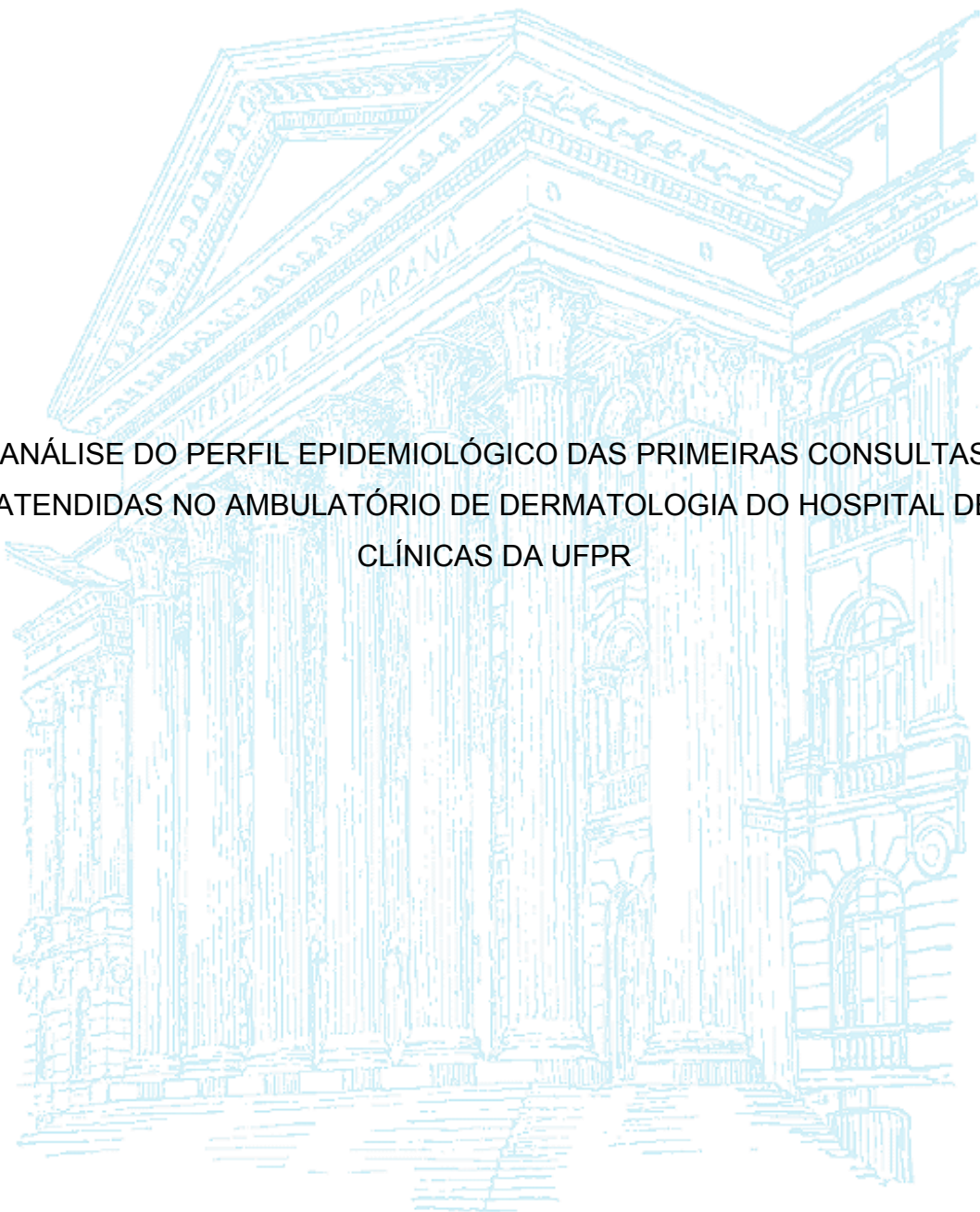


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LUCIANA MENEZES DE AZEVEDO

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PRIMEIRAS CONSULTAS  
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UFPR



CURITIBA

2018

LUCIANA MENEZES DE AZEVEDO

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PRIMEIRAS CONSULTAS  
ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UFPR

Monografia apresentada como requisito parcial à  
obtenção do título de Especialista durante a  
Especialização Médica em Dermatologia, Hospital  
de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Prof.<sup>a</sup> Maira Mitsue Mukai

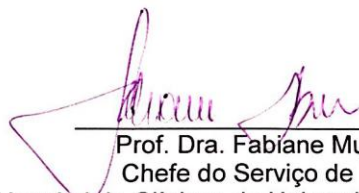
CURITIBA

2018

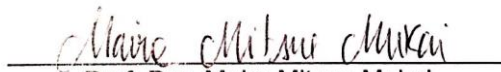
**TERMO DE APROVAÇÃO**  
**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PRIMEIRAS CONSULTAS**  
**ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL DE**  
**CLÍNICAS DA UFPR**

LUCIANA MENEZES DE AZEVEDO

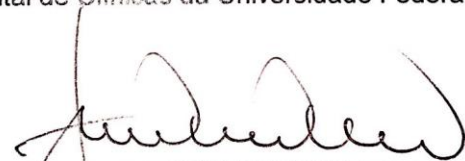
Trabalho de Conclusão da Especialização Médica em Dermatologia, apresentado no Serviço de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção de título de Especialista em Dermatologia.



Prof. Dra. Fabiane Mulinari Brenner  
Chefe do Serviço de Dermatologia  
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná



Prof. Dra. Maira Mitsue Mukai  
Serviço de Dermatologia  
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná



Prof. Dr. Jesus Rodriguez Santamaría  
Serviço de Dermatologia  
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 2018

## RESUMO

**Introdução.** A pele é o órgão de maior extensão do corpo humano e há uma enorme variedade de dermatoses que podem acometê-la. As lesões de pele podem representar, desde lesões benignas com melhora espontânea, manifestações de doenças sistêmicas, doenças hereditárias, síndromes genéticas, neoplasias, alterações fisiológicas e doenças crônicas. Muitas doenças de pele são tratáveis, mas têm um efeito negativo sobre a qualidade de vida. O conhecimento desses dados epidemiológicos é importante no planejamento de estratégias terapêuticas e preventivas em serviços de saúde. Além disso, é importante analisar padrões de doenças de pele no ambulatório para discussão de estratégias, custos e demandas de saúde da população.

**Objetivos:** Estabelecer o perfil epidemiológico das primeiras consultas atendidas no ambulatório de dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

**Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo descritivo analítico, através de modelo observacional e retrospectivo, a partir da análise de banco de dados de pacientes atendidos em primeira consulta, no ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (SAM 4) durante um período de seis meses, de 01 de junho de 2016 a 30 de novembro de 2016.

**Resultados:** Foram realizadas 680 primeiras consultas dermatológicas no período estudado, gerando um total de 1187 diagnósticos. As mulheres corresponderam a 66,9% dos pacientes atendidos. A dermatose mais frequente foi a queratose seborreica com 143 (7,89%) diagnósticos.

**Conclusões** Compreender a incidência de doenças de pele é fundamental na tomada de decisões sobre a alocação de recursos para atendimento clínico e pesquisa. Estudos baseados na população são essenciais nesse aspecto. Cabe salientar, o número baixo de estudos publicados na literatura sobre prevalência das dermatoses em ambulatório, havendo uma quantidade maior de trabalhos de prevalência em pacientes internados em hospital (que não foi o objetivo deste estudo), principalmente na literatura nacional. O perfil dos pacientes com doenças dermatológicas é importante para, futuramente, determinar alguma intervenção, ou ainda, orientar estudos posteriores.

**Palavras-chaves:** epidemiologia, fatores de risco, doenças de pele, dermatoses, dermatologia

## ABSTRACT

**Introduction.** The skin is the largest organ of the human body and there is a huge variety of skin conditions that can acometê it. Skin lesions may represent, since benign lesions with spontaneous improvement, manifestations of systemic diseases, hereditary diseases, genetic syndromes, neoplasms, physiologic and chronic diseases. Many skin diseases are treatable, but have a negative effect on the quality of life. Knowledge of these epidemiological data is important in the planning of therapeutic and preventive strategies in health services. In addition, it is important to analyze patterns of skin disease in the clinic to discuss strategies, costs and demands of population health **Objectives:** Establish the epidemiological profile of the first queries answered in the outpatient Dermatology hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional study on the collection of data based on the clinic demandand , retrospective model from the database analysis of patients seen in the first query, in outpatient Dermatology service at Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (SAM 4) during a period of six months, from June 01 to November 30 , 2016 **Results:**. 680 were held first in dermatological consultations studied period, generating a total of 1187 Diagnostics. Women corresponded to 66.9% of patients seen. The most common dermatosis seborrheic keratosis was with 143 (7.89%) diagnostics. **Conclusions** Understanding the incidence of skin diseases is fundamental in making decisions regarding resource allocation. Population-based studies are essential in this respect. It is up to the low number of highlight studies published in the literature about prevalence of dermatoses in sick bay, with a greater amount of prevalence in patients admitted to hospital (that was not the aim of this study), mainly in the national literature. The profile of patients with dermatological diseases it is important to determine any future intervention, or guide subsequent studies.

**Keywords :** epidemiology, risk factors, skin diseases, skin diseases, Dermatology

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características dos pacientes.....	21
Tabela 2: Distribuição dos diagnósticos .....	22
Tabela 3: Infecções cutâneas.....	25
Tabela 4: Dermatoses eritematosas e escamativas .....	26
Tabela 5: Eczemas.....	27
Tabela 6 :Tricoses .....	28

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gênero .....	19
Gráfico 2: Idade .....	20
Gráfico 3: Origem dos pacientes .....	20
Gráfico 4: Grupo de diagnósticos mais prevalentes .....	24
Gráfico 5: Dermatoses infecciosas .....	25
Gráfico 6: Neoplasias cutâneas malignas .....	27
Gráfico 7: Tricoses .....	28
Gráfico 8: Onicoses .....	29
Gráfico 9: Destino dos pacientes .....	30
Gráfico 10: Conduta .....	31
Gráfico 11: Procedimentos realizados .....	31

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO(S).....	14
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	15
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	18
5. RESULTADOS .....	19
6. DISCUSSÃO.....	32
7. CONCLUSÕES.....	36
REFERÊNCIAS.....	37



## 1. INTRODUÇÃO

A organização Mundial da Saúde (OMS) define epidemiologia como o estudo da distribuição e dos determinantes de doenças na população e a aplicação destes conhecimentos no controle e prevenção das mesmas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016)

Informações epidemiológicas são fundamentais ao direcionamento das políticas de saúde. No Brasil, tais informações são limitadas para o conjunto das nosologias dermatológicas. Os dados existentes, embora circunscritos à abrangência geográfica e demográfica, revelam alta frequência de doenças de pele. (TALHARI, 1987).

A dermatologia é a especialidade médica clínico-cirúrgica, que se preocupa em fazer medicina através da pele, o maior órgão do corpo humano. A pele é passível de ser examinada à inspeção, e a observação de suas lesões é frequente pelos próprios indivíduos que as têm e também por seus familiares. (CARLI, 2003)

O dermatologista é ainda, o médico especialista no diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças de pele, pelos, mucosas, cabelos e unhas. São mais de 3 mil diagnósticos dermatológicos que afetam a pele de crianças, adultos e idosos. O dermatologista atua no diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, além de orientar sobre cuidados gerais da pele e cosmética. O profissional também é habilitado para tratar de doenças nas mucosas, como afecções de boca e área genital (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2018)

Há uma enorme variedade de desordens que podem acometer a pele e seus anexos. As lesões dermatológicas podem representar desde lesões benignas com melhora espontânea, manifestações de doenças sistêmicas, doenças hereditárias, síndromes genéticas, neoplasias, doenças infecciosas, alterações fisiológicas, doenças crônicas e também doenças sexualmente transmissíveis.

Muitas doenças de pele são tratáveis, mas têm um efeito negativo sobre a qualidade de vida. No entanto, é difícil determinar a prevalência exata ou incidência dessas doenças, devido em parte, à falta de estudos epidemiológicos na população em geral. (MASSA, 2000).

Além disso, é importante conhecimento desses dados epidemiológicos e a análise de padrões de doenças cutâneas para discussão e planejamento de

estratégias terapêuticas e preventivas em serviços de saúde e demandas de saúde da população.

Estima-se que até 58% dos pacientes com doenças dermatológicas apresentam estas como queixa principal durante a consulta clínica e que cerca de 40% dos pacientes atendidos no nível primário precisam de encaminhamento para o dermatologista, apresentando diagnóstico concordante em 57% dos casos. (LOWELL, 2001).

Em estudo realizado na rede básica de Campinas no estado de São Paulo havia queixa e/ou achado dermatológico em 24% dos 1.491 pacientes avaliados. Em 9,9% a consulta na Unidade Básica de Saúde foi realizada pela queixa dermatológica. (SANTOS JÚNIOR, 2007).

No entanto, existe uma tendência a não valorização de tais agravos pelos responsáveis pela definição de políticas de atenção a saúde, devido à ideia de sua baixa letalidade e subestimação da morbidade enquanto problema de saúde. . (BINGEFORS, 2002).

Vários estudos mostram que as doenças dermatológicas têm significativo impacto na qualidade de vida dos atingidos, sobretudo os cronicamente doentes. Os indivíduos com doença dermatológica percebem sua saúde atingida, sentem-se limitados na execução de suas tarefas diárias e experimentam perda de vitalidade. (DALGARD, 2004)

As doenças dermatológicas são, portanto, limitantes, provocam absenteísmo escolar e no trabalho, e seus portadores estão mais propensos a apresentar depressão (GUPTA, 2003), ressaltando a necessidade de sua valorização como problema de saúde pelos responsáveis pela formulação de políticas públicas, uma vez que são de fato valorizados pelos pacientes atingidos.

O Brasil possui um sistema de saúde pública descentralizado, dividido em três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), nos quais os pacientes são referenciados de acordo com a gravidade e a complexidade do diagnóstico. (PAIM, 2011).

A atenção aos problemas dermatológicos também representa custo significativo para os sistemas de saúde de países subdesenvolvidos, nos quais se estima que 10% de todas as consultas sejam por doenças de pele. (MAHE, 2003) Esse custo pode, sem dúvida, ser aumentado se não existir um adequado sistema de referência e o sistema de saúde básica apresentar baixa resolubilidade para

problemas dermatológicos, alguns dos quais poderiam ser resolvidos ambulatorialmente em nível primário de atenção, mas, por condução inadequada, acabam requerendo assistência hospitalar, com conseqüente aumento dos custos e sobrecarga da assistência terciária ou hospitalar.

O tratamento hospitalar desempenha papel fundamental no tratamento de doenças dermatológicas complexas e graves. A detecção rápida e o diagnóstico dos achados podem reduzir a morbidade, a mortalidade, o tempo de internação e os custos de internação.

Além disso, é importante analisar os padrões de doença de pele no ambulatório comunitário para discutir estratégias e demandas de saúde da população. Alguns estudos foram realizados em diferentes países com base nessa abordagem.

Nos artigos pesquisados, observa-se que dermatoses comuns na prática dermatológica não são facilmente diagnosticadas por médicos não dermatologistas. (ALVES, 2007)

Conhecer quais doenças dermatológicas são as prevalentes nos pacientes ambulatoriais e internados ; e quais àquelas que mais causam dúvidas aos médicos de todas as especialidades é dado fundamental para sugerir quais temas deverão ser mais bem abordados nas escolas médicas, nos programas de educação continuada em Dermatologia para médicos não dermatologistas e na capacitação dos médicos especialistas na área. (BAKOS, 2015).

O serviço de dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná experimenta uma demanda diária significativa de consultas. Este estudo, com fonte relevante de informações, buscou avaliar dados epidemiológicos de pacientes atendidos em primeira consulta no ambulatório de Dermatologia visando o conhecimento do perfil de pacientes e frequência de doenças dermatológicas em um serviço terciário e público de saúde, no estado do Paraná.

## 2. OBJETIVO(S)

O objetivo geral é de estabelecer o perfil epidemiológico das doenças encaminhadas e atendidas em primeira consulta ambulatorial em um serviço de dermatologia, em hospital público de nível terciário no município de Curitiba.

Os objetivos específicos consistem em:

- Estabelecer a prevalência das principais dermatoses na população encaminhadas para serviço terciário e público de dermatologia.
- Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos relativos às variáveis como sexo, idade, naturalidade, procedência, doença dermatológica.
- Determinar a concordância dos diagnósticos iniciais em unidades básicas e finais após avaliação de especialista
- Verificar a prevalência de pacientes que continuaram em seguimento em serviço terciário de dermatologia e daqueles que receberam alta ou retornaram à unidade básica de saúde para seguimento.
- Comparar a casuística relatada na literatura nacional e internacional com os dados obtidos neste estudo.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Estudos apontam que os problemas dermatológicos são muito frequentes. Inquérito de prevalência de base populacional realizado na França (WOLKENSTEIN, 2003) estimou em 86,8% a proporção da população que refere ter sofrido alguma lesão dermatológica desde o nascimento vida, e em 43,2% a proporção dos que referiam problema dermatológico nos últimos 24 meses, o que sem dúvida indica que as questões dermatológicas são extremamente frequentes quando comparadas a outros problemas de saúde.

Outro inquérito de base populacional, realizado na Suécia, (BINGEFORS 2002) também mostrou a enorme frequência das doenças de pele, revelando prevalência de 20,5%, sendo 23,3% entre as mulheres e 17,5% no sexo masculino.

No entanto, existe uma tendência a não valorização de tais agravos pelos responsáveis pela definição de políticas de atenção a saúde, devido à ideia de sua baixa letalidade e subestimação da morbidade enquanto problema de saúde. (BINGEFORS, 2002).

A atenção aos problemas dermatológicos também representa custo significativo para os sistemas de saúde de países subdesenvolvidos, nos quais se estima que 10% de todas as consultas sejam por doenças de pele. (MAHE, 2003) Esse custo pode, sem dúvida, ser aumentado se não existir um adequado sistema de referência e o sistema de saúde básica apresentar baixa resolubilidade para problemas dermatológicos, alguns dos quais poderiam ser resolvidos ambulatorialmente em nível primário de atenção, mas, por condução inadequada, acabam requerendo assistência hospitalar, com conseqüente aumento dos custos e sobrecarga da assistência terciária ou hospitalar.

Além disso, é importante analisar os padrões de doença de pele no ambulatório comunitário para discutir estratégias e demandas de saúde da população. Alguns estudos foram realizados, em diferentes países, com base nessa abordagem.

No Japão, foi realizada uma pesquisa multicêntrica nacional, levando à observação de que a grande maioria dos 67.448 casos avaliados envolveu eczema variado, dermatite atópica e tinea pedis (FURUE, 2011)

Penãte *et al.* realizaram um estudo avaliando 3.144 pedidos de consultas de dermatologia em regime de internamento no Hospital Universitário *Insular Las*

*Palmas de Gran Canaria*, Espanha, concluindo que os diagnósticos mais frequentes foram: dermatite de contato (8,9%), reações medicamentosas (7,4%), candidíase (7,1%) e dermatite seborreica (5,3%).(PEÑATE, 2009)

Bale J *et al.* realizaram uma pesquisa em um hospital terciário de referência em New South Wales, Austrália, examinando internações em sua unidade de dermatologia durante 2011. Os motivos mais frequentes para admissão foram dermatite ou eczema e úlceras; o último diagnóstico foi responsável pelo maior tempo de permanência. (BALE, 2014)

No *Hospital das Clínicas* da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), foram avaliados 313 pedidos de encaminhamento para a divisão de dermatologia. Os grupos diagnósticos mais frequentes foram doenças infecciosas, eczema e reações a medicamentos. (MANCUSI, 2010)

Estudo em um serviço ambulatorial de dermatologia na Etiópia mostrou que 31% dos pacientes haviam sido visto por outros profissionais de saúde, sendo que 90,1% desses foram mal diagnosticados, e seus casos, mal conduzidos (HILETEWORK, 1998). Na Nigéria, a demanda ambulatorial de hospital universitário incluía 28,6% de casos de doença dermatológica, levando os autores do artigo a advogar a necessidade de esforço concentrado de treinamento dos trabalhadores de saúde para o diagnóstico e tratamento das doenças dermatológicas mais comuns. (ONAYEMI, 2005)

Já nos EUA, dados apontam, que embora um grande número de consultas por doença dermatológica seja realizado por médicos ligados a atenção primária – clínicos, pediatras e médicos de família –, eles tratam poucos pacientes, uma vez que os referenciam a especialistas. Os autores concluem que a maior capacidade dos especialistas em diagnosticar e tratar doenças de pele é responsável por essa composição de atuação de especialistas e não especialistas, que deve ser levada em consideração no planejamento de serviços de atenção a saúde e de programas educacionais para melhorar os cuidados dermatológicos. (FLEISCHER, 2000)

Estudo realizado no Reino Unido demonstrou que 595 alunos de diferentes universidades de Medicina, que já haviam concluído a disciplina de Dermatologia, julgaram-se, na maioria dos casos, incapazes de diagnosticar e conduzir adequadamente tanto casos de dermatoses simples quanto emergenciais, como quadros de necrólise epidérmica tóxica. ( CHIANG, 2011)

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) desenvolveu em 2006 um estudo relativo a demanda de especialistas, tanto no setor público como no privado, com o objetivo de gerar informações sobre as principais causas de consultas a dermatologistas visando contribuir para a formulação de políticas públicas de saúde no Brasil.(ANAIS, 2006), cuja conclusão foi de que o perfil nosológico do atendimento ambulatorial dos dermatologistas é relacionado ao especialista e não predominantemente ao atendimento primário. Os resultados enfatizam a importância de doenças de pele e anexos o câncer de pele e a hanseníase como problemas de saúde pública, para os quais deve haver investimento contínuo em assistência e educação em saúde.

Um estudo retrospectivo de foi realizado com pacientes admitidos na Clínica de Dermatologia de Triagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ao longo de um ano. Um total de 16.399 pacientes e 17.454 doenças foram identificados para análise. As afecções cutâneas mais frequentes foram eczema (18%), infecções cutâneas (13,1%), doenças escamosas eritematosas (6,8%) e neoplasias cutâneas malignas (6,1%) Havia 10.364 (63,2%) do sexo feminino e 6.035 (36,8%) do sexo masculino. A idade média dos sujeitos foi de 43,9 anos As origens mais frequentes dos pacientes foram: sistema de saúde primário / secundário (26,6%), outras especialidades ambulatoriais (25,5%) e atendimento de emergência (14,9%). Seus destinos mais comuns foram: alta hospitalar (27,5%), seguimento na Divisão de Dermatologia do HCFMUSP (24,1%), retorno (14,1%) e sistema primário / secundário de saúde (20,7%).( BERTANHA, 2016).

Em outro estudo realizado em ambulatório de dermatologia da UNISUL-Santa Catarina, incluídos todos os pacientes atendidos no período de fevereiro de 2003 ( até 31 de agosto de 2005. Foram 1005 consultas, no período do estudo, em 537 pacientes, sendo 348 (64,8%) mulheres e 189 (35,2%) homens e 1220 diagnósticos realizados, as cinco dermatoses mais frequentemente diagnosticadas foram: psoríase com 11,72% dos diagnósticos, eczemas (8,68%), micoses superficiais (8,60%), ceratose actínica ( 7,78% ) e dermatite atópica com 7,13%. Cada paciente foi consultado, em média, 1,87 vezes no ambulatório.( HOLITHAUSEN 2007).

#### 4. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo analítico, através de modelo observacional e retrospectivo, a partir da análise de banco de dados de pacientes atendidos em primeira consulta, no ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (SAM 4) durante um período de seis meses, de 01 de junho de 2016 a 30 de novembro de 2016.

Como ambulatório de especialidade, o serviço de dermatologia experimenta uma demanda diária significativa de consultas. Os pacientes atendidos podem ser encaminhados dos sistemas de atenção primária, do município ou intermunicipal, de outras especialidades ambulatoriais, ou ainda avaliação de pacientes internados no próprio hospital.

Após a consulta, os pacientes podem ser encaminhados para seguimento no sistema de saúde primário por meio de contrarreferência à unidade básica de saúde, podem retornar para outra avaliação no ambulatório, acompanhar em um grupo específico da divisão do serviço de Dermatologia do HC UFPR ou receber alta.

Os pacientes do presente estudo eram avaliados e os dados coletados registrados em tabelas. As variáveis analisadas foram: idade do paciente, gênero, queixa dermatológica (diagnóstico inicial), procedência (unidade de saúde, município de origem ou especialidade de onde o paciente foi encaminhado), diagnósticos firmados no serviço após avaliação de médico dermatologista e conduta (para onde o paciente foi encaminhado após a consulta: permanência no serviço ou contrarreferência à Unidade Básica de saúde).

Os diagnósticos firmados no serviço terciário foram realizados com base em anamnese, sinais clínicos e dermatoscopia quando aplicável. Microscopias diretas de raspagens de pele, biópsias e outros exames complementares foram realizados para pacientes relevantes.

Foram excluídos os pacientes que estavam em sua consulta de retorno (sujeitos repetidos) e aqueles cujas informações em relação ao sexo, idade e diagnóstico não estavam claras ou estavam ausentes.

As variáveis contínuas foram expressas como médias. A análise descritiva das variáveis categóricas foi calculada como frequências absoluta (n) e relativa (%). Utilizado Microsoft Excel para realizar as análises.

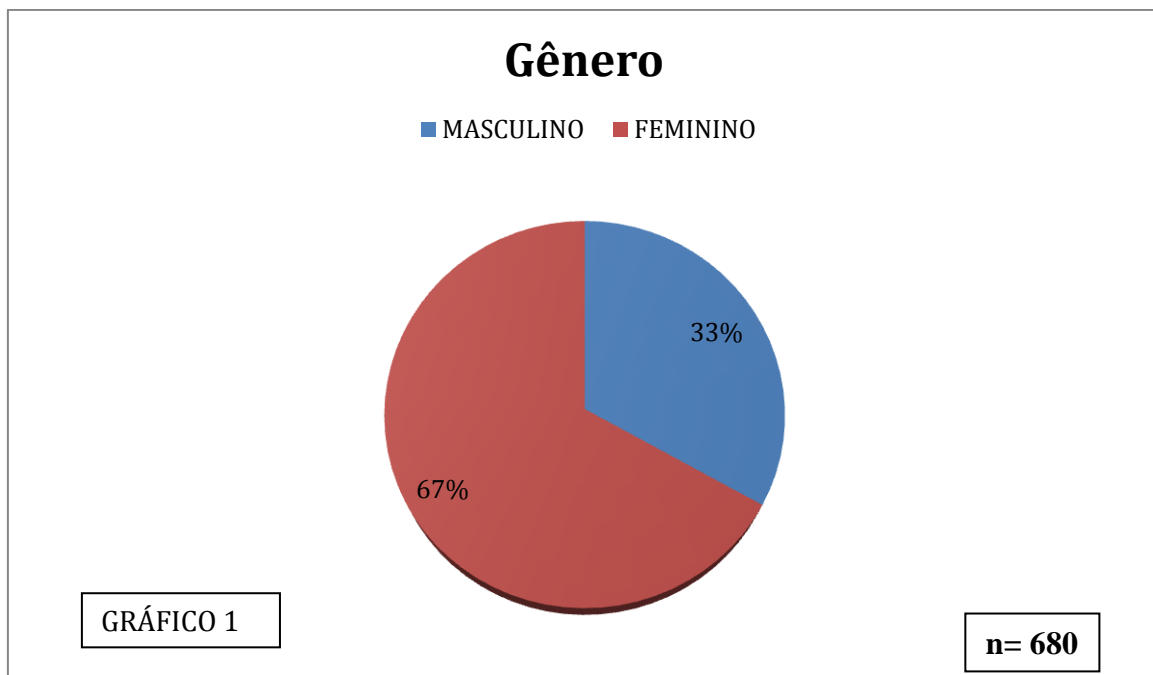


## 5. RESULTADOS

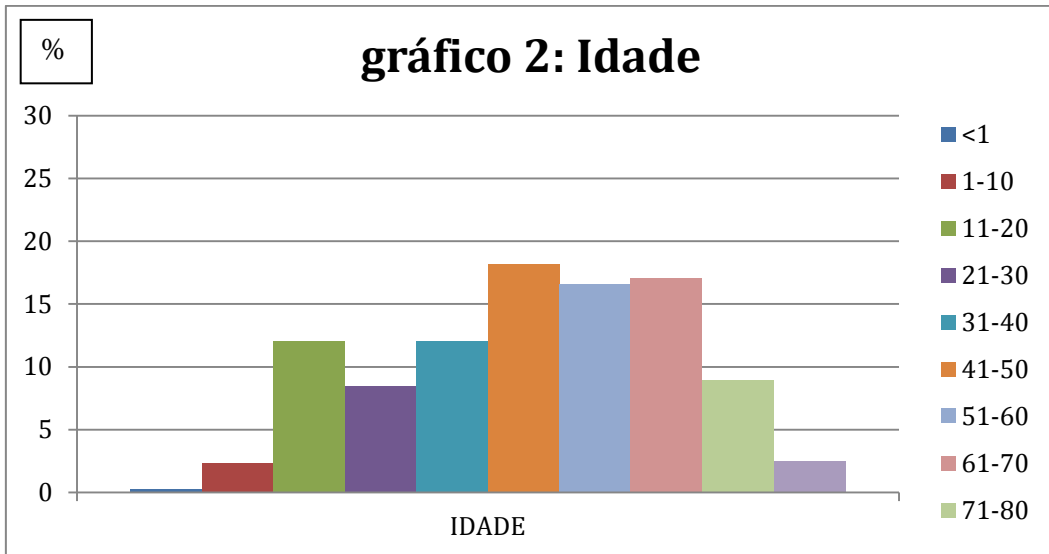
### 5.1 Demografia

Durante este período de seis meses de estudo, de 01 de junho de 2016 a 30 de novembro de 2016, um total de 760 novas consultas foram registradas, com 680 pacientes avaliados e analisados. Enquanto isso, 80 sujeitos foram excluídos devido a dados incompletos, em decorrência de diagnósticos indefinidos ou falta de dados que dificultaram e impossibilitaram a categorização diagnóstica. Os restantes 680 indivíduos foram também analisados e realizados 1187 diagnósticos.

Nos dados analisados, 455 (66,9%) pessoas eram do sexo feminino e 225 (33,1%) do sexo masculino. ( Gráfico 1) .

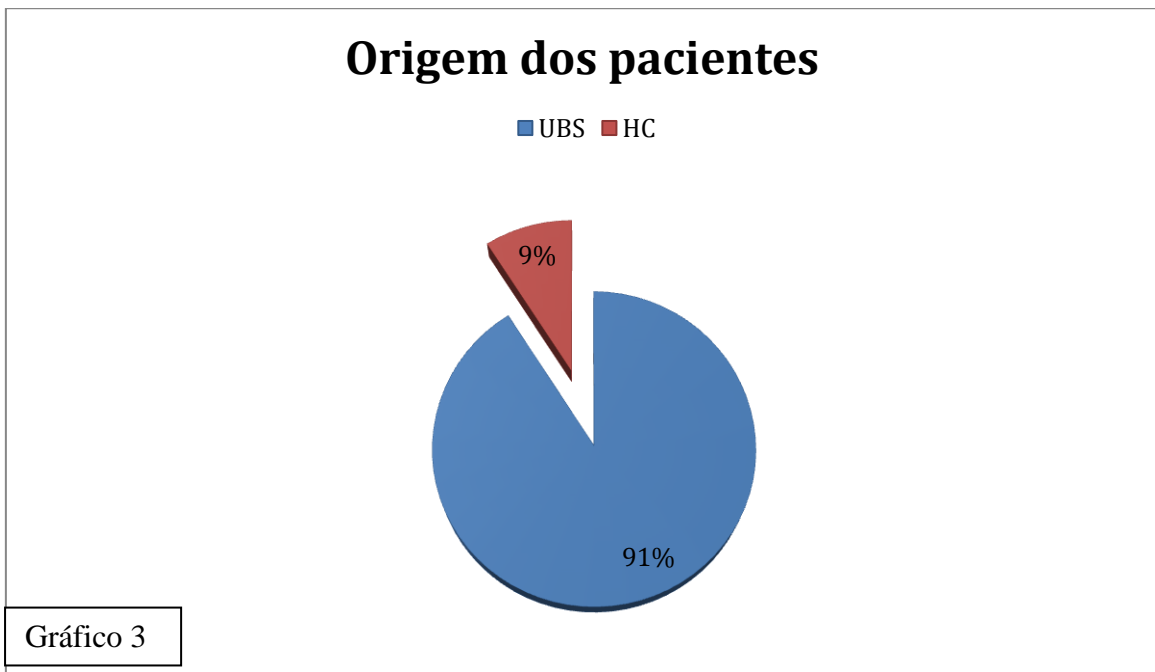


A idade média dos sujeitos foi de 46,8 anos (49,5 para homens e 45,6 para mulheres), variando de 2 anos a 92 anos. A faixa etária mais frequente foi de 41 a 50 anos, com 18,2%, seguida de 61 a 70 anos (17 %) e 51 a 60 anos (16,6 %), conforme o gráfico 2.



A maioria dos pacientes foi procedente de Curitiba (64,9%), enquanto 32,1% eram de outras cidades, 21 pacientes não tiveram esse dado registrado (cerca de 3%).

As origens dos pacientes foram: 90,9% do sistema de saúde primário (n=453) e 9,1% (n=64) de outras especialidades ambulatoriais Inter hospitalar. (Gráfico 3). Em 23% dos pacientes estes dados estavam ausentes.



A maioria dos atendimentos de primeira consulta ambulatorial eram procedentes das unidades básicas de saúde(UBS) . Dos 453 pacientes encaminhados das UBS , 61,8% (n=280) apresentavam código internacional de doenças ( CID-10) inespecíficos no encaminhamento : CID -10 Z000/Exame médico geral e afecções de pele e tecido subcutâneo não especificadas. Outros 188 pacientes foram encaminhamentos com código internacional de doenças específico de uma doença. Destes 101 estavam corretos e 88 incorretos. Em outros 20 encaminhamentos havia apenas descrição de lesão elementar sem hipótese diagnóstica

As características gerais dos pacientes do estudo foram resumidas na tabela 1.

**Tabela 1** : Características dos pacientes

Pacientes avaliados, n	680
Assuntos, n	16.399
Doenças, n	17,454
Idade do paciente, anos, média.	46,8
<b>Sexo, n (%)</b>	
Feminino	455 (66,9%)
Masculino	225 (33,1%)

## 5.2 Diagnóstico dermatológico

Durante o estudo, dos 680 pacientes analisados foram realizados 1187 diagnósticos, pois algumas consultas geraram mais de um diagnóstico por atendimento, correspondendo cerca de 15% dos casos (n=94 pacientes), tiveram mais de um diagnóstico na avaliação dermatológica.

O diagnóstico mais prevalente nas primeiras consultas foi o de queratose seborréica ( n= 94 ) presente em 7,89% dos atendimentos.

A tabela 2 apresenta todos os 139 diagnósticos registrados no período.

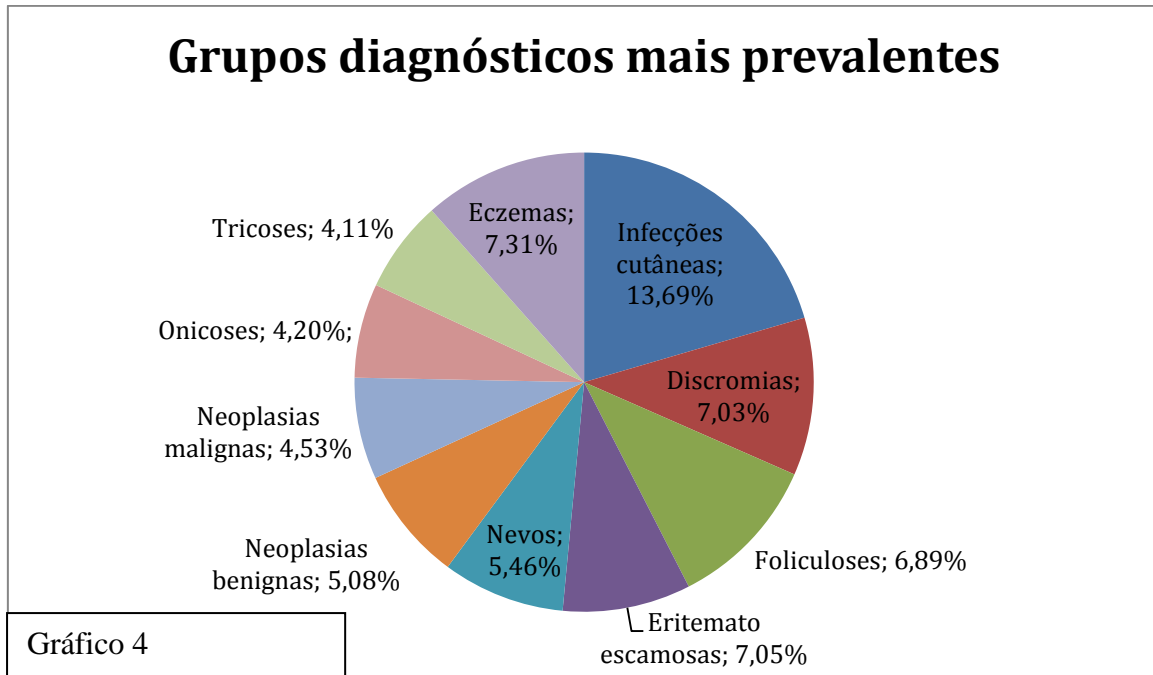
Diagnóstico	Frequência (n)	%	Diagnóstico	Frequência (n)	%
1. Queratose seborreica	94	7,89	52. Hiperplasia sebácea	4	0,34
2. Queratose actínica	67	5,63	53. Pápula fibrosa	4	0,34
3. Nevos	66	5,55	54. Ptíriase alba	4	0,34
4. Dermatite seborreica	49	4,12	55. Siringoma	4	0,34
5.Acne	47	3,95	56. Farmacodermia	4	0,34
6.Verruga viral	42	3,53	57. Hanseníase	3	0,25
7. Lentigo solar	40	3,36	58. Líquen plano pilar	3	0,25
8. Tinea Pedis	37	3,11	59. Molusco contagioso	3	0,25
9. Carcinoma basocelular	37	3,11	60. Ceratoacantoma	3	0,25
10. Onicomiose	35	2,94	61. Corno cutâneo	3	0,25
11. Psoríase	34	2,86	62. Efélides	3	0,25
12. Rosácea	28	2,35	63. Mília	3	0,25
13. Acrocórdon	27	2,27	64. Onicocriptose	3	0,25
14. Dermatite de contato	27	2,27	65.Angioedema	2	0,17
15. Melasma	26	2,18	66.Candidíase	2	0,17
16. Eczema	21	1,76	67.Ceratoacantoma	2	0,17
17. Fotodano	20	1,68	68.Rítides	2	0,17
18. Xerose cutânea	20	1,68	69.Efélides	2	0,17
19. Dermatite Atópica	19	1,65	70.Escabiose	2	0,17
20. Alopecia Androgenética	18	1,51	71.Hemangioma	2	0,17
21. Ptíriase Versicolor	16	1,34	72.Hidradenite	2	0,17
20. Tinea corporis	16	1,34	73.Impetigo	2	0,17
22. Queratose pilar	15	1,26	74.Livedo reticular	2	0,17
23. Cisto epidérmico	15	1,26	75. Melanoma	2	0,17
24. Dermatite Ocre	14	1,14	76. Onicodistrofia	2	0,17
25. Vitiligo	13	1,09	77. Onicólise traumática	2	0,17
26. Clavus	13	1,09	79.Paroníquia	2	0,17
27. Lúpus cutâneo	12	1,01	80. Pseudotínea amiantácea	2	0,17
28. Carcinoma escamocelular	12	1,01	81. Ptíriase alba	2	0,17
29. Alopecia areata	11	0,92	82.Púrpura pigmentar	2	0,17
30. Líquen Simples Cônico	11	0,92	83 .Queloides	2	0,17
31. Hiperchromia pós inflamatória	10	0,84	84. Traquioníquia	2	0,17
32. Dermatofibroma	9	0,76	85. Tumor anexial	2	0,17
33. Urticária	9	0,76	86. Unhas frágeis	2	0,17
34. Cicatriz	9	0,76	87. Herpes zoster	2	0,17
35. Prurido autotóxico	9	0,76	88. Placa pruriginosa	2	0,17
36. Eflúvio telógeno	8	0,67	89. Reação hansênica	2	0,17
37. Leucoderma gutata	8	0,67	90. Nódulo do beliscador	2	0,17
38. Líquen plano	8	0,67	91. Fenômeno de Raynaud	2	0,17
39. Escoriação neurótica	8	0,67	92. Micose fungoide	2	0,17
40. Lipoma	8	0,67	93. Úlcera venosa	2	0,17
41. Prurigo estrófulo	6	0,50	94. Alopecia de tração	2	0,17
42.Estrias	5	0,42	95. Acantoma de grandes células	1	0,08
43. Hiperidrose	5	0,42	96. Eritema multiforme	1	0,08
44. Púrpura Senil	5	0,42	97. Amiloidose	1	0,08
45 .Ausência de lesões	5	0,42	98. Angiofibroma	1	0,08
46. Acantose nigricante	4	0,34	99. Cisto triquelema	1	0,08
47. Notalgia parestésica	4	0,34	100. Dermatite herpetiforme	1	0,08
48. Xantelasma	4	0,34	101. Abscesso	1	0,08
49. Angioma rubi	4	0,34	102 .Dermatite neglecta	1	0,08
50. Condiloma acuminado	4	0,34	103. Dermatomiosite	1	0,08

51. Foliculites	4	0,34	104. Esporotricose	1	0,08
105. Estuococeratose	1	0,08	122. Lesão hipertrófica	1	0,08
106. Fibroqueratoma	1	0,08	123. Mácula melanótica	1	0,08
107. Fotossensibilidade	1	0,08	124. Lipodistrofia por HIV	1	0,08
108. Furúnculo	1	0,08	125. Líquen amiloidótico	1	0,08
109. Granuloma piogênico	1	0,08	126. Líquen escleroatrófico	1	0,08
110. Hematoma subungueal	1	0,08	127. Lúpia	1	0,08
111. Herpes simples	1	0,08	128. Necrobiose lipoídica	1	0,08
112. Hiperplasia angioliipoide com eosinofilia	1	0,08	129. Neurofibromatose	1	0,08
113. Hipocromia por medicamento	1	0,08	130. Onicomadese	1	0,08
114. Hipotrofia de face	1	0,08	131. Poiquilodermia de Cevati	1	0,08
115. Hordéolo	1	0,08	132. Poro dilatado de Winer	1	0,08
116. Balanite	1	0,08	133. Pseudofoliculite	1	0,08
117. Lago venoso	1	0,08	134. Pseudoxantoma elástico	1	0,08
118. Leishmaniose	1	0,08	135. Ptíriase rósea	1	0,08
119. Tromboangeíte Obliterante	1	0,08	136. Queilite angular	1	0,08
120. Tumor glômico	1	0,08	137. Sd de Sjogren	1	0,08
121. Úlcera de Marjolin	1	0,08	138. Telangiectasia unilateral	1	0,08
			139. TEMP	1	0,08

**Tabela 2. Distribuição dos diagnósticos (n=1187)**

### 5.3 Diagnósticos dermatológicos agrupados em categorias

Os motivos mais comuns de consultas foram atribuídos a uma das seguintes nove categorias de diagnóstico: infecções cutâneas, doenças eritematosas e escamativas, neoplasias cutâneas malignas, neoplasias cutâneas benignas, discromias,, nevos, tricoses, foliculoses, distúrbios ungueais, erupção papular pruriginosa , outras doenças de pele e sem doença de pele. As infecções cutâneas foram as mais frequentes (13,69%) e na maioria dos casos as micoses superficiais (9%), seguido por: eczemas (7,31%, principalmente), discromias (7,03% doenças escamosas eritematosas (5,71%, principalmente psoríase - 3,5 %), tumores malignos cutâneos diversos (4,53%, incluindo carcinoma basocelular (CBC) e tumores cutâneos benignos diversos (5,08%, ceratose seborreica predominantemente - 3,6%) .Gráfico 4 .



O grupo das dermatoses infecciosas prevaleceu como primeira causa de atendimento, com 166 casos no total (13,69%).

Dentro do grupo das dermatoses infecciosas, as micoses superficiais foram as mais comuns, com um total de 105 casos, 9% dos atendimentos totais e correspondente a aproximadamente 65% dos casos das dermatoses infecciosas, seguidas das dermatoviroses, com 48 casos (33,73%), hanseníase e reações(3,89%) , escabiose(1,29%) e leishmaniose e esporotricose correspondendo a 0,64% das dermatoses infecciosas. (grafico 5). As infecções cutâneas estão detalhadas da tabela 3.

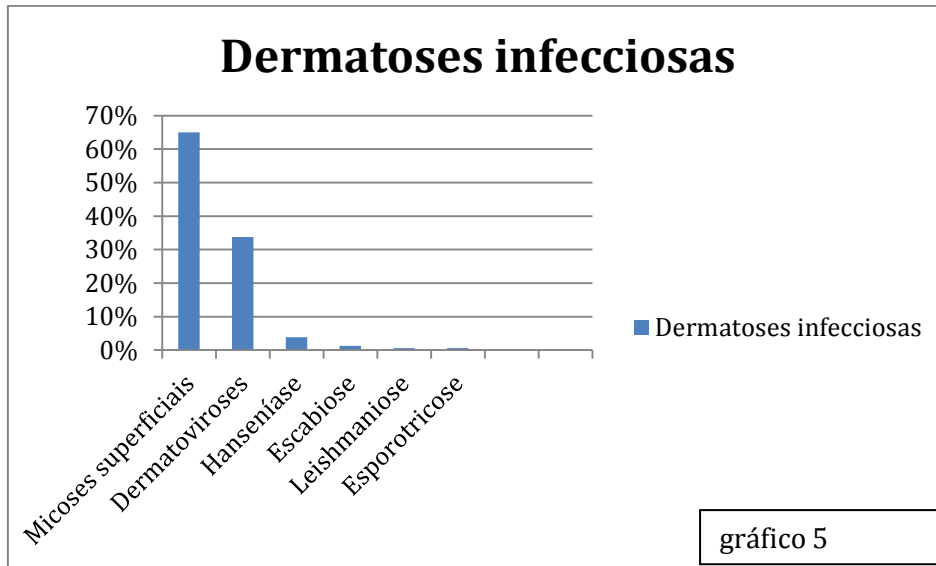


Tabela 3

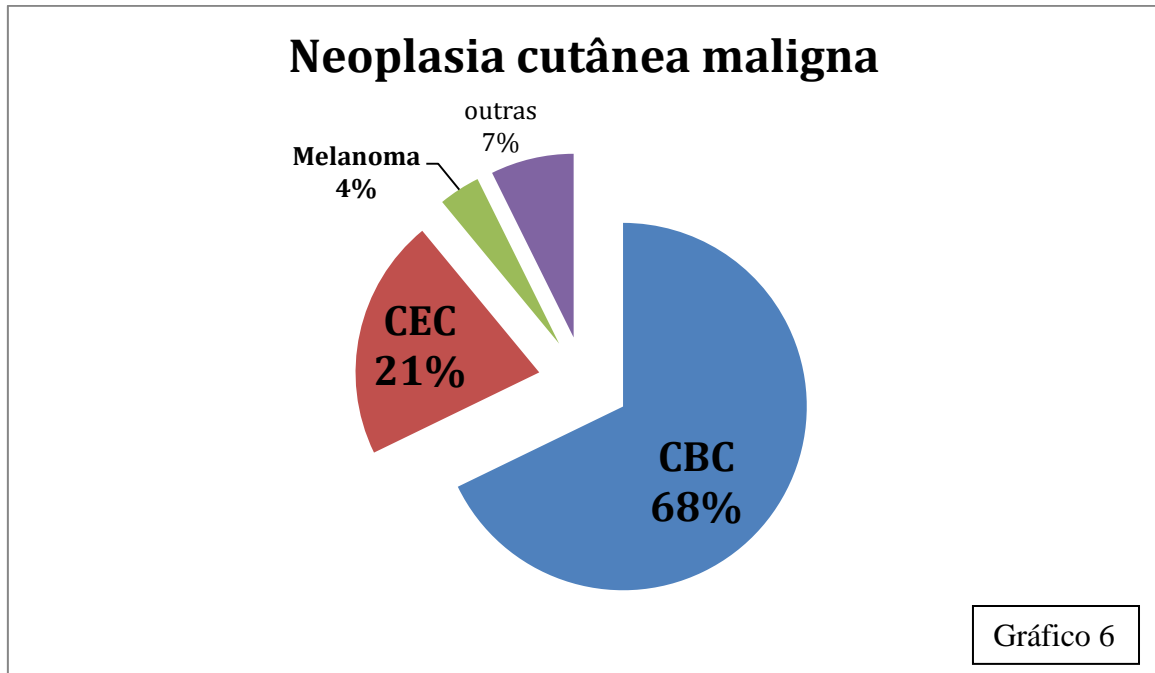
<b>Infecções cutâneas</b>		<b>N=166</b>
<b>Micose superficial n= 105</b>		
Onicomicose	35	
Tinea Pedis	32	
Tinea Corporis	15	
Tinea Cruris	05	
Ptríase Versicolor	16	
Candidíase	02	
<b>Dermatoviroses 48</b>		
Verruga viral	42	
Molusco contagioso	03	
Herpes Zoster	02	
Herpes simples	01	
<b>Leishmaniose 1</b>		
<b>Esporotricose 1</b>		
<b>Infecções bacterianas 2</b>		
<b>Escabiose 2</b>		

Condições escamosas eritematosas também foram comuns em nosso estudo (4,11%). Dentre eles, dermatite seborréica e psoríase foram os mais frequentemente observados, presentes em 41,52 % e 28,8%, respectivamente. Como detalhado na tabela 4.

<b>Tabela 4</b>			
<b>Dermatoses Eritemato escamativas</b>	Número de diagnósticos Valor absoluto	% de todas as consultas	% em relação as dermatoses eritemato escamativas
<b>Dermatite seborreica</b>	49	4,11	41,52%
<b>Psoríase vulgar</b>	30	2,52	25,4%
<b>Psoríase gutata</b>	3	0,25	2,54%
<b>Micose fungoide</b>	1	0,08	0,85%
<b>Psoríase invertida</b>	1	0,08	0,85%
<b>outras</b>	1	0,08	0,85%
total	118	7,05	100

As neoplasias cutâneas malignas representaram 4,53% (n=54) do total de atendimentos. O tumor de pele mais prevalente foi o carcinoma basocelular, com um total de 37 casos (68,5% das neoplasias malignas) , 13 casos de carcinoma espinocelular (21,4%) e 2 casos de melanoma (3,7%). (GRÁFICO 6)



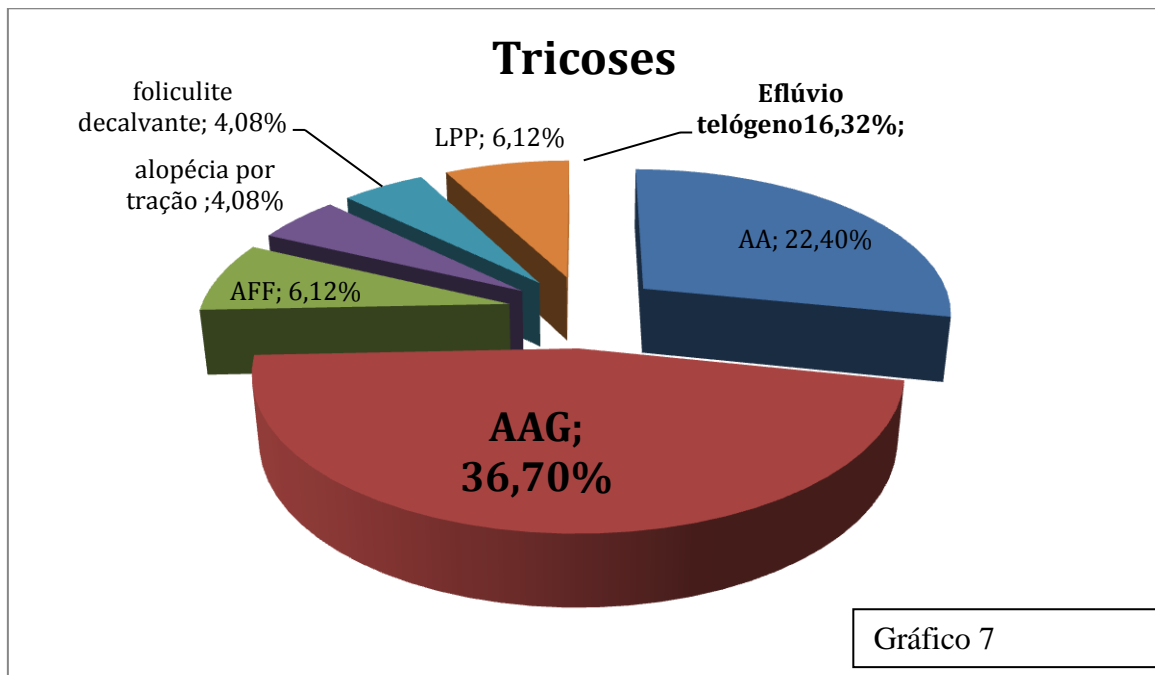


Outro grupo prevalente de doenças cutâneas em nosso estudo foi o de eczemas representou 7,31% das consultas totais. Observamos dermatite de contato (28%), seguido por dermatite atópica (28%), dermatite de estase (15,5%). Líquen simples crônico (10%), eczema não especificado (10%), disidrose (7,8%) e eczema numular (5,6%). (tabela 5)

Tabela 5

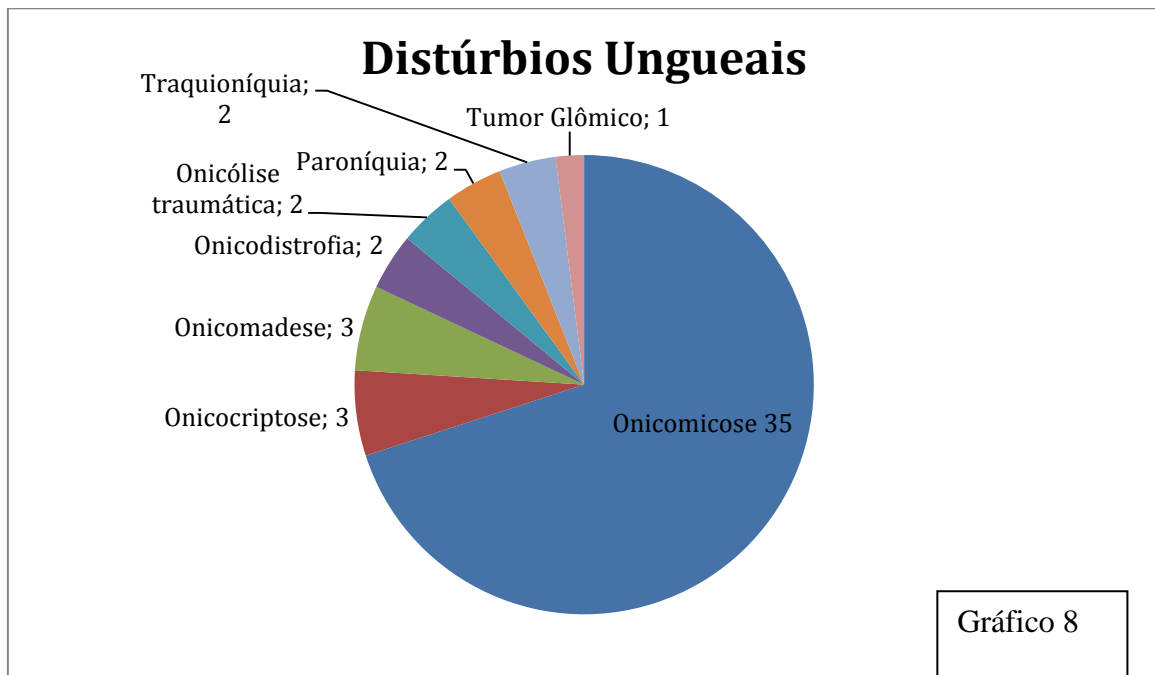
DIAGNÓSTICO	NÚMERO ABSOLUTO	% das consultas	% eczemas
Eczemas	90	7,31	100
<b>Dermatite de contato</b>	26	2,1	28,9
<b>Dermatite atópica</b>	19	1,6	21,1
<b>Dermatite ocre</b>	14	1,2	15,6
<b>Líquen simples crônico</b>	11	0,92	12,2
<b>Eczema</b>	9	0,59	10,0
<b>Disidrose</b>	7	0,59	7,8
<b>Eczema numular</b>	4	0,34	4,4

Distúrbios de cabelos e unhas somados representaram 8,33% do total de atendimentos. As afecções de cabelo somam 4,11% do total de consultas e entre elas a mais prevalente foi a alopecia androgenética , responsável por 36,7% das queixas capilares. Os demais diagnósticos estão detalhados no gráfico 7 e tabela 6.



<b>Tricoses</b>	<b>49</b>	<b>4,11</b>
	<b>(n)</b>	<b>%</b>
Alopecia androgenética	18	36,7
Alopecia areata	11	22,5
Eflúvio telógeno	8	16,3
Alopécia frontal fibrosante	3	6,12
Liquen Plano Pilar	3	6,12
Foliculite decalvante	2	4,08
Pseudotínea amiantácea	2	4,08
Alopécia por tração	2	4,08

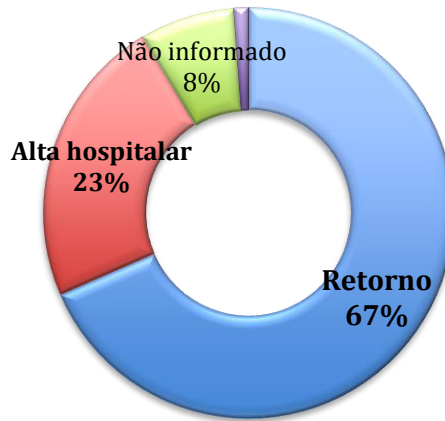
Os distúrbios ungueais também foram comuns em nosso estudo, 50 pacientes, representaram 4,2% dos atendimentos em primeira consulta. Detalhados em distribuição pelo número de pacientes no gráfico 8.



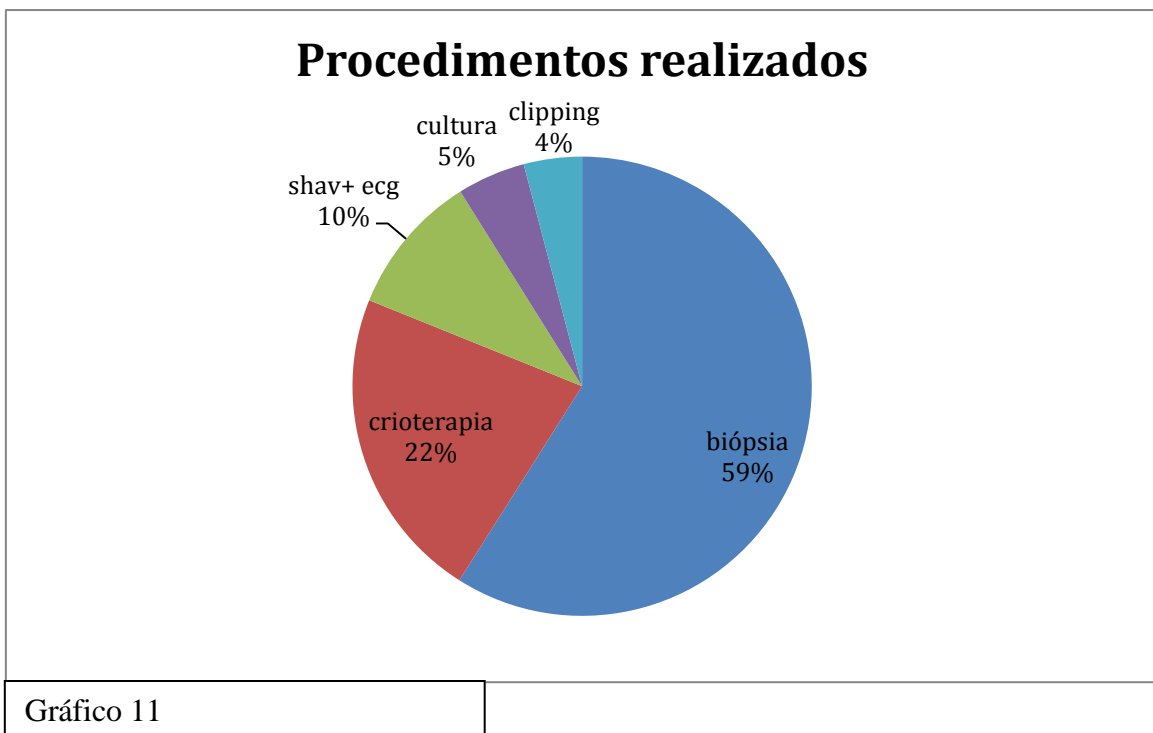
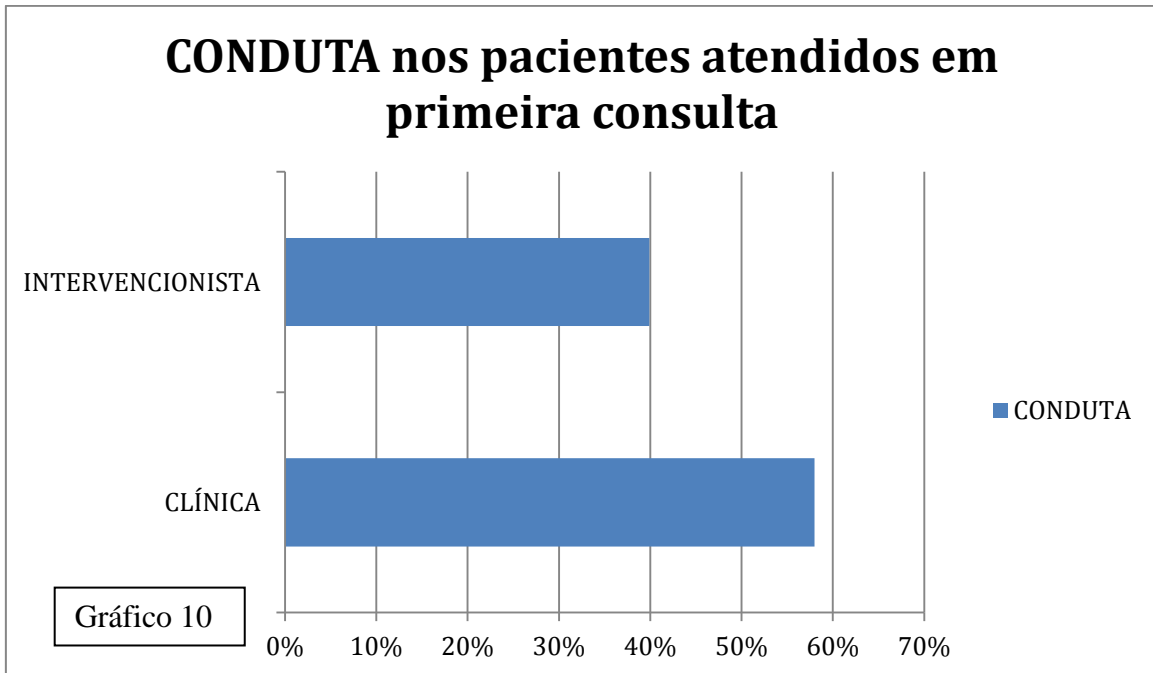
#### 5.4 Conduta após atendimento em ambulatório

Após atendimento ambulatorial na especialidade os destinos mais comuns dos pacientes foram: 457 retornaram ao serviço de dermatologia HCUFPR (67,2%) , 165 obtiveram alta hospitalar após primeira consulta (22,5%), 8 pacientes foram encaminhados a outras especialidades(1,17%), os 50 pacientes restantes não tiveram esse dado informado(1,17%) .( Gráfico 9).

## Destino dos paciente atendidos após primeira consulta



Em relação às condutas tomadas, dos 680 pacientes atendidos neste período, 397 pacientes ( 58%) , durante primeira consulta, receberam tratamentos clínicos como orientações, tratamento medicamentoso tópico ou sistêmico. e 277 (39,9%) foram submetidos a algum tipo de procedimento. Nos 277 pacientes submetidos a terapias intervencionistas foram realizadas as seguintes : crioterapia (n=60), biópsia excisional (n= 64), biópsia incisional (n=96), realização de shaving com eletrocauterização (n=27), coleta de clipping ungueal ( n=11) e coleta de material para cultura (n=13). Um paciente foi encaminhado para realização de fototerapia e os outros 11 pacientes ( 1,61%) não tiveram esses dados registrados. ( gráficos 10 e 11)



## 6. DISCUSSÃO

As evidências apresentadas devem ser interpretadas levando-se em conta algumas limitações do estudo. Apesar de um grande número de atendimentos de primeiras consultas no ambulatório de dermatologia do Hospital de Clínicas, por vezes a amostra pode não ser representativa dos agravos dermatológicos da população em geral, com possibilidade de um viés de demanda e da disponibilidade de oferta de serviços. No entanto, o perfil nosológico similar aos dados encontrados na literatura nacional e internacional parece indicar consistência nos resultados encontrados nesse estudo.

Assim como todo estudo observacional retrospectivo, este trabalho teve limitações e vieses. As proporções apresentadas referem-se às avaliações encaminhadas e solicitadas à equipe de Dermatologia. Não foi possível determinar a incidência ou a prevalência das dermatoses presentes nos pacientes internados no Hospital de Clínicas durante o período avaliado nem avaliar qual especialidade mais solicitou a avaliação dermatológica.

Foram realizadas 760 novas consultas durante o período do estudo, de 01 de junho de 2016 a 30 de novembro de 2016, 80 consultas foram excluídas devido a dados incompletos ou diagnósticos indefinidos. Os restantes 680 indivíduos e os seus 1187 diagnósticos foram também analisados, sendo 455 (66,9%) mulheres e 225 (33,1%) homens. Relação 2,02: 1. Resultado relativamente semelhante ao estudo realizado em hospital universitário da UFSC- Sc, por LIMA, et al em 1999 , que encontrou uma relação de 2,24:1, e reforçado por dados de vários outros estudos . O predomínio de consultas para o gênero feminino, por exemplo, pode estar refletindo maior cuidado das mulheres com a saúde de modo geral, e em especial com a pele, como a maior preocupação em relação à proteção para a exposição solar, as pacientes desse gênero também não hesitam em buscar auxílio médico, conhecem melhor seu corpo e conseguem notar pequenas alterações e, também, naturalmente possuem uma vaidade maior. Essa é uma das hipóteses para explicar a distribuição por gênero, mas podemos também encontrar predomínio de mulheres entre os consultantes encaminhados ao dermatologista em países como o Irã, (BAGHESTANI 2005) onde certamente os determinantes culturais são outros. No entanto, características biológicas também contribuem para o predomínio de mulheres entre os pacientes dermatológicos (MERCURIO, 1998).

Característica muito relevante do presente estudo é a grande dispersão de diagnósticos, em apenas 680 consultas foram registrados 139 diagnósticos diferentes. A principal causa de consulta, queratose seborreica, responde apenas por 7,89% do total dos diagnósticos, e a partir da quinta causa, acne, cada diagnóstico responde por menos de 4% do total de consultas. Esse é um fenômeno esperado quando se trata de consulta com especialista, uma vez que essa demanda, enquanto demanda referida no sistema de saúde, inclui doenças raras cujos diagnóstico e acompanhamento ficam ao encargo do especialista, corroborando ao achado do estudo realizado pela SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Esse achado contrasta com a composição da demanda de dermatologistas em países africanos e asiáticos, nos quais as doenças infecto parasitárias respondem por mais de 30% das consultas com dermatologistas (HILETEWORK 1998), o que se aproxima da composição da demanda na atenção primária em função de doenças de pele em países desenvolvidos como os EUA. (FIEN, 2005)

Da mesma forma, observamos uma alta incidência de neoplasia cutânea maligna (4,53%), dos quais 68% eram casos de carcinoma basocelular (CBC), como esperado. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) mostram que o câncer de pele não melanoma representa 25% de todos os casos e o tipo mais frequente é o CBC, responsável por cerca de 70% dos casos. Esses achados são semelhantes aos de Katalinic *et al.*, que realizaram um estudo na Alemanha, constatando que mais de 80% de todos os tumores de pele eram de CBC.

Observamos que nenhuma das infecções cutâneas foi a principal causa de atendimento em número absoluto, provavelmente refletindo melhorias na higiene e saneamento básico no Brasil. No entanto, nossos dados mostram que as infecções cutâneas ainda representam um importante grupo de dermatoses entre a população e motivo significativo de encaminhamento para hospital terciário especializado. Observamos que as infecções cutâneas mais comuns foram: micose superficial (65%), verrugas virais (27,7%), molusco contagioso (1,94%), herpes zoster (1,29%), impetigo (1,29%), escabiose (1,29%) herpes simplex (0,64%), e hanseníase (2,59%), esporotricose (0,08%) e leishmaniose (0,08%).

De acordo com estudo, da SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA DE 2006, há ainda registro de escabiose entre as principais causas de consulta ao dermatologista no Brasil, mais relevante na região Norte, isso chama a atenção para

a falta de resolubilidade da atenção básica, ao menos quanto a diagnóstico, tratamento e orientação de higiene para essa infestação.

Ainda corroborando dados do estudo da SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, em relação as micoses superficiais, agravos realmente muito comuns na população em geral, vale ressaltar que a distribuição dos diferentes tipos, com predominância da onicomicose (33% do total de micoses superficiais) e baixa proporção de candidíase, reflete o mecanismo de referência ao dermatologista, ou seja, a consulta ao especialista esta associada a maior complexidade do tratamento.

O segundo distúrbio cutâneo mais comum em nosso estudo foi o de eczemas (7,31% das consultas). Observamos dermatite de contato (28%), seguido por dermatite atópica (21%), dermatite de estase (15,5%). Líquen simples crônico (12,2%), eczema não especificado (10%), disidrose (7,8%) e eczema numular (4,4%),. Eczema é um grande problema de saúde em todo o mundo, principalmente em países desenvolvidos, onde a maior prevalência é influenciada por fatores socioeconômicos e ambientais. Também está associado à prevalência de dermatite atópica. Nossos dados sobre o eczema estão abaixo estão próximos da proporção observada entre a população dos EUA, cerca de 17% (HANIFIN) Além dos fatores climáticos, o uso crescente de produtos de limpeza, especialmente em países em desenvolvimento, que estão melhorando a qualidade de vida e as condições socioeconômicas de suas populações, pode ser uma razão para o aumento abrangente da prevalência do eczema.(WILLIANS , 2008)

Condições eritematosas escamosas também foram comuns em nosso estudo (5,72%). Dentre eles, a dermatite seborreica e a psoríase foram os mais frequentemente observados, presentes em 4,12% e 2,86% de todos os diagnósticos, respectivamente. Esses dados eram esperados, uma vez que a psoríase afeta aproximadamente 2% da população mundial e a dermatite seborreica também é uma afecção cutânea comum, cuja prevalência em adultos é estimada em 5%. (NI, 2014) (DESSINOTI, 2013)

A categoria 'sem lesões de pele' foi de certa maneira prevalente Isso pode refletir uma possível dificuldade que os pacientes enfrentam para acessar especialistas no sistema público de saúde brasileiro. Especificamente, quando os pacientes passam por avaliação médica especializada após um longo período de espera, a doença desapareceu. Isso é significativo e destaca a necessidade de



reduzir o tempo necessário para chegar aos hospitais e adotar melhores critérios de encaminhamento.

Os dados do presente estudo podem mostrar indícios de que médicos não dermatologistas podem ter dificuldade em diagnosticar e conduzir dermatoses, até mesmo as mais prevalentes. Estudos mais bem delineados para esse fim ainda precisam ser realizados. No entanto, outros autores também já levantaram esta suspeição. (ANTIC, 2004). Feldman et al. analisaram consultas de médicos não dermatologistas no período de quatro anos, de 1990 a 1994, e observaram que as doenças dermatológicas mais comumente diagnosticadas por internistas diferem daquelas diagnosticadas por dermatologistas. (FELDMAN 1998).

Muitos médicos não dermatologistas não se consideram adequadamente capacitados para o atendimento de pacientes com queixas ou lesões cutâneas, conforme mencionado. ( BARBARULO, 2002). As consequências geradas por condutas terapêuticas inadequadas, excessiva solicitação de exames e encaminhamentos a especialistas devem ser considerados na organização do sistema de saúde. Contudo, é responsabilidade das instituições de ensino médico prover qualificação mínima necessária a atuação do profissional de formação geral, em especial para aqueles que atuem nas especialidades básicas. Essa capacitação deve possibilitar avaliação clínica inicial suficientemente adequada para que o profissional médico seja capaz de diagnosticar e tratar corretamente as dermatoses mais prevalentes, identificar pacientes cuja manifestação cutânea sugira possíveis doenças sistêmicas e identificar aqueles que apresentam lesões que realmente necessitam de encaminhamento ao dermatologista.

Em relação à análise de destino a maioria das consultas resultaram em acompanhamento em nosso serviço foram. Alguns casos foram monitorados em nosso serviço para aprendizado de médicos residentes e estudantes de medicina. Outra razão pela qual doenças comuns são monitoradas em hospitais terciários é que o sistema de saúde brasileiro é deficiente, com falta de especialistas e infraestrutura, principalmente nos níveis primário e secundário de atendimento. (PAIM 2001) . Além disso, os casos mais complexos e ou graves, como câncer de pele e outras doenças cutâneas de maior morbidade devem ser monitorados em nosso serviço, uma vez que o HCUFPR está entre os maiores hospitais públicos de nível terciário do estado e do país

## 7. CONCLUSÃO

Compreender a incidência de doenças de pele é fundamental na tomada de decisões sobre a alocação de recursos para atendimento clínico e pesquisa. Estudos baseados na população são essenciais nesse aspecto.

Reforçou, também, o importante papel que representam os conhecimentos da especialidade na prática clínica do médico não dermatologista, o que se constitui em elemento central a ser considerado na discussão sobre a suficiência do tempo destinado ao ensino da disciplina, os conteúdos abordados e a qualidade do ensino nos cursos de graduação em medicina na formação do médico generalista.

Cabe salientar, o número baixo de estudos publicados na literatura sobre prevalência das dermatoses em ambulatório, havendo uma quantidade maior de trabalhos de prevalência em pacientes internados em hospital (que não foi o objetivo deste estudo), principalmente na literatura nacional.

Determinar o perfil dos pacientes com doenças dermatológicas é importante também para, futuramente, determinar alguma intervenção, ou ainda, orientar estudos posteriores.

## REFERÊNCIAS

ALVES, GB; NUNES, DH; RAMOS, LD. Prevalência das dermatoses no ambulatório de dermatologia da UNISUL. **Arq Catarin Med.**, v. 36, p. 65-68, 2007.

ANTIC, M; CONEM, D; ITIN, PH. Teaching Effects of Dermatological Consultations on Nondermatologists in the Field of Internal Medicine. **Dermatology**, v. 208, p. 32-37, 2004.

AUGUSTIN, M; HERBERGER, K; HINTZEN, S. Prevalence of skin lesions and need for treatment in a cohort of 90 880 workers. **British Journal of Dermatology**, p. 865-873. 2011.

BAGHESTANI S, ZARE S, MAHBOOBI A. Skin disease patterns in Hormozgan, Iran. **Int J Dermatol.** v 44:p 641-5, 2005

BALE J, CHEE P. Inpatient dermatology: Pattern of admissions and patients' characteristics in an Australian hospital. **Australas J Dermatol.** v. 55, p.191-195, 2014.

BAKOS, L; DANTAS, L.; BALBINOT, G.. Prevalência de dermatoses em solicitações de avaliação dermatológica em pacientes internados em hospital terciário durante 10 anos. **Anais Brasileiros de Dermatologia** , v. 90, n. 5, p. 760-763, 2015.

Barbarulo AM, Gavazza S, Fontana MI, Berbari S, Azcune R. Evaluacion de la capacidad diagnostica de os medicos generales en dermatologia. **Arch Argent Dermatol.** 2002;52:111-5

BERTANHA, Fernanda et al. Profile of patients and characteristics of admissions to a tertiary dermatology ward in São Paulo, Brazil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 91, n. 3, p. 318-325, 2016.

BINGEFORS K, LINDBERG M, ISACSON D. Self-reported dermatological problems and use of prescribed topical drugs correlate with decreased quality of life: an epidemiological survey. **Br J Dermatol.** 147:285-90, 2002

BOLOGNA, J; JORIZZO, J; RAPINI, RP. **Dermatology.2nd edition.** London: Ed. Mosby, 2010.

CARLI, P; GIORGI,V;PALLI, D; et al. Dermatologist detection and skin self-examination are associated with thinner melanomas - results from a survey of the italian multidisciplinary group on melanoma. **Arch Dermatol.** 2003;139

CHATURVED, SK;SINGH G, ;GUPTA, N. Stigma experience in skin disorders: an Indian perspective. **Dermatol Clin.** 2005;23:635-42.

CHIANG, YZ et al. . Evaluation of educational methods in dermatology and confidence levels: a national survey of UK medical students. **International Journal Dermatology**, p. 198-202. 2011.

DALGARD F., SVENSSON. A, HOLM JO. Selfreported skin morbidity among adults: associations with quality of life and general health in a Norwegian survey. **J Investig Dermatol Symp Proc.** 2004;9:120-5

DESSINOTI C, KATSAMBAS A. Seborrheic dermatitis: etiology, risk factors, and treatments: facts and controversies. **Clin Dermatol.**;31:343-51, 2013

FELDMAN SR, FLEISCHER AB Jr, McConnell RC. Most common dermatologic problems identified by internists, 1990-1994. **Arch Intern Med.** 158:726-30., 1998;

FIEN S, BERMAN B, MAGRANE B. Skin disease in a primary care practice. **Skinmed.** 4:350-3, 2005;

FISCHER M, , BERGERT H., MARSC C. The dermatologic consultation. **Hautarzt V;** 55:6:p 543-8, 2004.

FLEISCHER AB Jr., HERBERT R, FELDMEN R, O' et al. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. **Am J Manag Care**.v6, p 1149-56, 2000.

FURUE, M et al. Prevalence of dermatological disorders in Japan: A nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study. **The Journal of Dermatology**. Japan, p. 310-320, april, 2011.

GUPTA MA. , GUPTA AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. **Am J Clin Dermatol**. 2003; 4: p 833-42.

HILETEWORK M. Skin diseases seen in Kazanchis health center. **Ethiop Med J**. 36:p 245-54, 1998

HANIFIN M, REED L; Eczema Prevalence and Impact Working Group. A population-based survey of eczema prevalence in the United States. **Dermatitis**. 18:82-91, 2007..

Inca.gov.br Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer de pele não melanoma. Rio de Janeiro: **Inca**; 2012. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecaner/site/home/pele\\_nao\\_melanoma](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecaner/site/home/pele_nao_melanoma) [ [Links](#) ]

KATALINIC A, KUNZE U, SCHÄFER T, . Epidemiologia do melanoma cutâneo e do câncer de pele não melanoma em Schleswig-Holstein, Alemanha: incidência, subtipos clínicos, estágios do tumor e localização (epidemiologia do câncer de pele). **Br J Dermatol**. v. 149, p 1200-6.,2003.

LIMA HC., et al. Prevalência de Doenças Dermatológicas no Hospital Universitário de Florianópolis-SC, **Arquivo Catarinense de Medicina**. 1999

LOWELL BA, FROELICH CW, FEDERMAN DG, at al. Dermatology in primary

care: Prevalence and patient disposition. **J Am Acad Dermatol.** 2001 Aug;45(2):250-5.

MAHE A., F. O, FANELLO S. Public health and dermatology in developing countries. **Bull Soc Pathol Exot.** 2003;96:351-6.

MANCUSI, S; FESTA NETO, C. Inpatient dermatological consultations in a university hospital. **Clinics.** São Paulo, v. 65, p. 851-855, 2010.

MARTÍNEZ ML, PÉREZ GLJ, Escario-Travesedo E, et al. Referrals to dermatology: proportion of banal disorders. **Actas Dermosifiliogr**;v 102 p193-8, 2011.

MASSA A; ALVES,R; AMADO,J; et al. Prevalência de lesões cutâneas em Freixo de Espada à Cinta **Acta Med Porto.** 2000; 13: 247-54.

MERCURIO MG. Gender and dermatology. **J Gend Specif Med.**V1 p:16-20, 1998.

NI C, Chiu MW. Psoriasis and comorbidities: links and risks. **Clin Cosmet Investig Dermatol.** 7:119-32, 2014

OLIVEIRA TF; MONTEGUTI C; VELHO PEN. Prevalence of skin diseases at a healthcare clinic in a small Brazilian town. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85, p. 947-949, 2010.

ONAYEMI O. , ISEZUO A., NJOUK CH. Prevalence of different skin conditions in an outpatients' setting in north-western Nigeria. **Int J Dermatol.** v 44 p 7-11, 2005.

PAIM J, TRAVASSOS C, AIMEIDA C, et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lanceta.** v 377 p 1778-97, 2011.

PEÑATE, Y et al. Dermatologists in Hospital Wards: An 8-year Study of Dermatology Consultation. **Dermatology**, v. 31, p. 225-231, 2009.

SANTOS JUNIOR, A; ANDRADE, MGG; ZEFERINO, AB; et al. Prevalência de dermatoses na rede básica de saúde de Campinas, São Paulo – Brasil. . **An Bras Dermatol.** v 82 n 5 p. 419-24, 2007

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. **An Bras Dermatol.**, v. 81, n. 6, p. 549-558, 2006.

TALHARI S, TORRECILHA MA, TALHARI AC. A study of leprosy and other skin diseases in school children in the state of Amazonas. **Brazil. Lepr Rev.** 1987;58: 233-7

Williams H, Stewarts A, von Mutius E, et al ; International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase One and Three Study Groups. Is eczema really on the increase worldwide? **J Allergy Clin Immunol.** 121:947-54.e15, 2008.

WOLKENSTEIN P, GROB J, BASTUJI S, J. French people and skin diseases: results of a survey using a representative sample. **Arch Dermatol.**;139:1614-9, 2003





