializado teve uma média de seis meses com desvio padrão de 10 meses (TABELA 1).

**Tabela 1: Estatísticas de idade e tempo de espera de encaminhamento dos pacientes atendidos no Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia, Fortaleza, 2021**

| Variáveis             | n   | Mínimo | Máximo | Mediana | Média | DP   |
|-----------------------|-----|--------|--------|---------|-------|------|
| Idade (anos)          | 154 | 0      | 87     | 49,0    | 45,1  | 20,3 |
| Tempo de espera (mês) | 154 | 1      | 60     | 2,0     | 6,5   | 10,0 |

Fonte: própria

A maioria dos pacientes atendidos foi: sexo feminino 115 (74,7%), faixa etária de até 50 anos 83 (53,9%), residente em Fortaleza 113 (73,4%) e com escolaridade até o segundo grau 78 (50,6%) (TABELA 2).

**Tabela 2: Número e percentual de pacientes, por características sociodemográficas, atendidos no Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia, Fortaleza, 2021**

| Característica      | n   | %    |
|---------------------|-----|------|
| <b>Sexo</b>         |     |      |
| Feminino            | 115 | 74,7 |
| Masculino           | 39  | 25,3 |
| <b>Faixa etária</b> |     |      |
| 51 anos ou mais     | 71  | 46,1 |
| 0 a 50 anos         | 83  | 53,9 |
| <b>Procedência</b>  |     |      |
| Fortaleza           | 113 | 73,4 |
| Outros              | 41  | 26,6 |
| <b>Escolaridade</b> |     |      |
| Até primeiro grau   | 54  | 35,1 |
| Até segundo grau    | 78  | 50,6 |
| Superior            | 22  | 14,3 |

Fonte: própria

Dentre as características clínicas, a maioria apresentou tempo de espera do encaminhamento do posto de saúde para o atendimento especializado de até seis meses, 116 (75,3%); encaminhamento motivado por diagnóstico e tratamento, 104 (67,5%); diagnosticado no primeiro atendimento, 141 (91,6%); sem solicitação de exames complementares, 106 (70,7%) (TABELA 3).

**Tabela 3: Número e percentual de pacientes, por características clínicas, atendidos no Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia, Fortaleza, 2021**

| Variável                                   | n   | %    |
|--|-----|------|
| <b>Motivo do encaminhamento</b>            |     |      |
| Diagnóstico                                | 4   | 2,6  |
| Diagnóstico e tratamento                   | 104 | 67,5 |
| Tratamento                                 | 36  | 23,4 |
| Realização de pequeno procedimento         | 10  | 6,5  |
| <b>Diagnóstico do primeiro atendimento</b> |     |      |
| Sim  | 141 | 91,6 |
| Não  | 13  | 8,4  |
| <b>Exames complementares solicitados</b>   |     |      |
| Não  | 106 | 70,7 |
| Sim  | 44  | 29,3 |

Fonte: própria

Os principais diagnósticos dos motivos dos encaminhamentos dos pacientes foram: acne, 13 (8,4%); psoríase, 11 (7,1%); e queratose seborreica, 10 (6,5%) (TABELA 4).

**Tabela 4. Diagnósticos dos motivos dos encaminhamentos dos pacientes segundo o Código Internacional de Doenças, décima versão, no Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia, Fortaleza, 2021**

| Diagnóstico                                  | n   | %     |
|--|-----|-------|
| A30-Hanseníase                               | 5   | 3,2   |
| B00-Herpes simples                           | 2   | 1,3   |
| B07-Verruga vulgar                           | 8   | 5,2   |
| B35-Dermatofitose                            | 2   | 1,3   |
| B35.1-Onicomicose                            | 1   | ,6    |
| B36.0-Pitiríase versicolor                   | 2   | 1,3   |
| B83-Larva migrans                            | 1   | ,6    |
| B86-Escabiose                                | 6   | 3,9   |
| C43-Melanoma maligno                         | 1   | ,6    |
| C44-Outras neoplasias malignas da pele       | 3   | 1,9   |
| C46-Sarcoma de kaposi                        | 1   | ,6    |
| C84.0-Micose fungoide                        | 1   | ,6    |
| D21.0-Neoplasia benigna do tecido conjuntivo | 6   | 3,9   |
| D22-Nevos melanocíticos                      | 7   | 4,5   |
| D23.1-Siringomas                             | 1   | ,6    |
| L20-Dermatite atópica                        | 4   | 2,6   |
| L21-Dermatite seborreica                     | 2   | 1,3   |
| L25-Dermatite de contato                     | 8   | 5,2   |
| L27.0-Farmacodermia                          | 1   | ,6    |
| L28- Neurodermite                            | 6   | 3,9   |
| L40-Psoríase                                 | 11  | 7,1   |
| L43-Liquen plano                             | 3   | 1,9   |
| L50.8-Urticária                              | 1   | ,6    |
| L57.0-Ceratose actínica                      | 7   | 4,5   |
| L63-Alopecia areata                          | 1   | ,6    |
| L64-Alopecia androgenética                   | 2   | 1,3   |
| L65.0-Eflúvio telógeno                       | 2   | 1,3   |
| L70-Acne                                     | 13  | 8,4   |
| L72-Cistos                                   | 4   | 2,6   |
| L73-Outras afecções foliculares              | 1   | ,6    |
| L73.0-Queloides                              | 1   | ,6    |
| L73.2-Hidradenite supurativa                 | 1   | ,6    |
| L80-Vitiligo                                 | 6   | 3,9   |
| L81.0-Hipercromia residual                   | 7   | 4,5   |
| L81.1-Melasma                                | 7   | 4,5   |
| L81.5-Leucodermia                            | 1   | ,6    |
| L82-Queratose seborreica                     | 10  | 6,5   |
| L85.1-Ceratodermia palmo plantar             | 1   | ,6    |
| L92.0-Granuloma anular                       | 1   | ,6    |
| L98.0-Granuloma piogênico                    | 1   | ,6    |
| L99.0-Amiloidose cutânea                     | 2   | 1,3   |
| Q82.8-Malformação congênita                  | 1   | ,6    |
| Em investigação                              | 2   | 1,3   |
| Total  | 154 | 100,0 |

Fonte: própria

Classificando as doenças em grupos diagnósticos, observou-se que os mais comuns foram: doenças inflamatórias, 35 (22,7%); cistos e neoplasias benignas, 30 (19,5%); e doenças infecciosas, 27 (17,5%) (TABELA 5).

**Tabela 5. Diagnósticos dos motivos dos encaminhamentos dos pacientes classificados em grupos de doenças, no Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia, Fortaleza, 2021**

| Grupos de diagnósticos                | n   | %     |
|---------------------------------------|-----|-------|
| Doenças infecciosas                   | 27  | 17,5  |
| Neoplasias malignas e pré-neoplásicas | 13  | 8,4   |
| Cistos e neoplasias benignas          | 30  | 19,5  |
| Doenças inflamatórias                 | 35  | 22,7  |
| Afecções dos cabelos                  | 5   | 3,2   |
| Distúrbios foliculares                | 15  | 9,7   |
| Desordens pigmentares                 | 21  | 13,6  |
| Miscelânea                            | 6   | 3,9   |
| Total                                 | 152 | 98,7  |
| Em investigação diagnóstica           | 2   | 1,3   |
| Total                                 | 154 | 100,0 |

Fonte: própria

## DISCUSSÃO

A dermatose mais frequentemente diagnosticada neste estudo foi acne, seguida de psoríase e queratose seborreica. O principal motivo da consulta dermatológica também foi acne no estudo da SBD<sup>1</sup>, seguido por micoses superficiais e transtornos de pigmentação. Classificando as doenças em grupos diagnósticos, as dermatoses mais comuns neste estudo foram doenças inflamatórias, depois, cistos e neoplasias benignas e, em terceiro lugar, doenças infecciosas. Em um estudo realizado por Orozco<sup>12</sup>, no México, foi encontrada frequência nesta ordem: doenças infecciosas (32,08%), neoplasias benignas (27,80%) e câncer de pele não melanoma (7,88%). No estudo europeu<sup>3</sup>, as doenças cutâneas mais prevalentes foram verrugas, seguidas por acne e dermatite de contato. Esses dados mostram a grande diferença entre os diagnósticos, que pode ser explicada pelas diferenças populacionais, as condições de vida, o acesso ao atendimento especializado e a promoção da saúde na Atenção Primária.

Neste estudo, observa-se uma baixa frequência de diagnóstico de hanseníase em um centro de referência nacional para hanseníase. Isso pode ter ocorrido devido a um volume maior de dermatoses mais comuns, passíveis de serem diagnosticadas e tratadas na Atenção Primária, que foram encaminhadas da Atenção Primária. Além disso, há uma demanda espontânea para pacientes com suspeita de hanseníase, não sendo necessário encaminhamento do médico do posto de saúde para atendimento no Centro de Dermatologia. Portanto, esses pacientes de demanda espontânea, que são os de hanseníase, não foram inclusos no estudo, apenas os que foram encaminhados pelo médico do posto de saúde.

O predomínio de consultas do sexo feminino encontrado neste estudo corrobora com outros estudos nacionais e internacionais<sup>1,16</sup>. Isso pode ser explicado devido ao maior cuidado das mulheres com a saúde de uma forma geral e com a pele, além de maiores preocupações em relação à estética.

Os pacientes são encaminhados da Atenção Primária, por meio dos postos de saúde de Fortaleza e demais cidades do Ceará, para atendimento em serviço secundário, como o CSDSL. Os pacientes das cidades do interior também podem ser encaminhados para as Policlínicas, distribuídas em regiões no interior do Ceará, onde também são ofertadas consultas com dermatologistas. A amostra desta pesquisa foi predominante de pacientes encaminhados de Fortaleza, provavelmente devido à dinâmica de referências do estado do Ceará. Por ser um serviço público, atende principalmente à população mais carente, com nível de escolaridade mais baixo, como observado no estudo.

Em relação aos diagnósticos dos motivos dos encaminhamentos, observou-se elevado diagnóstico clínico já no primeiro atendimento dermatológico, taxa superior à encontrada em outros estudos. Cardoso et al.<sup>17</sup> obtiveram o diagnóstico definitivo por meio de exame clínico em 69,23%. Entretanto, não foi realizado por dermatologista. Um estudo realizado nos Estados Unidos<sup>18</sup> mostrou que o diagnóstico dermatológico correto realizado pelos profissionais da Atenção Básica generalistas ocorreu em apenas 23,9% dos casos. Foi observado também que a consulta dermatológica resultou em mudança ou modificação de tratamento em 77%

dos pacientes. Isso evidencia a importância do especialista e de sua experiência, o que aumenta, portanto, a acurácia diagnóstica e o tratamento adequado.

O tempo de espera para a consulta dermatológica, do momento do encaminhamento no posto de saúde até o atendimento especializado, apresentou uma média de seis meses, cerca de 180 dias, acima de outros estudos publicados. Segundo um trabalho<sup>19</sup> realizado em um município de pequeno porte em Minas Gerais, a média de dias de espera para a consulta foi de 136 dias, com tempo máximo de 229 dias. Já em um estudo<sup>20</sup> em uma clínica de Dermatologia Pediátrica na Filadélfia, nos Estados Unidos, a média foi de 101 dias, sendo o tempo máximo de espera de 173 dias. Longos tempos de espera têm se constituído um problema comum no sistema público de saúde no Brasil. Além disso, devido à pandemia de SARS-COV 19, que assolou o mundo em 2020 e 2021, os atendimentos dos pacientes encaminhados da Atenção Primária foram reduzidos ou até mesmo suspensos em alguns períodos. Possivelmente, isso possa ter contribuído para o aumento do tempo de espera para a consulta com o especialista.

A maioria dos encaminhamentos foi motivada para diagnóstico e tratamento de uma dermatose. No estudo de Lowell et al.<sup>21</sup>, as referências se deram devido à biópsia ou exérese de lesão suspeita (26,1%), diagnóstico de lesões de pele (20,7%), falha no tratamento (13,5%), confirmar suspeita diagnóstica e iniciar tratamento (13,5%) e desejo do paciente por uma segunda avaliação (13,5%). Analisando os dados, mais de 60% dos casos foram também para diagnóstico e tratamento, corroborando com os dados do nosso estudo. Isso mostra que provavelmente o médico generalista tende a referenciar o que ele não tem experiência em diagnosticar e tratar, demandando a grande necessidade de um especialista.

Uma observação muito relevante do presente estudo é a grande dispersão de diagnósticos da amostra, também encontrada em outros estudos<sup>1,16,22</sup>. Isso pode estar relacionado ao próprio atendimento do especialista, que apresenta uma série de diagnósticos mais amplos e específicos do que aqueles atendidos pelos generalistas. Além disso, há grande número de doenças dermatológicas identificadas e catalogadas, desde comuns a muito raras, o que leva a uma vasta variedade de diagnósticos dentro da especialidade.

Outro dado importante do estudo apresentado foi a baixa necessidade de exames complementares para o diagnóstico e acompanhamento das dermatoses. Não foram solicitados exames para a maioria dos pacientes no primeiro atendimento. Em um grande número de doenças dermatológicas, o diagnóstico pode ser realizado clinicamente. Entretanto, biópsias de pele e outros exames, como o exame micológico direto e cultura, podem ser importantes ferramentas diagnósticas em alguns casos<sup>23</sup>. Em um estudo<sup>24</sup> realizado em São Paulo, com 2330 crianças, a biópsia foi realizada em 36% dos pacientes. A demanda foi maior no grupo das genodermatoses, sendo necessária em 50,4% dos pacientes desse grupo. Em outro estudo<sup>23</sup>, com avaliação dos atendimentos dermatológicos, 1223 consultas, a biópsia foi realizada em 24,2% dos atendimentos. Exames complementares foram solicitados em 22,86% das consultas, sendo os mais solicitados os de sangue (46,2%) e exame micológico direto (32%). Evidencia-se que uma boa formação em doenças dermatológicas do médico generalista que atende na Atenção Primária é importante para o diagnóstico de dermatoses mais comuns. Portanto, não são necessários exames complementares rotineiramente e muitas vezes também não disponíveis nos postos. Além disso, oneram o serviço público, quando realizados sem restrições.

O presente estudo permitiu analisar o perfil nosológico dos pacientes encaminhados da Atenção Básica para um serviço especializado em dermatologia. Destaca-se a importância do dermatologista para o diagnóstico e tratamento das dermatoses. Entretanto, o médico generalista também é apto a conduzir as doenças dermatológicas mais simples. Um serviço de alta qualificação, referência nacional, não deveria estar atendendo doenças facilmente diagnosticáveis e passíveis de serem tratadas em centros de Atenção Primária. Foi evidenciado também pela observação de elevado número de diagnósticos clínicos, já no primeiro atendimento dermatológico, taxa superior a encontrada em outros estudos, e pela baixa necessidade de exames complementares para o diagnóstico e acompanhamento das dermatoses.

O estudo evidencia ainda falha no sistema: um tempo de espera para a consulta dermatológica, do momento do encaminhamento no posto de saúde até o atendimento especializado, de em média seis meses, cerca de 180 dias, para resolver doenças de baixa complexidade. Desperdício de recursos e alongamento do sofrimento dos pacientes, sem necessidade, se o sistema contasse com profissionais capazes de fazer diagnósticos simples de dermatologia.

Dados obtidos através da análise dos atendimentos realizados possibilitam traçar o perfil dos pacientes, auxiliando no desenvolvimento de estratégias para o planejamento adequado de serviços de saúde, considerando as necessidades da população do território abrangido.

Para expandir, consolidar e melhorar a qualidade na atenção à saúde, propõe-se a consolidação da estratégia de Saúde da Família como operação estruturante dos sistemas locais de saúde<sup>25</sup>.

Devido à alta demanda de doenças cutâneas, mais estudos seriam importantes para avaliar as variáveis relacionadas ao desenvolvimento das dermatoses e fatores associados. Portanto, estudos longitudinais prospectivos, realizados no Brasil, são necessários. Os dados identificados nesse estudo podem servir para auxiliar no desenvolvimento de estratégias de prevenção e controle das patologias mais frequentemente encontradas na região do Ceará, visando melhoria do serviço de saúde oferecido à população.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos reforçam a importância do diagnóstico dermatológico, podendo ser muito vasto, mas que é eminentemente clínico. Capacitações de médicos generalistas, com o intuito de aumentar a acurácia diagnóstica e reduzir os encaminhamentos ao especialista, tornam-se uma medida importante para reduzir o tempo de espera para as consultas, assim como, otimizar o atendimento nos centros de referência, sendo destinados a casos de mais alta complexidade.

Um ponto forte desse artigo foi a coleta dos dados durante a consulta, evitando-se falta de dados, como ocorre na maioria dos estudos desse tema, em que são retrospectivos com análise dos prontuários dos pacientes.

Como limitações do estudo, devido à pandemia de SARS-COV-19, a amostra foi reduzida, pois teve comprometimento dos atendimentos, pois em alguns períodos foram suspensos os atendimentos de primeira vez.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil. *An Bras Dermatol*. 2006;81(6):549-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/5RGP9HxdkppnhFtmPzw3tyb/?lang=pt&format=pdf>.
2. Sociedade Brasileira de Dermatologia, Miot, HA, et al. Perfil dos atendimentos dermatológicos no Brasil. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):916-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20188802>.
3. Svensson A, Ofenloch RF, Bruze M, Naldi L, Cazzaniga S, Elsner P, et al. Prevalence of skin disease in a population-based sample of adults from five European countries. *Br J Dermatol*. 2018;178(5):1111-8. DOI: 10.1111/bjd.16248.
4. Karimkhani C, Dellavalle RP, Coffeng LE, Flohr C, Hay RJ, Langan SM, et al. Global Skin Disease Morbidity and Mortality: An Update From the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatol*. 2017;153(5):406-12. DOI: 10.1001/jamadermatol.2016.5538.
5. Lim HW, Collins SAB, Resneck JS Jr, Bolognia JL, Hodge JA, Rohrer TA, et al. The burden of skin disease in the United States. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76:958-72. DOI: 10.1016/j.jaad.2016.12.043.
6. Liluashvili S, Kituashvili T. Dermatology Life Quality Index and disease coping strategies in psoriasis patients. *Postepy Dermatol Alergol*. 2019;36(4):419-24. DOI: 10.5114/ada.2018.75810.
7. Dreno B, Bordet C, Seite S, Taieb C. Acne relapses: impact on quality of life and productivity. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019;33(5):937-43. DOI: 10.1111/jdv.15419.
8. Seth D, Cheldize K, Brown D, Freeman EF. Global Burden of Skin Disease: Inequities and Innovations. *Curr Dermatol Rep*. 2017;6(3):204-10. DOI: 10.1007/s13671-017-0192-7.



9. Pollo CF, Miot LDB, Meneguim S, Miot HA. Factors associated with quality of life in facial melasma: a cross-sectional study. *Int J Cosmet Sci.* 2018;40:313-6. DOI: 10.1111/ics.12464.
10. Bridgman AC, Block JK, Drucker AM. The multidimensional burden of atopic dermatitis: an update. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2018;120(6):603-6. DOI: 10.1016/j.anai.2018.03.009.
11. Raposo AA, Sardinha JCG, Schettini APM, Pedrosa VL. Perfil nosológico de centro de referência em dermatologia no estado do Amazonas – Brasil. *An Bras Dermatol.* 2011;86(3):463-8. DOI: 10.1590/s0365-05962011000300007.
12. Orozco MS, Salas AP, Sifuentes AS, Gudiño AS, Padilla MR, Rivera GH, et al. Prevalence of skin diseases among hospitals in the public healthcare system of a developing country *Int J Dermatol.* 2019;58(5):563–8. DOI: 10.1111/ijd.14304.
13. Miguel LMZ, Jorge MFS, Rocha B, Miot HA. Incidence of skin diseases diagnosed in a public institution: comparison between 2003 and 2014. *An Bras Dermatol.* 2017;92:423-5. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20175793.
14. Avancini J, Zucchi P. Prevalência de dermatoses em pacientes encaminhados para avaliação em um ambulatório de especialidades. *An Bras Dermatol.* 2018;93(4):513-6.
15. Centro de Dermatologia Sanitária Dona Libânia. Disponível em: <http://www.cderm.ce.gov.br/index.php/item-c-sub-item/2014-07-23-18-00-51>.
16. Kumar P. Prevalence of skin diseases among Omani population attending dermatology clinics in North Batinah Governorate, Oman – retrospective study of 2,32,362 cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2019;85:440. DOI: 10.4103/ijdv.IJDVL\_424\_17.
17. Cardoso PO, Giffoni RT, Alberti LR. Perfil epidemiológico das doenças dermatológicas em Centro de Saúde de Atenção Primária. *Rev Med Minas Gerais;* 2013; 23(2):169-72. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/34>.
18. Davila M, Christenson LJ, Sontheimer RD. Epidemiology and outcomes of dermatology in-patient consultations in a Midwestern U.S. university hospital. *Dermatol Online J.* 2010;16(2):12. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20178708/>.
19. Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. *Rev Min Enferm.* 2015;19(1):65-71. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-768468>.
20. Stephens MR, Murthy AS, McMahon PJ. Wait times, health care touchpoints, and nonattendance in an academic pediatric dermatology clinic. *Pediatr Dermatol.* 2019;00:1–5. DOI: 10.1111/pde.13943.
21. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: Prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(2):250-5. DOI: 10.1067/mjd.2001.114598.
22. Lins dos Santos R, Tonin Beneli Fontanezi C, da Silva Negreiros FD, Maria Correia Pequeno A. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos em uma clínica escola de um centro universitário de Fortaleza: Clinical-epidemiological profile of patients served in a school clinic of a university center in Fortaleza. *Cadernos ESP [Internet].* 29º de junho de 2020 [citado 2023-3-26];14(1):30-7. Disponível em: [//cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/209](http://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/209).
23. Bernardes CA, Magalhães RF, Franca AFEC, Morcillo AM, Velho PENF. Diagnóstico e Condutas Dermatológicas em uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med.* 2015;39(1):88-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8mThdHMfQw9xtrkMHbDfdpC/abstract/?lang=pt>.
24. Miotto IZ, Bessa VR, Vasconcelos LBA, Samorano LP, Rivitti-Machado MC, Oliveira ZNP. Pediatric dermatoses pattern at a Brazilian reference center. *J Pediatr.* 2021;97(2):211-21. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.02.002>.
25. Gomes Montesuma F, Barros Moura Fé MA, Costa Gomes SC, de Lima Fernandes TC, Coelho Sampaio JJ. Saúde pública no Ceará: Uma sistematização histórica. *Cadernos ESP [Internet].* 16º de setembro de 2019 [citado 2023-8-08];2(1):06-19. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/14..>