

## ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DIAGNÓSTICO PRECOCE DAS DOENÇAS DERMATOLÓGICAS E SEU IMPACTO SOCIAL

Carolina Lopes de Lima Reigada<sup>1</sup>, Letícia Távora Martins<sup>2</sup>,  
Ingrid Piassá Malheiros Lavinias<sup>1</sup>

### RESUMO

Esse estudo objetivou levantar as doenças dermatológicas prevalentes na população atendida pela UBS Jardim Valença, direcionando uma revisão de literatura sobre o tema. Entre outubro e dezembro de 2017, todas as queixas dermatológicas apresentadas durante consulta na unidade de saúde foram registradas e analisadas por estatística descritiva. As mais frequentes afecções foram dermatofitoses, pediculose, dermatites atópica e de contato. De acordo com os dados encontrados, foi possível realizar revisão bibliográfica direcionada e entender o perfil epidemiológico das doenças dermatológicas na população estudada, contribuindo com a melhoria do cuidado e resolutividade da equipe de saúde da família. As doenças dermatológicas são prevalentes na população, e seu diagnóstico e tratamento precoces contribuem para diminuir seu impacto na vida dos pacientes e gastos para o sistema de saúde. A atenção primária à saúde é o ponto de acesso preferencial do sistema de saúde e, se apresenta resolutividade e qualificação, é capaz de resolver a maioria das queixas dermatológicas comumente apresentadas.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, estratégia saúde da família, dermatopatias, pesquisa sobre serviços de saúde.

---

1. Docente Faculdade de Medicina de Valença  
2. Discente Faculdade de Medicina de Valença / CESVA -FAA

## PRIMARY HEALTH CARE, EARLY DIAGNOSIS OF DERMATOLOGICAL DISEASE AND ITS SOCIAL IMPACT.

### ABSTRACT

This study aimed to identify the prevalent dermatological diseases in the population served by UBS Jardim Valença, conducting a review about the topic. Between October and December 2017, all dermatological complaints that emerged during consultations at the health unit were recorded and analyzed using descriptive statistics. According to the data collected in this research, it was possible to carry out a more focused literature review and understand the epidemiological profile of dermatological diseases in the population, contributing to the improvement of care provided and optimizing consultations with the family health team. Dermatological diseases are prevalent in the population, and their early diagnosis and treatment contributes to reducing their impact on patients' lives and costs to the health system. Primary health care is the preferred access point of the health system and, with adequate qualification, it is able to solve most of the dermatological complaints commonly presented.

**Keywords:** Primary health care, family health strategy, skin diseases, health services research.

### INTRODUÇÃO

O levantamento epidemiológico de determinado território é de suma importância para a elaboração de políticas públicas de saúde, e o interesse no perfil epidemiológico das mais diversas doenças vem ganhando cada dia mais espaço no contexto médico (CARDOSO, GIFFONI, ALBERTI, 2013).

Na atenção primária à saúde (APS), onde as equipes de saúde trabalham em territórios determinados, o conhecimento sobre a epidemiologia local é valioso para traçar estratégias de controle de doenças, prevenção de agravos e auxílio no raciocínio diagnóstico durante o atendimento ambulatorial, por sua influência na probabilidade pré-teste de determinadas doenças (GUSSO; LOTUFO; BENSEÑOR, 2013).

Além disso, pelo importante papel que desempenham como organizadores da rede de atenção à saúde, os serviços de APS devem prezar pela resolutividade no cuidado. Quando qualificados e adaptados à realidade epidemiológica local, evitam

encaminhamentos desnecessários à atenção secundária, identificando o que pode ser solucionado na própria unidade e o que deve ser encaminhado para centros de referência (CARDOSO, GIFFONI, ALBERTI, 2013).

As doenças dermatológicas estão entre as queixas mais comuns em diversos serviços de saúde, incluindo aqueles da APS (PIMENTEL, 2011) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) (BERNARDES, 2015). Por sua alta frequência e grande potencial de resolutividade ambulatorial, é de extrema importância que os médicos atuando no nível primário de atenção tenham habilidade em seu diagnóstico e tratamento, diminuindo o impacto dessas doenças na qualidade de vida dos pacientes, além de gastos e encaminhamentos desnecessários.

Dessa forma, o objetivo deste trabalho é discorrer sobre as doenças dermatológicas mais prevalentes no território assistido pela Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Valença em Valença, RJ e seu diagnóstico, comparando os resultados encontrados com os descritos na literatura.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A médica responsável pela unidade e uma aluna da Faculdade de Medicina de Valença listaram, durante os atendimentos na UBS Jardim Valença ocorridos entre outubro e dezembro de 2017, os diagnósticos dermatológicos realizados, em um estudo descritivo de demanda. Para o levantamento dos dados, o diagnóstico de doenças de pele foi considerado sempre que se apresentava, consistindo ou não no motivo principal da consulta. Optamos por contabilizar o diagnóstico mesmo quando não era a queixa principal, pois, em nossa unidade, muitas vezes os pacientes suprimem essa queixa durante as consultas por não entenderem que o médico de família e comunidade (MFC) é capacitado para o diagnóstico e tratamento de doenças de pele.

No total, foram realizados 64 diagnósticos em indivíduos de ambos os sexos, de diversas faixas etárias (neonatos a idosos). Os dados foram interpretados através de estatística descritiva, que guiou a posterior revisão e comparação com a literatura existente. Optamos por descrever neste artigo os diagnósticos mais frequentemente

encontrados durante consultas ambulatoriais com médicos e residentes em Saúde da Família da unidade. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Doença dermatológica	Número de pessoas acometidas	Frequência	Doença dermatológica	Número de pessoas acometidas	Frequência
Dermatofitose	15	23,40%	Ceratose pilar	1	1,60%
Pediculose	6	9,40%	Eczema de estase	1	1,60%
Dermatite atópica	5	7,80%	Esclerodermia	1	1,60%
Úlcera por pressão	4	6,30%	Herpes Zoster	1	1,60%
Dermatite de contato	3	4,70%	Molusco contagioso	1	1,60%
Disidrose	3	4,70%	Líquen plano	1	1,60%
Granuloma piogênico	3	4,70%	Onicomicose	1	1,60%
Queimadura	3	4,70%	Psoríase	1	1,60%
Ceratose actínica	2	3,10%	Pitiríase alba	1	1,60%
Ceratose seborréica	2	3,10%	Pitiríase versicolor	1	1,60%
Erisipela	2	3,10%	Quelóide	1	1,60%
Escabiose	2	3,10%	Úlcera venosa	1	1,60%
Acne neonatal	1	1,60%	Verruga viral	1	1,60%
TOTAL				64	100%

da Faculdade de Medicina de Valença sob o número CAAE 79319117.7.0000.5246.

## RESULTADOS

A frequência dos diagnósticos dermatológicos feitos durante a pesquisa estão expostos na Tabela 1.

**Tabela 1** – Doenças de pele diagnosticadas no período de pesquisa na UBS Jardim Valença.

Fonte: As autoras (2017).

A dermatofitose abrange um conjunto de afecções: tinea do corpo, tinea do couro cabeludo e tinea dos pés. Em todos os casos, a transmissão se dá através do contato com animais e pessoa a pessoa, de forma direta ou indireta através de objetos contaminados. O diagnóstico precoce quebra a cadeia de transmissão e evita complicações, como infecções secundárias. O diagnóstico da dermatofitose é clínico e epidemiológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A tinea do corpo, ou *tinea corporis*, é uma micose superficial que pode ocorrer nos membros e tronco. Tem maior prevalência em crianças, apesar de ser encontrada também em adultos. Suas lesões possuem um crescimento centrífugo, com clareamento central e borda mais evidente, podendo apresentar pápulas e pústulas, além de descamação. Podem ser numerosas ou únicas, como mostrado na figura 1. Um sintoma comum é o prurido. Seus principais diagnósticos diferenciais são dermatite seborreica, psoríase, eritema anular centrífugo e sífilis secundária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**Figura 1** – Tinea do corpo e do couro cabeludo.



Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=454>

A tinea do couro cabeludo apresenta-se como lesão única ou múltiplas, inicialmente eritematosa, escamosa e pequena podendo evoluir para alopecia tonsurante, uma característica dessa afecção. Acomete principalmente crianças: os familiares adultos podem ser portadores assintomáticos. O diagnóstico diferencial é feito com dermatite seborreica, alopecia areata, psoríase, impetigo e foliculite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A tinea dos pés, também conhecida como “pé de atleta”, intertrigo ou “frieira”, é uma micose superficial que acomete os espaços interdigitais e regiões plantares dos pés. Apresenta-se como mácula ou placa descamativa, pruriginosa e causa fissuras que facilitam a infecção secundária, preocupação especialmente importante em pacientes com diabetes mellitus e insuficiência venosa periférica. O diagnóstico diferencial é feito com candidíase, disidrose e dermatite de contato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**Figura 2 – Tinea do pé.**



Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=459>

A pediculose é subdividida em capilar (popularmente conhecida como “piolho”) e corporal. Ambas têm como principal sintoma o prurido intenso, principalmente quando acomete as regiões retroauriculares e occipitais, que podem causar feridas e facilitar a infecção secundária. No exame físico, pode-se observar diretamente os parasitas, além de pequenos grãos brancos aderidos aos pelos corporais ou cabelo (dependendo do local do acometimento), que são as lêndeas. A transmissão ocorre enquanto há piolhos vivos ou lêndeas, através do contato direto com a pessoa infectada ou com os utensílios utilizados por ela. O diagnóstico e o tratamento precoces realizados ainda no primeiro contato com o paciente, o que ocorre normalmente na APS, são importantes para cessar o ciclo de transmissão e evitar a ocorrência de surtos nas escolas, creches ou no ambiente doméstico. As

principais doenças que fazem diagnóstico diferencial com a pediculose são a escabiose, pitiríase capitis e piodermite de couro cabeludo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**Figura 3 – Pediculose.**



Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=349>

A dermatite atópica é definida como um processo inflamatório da pele de caráter alérgico, geralmente acompanhada da chamada “tríade ou marcha atópica”, que abrange asma, rinite e urticária como manifestações comuns no paciente com atopia. No primeiro ano de vida, até 80% dos casos se apresentam com lesões do tipo crostosas, secretantes e vesiculares acometendo superfícies convexas ou extensoras, raramente flexoras. Já na fase pré-púbere, se manifesta com lesões eritematosas ou até mesmo liquenificação, principalmente nas dobras cutâneas e regiões flexoras. No adulto, os sintomas são parecidos com os da fase pré-puberal, porém ocorrem também em áreas peri-orbitulares. O diagnóstico diferencial é feito principalmente com a dermatite seborreica, dermatite de fraldas, dermatite de contato e micoses superficiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**Figura 4 – Dermatite atópica no adulto e na criança.**



Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=45>

A dermatite de contato também é uma reação inflamatória da pele, porém decorrente de irritação por agentes externos, por sensibilização ou irritação primária. As lesões são de caráter exsudativo, podendo ser agrupadas em vesículas, eritematosas, crostosas, ou até liquenificadas. O local de acometimento depende da região de contato com o irritante ou alérgeno, e muitas vezes se observam lesões espelhadas. O diagnóstico diferencial neste caso é principalmente com dermatite atópica, dermatite seborreica e micoses superficiais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

**Figura 5 – Dermatite de contato.**



Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=83>

O diagnóstico de ambas as dermatites é clínico, possível de ser realizado na própria UBS a fim de proporcionar uma melhora mais rápida para o paciente e evitar as complicações, como infecções secundárias. Entretanto, nos casos de dermatite de contato, pode ser necessário conhecer o agente irritante para melhor manejo da doença, o que só pode ser feito através da realização de um teste de contato, se não for possível deduzir através da anamnese (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A disidrose apresenta-se como uma dermatite com presença de vesículas simétricas principalmente na face lateral dos dedos, das mãos ou pés. Na anamnese, há história de prurido com intensidade variável antes do aparecimento das vesículas, e as palmas e plantas podem ficar vermelhas e úmidas. Na maior parte dos casos, os sintomas desaparecem espontaneamente em 3 a 4 semanas. O diagnóstico diferencial é feito com psoríase pustulosa das palmas das mãos e das plantas dos pés no início da sua evolução. Entretanto, com o decorrer da doença, as vesículas de psoríase tornam-se turvas com secreção purulenta, diferenciando-a da disidrose (HABIF, 2012).

**Figura 6 – Disidrose.**



Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=113>

O granuloma piogênico consiste em uma pápula ou nódulo único eritematoso, em geral com colarete descamativo e superfície úmida e frágil que pode sangrar com pequenos traumas, sendo esse um dos motivos da busca por atendimento médico. O tratamento consiste na exérese da lesão, preferencialmente por curetagem e eletrocoagulação (HABIF, 2012).

**Figura 7 – Granuloma piogênico.**



Fonte: <http://www.atlasdermatologico.com.br/disease.jsf?diseaseId=172>

## DISCUSSÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), as doenças cutâneas afetam grande parte da população, estando entre as três mais frequentes causas de procura aos serviços de saúde (AGOSTINHO, 2013), causando grande impacto na vida dos indivíduos, baixa autoestima e exclusão em seu meio social,

chegando a atrapalhar a realização das suas atividades diárias (CARDOSO; GIFFONI; ALBERTI, 2013). Ainda segundo a SBD, em 2006 as queixas dermatológicas mais prevalentes no Brasil foram a acne (14%); seguida de micose superficial (8,7%); transtorno de pigmentação (8,4%); ceratose actínica (5,1%) e, por fim, a dermatite de contato (3,9%). No território atendido, também houve alta frequência no diagnóstico de dermatofitoses e dermatite de contato, porém os casos de acne, transtorno de pigmentação e ceratose actínica não tiveram a mesma expressividade. Talvez, tal diferença deve-se ao entendimento cultural da população local sobre queixas a serem apresentadas ao dermatologista, e queixas que devem ser apresentadas durante consulta na UBS de seu bairro.

A forma como uma pessoa lida com as manifestações de uma doença dermatológica está intimamente relacionada à sua personalidade, aos seus costumes sociais, à história natural da doença, as características demográficas de seu local de residência e ao estigma relacionado à doença (CARDOSO; GIFFONI; ALBERTI, 2013).

Nesses casos, tal estigma assume grande importância na morbidade e experiência de doença pelo indivíduo. Entendemos estigma, aqui, como foi definido por Goffman (1993), denotando “sinais corporais sobre os quais se tenta exibir como algo ruim e pouco habitual no *status* moral de quem os apresenta”. Os estigmas contribuíam com a categorização de escravos ou criminosos, por exemplo, sendo os contatos sociais com essas pessoas evitados no contexto particular e público<sup>9</sup>. Atualmente, é definido como marca ou sinal natural do corpo ou marca ou cicatriz deixada na pele por ferida. Grupos socialmente estigmatizados são excluídos, por não atender a padrões considerados aceitáveis e, atualmente, muitas doenças dermatológicas ainda são consideradas estigmatizantes. Os indivíduos estigmatizados sofrem com a deterioração da sua identidade social e a rejeição, diminuindo sua qualidade de vida e dificultando a interação sadia com a comunidade (MELO, 2017).

Além disso, a representação simbólica das afecções, principalmente dermatológicas, tem íntima ligação com as percepções pessoais, religiosas e culturais do meio social no qual a pessoa está inserida. Assim, as doenças

dermatológicas têm potencial de gerar estresse social e impacto significativo na vida do indivíduo por constructos sociais preconceituosos e fantasiosos em relação a elas. Inclusive, o diagnóstico e tratamento dessas doenças podem ser atrasados pela vergonha do paciente de buscar ajuda, outro motivo para que tais queixas sejam resolvidas o mais rápido possível, no nível de saúde com maior facilidade de acesso ao paciente.

Uma outra expressão do impacto dessas doenças na vida dos indivíduos está no medo da ocorrência de certas doenças dermatológicas, como o câncer de pele, a alopecia total, o vitiligo, a sífilis e a hanseníase – sendo que psoríase e vitiligo causam tanta preocupação nas pessoas quanto a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. Já a alopecia total e o câncer de pele causam tanta ansiedade quanto o medo do infarto agudo do miocárdio (PENHA; SANTOS; MIOT, 2012).

Na APS, ainda há uma demanda significativa por atendimento especializado em dermatologia, como consequência de avaliações e planos terapêuticos equivocados, ocasionando elevados custos ao sistema de saúde e à sociedade, além de atraso na resolução das queixas e aumento do desconforto do paciente (AGUIAR; GOMES; MOURA, 2012). Talvez essa baixa resolutividade seja em parte explicada pela baixa letalidade e a subestimação da morbidade das afecções dermatológicas, que sofrem com a desvalorização por parte das políticas públicas (CARDOSO; GIFFONI; ALBERTI, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), como organizadora da APS, teve grande expansão nos últimos 10 anos em todo território brasileiro. Espera-se que a equipe de saúde da família seja capaz de resolver pelo menos 85% das queixas da sua população cadastrada (AGUIAR; GOMES; MOURA, 2012), além disso, seu olhar comunitário deve abranger o conhecimento epidemiológico e sociodemográfico do território de atuação. Para tal, é inegável a necessidade da realização de novos estudos para caracterizar de forma ampla os dados epidemiológicos acerca das doenças dermatológicas (AGOSTINHO, 2013).

Esse estudo, apesar de ter coletado informações por curto período de tempo, colabora com a construção de um perfil epidemiológico da população atendida, possibilitando um direcionamento da educação continuada dos profissionais de

saúde, além de formular um plano de ação com base na vigilância em saúde. Colabora também com a qualidade da assistência à população, pois entendemos que o diagnóstico de uma doença é parte de um processo maior de tomada de decisões que se inicia no conhecimento do perfil epidemiológico de uma população e culmina na possibilidade de melhoria na qualidade de vida individual e comunitária, tentando prevenir e cuidar no tempo adequado de algumas situações relacionadas a grande carga de doença, como conviver com estigmas relacionados às doenças dermatológicas (BARCELLOS; MONKEN, 2017).

Finalmente, percebemos que o apoio diagnóstico especializado, apesar de essencial para algumas dessas doenças, não foi necessário para a maioria das condições encontradas nesse estudo.

## CONCLUSÃO

A qualificação dos profissionais atuando na APS e um maior conhecimento do território e população atendidos têm grande importância no aumento da resolutividade dos serviços de saúde primários, diminuição de custos ao sistema de saúde e do impacto das doenças na vida dos pacientes, especialmente as dermatológicas, relacionadas a sofrimento psicossocial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, K. M. et al. Doenças dermatológicas frequentes em unidade básica de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 715-721, 2013.

AGUIAR, A. C.; GOMES, T. M.; MOURA, A. T. M. S. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, p. 125-128, 2012.

BARCELLOS, C.; MONKEN, M. **Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no programa saúde da família**. Disponível em:

<[http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&capitulo\\_id=23&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=23&arquivo=ver_conteudo_2)> Acesso em 15 nov 2017.

BERNARDES, C. A. et al. Diagnóstico e condutas dermatológicas em uma unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 88-94, 2015.

CARDOSO, P. O.; GIFFONI, R. T.; ALBERTI, L. R. Perfil epidemiológico das doenças dermatológicas em Centro de Saúde de Atenção Primária. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 23, n. 2, abr./jun. 2013.

GUSSO, G. D. F.; LOTUFO, P.; BENSEÑOR, I. M. Avaliação da probabilidade pré-teste em Atenção Primária à Saúde usando a Classificação Internacional de Atenção Primária 2 (CIAP-2). **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p.112-20, 2013.

HABIF, T.P. **Dermatologia clínica: guia colorido para diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MELO, Z.M. **Os estigmas: a deterioração da identidade social**. Disponível em: <<http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/estigmas.pdf>.> Acesso em 15 nov 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dermatologia na Atenção Básica de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica número 9. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>.> Acesso em 15 nov 2017.

PENHA, M. A.; SANTOS, P. M.; MIOT, H. A. Dimensioning the fear of dermatologic diseases. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro , v. 87, n. 5, p. 796-799, Out. 2012.

PIMENTEL, I.R.S. et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 175-81, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Nosologic profile of dermatologic visits in Brazil. **An Bras Dermatol.**, v. 81, n. 6, p. 549-58, 2006.