

Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil* *Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil**

Sociedade Brasileira de Dermatologia *

Resumo: FUNDAMENTOS: Informações epidemiológicas são fundamentais para a política de saúde e são limitadas para o conjunto das nosologias dermatológicas no país. OBJETIVOS: Verificar a frequência dos principais diagnósticos na prática dos dermatologistas. MÉTODOS: Os diagnósticos referentes ao atendimento ambulatorial dermatológico foram levantados durante uma semana por uma amostra de dermatologistas e 49 serviços que oferecem residência médica. Os dados clínicos e demográficos não identificados de cada paciente foram coletados em formulário padronizado. RESULTADOS: Os resultados apresentados foram baseados em 57 mil consultas dermatológicas. O motivo principal de consulta foi acne, com 14% dos atendimentos, seguida pelas micoses superficiais (8,7%), transtornos da pigmentação (8,4%) e ceratose actínica (5,1%). A ceratose actínica foi a causa de consulta mais freqüente no grupo de 65 anos e mais (17,2%), seguida pelo carcinoma basocelular (9,8%). A hanseníase foi a 20ª causa em todo o país, mas a quarta na Região Centro-Oeste. CONCLUSÃO: O perfil nosológico do atendimento ambulatorial dos dermatologistas é relacionado ao especialista e não predominantemente ao atendimento primário. Os resultados reforçam a importância da acne, do câncer de pele e da hanseníase como problemas de saúde pública, para os quais deve haver investimento contínuo em educação para saúde.

Palavras-chave: Brasil; Dermatologia; Dermatopatias; Dermatopatias/epidemiologia; Diagnóstico

Abstract: BACKGROUND: Although crucial for health policies, there are few data on frequency of skin diseases in Brazil. OBJECTIVES: To generate data on the main dermatologic diagnoses in the country. METHODS: Diagnoses made at outpatient's visits were collected by a sample of dermatologists in their private offices and at 49 residency services, during one week (May 22-26, 2006). A form was filled in with clinical and demographic data, with no patient identification. RESULTS: The main diagnosis was acne accounting for 14% of visits, followed by superficial mycoses (8.7%), pigmentation disorders (8.4%) and actinic keratosis (5.1%). Actinic keratosis was the main reason for consultation in the group aged 65 years and over (17.2%), followed by basal cell carcinoma (9.8%). Leprosy ranked twentieth in the country as a whole and fourth in Central West region. CONCLUSION: The morbidity profile of dermatological outpatient's visits in Brazil is a pattern related to the specialty and not to primary healthcare. The findings stress the relevance of acne, skin cancer and leprosy as public health problems and point out to continuous investment in health education.

Keywords: Brazil; Dermatology; Diagnosis; Skin diseases; Skin diseases/epidemiology

Recebido em 14.12.2006.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 18.12.2006.

* Este é um artigo original de autoria institucional da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Foi elaborado a partir de um estudo inédito no Brasil, coordenado pelo Dr. Gerson Penna, do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília, com participação direta das Dras Andréa Ramos, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, e Maria Ester Café, da Santa Casa de Belo Horizonte.

A principal autoria é de todos os colegas dermatologistas que contribuíram para a construção do conhecimento sobre a saúde da pele da população brasileira, aos quais ficam registrados os agradecimentos da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Contou com a consultoria da Profª Maria Lúcia Penna, do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), da estatística Mônica Rodrigues Campos, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, e da Profª Celina M. T. Martelli, do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás.

©2006 by Anais Brasileiros de Dermatologia

INTRODUÇÃO

Informações epidemiológicas são fundamentais ao direcionamento das políticas de saúde. No Brasil, tais informações são limitadas para o conjunto das nosologias dermatológicas. Dados existentes, embora circunscritos à abrangência geográfica e demográfica, revelam alta frequência de doenças de pele.¹

Estudos apontam que os problemas dermatológicos são muito freqüentes. Inquérito de prevalência de base populacional realizado na França² estimou em 86,8% a proporção da população que refere ter sofrido alguma lesão dermatológica desde o nascimento e a prevalência no curso da 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 freqüentes quando comparadas a outros problemas de saúde. Inquérito de base populacional realizado na Suécia³ também mostrou a enorme freqüência da doença de pele, revelando prevalência de 20,5%, sendo 23,3% entre as mulheres e 17,5% no sexo masculino.

No entanto, existe uma tendência à não-valorização de tais agravos pelos responsáveis pela definição de políticas de atenção à saúde, devido a sua baixa letalidade e subestimação da morbidade enquanto problema de saúde. Vários estudos mostram que as doenças dermatológicas têm significativo impacto na qualidade de vida dos atingidos, sobretudo os cronicamente doentes,^{3,5} 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. Os indivíduos com doença dermatológica percebem sua saúde atingida, sentem-se limitados na execução de suas tarefas diárias e experimentam perda de vitalidade. As doenças dermatológicas são, portanto, limitantes, provocam absentismo escolar e no trabalho, e seus portadores estão mais propensos a apresentar depressão.⁶

Estimou-se que no ano de 2004 nos EUA, o gasto com doenças dermatológicas foi de 39,3 bilhões de dólares, sendo 29,1 bilhões de custo médico direto e 10,2 bilhões de custo relativo à perda de produtividade.⁷ 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.⁸ Esse custo pode, sem dúvida, ser aumentado se não existir um adequado sistema de referência e o sistema de saúde apresentar baixa resolubilidade para problemas dermatológicos, alguns dos quais poderiam ser resolvidos ambulatorialmente, mas, por condução inadequada, acabam requerendo assistência hospitalar, com o conseqüente aumento dos custos dessa assistência.

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.⁹ 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.¹⁰

Já nos EUA, dados apontam que embora um grande número de consultas por doença dermatológica seja realizado por médicos ligados à 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 à saúde e de programas educacionais para melhorar os cuidados dermatológicos.¹¹

A Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) desenvolveu este estudo relativo à 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.

MATERIAL E MÉTODOS

A partir do cadastro de 4.400 dermatologistas titulados pela SBD, foram selecionados 932 associados com probabilidade proporcional ao tamanho por unidade federativa. A amostra incluiu também os ambulatorios universitários com atendimento pelo Sistema Único de Saúde, que oferecem residência médica, e credenciados pela Sociedade Brasileira de Dermatologia, distribuídos em todas as regiões do país. Os serviços credenciados foram considerados "estrato certo" na amostragem (de 60 serviços enviados, 49 devolveram). Dessa foram, considerando-se os serviços credenciados conjuntamente e a amostra de 932 médicos, obteve-se 98% de devolução.

De 22 a 26 de maio de 2006, o diagnóstico de cada paciente atendido foi coletado pela Classificação Internacional de Doenças (CID) versão 10, havendo especificação de se primeira consulta ou retorno, cor, idade e gênero.

Foram tabulados os dados para a realização de análise descritiva das principais causas de consulta no conjunto da amostra, por grupo etário, setor de atendimento público ou privado e região do país.

Análise estatística

As duas primeiras causas de consulta por grupo etário foram selecionadas para avaliar sua influência no diagnóstico das demais variáveis em conjunto. Para essa avaliação foi realizada uma regressão logística para cada uma das causas de consulta. A variável dependente de cada regressão foi o diagnóstico por cada causa, transformada em variável *dummy*. Por exemplo, para avaliar os fatores associados à probabilidade do diagnóstico de acne, criou-se uma variável de valor zero quando houve qualquer outro diagnóstico e valor um¹ quando o diagnóstico foi acne. Utilizaram-se como variáveis independentes: setor, tendo como referência o setor privado; gênero, sendo referência o masculino; grupo etário, tendo como referência o grupo de 65 anos e mais; cor, tendo como referência a cor branca; região, tendo como referência a Região Sudeste. Usou-se como medida de associação a razão de probabilidades (*odds ratio*, OR) estimada pela regressão logística, ou seja, controlada pelas demais variáveis independentes.

Também foram realizadas regressões logísticas para as três principais doenças com maior proporção de consultas de retorno entre as causas mais frequentes, utilizando-se as mesmas variáveis independentes e mais o tipo de caso, tendo a reconsulta como categoria de referência.

RESULTADOS

Obteve-se a participação de 98,3% da amostra, com dados relativos a 57.343 pacientes consultados. Desses, 66,5% eram mulheres, 77,9% brancos, 72,3% foram atendidos em consultório privado, e 48,2% eram do total consultantes de primeira vez (44,5% dos atendidos no setor público e 49,7% no setor privado). Entre as 25 causas mais frequentes, aquelas com maiores proporções de consulta de retorno foram hanseníase (78%), psoríase (68%) e vitiligo (64%). Um quinto dos pacientes (20%) recebeu mais de um diagnóstico, e 3% do total apresentou três diagnósticos. Quanto ao diagnóstico principal, 78,2% foi confirmado pelo médico atendente.

A idade dos pacientes variou de um ano até 98 anos, com média de idade de 37,4 anos (35,3 anos para os homens e 38,4 anos para as mulheres). O cruzamento de sexo com idade evidencia que as mulheres predominaram em todos os grupos etários, apresentando a menor proporção entre os menores de cinco anos, 51,7% contra 48,3% de homens nesse grupo etário.

Ao compararem-se os atendimentos nos setores público e privado, verifica-se que a proporção de brancos é menor no primeiro (65,9% e 82,5% respectivamente). A escolaridade foi mais baixa entre os pacientes do setor público, em que 65,7% dos pacien-

tes atendidos no setor público e 27,6% dos atendidos no setor privado não tinham cursado o segundo grau.

A tabela 1 apresenta as 25 causas mais frequentes de consulta registradas, a tabela 2, as 10 causas mais frequentes segundo grupo etário, e a tabela 3, as 25 causas mais frequentes segundo o setor de atendimento público ou privado. Enquanto a tabela 2 mostra a distribuição das doenças como esperado segundo o conhecimento epidemiológico sobre sua distribuição etária, a tabela 3 sugere que o setor público atenda preferencialmente, em comparação com o setor privado, as doenças crônicas.

Para explorar esse dado, calculou-se a razão entre as consultas totais e as consultas de primeira vez por diagnóstico e por setor. Essa razão é uma estimativa do número médio de consultas por diagnóstico, sendo razão dos atendimentos incidentes pelos atendimentos prevalentes (indivíduos em acompanhamento mais casos novos) por doença. A mediana dessa razão foi de 1,72 para o setor público e de 1,59 para o setor privado. No entanto, o total de consultas correspondentes aos diagnósticos com razão maior ou igual a três, ou seja, diagnóstico que geram em média três ou mais consultas, correspondeu a 19,7% do total de consultas no setor público e a apenas 1,7% daquelas do setor privado.

Vale ressaltar que, dos pacientes com diagnóstico de hanseníase, 89% se tratam no serviço público e, dos pacientes com alopecias não cicatriciais e androgênica, 85% o fazem em instituições privadas.

A proporção dos diagnósticos varia também segundo as macrorregiões do país (Tabela 4). As variações mais importantes são relativas à da ceratose actínica – variando de 2,89%, na Região Norte, a 7,4%, na Região Sul; à dermatite atópica – de 4,8%, na Região Norte, a 2,25%, na Região Sudeste; à escabiose – 0,78% na Região Sul; à hanseníase – 4,02% na Região Centro-Oeste, onde é a quarta causa mais frequente de consulta, e 0,56% na Região Sul; e ao líquen simples crônico e prurigo – variando de 3,03%, na Região Norte, onde é a oitava causa de consulta, a 1%, na Região Sudeste.

Uma vez que a maior proporção de determinado diagnóstico por região pode ser explicada pela composição etária, racial, por sexo e importância relativa das consultas no setor público e privado, e no sentido de mostrar o efeito de cada uma dessas variáveis em relação às outras, apresenta-se na tabela 5 o resultado de regressão logística para as duas principais causas de consulta por grupo etário.

A figura 1 mostra o histograma da idade das doenças mais frequentes em cada grupo etário.

A discriminação desses diagnósticos para a classificação pela CID com três dígitos numéricos mostra que 98,12% dos casos de acne foram classificados com

TABELA 1: Principais causas de consultas registradas

| Posto | CID-10 (Letra+2 dígitos) | N. | % | % acumulado |
|------------------------------|---|--------------|------------|-------------|
| 1 | L70 Acne | 8,049 | 14 | 14 |
| 2 | B35 B37- Micoses superficiais | 5,003 | 8,7 | 22,8 |
| 3 | L81 Transtornos da pigmentação | 4,822 | 8,4 | 31,2 |
| 4 | L57 Ceratose actínica | 2,953 | 5,1 | 36,3 |
| 5 | L23 L25- Dermatites de contato | 2,241 | 3,9 | 40,2 |
| 6 | L21 Dermatite seborréica | 2,005 | 3,5 | 43,7 |
| 7 | B07 Verrugas de origem viral | 1,958 | 3,4 | 47,1 |
| 8 | D22 Nevos melanocíticos | 1,881 | 3,3 | 50,4 |
| 9 | L30 Dermatites: eczema/disidrose/pitíriase alba | 1,520 | 2,7 | 53,1 |
| 10 | L40 Psoríase | 1,422 | 2,5 | 55,5 |
| 11 | L20 Dermatite atópica | 1,391 | 2,4 | 58 |
| 12 | L82 Ceratose seborréica | 1,305 | 2,3 | 60,3 |
| 13 | C80 Neopl. malign. s/espec. carcinoma basocelular | 1,248 | 2,2 | 62,4 |
| 14 | L65 Alopecias não cicatriciais/eflúvio telógeno | 1,221 | 2,1 | 64,6 |
| 15 | L85 Espessamento epidérmico/xerose cutânea | 974 | 1,7 | 66,3 |
| 16 | L72 Cistos foliculares da pele e tec subcutâneo | 891 | 1,6 | 67,8 |
| 17 | L64 Alopecia androgenética | 863 | 1,5 | 69,3 |
| 18 | B86 Escabiose | 799 | 1,4 | 70,7 |
| 19 | L80 Vitiligo | 780 | 1,4 | 72,1 |
| 20 | A30 Hanseníase | 708 | 1,2 | 73,3 |
| 21 | L28 Líquen simples crônico e prurigo | 678 | 1,2 | 74,5 |
| 22 | Q82 Malformação cong. da pele/acrocórdon | 636 | 1,1 | 75,6 |
| 23 | L50 Urticária | 633 | 1,1 | 76,7 |
| 24 | L73 Outras afecções foliculares/foliculite | 624 | 1,1 | 77,8 |
| 25 | L90 Estrias atróficas/cicatriz e fibrose cutânea | 564 | 1 | 78,8 |
| Todos os diagnósticos | | 57343 | 100 | 100 |

apenas dois dígitos ou como acne vulgar; 99,06% dos casos de dermatite atópica foram classificados apenas com dois dígitos; 93,05% dos casos de ceratose actínica também não possuíam outra especificação; entre as micoses superficiais, 42% correspondiam a tinea das unhas, 32,56% a dermatofitose não especificada, 18,27% a pitíriase versicolor, e 4,10% a candidíase não especificada. Entre os transtornos da pigmentação, 61,88% eram casos de cloasmas; 26,62%, outras formas de hiperpigmentação ou transtornos da pigmentação não especificados; 2,57%, sardas; e 2,32%, leucodermia não classificada em outra parte.

DISCUSSÃO

As evidências apresentadas devem ser interpretadas levando-se em conta algumas limitações do estudo. Apesar de ser um inquérito de abrangência nacional, a avaliação de diagnóstico em demanda espontânea de ambulatório pode não ser representativa dos agravos dermatológicos da população em geral, com possibilidade de um viés de demanda e da disponibilidade e tradição de oferta de serviços regionalmente. No entanto, o perfil nosológico similar

entre as regiões parece indicar consistência nos resultados da pesquisa.

O predomínio de consultas para o gênero feminino, por exemplo, pode estar refletindo maior cuidado das mulheres com a pele, o que é reforçado por dados de outros estudos, como a maior preocupação em relação à proteção para a exposição solar nesse gênero. Essa é uma hipótese para explicar a distribuição por gênero, mas podemos também encontrar predomínio de mulheres entre os consultantes encaminhados ao dermatologista em países como o Irã,¹² onde certamente os determinantes culturais são outros. No entanto, características biológicas também contribuem para o predomínio de mulheres entre os pacientes dermatológicos.¹³

Característica muito relevante do presente estudo é a grande dispersão de diagnósticos – em apenas uma semana foram registrados 1.010 subcategorias (letra e três dígitos) da CID diferentes. A principal causa de consulta, acne, responde apenas por 14% do total dos diagnósticos, e a partir da quarta causa, ceratose actínica, cada diagnóstico responde por menos de 5% do total de consultas. Esse é um

TABELA 2: Principais causas de consulta registradas, segundo grupo etário

| Até 15 anos | | 15 a 39 anos | |
|--------------|---|--------------|--|
| 1 | L70 Acne | 13,9 | L70 - Acne 26,6 |
| 2 | L20 Dermatite atópica | 13,7 | L81 - Transtornos da pigmentação 9,4 |
| 3 | B07 Verrugas de origem viral | 8,2 | B35 - B37- Micoses superficiais 8 |
| 4 | B35 B37- Micoses superficiais | 6,9 | L23 - L25- Dermatites de contato 4 |
| 5 | L30 Dermatites: eczema/disidrose/ pitiríase alba | 6,5 | L21 - Dermatite seborréica 3,9 |
| 6 | B08 Outras infecções virais/molusco contagioso | 5,1 | D22- Nevos melanocíticos 3,7 |
| 7 | B86 Escabiose | 3,6 | B07- Verrugas de origem viral 3,3 |
| 8 | L21 Dermatite seborréica | 3,5 | L65- Alopecias não cicatriciais/eflúvio telógeno 3 |
| 9 | L23 L25- Dermatites de contato | 3,1 | L64- Alopecia androgenética 2,2 |
| 10 | D22 Nevos melanocíticos | 3 | L30- Dermatites: eczema/disidrose/ pitiríase alba 2,2 |
| 40 a 64 anos | | 65 anos e + | |
| 1 | L81 Transtornos da pigmentação | 11,6 | L57- Ceratose actínica 1,2 |
| 2 | B35 B37- Micoses superficiais | 10,6 | C80- Neopl. malig. s/espec. carc. basoc. 9,6 |
| 3 | L57 Ceratose actínica | 8,8 | B35- B37- Micoses superficiais 8,2 |
| 4 | L23-L25 Dermatites de contato | 4,2 | L82- Ceratose seborréica 6,3 |
| 5 | L82 Ceratose seborréica | 4 | L85- Espessamento epidérmico/xerose cutânea 4,2 |
| 6 | L40 Psoríase | 3,7 | C44- Neopl. malig pele/carcinoma espinocelular 4 |
| 7 | D22 Nevos melanocíticos | 3,5 | L81- Transtornos da pigmentação 3,7 |
| 8 | L21 Dermatite seborréica | 3,4 | L23-L25- Dermatites de contato 3,5 |
| 9 | C80 Neopl. malig. s/espec. carc. basoc. | 2,9 | L40- Psoríase 2,7 |
| 10 | B07 Verrugas de origem viral | 2,4 | D04- Carcinoma <i>in situ</i> da pele (D. Bowen) 2,3 |

fenômeno esperado quando se trata de consulta a 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. Esse achado contrasta com a composição da demanda de dermatologistas em países africanos e asiáticos,^{9,10,12} nos quais as doenças infectoparasitárias respondem por mais de 30% das consultas a dermatologista, o que se aproxima da composição da demanda na atenção primária em função de doenças de pele em países como os EUA.¹⁴

O registro de escabiose entre as principais causas de consulta ao dermatologista no Brasil, mais relevante na Região Norte, chama a atenção para a falta de resolubilidade da atenção básica, ao menos quanto a diagnóstico, tratamento e orientação de higiene para essa infestação.

As principais causas de consulta encontradas por grupo etário dizem respeito a doenças de pele de relevância epidemiológica conhecida. Acne, a primeira delas, também o é nos EUA.^{11,15} Sua alta frequência, o potencial de estresse psicológico, a possibilidade de lesões cicatriciais permanentes, o absentismo escolar e a persistência de concepções errôneas sobre fatores que agravam a doença, mesmo por parte de

profissionais de saúde,^{16,17} apontam para a possibilidade de iniciativas de educação sanitária ao público adolescente, como estratégia tanto para apoiar o autocuidado dos pacientes como para agilizar a busca de atenção especializada, quando necessária.

A dermatite atópica foi responsável por 14% das consultas em menores de 15 anos, constituindo agravo dermatológico de grande importância e transcendência epidemiológica em várias partes do mundo,¹⁸⁻²¹ sendo seu custo para os sistema de saúde também relevante.²²

Em relação às micoses superficiais, agravos realmente muito comuns na população em geral, vale ressaltar que a distribuição dos diferentes tipos, com predominância da onicomicose (42% do total de micoses superficiais) e baixa proporção de candidíase, reflete o mecanismo de referência ao dermatologista, ou seja, a consulta ao especialista está associada à maior complexidade do tratamento.

O predomínio da ceratose actínica e do carcinoma basocelular entre os pacientes com 65 anos e mais reforça a já conhecida necessidade de prevenção das neoplasias de pele no país. Ressalte-se que 26,8% desses consultantes tiveram um desses diagnósticos. Observa-se na figura 1 que a moda (valor mais fre-

TABELA 3: Principais causas de consulta registradas, segundo setor público ou privado

| Posto | Público | | Privado | |
|------------------------------|---|------------|---|------------|
| | CID-10 (Letra+2 dígitos) | % | CID-10 (Letra+2 dígitos) | % |
| 1 | B35-B37- Micoses superficiais | 9,8 | L70- Acne | 16,4 |
| 2 | L70 Acne | 7,9 | L81- Transtornos da pigmentação | 9,6 |
| 3 | L81 Transtornos da pigmentação | 5,2 | B35-B37- Micoses superficiais | 8,3 |
| 4 | L40 Psoríase | 4,8 | L57- Ceratose actínica | 5,5 |
| 5 | L57 Ceratose actínica | 4,2 | L23-L25- Dermatites de contato | 3,9 |
| 6 | A30 Hanseníase | 4 | B07- Verrugas de origem viral | 3,8 |
| 7 | L23-L25 Dermatites de contato | 3,9 | D22- Nevos melanocíticos | 3,7 |
| 8 | C80 Neopl. malig. s/espec. carc. basoc. | 3,4 | L21- Dermatite seborréica | 3,7 |
| 9 | L30 Dermatites: eczema/disidrose/pitiríase alba | 3,1 | L65- Alopecias não cicatriciais/eflúvio telógeno | 2,5 |
| 10 | L21 Dermatite seborréica | 3,1 | L30- Dermatites: eczema/disidrose/pitiríase alba | 2,5 |
| 11 | L20 Dermatite atópica | 3 | L82- Ceratose seborréica | 2,4 |
| 12 | L80 Vitiligo | 2,7 | L20- Dermatite atópica | 2,2 |
| 13 | B07 Verrugas de origem viral | 2,5 | L64- Alopecia androgenética | 1,8 |
| 14 | D22 Nevos melanocíticos | 2,2 | L85- Espessamento epidérmico/xerose cutânea | 1,7 |
| 15 | L82 Ceratose seborréica | 1,9 | C80- Neopl malig SE/carcinoma basocelular | 1,7 |
| 16 | B86 Escabiose | 1,7 | L72- Cistos foliculares da pele e tec subcutâneo | 1,6 |
| 17 | C44 Neopl. malig. pele/carcinoma espinocelular | 1,7 | L40- Psoríase | 1,6 |
| 18 | L85 Espessamento epidérmico/xerose cutânea | 1,6 | B86- Escabiose | 1,3 |
| 19 | L28 Líquen simples crônico e prurigo | 1,5 | L50- Urticária | 1,1 |
| 20 | L72 Cistos foliculares da pele e tec. subcutâneo | 1,4 | L73- Outr afecções foliculares/foliculite | 1,1 |
| 21 | L93 Lúpus eritematoso | 1,3 | L90- Estrias atroficas/cicatriz e fibrose cutânea | 1,1 |
| 22 | L63 Alopecia areata | 1,2 | Q82- Malformação congên da pele/acrocórdon | 1,1 |
| 23 | L98 Afec pele e tec subcut/úlceras e dermatite factícia | 1,2 | L28- Líquen simples crônico e prurigo | 1,1 |
| 24 | Q82 Malformação congên da pele/acrocórdon | 1,2 | L60- Afecções das unhas | 1 |
| 25 | L65 Alopecias não cicatriciais/eflúvio telógeno | 1,1 | L80- Vitiligo | 0,8 |
| Todos os diagnósticos | | 100 | Todos os diagnósticos | 100 |

Figura 1 - Histograma

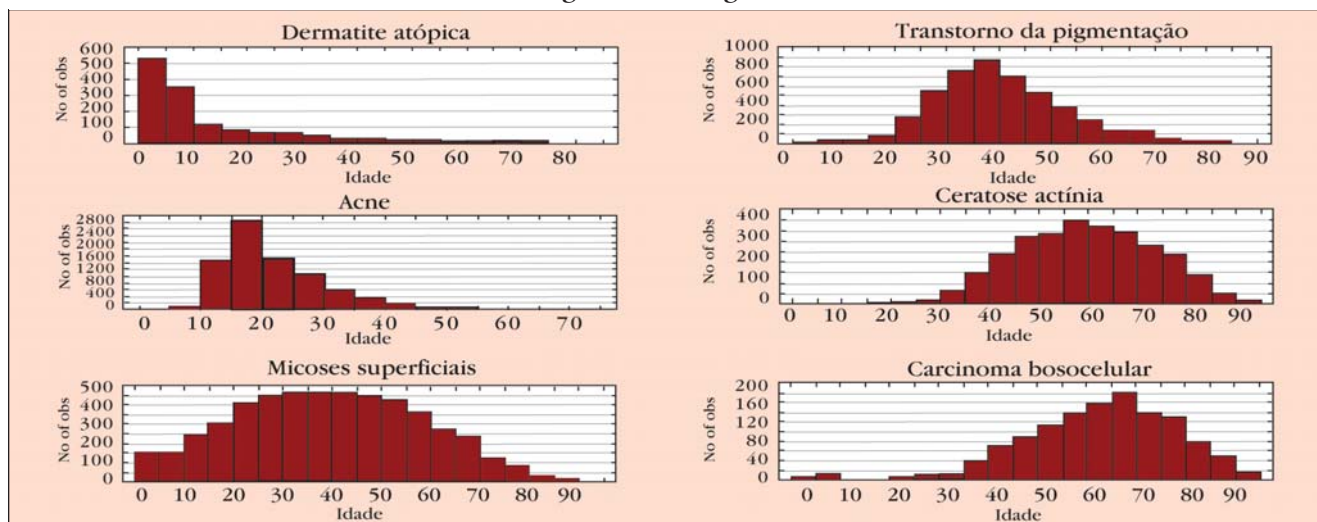


TABELA 4: Proporção dos 25 diagnósticos mais freqüentes, segundo as regiões brasileiras

| Diagnóstico | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste | Brasil |
|--|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| 1. L70 Acne | 13,04 | 14,59 | 13,87 | 12,83 | 18,67 | 14,04 |
| 2. B35-B37 Micoses superficiais | 9,23 | 9,26 | 9,14 | 6,84 | 7 | 8,72 |
| 3. L81 Transtornos da pigmentação | 5,85 | 7,67 | 8,65 | 8,06 | 9,12 | 8,41 |
| 4. L57 Ceratose actínica | 2,89 | 4,38 | 4,99 | 7,40 | 3,95 | 5,15 |
| 5. L23-L25 Dermatites de contato | 2,96 | 4,13 | 3,92 | 3,99 | 3,45 | 3,91 |
| 6. L21 Dermatite seborréica | 4,72 | 3,82 | 3,51 | 3,16 | 2,92 | 3,50 |
| 7. B07 Verrugas de origem viral | 2,96 | 2,73 | 3,69 | 3,30 | 2,04 | 3,41 |
| 8. D22 Nevos melanocíticos | 2,82 | 2,71 | 3,16 | 4,43 | 3,25 | 3,28 |
| 9. L30 Dermatites: eczema/disidrose/ pitiríase alba | 3,59 | 2,18 | 2,78 | 2,46 | 2,14 | 2,65 |
| 10. L40 Psoríase | 1,69 | 2,57 | 2,40 | 3,17 | 1,84 | 2,48 |
| 11. L20 Dermatite atópica | 4,79 | 2,45 | 2,31 | 2,25 | 3,18 | 2,43 |
| 12. L82 Ceratose seborréica | 1,34 | 2,30 | 2,24 | 2,70 | 1,98 | 2,28 |
| 13. C80 Neopl. malig. s/espec. carc. basoc. basocelular | 0,42 | 2,26 | 2,13 | 2,66 | 2,08 | 2,18 |
| 14. L65 Alopecias não cicatriciais/ eflúvio telógeno | 0,78 | 1,14 | 2,34 | 2,42 | 1,54 | 2,13 |
| 15. L85 Espessamento epidérmico/ xerose cutânea | 1,27 | 1,15 | 1,90 | 1,58 | 0,84 | 1,70 |
| 16. L72 Cistos foliculares da pele e tec. subcutâneo | 1,62 | 1,34 | 1,65 | 1,47 | 1,04 | 1,55 |
| 17. L64 Alopecia androgenética | 1,06 | 1,05 | 1,57 | 1,85 | 0,94 | 1,50 |
| 18. B86 Escabiose | 3,38 | 2,49 | 1,28 | 0,76 | 1,07 | 1,39 |
| 19. L80 Vitiligo | 1,62 | 1,56 | 1,33 | 1,08 | 1,88 | 1,36 |
| 20. A30 Hanseníase | 1,90 | 1,96 | 1 | 0,56 | 4,02 | 1,23 |
| 21. L28 Líquen simples crônico e prurigo | 3,03 | 1,89 | 1 | 1,07 | 1,27 | 1,18 |
| 22. Q82 Malformação congên da pele/acrocórdon | 1,20 | 1,17 | 1,07 | 1,29 | 0,90 | 1,11 |
| 23. L50 Urticária | 0,85 | 1,62 | 1,06 | 0,96 | 1,01 | 1,10 |
| 24. L73 Outr afecções foliculares/ foliculite | 1,20 | 1,34 | 1,05 | 0,90 | 1,41 | 1,09 |
| 25. L90 Estrias atróficas/cicatriz e fibrose cutânea | 0,70 | 0,81 | 1 | 1,02 | 1,17 | 0,98 |
| Todos os diagnósticos | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

qüente) da distribuição para ceratose actínica se localiza entre 55 e 59 anos, enquanto, para o carcinoma basocelular, entre 65 e 69 anos.

As regressões logísticas apresentadas visaram definir riscos independentes, porque o diagnóstico depende do sexo, grupo etário, setor de atendimento, região do país em que foi realizada a consulta. A consequência é que o resultado de qualquer das tabelas apresentadas (Tabelas 1 a 4) depende da distribuição das outras variáveis não explicitadas na tabela. As razões de probabilidades (OR) apresentadas estimam o número de vezes que a probabilidade de determinado diagnóstico é maior segundo a variável em questão, considerando que as demais permanecem constantes.

Examinando a tabela 6, vale observar que o diagnóstico de ceratose actínica é mais provável no setor privado, e o de carcinoma basocelular, no setor público. O diagnóstico de ceratose actínica é também mais provável entre as mulheres, e o de carcinoma basocelular, entre os homens. Os dois diagnósticos são mais prováveis no grupo etário de 60 a 64 anos do que no de 65 e mais, mantendo-se igual distribuição por setor, sexo, cor e região nos dois grupos etários. Esses achados sugerem que o diagnóstico de ceratose actínica é mais provável em pacientes com maior consciência dos problemas de saúde e melhor acesso aos serviços de saúde do que nos pacientes com diagnóstico de carcinoma basocelular. Se verdadeira essa hipótese, a educação para saúde e maior

TABELA 5: Razão de possibilidades (*odds ratio*) estimada por regressão logística e valor de p Doenças mais frequentes

| Variáveis independ. (categoria de referência) | Variáveis dependentes | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------|-------------------|-------------|---------------------|-------------|-------------------|-------------|-----------------|-------------|----------------------|-------------|
| | Acne | | Dermatite atópica | | Transt. Pigmentação | | Ceratose actínica | | Ca basocelular. | | Micoses superficiais | |
| | OR | p | OR | p | OR | p | OR | p | OR | p | OR | p |
| Setor público (privado) | 0.74 | 0.00 | 1.12 | 0.00 | 0.74 | 0.00 | 0.81 | 0.00 | 1.33 | 0.00 | 1.05 | 0.01 |
| Feminino (masculino) | 1.01 | 0.44 | 1.03 | 0.40 | 2.46 | 0.00 | 1.13 | 0.00 | 0.81 | 0.00 | 0.90 | 0.00 |
| <15 anos | | | | | | | | | | | | |
| (65 e +) | 4.23 | 0.00 | 11.65 | 0.00 | 0.23 | 0.00 | 0.05 | 0.00 | 0.22 | 0.00 | 0.79 | 0.00 |
| 15-39 anos (65 e +) | 9.03 | 0.00 | 0.89 | 0.11 | 2.04 | 0.00 | 0.39 | 0.00 | 0.20 | 0.00 | 0.97 | 0.16 |
| 40-64 anos (65 e +) | 0.54 | 0.00 | 0.37 | 0.00 | 2.61 | 0.00 | 5.06 | 0.00 | 2.71 | 0.00 | 1.32 | 0.00 |
| Parda (branca) | 0.97 | 0.30 | 0.88 | 0.02 | 1.30 | 0.00 | 0.95 | 0.54 | 1.29 | 0.08 | 1.00 | 0.97 |
| Preta (branca) | 0.89 | 0.00 | 1.28 | 0.00 | 0.80 | 0.00 | 0.40 | 0.00 | 0.22 | 0.00 | 1.22 | 0.00 |
| Reg. Norte (Sudeste) | 0.82 | 0.00 | 1.24 | 0.05 | 0.81 | 0.03 | 0.86 | 0.27 | 0.33 | 0.00 | 1.14 | 0.09 |
| Reg. Nordeste (Sudeste) | 1.04 | 0.29 | 0.80 | 0.00 | 0.96 | 0.41 | 1.07 | 0.29 | 1.57 | 0.00 | 1.11 | 0.02 |
| Reg. Sul (Sudeste) | 1.32 | 0.00 | 1.25 | 0.02 | 1.01 | 0.85 | 0.89 | 0.18 | 1.38 | 0.02 | 0.84 | 0.00 |
| Reg. CO (Sudeste) | 0.88 | 0.00 | 0.89 | 0.10 | 1.15 | 0.02 | 1.34 | 0.00 | 1.31 | 0.01 | 0.84 | 0.00 |

Em negrito os valores estatisticamente significativos, i.e., $p < 0,05$

acesso ao dermatologista podem ter como consequência a redução dos diagnósticos de carcinoma basocelular pelo tratamento de maior número de ceratoses actínicas.

Importa observar que a pele preta diminui a probabilidade dos dois diagnósticos, mas a pele parda não se associa de modo estatisticamente significativo com eles. Essa ausência de influência da pele parda pode ser explicada pela má classificação de cor. A má classificação de pardos e brancos tende a enfraquecer uma possível associação estatística entre a probabilidade de tais diagnósticos e a cor branca em comparação com a cor parda.

As doenças crônicas hanseníase, psoríase e vitiligo têm seu diagnóstico mais provável como causa de consulta no setor público, sendo o diagnóstico de hanseníase e vitiligo associado à pele negra. Como não se tem nenhuma variável representando diretamente a condição socioeconômica, as associações com o setor de atendimento e com a cor refletem a associação destas duas últimas variáveis com a situação socioeconômica. A hanseníase é sabidamente associada a uma pior situação socioeconômica, e essa é uma variável de confusão não controlada nesta análise, o que cria um viés e a associação à cor negra. A associação do vitiligo com a cor negra expressa, pro-

TABELA 6: Razão de possibilidades (*odds ratio*) estimada por regressão logística e valor de p Doenças crônicas mais freqüentes

| Variáveis independentes (categoria de referência) | Variáveis dependentes | | | | | |
|--|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Hanseníase | | Psoríase | | Vitiligo | |
| | OR | p | OR | p | OR | p |
| Setor público (privado) | 4.43 | 0.00 | 1.66 | 0.00 | 1.75 | 0.00 |
| Feminino (masculino) | 0.66 | 0.00 | 0.72 | 0.00 | 1.00 | 1.00 |
| <15 anos (65 e +) | 0.44 | 0.00 | 0.61 | 0.00 | 2.17 | 0.00 |
| 15-39 anos (65 e +) | 1.16 | 0.04 | 0.90 | 0.03 | 0.90 | 0.09 |
| 40-64 anos (65 e +) | 1.70 | 0.00 | 1.68 | 0.00 | 0.91 | 0.16 |
| Parda (branca) | 1.11 | 0.10 | 1.07 | 0.19 | 0.95 | 0.44 |
| Preta (branca) | 1.25 | 0.00 | 0.99 | 0.90 | 1.20 | 0.02 |
| 1ª consulta (reconsulta) | 0.49 | 0.00 | 0.63 | 0.00 | 0.57 | 0.00 |
| Reg. Norte (Sudeste) | 1.39 | 0.05 | 0.79 | 0.16 | 1.01 | 0.96 |
| Reg. Nordeste (Sudeste) | 1.22 | 0.03 | 1.14 | 0.11 | 1.07 | 0.50 |
| Reg. Sul (Sudeste) | 0.38 | 0.00 | 1.42 | 0.00 | 0.77 | 0.01 |
| Reg. Centro-Oeste (Sudeste) | 2.69 | 0.00 | 0.78 | 0.04 | 1.31 | 0.02 |

Em negrito os valores estatisticamente significativos, i.e., $p < 0,05$

vavelmente, um viés de demanda. As lesões cutâneas do vitiligo são mais visíveis em peles escuras, o que influencia a procura de assistência. Além disso, a má classificação quanto à cor, já citada, dificulta a interpretação biológica dessa variável. Isso levanta a preocupação de que agravos crônicos, associados a uma pior condição socioeconômica, não estejam tendo acesso apropriado ao tratamento continuado. A razão entre as consultas totais e as consultas de primeira vez é maior para hanseníase,^{5,24} do que para psoríase,^{3,41} ou vitiligo,^{3,21} o que pode ser considerado baixo para o acompanhamento médico das duas últimas doenças citadas, já que se trata de estimativa do número médio de consultas por paciente com esses diagnósticos.

CONCLUSÃO

O perfil nosológico do atendimento ambulatorial dos dermatologistas é relacionado ao especialista e não predominantemente ao atendimento primário. Esse perfil sugere que, ao menos no que diz respeito à escabiose, a capacidade de diagnóstico e tratamento da atenção básica deva ser reforçada.

Os resultados enfatizam a importância de doenças como a acne, 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. □

REFERÊNCIAS

1. Talhari S, Torrecila 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.
2. Wolkenstein P, Grob JJ, Bastuji-Garin S, Ruszczynski S, Roujeau JC, Revuz J. French people and skin diseases: results of a survey using a representative sample. *Arch Dermatol*. 2003;139:1614-9.
3. Bingeors 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*. 2002;147:285-90.
4. Chaturvedi SK, Singh G, Gupta N. Stigma experience in skin disorders: an Indian perspective. *Dermatol Clin*. 2005;23:635-42.
5. Dalgard F, Svensson A, Holm JO, Sundby J. Self-reported skin morbidity among adults: associations with quality of life and general health in a Norwegian survey. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2004;9:120-5.
6. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol*. 2003; 4:833-42.
7. Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Abrams BB, Goodman C, et al. The burden of skin diseases: 2004 A joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:490-500.
8. Mahe A, Faye O, Fanello S. Public health and dermatology in developing countries. *Bull Soc Pathol Exot*. 2003;96:351-6.
9. Hilete M. Skin diseases seen in Kazanchis health center. *Ethiop Med J*. 1998;36:245-54.
10. Onayemi O, Isezu SA, Njoku CH. Prevalence of different skin conditions in an outpatients' setting in north-western Nigeria. *Int J Dermatol*. 2005; 44:7-11.
11. Fleischer AB Jr., Herbert CR, Feldman SR, O'Brien F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care*. 2000;6:1149-56.
12. Baghestani S, Zare S, Mahboobi AA. Skin disease patterns in Hormozgan, Iran. *Int J Dermatol*. 2005;44:641-5.
13. Mercurio MG. Gender and dermatology. *J Gend Specif Med*. 1998;1:16-20.
14. Fien S, Berman B, Magrane B. Skin disease in a primary care practice. *Skinmed*. 2005;4:350-3.
15. Thompson TT, Feldman SR, Fleischer AB Jr. Only 33% of visits for skin disease in the US in 1995 were to dermatologists: is decreasing the number of dermatologists the appropriate response? *Dermatol Online J*. 1998;4:3.
16. Clearihan L. Acne. Myths and management issues. *Aust Fam Physician*. 2001;30:1039-44.
17. Green J, Sinclair RD. Perceptions of acne vulgaris in final year medical student written examination answers. *Australas J Dermatol*. 2001;42:98-101.
18. Barbeau M, Bpharm HL. Burden of Atopic dermatitis in Canada. *Int J Dermatol*. 2006;45:31-6.
19. Laughter D, Istvan JA, Tofte SJ, Hanifin JM. The prevalence of atopic dermatitis in Oregon school-children. *J Am Acad Dermatol*. 2000;43:649-55.
20. Olesen AB, Bang K, Juul S, Thestrup-Pedersen K. Stable incidence of atopic dermatitis among children in Denmark during the 1990s. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:244-7.
21. Schultz LF, Svensson A, Diepgen TL, From E. The occurrence of atopic dermatitis in Greenland. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:140-3.
22. Verboom P, Hakkaart-Van L, Sturkenboom M, De Zeeuw R, Menke H, Rutten F. The cost of atopic dermatitis in the Netherlands: an international comparison. *Br J Dermatol*. 2002;147:716-24.

Como citar este artigo: Sociedade Brasileira de Dermatologia. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. *An Bras Dermatol*. 2006;81(6):549-58.