

Qualidade dos encaminhamentos da atenção primária a um serviço de dermatologia

Quality of referrals from the primary health care to a dermatology service

Karin Barszcz¹ , Eloina do Rocio Valenga Baroni² , Tarcísio Fanha Dornelles³ , Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky⁴ 

¹Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

²Médica Dermatologista - Ponta Grossa (PR), Brasil.

³Médico Psiquiatra - Ponta Grossa (PR), Brasil.

⁴Departamento de Medicina, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) - Ponta Grossa (PR), Brasil.

Como citar: Barszcz K, Baroni ERV, Dornelles TF, Kluthcovsky ACGC. Qualidade dos encaminhamentos da atenção primária a um serviço de dermatologia. *Cad Saúde Colet*, 2023; 31 (3):e31030353. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030353>

Resumo

Introdução: Queixas dermatológicas são frequentes e em sua maioria são avaliadas por médicos não especialistas. **Objetivo:** Analisar a proporção de pacientes encaminhados para dermatologia que poderiam ter sido tratados na Atenção Primária à Saúde e o grau de concordância entre o diagnóstico de encaminhamento do médico da Atenção Primária à Saúde e o diagnóstico do dermatologista. **Método:** Estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, com dados coletados de 194 prontuários, entre 2014 e 2015. O grau de concordância foi analisado pelo coeficiente Kappa, com significância de 5%. **Resultados:** A média de idade foi 46,7 anos (dp = 17,9), sendo a maioria mulheres. Os diagnósticos de encaminhamento mais frequentes relatados pelos médicos da Atenção Primária à Saúde foram doenças eritemato-descamativas (8,0%) e câncer de pele (6,0%). Em 40,3% dos casos não havia o preenchimento do diagnóstico de encaminhamento. Os diagnósticos mais frequentes relatados pelo dermatologista foram lesões pré-malignas (15,6%) e tumores benignos (12,4%). A proporção de pacientes encaminhados que poderia ter sido tratada na Atenção Primária à Saúde foi de 37,1%. O grau de concordância Kappa foi moderado. **Conclusão:** Os resultados sugerem dificuldades no diagnóstico das dermatopatias que foram referenciadas ao serviço de dermatologia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; dermatopatias; encaminhamento.

Abstract

Background: Dermatologic complaints are frequent, and are the most frequent diagnoses performed by non-specialist doctors. **Objective:** This study aimed to analyze the proportion of patients referred to dermatology who could have received treatment in Primary Health Care (PHC), and the degree of agreement between the referral diagnoses of PHC physician and the diagnosis of the dermatologist. **Method:** This is a retrospective and quantitative study. The team collected data from 194 medical records between 2014 and 2015. Kappa coefficient was used to calculate the degree of agreement, with a significance level of 5%. **Results:** The mean age was 46.7 years (SD=17.9), most of them women. The most frequent diagnostic hypotheses made by the PHC physician were desquamative erythematous diseases (8.0%) and skin cancer (6.0%). There was no completion of the referral diagnosis in 40.3% of the cases. The most frequent diagnoses made by the dermatologist were premalignant lesions (15.6%) and benign tumors (12.4%). The proportion of referrals that could have been treated in primary care was 37.1%. The diagnostic agreement was moderate (Kapa coefficient). **Conclusion:** These findings suggest difficulties in the diagnosis of skin diseases referenced to the dermatologist.

Keywords: Primary Health Care; skin disease; referral.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Trabalho realizado no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais - Ponta Grossa (PR), Brasil.

Correspondência: Ana Claudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky. E-mail: anafabio2009@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Set. 09, 2019. Aprovado em: Maio 16, 2021

INTRODUÇÃO

Pacientes com doenças de pele são frequentemente atendidos por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), mas os diagnósticos podem apresentar baixa concordância quando comparados aos dos dermatologistas¹⁻³. O tempo de espera entre o encaminhamento do paciente e a consulta com o especialista pode ser longo, uma vez que depende da demanda de consultas e da oferta dos serviços de saúde especializada⁴. Além disso, muitos médicos não dermatologistas têm dificuldade em diagnosticar e orientar afecções dermatológicas predominantes^{5,6}.

Na rede básica de saúde o atendimento às queixas dermatológicas representa uma importante demanda^{1-3,5,7-9}, evidenciando a relevância da dermatologia nesse nível de atenção⁶. No entanto, parece haver uma tendência de não se valorizar adequadamente esses agravos pela sua baixa letalidade e pela subestimação da sua morbidade¹⁰, mesmo com evidências de que as doenças dermatológicas impactam a qualidade de vida dos pacientes¹¹.

Em pesquisa realizada em três unidades básicas de saúde de Campinas (SP), foram analisados 1.491 atendimentos, sendo que em 24,01% havia uma queixa ou achado dermatológico que necessitava de orientação e/ou conduta médica. Além disso, em 147 pacientes (9,89%) a busca ao serviço de saúde ocorreu primariamente pela queixa dermatológica⁷. Já um estudo realizado em uma clínica na Universidade de Miami (EUA) mostrou que 36,5% dos pacientes que se apresentaram ao seu médico de atenção primária tiveram pelo menos um problema de pele, sendo que uma grande porcentagem foi encaminhada aos dermatologistas¹.

Quando se faz necessária a avaliação por um médico especialista, os formulários de referência são utilizados para o encaminhamento dos pacientes da APS para um nível secundário^{4,12}. Caso não exista um sistema de referência adequado ou o serviço seja de baixa resolubilidade para as doenças dermatológicas, os custos para os sistemas de saúde podem ser aumentados^{9,10}.

Considerando o grande número de pacientes com queixas ou achados dermatológicos atendidos na APS, diferenças pequenas na precisão dos diagnósticos podem resultar em prejuízos importantes para esses pacientes. Por outro lado, uma melhor precisão diagnóstica na APS poderia melhorar a triagem do paciente, com um maior acesso para os pacientes realmente necessitados¹³, além de reduzir encaminhamentos desnecessários e custos⁹.

Este estudo tem como objetivos analisar a proporção de pacientes encaminhados para dermatologia que poderia ter sido tratada na APS e o grau de concordância entre o diagnóstico de encaminhamento do médico da APS e o diagnóstico do dermatologista.

MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados de prontuários e das fichas de referência neles incluídas, de pacientes referenciados da APS para um serviço de dermatologia de um hospital situado no Sul do Brasil atendidos entre janeiro de 2014 e dezembro de 2015. Os pacientes referenciados provinham do município onde está localizado o hospital e de outros municípios da região.

Foram excluídos do estudo 63 prontuários, sendo 22 prontuários de pacientes encaminhados por outros especialistas do próprio hospital, 30 prontuários que não continham a ficha de referência e 11 prontuários que continham um modelo de ficha de referência antigo que não contemplava os itens analisados neste estudo. Assim, de um total de 257 prontuários, foram selecionados 194 para análise dos dados (75,5% do total).

Os dados sociodemográficos analisados foram idade do paciente, gênero, estado civil e ocupação.

A proporção de pacientes encaminhados que poderia ter sido tratada na APS foi calculada considerando-se o total dos 194 encaminhamentos. Esses pacientes foram diagnosticados pelo dermatologista com doenças de menor risco, de menor gravidade ou doenças consideradas mais facilmente diagnosticadas e tratadas nos serviços de APS. A indicação desses diagnósticos foi realizada pelo dermatologista.

O grau de concordância entre o diagnóstico de encaminhamento do médico da APS e o diagnóstico do dermatologista foi analisado pelo coeficiente Kappa. Os diagnósticos foram distribuídos em dois grandes grupos: doenças pré-neoplásicas ou neoplásicas (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, melanoma e ceratose actínica) e doenças não neoplásicas (alopecias, psoríase, vitiligo, dermatite atópica, dentre outras). Um Kappa com valor 0 indica concordância equivalente à do acaso e Kappa com valor 1 indica concordância perfeita. Um Kappa menor que 0 indica concordância menor do que a que seria encontrada ao acaso; entre 0,01 e 0,20, concordância leve; entre 0,21 e 0,40, razoável; entre 0,41 e 0,60, moderada; entre 0,61 e 0,80, substancial; e entre 0,81 e 0,99, quase perfeita¹⁴.

Os dados obtidos foram processados em planilhas eletrônicas do programa Microsoft Office Excel® 2010 para Windows®. Foram utilizadas as frequências absoluta e relativa e medidas estatísticas descritivas. A análise estatística foi obtida com auxílio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 15.0, com nível de significância de 5%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 2280243, CAAE 49876015.5.0000.0105.

RESULTADOS

Para o total de 194 pacientes encaminhados pelo serviço de APS e atendidos no serviço de dermatologia, a média de idade foi de 46,7 anos (dp = 17,9), com variação de idade entre 11 e 88 anos. Observou-se uma frequência maior de mulheres (65,5%), casados (50,0%) e com trabalho remunerado (12,9%). Em 67,0% dos prontuários não havia a descrição da ocupação (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes encaminhados da Atenção Primária à Saúde para um serviço de dermatologia, 2014 a 2015 (n = 194). Ponta Grossa (PR)

	N (%)
Gênero	
Feminino	127 (65,5)
Masculino	67 (34,5)
Estado civil	
Casado	97 (50,0)
Viúvo	15 (7,7)
Divorciado	10 (5,1)
União estável	7 (3,6)
Solteiro	65 (33,6)
Ocupação	
Trabalho remunerado	25 (12,9)
Aposentado/pensionista	23 (11,9)
Estudante	16 (8,2)
Outros/não disponível	130 (67,0)

Fonte: autores

Os diagnósticos de encaminhamento relatados pelos médicos da APS e os diagnósticos relatados pelo dermatologista para o total de pacientes são apresentados na Tabela 2. Considerando que alguns pacientes obtiveram mais de um diagnóstico, os diagnósticos de encaminhamento mais frequentes relatados pelos médicos da APS foram doenças eritemato-

Tabela 2. Distribuição dos diagnósticos de encaminhamento relatados pelos médicos da Atenção Primária à Saúde (dermatológicos e não dermatológicos) e pelo dermatologista, bem como pacientes sem diagnóstico de encaminhamento, 2014 a 2015 (n = 194). Ponta Grossa (PR)

Diagnósticos	Médicos da Atenção Primária à Saúde N (%)	Dermatologista N (%)
Dermatológicos		
Doenças eritemato-descamativas	16 (8,0)	22 (10,1)
Câncer de pele	12 (6,0)	16 (7,4)
Lesão pré-maligna	11 (5,4)	34 (15,6)
Eczemas	10 (5,0)	20 (9,2)
Dermatite acneiforme	10 (5,0)	20 (9,2)
Tumores benignos	7 (3,5)	27 (12,4)
Discromias	7 (3,5)	12 (5,5)
Doenças virais	6 (3,0)	6 (2,8)
Micoses	5 (2,5)	10 (4,6)
Micelias	5 (2,5)	30 (13,8)
Reações de hipersensibilidade	3 (1,4)	1 (0,4)
Doenças dos anexos cutâneos	2 (1,0)	5 (2,3)
Doenças autoimunes	2 (1,0)	6 (2,8)
Diagnósticos inespecíficos*	24 (11,9%)	-
Não dermatológicos		
Varizes de membros inferiores	-	1 (0,4)
Insuficiência venosa crônica	-	1 (0,4)
Obesidade	-	1 (0,4)
Eczema de estase	-	1 (0,4)
Sem diagnóstico	81 (40,3)	5 (2,3)

Fonte: autores (2019)

*Queimadura solar, lesão hipercrômica, lesão de pele, dermatite, lesão hipercrômica, acantólise, ceratose, lesão hipertrófica, lesão hipocrômica, lesão melanocítica, lesão verrucosa, manchas e máculas melanocíticas

descamativas (8,0%), câncer de pele (6,0%) e lesões pré-malignas (5,4%). Em 40,3% dos casos não havia o preenchimento do diagnóstico de encaminhamento. Em 12,0%, os diagnósticos de encaminhamento eram inespecíficos, incluindo queimadura solar, lesão hipercrômica, lesão de pele, dentre outros. Os diagnósticos mais frequentes relatados pelo dermatologista foram lesões pré-malignas (15,6%), micelias (13,8%) e tumores benignos (12,4%).

A proporção dos 194 pacientes encaminhados que poderia ter sido tratada nos serviços de APS foi de 37,1%.

Para o cálculo do grau de concordância, não foram incluídos 81 dos 194 encaminhamentos, por não constar na ficha desses 81 pacientes o diagnóstico de encaminhamento. O grau de concordância entre os 113 diagnósticos de encaminhamento relatados pelos médicos da APS e os diagnósticos relatados pelo dermatologista, segundo doença pré-neoplásica ou neoplásica e doença não neoplásica, foi analisado pelo coeficiente Kappa. O coeficiente encontrado foi de 0,50 (0,32-0,67), considerado moderado e significativo ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3. Grau de concordância* entre o diagnóstico relatado pelo médico da Atenção Primária à Saúde e pelo dermatologista, segundo doença pré-neoplásica ou neoplásica e doença não neoplásica, 2014 a 2015 (n = 113). Ponta Grossa (PR)

Diagnósticos pelo médico da Atenção Primária à Saúde	N (%)	Diagnósticos pelo dermatologista	N (%)
Doença pré-neoplásica ou neoplásica	23 (20,4)	Doença pré-neoplásica ou neoplásica	18 (15,9)
		Doença não neoplásica	5 (4,5)
Doença não neoplásica	90 (79,6)	Doença não neoplásica	73 (64,6)
		Doença pré-neoplásica ou neoplásica	17 (15,0)

Fonte: autores (2019)

*Coeficiente Kappa 0,50 (0,32-0,67), p < 0,001

DISCUSSÃO

Neste estudo foi analisada a qualidade dos encaminhamentos pela proporção de pacientes encaminhados para dermatologia que poderia ter sido tratada na APS e pelo grau de concordância entre o diagnóstico de encaminhamento e o diagnóstico do dermatologista.

Em relação à amostra estudada, foi encontrado um predomínio da população feminina, que representou 65,5% dos encaminhamentos. Maior proporção de mulheres também foi encontrada em outros estudos^{9,15}. Este achado pode estar relacionado à maior preocupação das mulheres com a saúde e à vaidade, não hesitando elas em buscar auxílio médico, além de notarem pequenas alterações mais facilmente, devido ao maior conhecimento sobre seu corpo¹⁵.

Os diagnósticos de encaminhamento mais frequentes relatados pelos médicos da APS foram doenças eritemato-descamativas, seguidas por câncer de pele e lesões pré-malignas. Observou-se certa discordância nos diagnósticos mais frequentes, já que os diagnósticos mais frequentes relatados pelo dermatologista foram as lesões pré-malignas, seguidas por micelias e tumores benignos. Diferenças também foram observadas para os diagnósticos de eczema e dermatite acneiforme, mais frequentemente diagnosticados pelo dermatologista. Em pesquisa realizada em Miami (EUA), com pacientes com doença de pele, a concordância do diagnóstico entre médico da APS e o dermatologista ocorreu em 57% das vezes (27/47), porém, acrescentados os outros 64 pacientes encaminhados sem hipótese diagnóstica, a concordância passou a ser de 24%. Os autores sugerem que, como o encaminhamento foi feito para um especialista, os profissionais da APS, sabendo que uma opinião especializada seria prestada¹, podem não ter se comprometido com um diagnóstico específico.

Foi observado neste estudo que em 40,3% dos casos não havia o preenchimento do diagnóstico de encaminhamento. Há relatos na literatura de possível lacuna de conhecimento em relação às doenças dermatológicas^{6,16}, o que poderia justificar esse resultado. Pesquisadores de outros países também avaliaram os encaminhamentos realizados ao dermatologista. Um estudo irlandês analisou 600 encaminhamentos ao dermatologista e demonstrou que na maioria das referências havia falta de informações¹⁷. Em uma análise de 755 pacientes realizada na Espanha, a principal razão para o encaminhamento foi a avaliação diagnóstica, correspondendo a 52,5%. As fichas que não continham um diagnóstico específico representaram 22,2%, em 25% delas não havia descrição do diagnóstico e apenas 18,1% continham uma descrição adequada de doença¹⁸.

No presente estudo, a proporção de pacientes encaminhados que poderia ter sido tratada na APS foi de 37,1%. Dificuldade semelhante foi observada em outra pesquisa: entre os 257 pacientes encaminhados da APS para uma clínica de dermatologia na Espanha, observou-se uma alta prevalência de transtornos triviais, o que torna necessário o controle mais rigoroso dos encaminhamentos. Além disso, uma grande porcentagem de pacientes não tinha uma doença de pele, e sim um problema cosmético. Isso pode contribuir para as longas listas de espera de pacientes dermatológicos⁹.

Nos Estados Unidos, apesar de relatos de tempo de espera a partir de um encaminhamento para um dermatologista de 19 dias¹⁹ e 33 dias²⁰, o acesso a esses especialistas continua sendo um problema. Desde 1999, vários levantamentos demonstraram oferta insuficiente de serviços dermatológicos devido às mudanças na demografia da força do trabalho médico, ao aumento da demanda por serviços e a um número limitado de vagas de treinamento para novos médicos²⁰.

O tempo de espera para a avaliação por um dermatologista pode ser muito importante para o prognóstico de determinadas doenças. Por exemplo, o aumento do diagnóstico precoce do melanoma cutâneo significaria uma diminuição na mortalidade e consequente aumento na sobrevivência dos pacientes, considerando que a sobrevivência desses pacientes é inversamente proporcional à espessura do tumor²¹. Outro exemplo seria a hanseníase, já que um programa de controle de sucesso para essa doença requer, além da prevenção, um diagnóstico precoce, tratamento e interrupção da cadeia de transmissão²².

A alta prevalência de transtornos comuns de pele no conjunto de casos encaminhados da APS aos dermatologistas acarreta gastos desnecessários, sendo importante controlar os encaminhamentos da atenção primária de forma mais rigorosa⁹. Assim, além do ônus da espera pela consulta com o especialista, com possibilidade de prejuízo à saúde, há de se considerar os custos de eventual complicação ou evolução da doença.

O valor do coeficiente Kappa segundo doença pré-neoplásica ou neoplásica e doença não neoplásica encontrado neste estudo foi apenas moderado. Esse resultado pode indicar a necessidade de um melhor preparo do médico da APS no diagnóstico das doenças dermatológicas. Um coeficiente Kappa de moderado a substancial foi relatado entre o diagnóstico do médico generalista e do dermatologista no atendimento de 3.164 pacientes em uma região da Espanha⁸. Em outro estudo realizado em um hospital da Espanha, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular e melanoma apresentaram grau de concordância baixo entre os médicos da APS e o dermatologista (coeficiente Kappa). Além disso, os médicos da APS demonstraram estar mais qualificados para descartar uma determinada condição de pele do que estabelecer um diagnóstico clínico preciso. Os autores sugerem que os médicos da APS devem receber conhecimento e treinamento de habilidades para melhorar o controle das dermatoses, especialmente o câncer de pele, devido ao seu impacto¹⁸.

Os achados deste estudo reforçam a importância do médico da APS na triagem correta dos pacientes com dermatoses que devem ser encaminhados ao dermatologista, além de reconhecer a suspeita de doenças mais graves e encaminhar esses pacientes o mais rápido possível. Por outro lado, possíveis soluções ou medidas para controlar essas situações e evitar encaminhamentos desnecessários e a consequente sobrecarga para o sistema de saúde requerem diferentes estratégias. Para minimizar o excesso de encaminhamentos poderia haver um mecanismo de regulação com priorização ao atendimento de pacientes com diagnóstico de doenças mais graves, com pior prognóstico ou de manejo mais complexo.

Outra estratégia seria proporcionar um desenvolvimento profissional contínuo em dermatologia para os médicos da APS⁹, para estar habilitados a diagnosticar e tratar adequadamente as dermatoses mais prevalentes, as com risco de se tornar malignas ou que tenham repercussões sistêmicas². Também importante é a questão da formação de novos médicos, pois pode haver tópicos de dermatologia inadequadamente ensinados na graduação¹⁶. As instituições de ensino devem se preocupar com uma qualificação mínima em dermatologia para os profissionais que atuarão na APS⁷, inclusive com mudanças e adaptações no currículo do curso de medicina, se necessárias².

Aos médicos da APS deveriam ser oferecidos cursos de educação médica continuada na internet, testes rápidos e teledermatologia, com baixo custo no contexto dos cuidados primários³, bem como ênfase na abordagem de aspectos relacionados à promoção de saúde e prevenção, que poderiam minimizar a necessidade de atendimento especializado⁵.

No âmbito das políticas públicas, o espaço do trabalho em saúde é local privilegiado para a adoção de práticas de educação permanente em saúde. Essas práticas objetivam estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde a partir da realidade local e da análise dos processos de trabalho²³.

Por fim, a telemedicina tem sido muito utilizada na área da saúde, e especialmente para a dermatologia, por seu caráter visual²⁴. A teledermatologia estuda a utilização de tecnologias de telecomunicação, bem como de informática, para a prática assistencial da dermatologia, mas sem a presença física do especialista²⁵. Em uma revisão sobre a teledermatologia secundária na prática médica, observou-se que a maioria dos estudos relataram boa eficiência e acurácia diagnóstica com redução dos custos e melhoria na qualidade de vida dos pacientes, principalmente aqueles da área rural²⁴. Na implantação da teledermatologia na rede municipal de saúde de Florianópolis, observou-se grande avanço na integração entre APS e atenção especializada, ampliação do acesso à dermatologia, qualificação da assistência para os casos dermatológicos mais prevalentes na APS e potencial uso para educação permanente²⁶.

Este estudo apresentou limitações, como a falta de alguns dados sociodemográficos, por não estarem disponíveis nos prontuários. Além disso, por ter sido realizado em apenas uma unidade hospitalar, os resultados não podem ser generalizados. Apesar dessas limitações, este estudo pode contribuir para o melhor entendimento sobre os encaminhamentos da APS para um serviço de dermatologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo observou-se certa discordância entre os diagnósticos de encaminhamento mais frequentes relatados pelos médicos da APS e os diagnósticos mais frequentes relatados pelo dermatologista. Em 40,3% dos casos não havia o preenchimento do diagnóstico de encaminhamento. A proporção de pacientes encaminhados para o serviço de dermatologia que poderia ter sido tratada na APS foi de 37,1%. O grau de concordância Kappa, segundo doença pré-neoplásica ou neoplásica e doença não neoplásica foi moderado.

Os resultados sugerem a necessidade de estratégias específicas voltadas a fortalecer o desenvolvimento do profissional da APS em relação às doenças de pele. Isso poderia resultar em um serviço mais resolutivo, evitando encaminhamentos desnecessários, melhorando o acesso de pacientes com real necessidade ao serviço especializado de dermatologia e possibilitando uma atenção em saúde com maior equidade.

REFERÊNCIAS

1. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol*. 2001;45(2):250-5. <http://dx.doi.org/10.1067/mjd.2001.114598.PMid:11464187>.
2. Bernardes CA, Magalhães RF, Franca AFEC, Morcillo AM, Velho PENF. Diagnóstico e condutas dermatológicas em uma unidade básica de saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(1):88-94. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02782013>.
3. Beroukhim K, Nguyen C, Danesh MJ, Wu JJ, Koo J. The evolving role of primary care practitioners in dermatology. *J Dermatol Nurses Assoc*. 2015;7(6):325-9. <http://dx.doi.org/10.1097/JDN.000000000000168>.
4. D'Elia PB, Fisher PD, Bordin R, Harzheim E, Ramos MC. Concordância entre diagnósticos dermatológicos feitos presencialmente e por imagens digitais. *An Bras Dermatol*. 2007;82(6):521-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962007000600004>.
5. Gomes TM, Moura ATMS, Aguiar AC. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(1):125-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000100017>.
6. Santos A Jr, Andrade MGG, Zeferino AMB, Passeri SMRR, Souza EM, Velho PENF. Evaluación de conocimientos médicos: diagnóstico de afecciones dermatológicas prevalentes. *Educ Méd [Internet]*. 2010;13(1):47-52. [citado em 2019 Set 9]. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132010000100009
7. Santos A Jr, Andrade MGG, Zeferino AB, Alegre SM, Moraes AM, Velho PENF. Prevalência de dermatoses na rede básica de saúde de Campinas, São Paulo - Brasil. *An Bras Dermatol*. 2007;82(5):419-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962007000500004>.
8. Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol I. Estudio de concordancia diagnostica en Dermatologia entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99(3):207-12. [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310\(08\)74657-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-7310(08)74657-X). PMid:18358196.

9. Martínez-Martínez ML, Pérez-García LJ, Escario-Travesedo E, Rodríguez-Vázquez M, Azaña-Defez JM, Martín de Hijas Santos MC. Referrals to dermatology: proportion of banal disorders. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102(3):193-8. PMID:21300325.
10. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. *An Bras Dermatol*. 2006;81(6):549-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000600006>.
11. Ahmed A, Leon A, Butler DC, Reichenberg J. Quality-of-life effects of common dermatological diseases. *Semin Cutan Med Surg*. 2013;32(2):101-9. <http://dx.doi.org/10.12788/j.sder.0009>. PMID:24049968.
12. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev Lat-Am Enferm*. 2013;21(Spe):131-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000700017>.
13. Bae GH, Hartman RI, Joyce C, Mostaghimi A. Comparing dermatology referral patterns and diagnostic accuracy between nonphysician providers, physician trainees, and attending physicians. *J Am Acad Dermatol*. 2016;75(1):226-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.02.1213>. PMID:27317525.
14. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the Kappa statistic. *Fam Med*. 2005;37(5):360-3. PMID:15883903.
15. Alves BG, Nunes DH, Ramos LY. Prevalências de dermatoses no ambulatório de dermatologia da UNISUL. *Arq Catarinenses Med*. 2007;36(1):65-8.
16. Hansra NK, O'Sullivan P, Chen CL, Berger TG. Medical school dermatology curriculum: are we adequately preparing primary care physicians? *J Am Acad Dermatol*. 2009;61(1):23-9.E1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.11.912>. PMID:19409656.
17. Dupont C. Quality of referral letters. *Lancet*. 2002;359(9318):1701. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08583-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08583-5). PMID:12020567.
18. Castillo-Arenas E, Garrido V, Serrano-Ortega S. Motivos dermatológicos de consulta en atención primaria. Análisis de la demanda derivada. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(3):271-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.003>. PMID:24657024.
19. Liu KJ, Hartman RI, Joyce C, Mostaghimi A. Modeling the effect of shared care to optimize acne referrals from primary care clinicians to dermatologists. *JAMA Dermatol*. 2016;152(6):655-60. <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2016.0183>. PMID:26950334.
20. Kimball AB, Resneck JS Jr. The US dermatology workforce: a specialty remains in shortage. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(5):741-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2008.06.037>. PMID:18723242.
21. Schneider JS, Moore DH II, Mendelsohn ML. Screening program reduced melanoma mortality at the Lawrence Livermore National Laboratory, 1984 to 1996. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(5):741-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2007.10.648>. PMID:18068264.
22. Araújo S, Lobato J, Reis EM, Souza DOB, Gonçalves MA, Costa AV, et al. Unveiling healthy carriers and subclinical infections among household contacts of leprosy patients who play potential roles in the disease chain of transmission. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2012;107(Supl 1):55-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762012000900010>. PMID:23283454.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual técnico 2018 - Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS – PRO EPS-SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 2021 mar 31]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_pro_eps_sus.pdf
24. Yarak S, Ruiz EESR, Pisa IT. A teledermatologia na prática médica. *Rev Bras Educ Med*. 2017;41(2):346-55. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160042>.
25. Miot HÁ, Paixão MP, Wen CL. Teledermatologia – passado, presente e futuro. *An Bras Dermatol*. 2005;80(5):523-32. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962005000600011>.
26. Ferreira IG, Godoi DF, Perugini ER, Lancini AB, Zonta R. Teledermatologia: uma interface entre a atenção primária e atenção especializada em Florianópolis. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):2003. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf14\(41\)2003](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf14(41)2003).