

TATIANA MIYUKI IIDA

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA DO
HU/UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

TATIANA MIYUKI IIDA

**ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA DO
HU/UFSC**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro
Professora Orientadora: Prof^a Dr^a Vanessa Santos Cunha**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2011**

Iida, Tatiana Miyuki.

Análise do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HU/UFSC/ Tatiana Miyuki Iida. Florianópolis, 2011.

35 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Dermatologia 2. Dermatoses 3. Doenças dermatológicas 4. Epidemiologia

I. Título

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Paulo e Conceição Iida*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Paulo Yoshitada Iida** e **Conceição Yumiko Norizuki Iida**, por todo amor, carinho e dedicação, além de presença constante e apoio incondicional. Pelo exemplo de dignidade e perseverança.

Aos meus irmãos, **Ricardo Iida**, **Paula Iida** e **Luciana Sato**, exemplo de amizade verdadeira, que estiveram comigo nos momentos mais importantes da minha vida.

A **Daniel Yokosawa**, pela imensa paciência e compreensão, pelo apoio nos momentos mais difíceis, auxiliando sempre, inclusive na realização deste trabalho.

A minha orientadora, Professora Dr^a **Vanessa Santos Cunha**, agradeço não só pelo conhecimento científico transmitido, mas pelos valores pessoais e profissionais, além do tempo, dedicação e confiança concedidos para realização deste trabalho.

Aos funcionários do **SAME/HU**, sempre solícitos para auxiliar na localização de prontuários e coleta dos dados.

Aos **meus amigos**, colegas de internato, por fazerem parte da minha vida nesses anos especiais de faculdade, por compartilharem comigo momentos de alegria, tristeza, dúvida e principalmente pelo companheirismo e amizade.

A **Deus**, pelo amor e proteção, e por ser o único capaz de tornar possível meus desejos, realizações e aspirações para o futuro.

RESUMO

Objetivos: analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina, e fazer possíveis associações entre variáveis demográficas e dermatoses.

Métodos: estudo observacional e descritivo. Amostra constituída por pacientes atendidos por doutorandos do Curso de Medicina, supervisionados por uma dermatologista, entre agosto/2010 a fevereiro/2011. Os dados foram coletados retrospectivamente a partir de prontuários médicos e analisados estatisticamente.

Resultados: A amostra foi constituída por 96 indivíduos. Houve predomínio de mulheres (66,7%), e da cor branca (96,5%) e procedentes da Grande Florianópolis (95,6%) em quase a totalidade dos casos. A maioria (69,2%) tinha cursado apenas até o 1º grau completo. Mais da metade da amostra tinha entre 31 a 69 anos. Em mais de um terço dos casos, foi necessário apenas uma visita, e o diagnóstico foi clínico. Os locais mais acometidos foram os segmentos cefálico e membro superior. O principal diagnóstico encontrado foi a ceratose actínica, respondendo por 16,6% dos casos, seguida de ceratose seborréica (7,1%) e tinha (6,5%). Na análise por idade categorizada, observou-se neoplasias malignas ocorrendo apenas a partir de 50 anos. Houve maior ocorrência de câncer de pele no sexo masculino. Quanto ao número de diagnósticos, todos abaixo de 18 anos apresentaram no máximo 2 dermatoses, e somente nos pacientes acima de 70 anos foram encontrados 5 diagnósticos.

Conclusão: A prevalência de lesões pré-malignas e neoplasias malignas foi maior neste estudo quando comparada a outras regiões brasileiras. Isto reflete a necessidade de reforço nas ações de política em saúde para o desenvolvimento de programas educacionais sobre cuidados dermatológicos.

ABSTRACT

Objectives: to analyze the epidemiological profile of patients attending the dermatology outpatient clinic of the University Hospital Polydoro Ernani de São Thiago – Federal University of Santa Catarina, and make possible association between demographic variable and dermatosis.

Methods: observational and descriptive study. Sample consisted of patients treated by interns of Medical school, supervised by a dermatologist, between August/2010 and February/2011. Data were collected retrospectively from medical records and analyzed statistically.

Results: the sample consisted of 96 individuals. Most were women (66.7%) and caucasian (96.5%) and coming from Florianópolis (95.6%) in almost all cases. The majority (69.2%) had attended only to the first high school. Over half of the sample had between 31 to 69 years. In more than a third of cases, only one visit was necessary, and the diagnosis was clinical. The most affected segments were the head and upper limb. The primary diagnosis was actinic keratosis, accounting for 16.6% of cases, followed by seborrheic keratosis (7.1%) and tinea (6.5%). In analysis categorized by age, there was malignant neoplasms occurring only after 50 years. There was a higher incidence of skin cancer in males. Regarding the number of diagnoses, all under 18 had at most two dermatoses, and only patients above 70 years had five diagnoses.

Conclusion: The prevalence of premalignant and malignant lesions was higher in this study compared to other regions. This reflects the need to improve health policy for the development of educational programs about skin care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CBC	Carcinoma basocelular
CEC	Carcinoma espinocelular
HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra do estudo.....	9
Tabela 2 – Frequência dos principais diagnósticos.....	10
Tabela 3 – Classificação das dermatoses segundo sexo.....	11
Tabela 4 – Classificação das dermatoses segundo idade categorizada.....	12
Tabela 5 – Número de diagnósticos segundo idade e sexo.....	12
Tabela 6 – Classificação das dermatoses segundo tipo de profissão.....	13

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
SUMÁRIO.....	ix
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Revisão da litetatura.....	2
2. OBJETIVOS.....	6
3. MÉTODOS.....	7
3.1 Critérios de inclusão.....	7
3.2 Critérios de exclusão.....	7
3.3 Definição e categorização das variáveis.....	7
3.4 Análise estatística.....	8
4. RESULTADOS.....	9
5. DISCUSSÃO.....	14
6. CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
NORMAS ADOTADAS.....	22
ANEXOS.....	23
APÊNDICES.....	24

1. INTRODUÇÃO

As doenças dermatológicas apresentam uma frequência aproximada de 10 a 20% na população, estando entre os principais diagnósticos da prática médica¹. Nos países em desenvolvimento, estima-se que as consultas dermatológicas sejam responsáveis por 10% de todas as consultas ambulatoriais².

Apesar disso, os problemas da pele tem tendência a pouca valorização, principalmente no âmbito da saúde pública, devido a sua baixa letalidade e morbidade subestimada. Porém, dados existentes na literatura revelam que as doenças dermatológicas tem grande impacto na qualidade de vida, relacionado tanto a problemas psicossociais quanto a outras patologias clínicas, gerando alto custo financeiro direta ou indiretamente para diversos países^{3, 4, 5}. Um estudo de base populacional realizado na França⁶ em 2003 revelou que 86,8% das pessoas relataram ter tido pelo menos um problema de pele desde o nascimento, 43,2% tiveram nos últimos 24 meses, e 28,7% afirmaram prejuízo na qualidade de vida. Ainda, outras pesquisas mostram que pacientes dermatológicos apresentam riscos mais elevados de depressão e de absenteísmo escolar e laboral⁷.

Na atenção primária, a frequência de consultas médicas devido a doenças cutâneas varia de 10 a 15%, segundo estudo nacional britânico⁸, e é estimada em 21% nos EUA⁹. Diversas pesquisas sugerem que os médicos generalistas deveriam ter um treinamento mais apropriado em dermatologia devido à grande demanda de doenças da pele, principalmente de etiologia infecciosa e inflamatória, que seriam possivelmente diagnosticadas e tratadas em consulta médica de atenção primária^{9, 10, 11}.

A dermatologia abrange um espectro de doenças muito grande, senão o maior de todas as especialidades médicas. Aspectos geográficos e demográficos, como etnia, faixa etária, nível socioeconômico, entre outros determinam a variação na prevalência dessas doenças. Por exemplo, em comparação com outras macrorregiões brasileiras, a região Sul apresenta maior proporção de ceratose actínica e neoplasias malignas da pele¹.

As doenças dermatológicas abrangem também doenças de relevância para saúde pública, seja por suas consequências incapacitantes, como a hanseníase, ou devido ao seu potencial de mortalidade, como é o caso do câncer da pele, ambos com potencial de prevenção. A partir da década de 80, houve aumento de cerca de seis vezes no diagnóstico de neoplasias benignas e malignas da pele^{12,13}. O melanoma é o câncer cutâneo que apresenta

maior letalidade e tem alta prevalência no estado de Santa Catarina, sendo fundamental a existência de políticas de saúde direcionadas a sua prevenção e ao diagnóstico precoce. Atualmente vem crescendo a importância do câncer da pele como problema de saúde pública¹⁴.

A grande frequência de doenças dermatológicas, o seu impacto na saúde e na qualidade de vida, sobretudo em relação ao aspecto psicossocial, e a sua grande variedade, incluindo doenças graves e passíveis de prevenção, como o câncer da pele, tornam necessária a realização de estudos que forneçam informações epidemiológicas. Estas são fundamentais para o direcionamento da política e do planejamento de serviços de atenção à saúde e prevenção de doenças, e para o desenvolvimento de programas educacionais sobre cuidados dermatológicos.

O ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) é um serviço público de referência da região de Grande Florianópolis.

1.1 Revisão da Literatura

A frequência das dermatoses e seu perfil epidemiológico variam nos diversos estudos encontrados na literatura.

Na Suíça, um estudo envolvendo 1290 pacientes internados em hospital universitário encontrou maior prevalência de doenças eczematosas (12,6%), lesões pré-cancerosas (6,2%) e farmacodermias (4,2%), no total dos diagnósticos¹⁵. Outra pesquisa, conduzida na Espanha em 2009, avaliou 3144 pacientes internados, e os resultados foram semelhantes, mantendo eczemas (8,9%) e a farmacodermia (7,4%) entre os diagnósticos mais frequentes, seguido de candidíase (7,1%) e dermatite seborreica (5,3%). Um dado interessante revelou que 72% dos casos foram resolvidas com apenas uma visita¹⁶. Já na Índia, um estudo retrospectivo mostrou maior prevalência de doenças infecciosas, seguida de eczemas¹⁷, e ressalta que a maioria das doenças dermatológicas comuns não são diagnosticadas corretamente por não-dermatologistas. Apesar disso, alguns autores sugerem que os médicos generalistas deveriam ser capazes de resolver a maior parte das dermatoses¹⁸.

Pesquisa anterior, conduzida por Falanga *et al*¹⁹, em 1994, mostrou que os principais motivos de consulta dermatológica em pacientes internados foram farmacodermia (8,8%), seguida de erupções papuloescamosas e infecções cutâneas. No Brasil, esse padrão se manteve semelhante. Em um estudo prospectivo de São Paulo²⁰, 54% dos casos de pacientes internados foram resolvidos com apenas uma visita, e 17% precisou de 3 ou mais, com uma

média de 1,8 visitas por paciente. Houve leve predomínio de mulheres (51%), e a média de idade foi de 45 anos. Os diagnósticos mais prevalentes foram novamente doenças infecciosas e parasitárias (26,8%), eczemas (16,6%), e farmacodermia (14%). As neoplasias ocorreram em 6,7%, e desses apenas 0,9% eram malignos. Houve 2 casos de doença de Darier.

Fora do ambiente hospitalar, o padrão de prevalência das patologias cutâneas variou conforme o estudo. Diversos trabalhos apontam alta frequência de dermatoses na população geral, sendo as lesões cutâneas um dos principais motivos de consulta na atenção primária. Um estudo brasileiro conduzido no interior do Pará ²¹ mostrou que 76 de 200 (36,5%) consultas ocorreram devido a problemas dermatológicos. Houve predomínio de sexo masculino na relação 1,4:1, dado que diverge de outros estudos. Os principais diagnósticos encontrados foram dermatoses infecciosas (28,33%), eczemas (22,35%), e lesões acneiformes (9,41%). Já no ambulatório de dermatoses agudas de Copenhague ²², foram avaliados 428 pacientes num período de 6 meses, e os principais diagnósticos foram eczema inespecífico (10,7%), farmacodermia (6,3%), psoríase (6,3%), dermatite atópica (5,6%), e infecções bacterianas (4%). Houve predomínio do sexo feminino (59%), e faixa etária acima de 61 anos (56%).

Em estudo conduzido pela Sociedade Brasileira de Dermatologia ¹, em 2006, foram analisados 57343 pacientes ambulatoriais de setor público e privado em todo o país. Dados demográficos revelaram predomínio de sexo feminino (66,5%), cor branca (77,9%), e a idade variou de 1 a 98 anos, com média de 37,4 anos, e em 20% dos pacientes houve mais de uma dermatose. Em relação à escolaridade, no setor público 65,7% não cursaram o 2º grau. As variações regionais mais importantes são referentes ao diagnóstico de ceratose actínica, que variou de 2,98% na Região Norte e 7,4% na Região Sul. A ceratose actínica também foi mais prevalente em mulheres, enquanto que o carcinoma basocelular (CBC), principal câncer de pele não-melanoma, foi mais encontrado em homens. Os diagnósticos mais frequentes em todo o país foram: acne (14,04%), micoses superficiais (8,72%), transtornos de pigmentação (8,41%), e ceratose actínica (5,15%), diferindo do padrão encontrado em pacientes internados. Outra característica relevante desse estudo e também presente na literatura é a grande variedade e dispersão de diagnósticos; por exemplo, a principal dermatose encontrada, a acne, responde apenas por 14% do total de diagnósticos.

Na população universitária, Ertam *et al* ²³ revelou também grande predomínio de acne (40,1%), e infecções fúngicas (17,08%) entre os diagnósticos de consultas ambulatoriais, dado que pode ser explicado pela faixa etária dessa amostra. Manteve-se o padrão de leve predomínio do sexo feminino (56,7%).

Em Pernambuco, foram analisadas 307 crianças atendidas em ambulatório de hospital universitário. Dessas, 62% eram do sexo feminino, e 38% do sexo masculino. Predominou faixa etária dos escolares em 50,82% do total. Em relação à cor da pele, houve 4,2% brancos, 91,6% mestiços, 4,2% negros. Acerca do número de diagnósticos, 77,53% apresentou apenas uma dermatose. Nos escolares, as doenças mais prevalentes foram discromias, infecções virais, e dermatoses alérgicas²⁴.

Em relação à população idosa, um estudo realizado em São Paulo²⁵ incluindo 60 idosos residentes em instituição privada, revelou presença de pelo menos uma dermatose em todos os pacientes, com uma média de 3,73 lesões cutâneas por pessoa. Assim como nos outros estudos, manteve-se maior prevalência de brancos (86%) e mulheres (70%). Os principais diagnósticos foram: lentigo solar (53,3%), ceratose seborréica (46,6%), e onicomicose (37,3%). Nessa faixa etária, ganha importância o diagnóstico de lesões pré-malignas, como a ceratose actínica (10,6%), e de neoplasias malignas (1,8%). Outro estudo envolvendo idosos não-institucionalizados, detectou problemas de pele em 66,6% dos casos, índice que aumentou para 83%, quando diante dos octagenários²⁶.

Referente às neoplasias da pele, em estudo conduzido em Curitiba, o CBC, o melanoma e a ceratose actínica ocorreram mais no sexo feminino, enquanto que o carcinoma espinocelular (CEC) ocorreu mais no sexo masculino. A localização das lesões foi mais prevalente no segmento cefálico, ocorrendo em 50,47% dos casos. O CBC correspondeu a 70% dos tumores malignos de pele, ocorrendo mais no segmento cefálico e acometendo mais indivíduos a partir da 5ª década. A ceratose actínica predominou em face e membros superiores²⁷. Apesar de, tradicionalmente, a taxa de transformação maligna da ceratose actínica ser estimada em cerca de 3%, há estudos que computam até 10-25% dos casos de ceratose actínica evoluindo para carcinoma²⁸. As extremidades inferiores são o segundo local mais comum de lesões de pele nos pacientes geriátricos; entre elas encontram-se hiperqueratose plantar, calosidades, deformidades digitais e onicomicoses²⁹. Importante observar que o melanoma foi identificado como a principal causa dermatológica de morte (90% dos casos) em uma pesquisa americana envolvendo milhares de pacientes durante cerca de 11 anos³⁰.

As dermatoses em pacientes HIV positivos foram relatadas em estudo transversal, na Espanha³¹, onde foram avaliados 303 pacientes ambulatoriais acima de 18 anos. A idade variou de 21 a 75 anos, com mediana de 39 anos (34-45). Predominaram homens (76,2%), da cor branca (98,7%), e quase a totalidade dos pacientes (98,3%) tinham pelo menos uma lesão dermatológica. As principais dermatoses encontradas foram: xerose cutânea (37,6%),

dermatite seborréica (31%), onicomicose (26,4%), verrugas (21,4%), e outras micoses (20,1%). Agrupando em categorias, houve maior prevalência de doenças infecciosas (68,8%), seguidas de inflamatórias (47,5%), e xeroses (40,6%). A candidíase oral ocorreu em 5,2% dos pacientes. Herpes, sarcoma de Kaposi e tumores malignos foram diagnósticos incomuns. Houve maior incidência de candidíase e herpes simples em pacientes sem terapia antirretroviral, com diferença estatisticamente significativa.

Outro estudo retrospectivo realizado em Cingapura³², avaliou presença de dermatoses em 143 pacientes transplantados renais. Também ocorreu predomínio de homens (60,8%), a idade variou de 20 a 71 anos, com média de 50 anos, e 83,2% dos pacientes eram chineses. Um padrão diferente de dermatoses foi encontrado: maior frequência de nevo melanocítico (76,9%), ceratose seborréica (60,8%), e acrocórdons (47,1%). A frequência de ceratose actínica foi de 11,2%, de doença de Bowen foi 1,4%, e ceratoacantoma de 1,7%. O CEC foi encontrado em 1,4% das dermatoses, e o CBC em 0,7%. Em relação às infecções, 29,4% foram infecções virais, 20,3% infecções fúngicas, 3,5% infecção bacteriana. Dado interessante é que a houve maior prevalência de ceratose actínica em homens (17,2% VS 1,8%), e a ceratose seborréica e a hiperplasia sebácea foram mais frequentes em pacientes transplantados renais, do que na população geral.

2. OBJETIVOS

Este estudo tem por objetivos analisar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um ambulatório geral de dermatologia do HU – UFSC, avaliar a frequência das dermatoses e fazer possíveis associações entre as variáveis demográficas e o diagnóstico das doenças dermatológicas.

3. MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional e descritivo. O estudo foi delineado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH – UFSC), sob parecer consubstanciado número 1820/11.

3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo todos os pacientes atendidos no ambulatório geral de dermatologia do HU – UFSC pelos doutorandos do curso de graduação em medicina, que ocorre às terças-feiras pela manhã, no período de 17 de agosto de 2010 a 17 de fevereiro de 2011, e que aceitaram participar do estudo concordando com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), de acordo com a resolução do CNS 196/96.

Este ambulatório é supervisionado por uma única dermatologista e orientadora deste estudo, Professora Dr^a Vanessa Santos Cunha.

3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes cujos prontuários, por alguma razão, não puderam ser localizados.

3.3 Definição e categorização das variáveis

Os dados foram coletados em prontuários fornecidos pelo SAME/HU (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico), através de protocolo de pesquisa (Apêndice II). As variáveis analisadas foram: idade, sexo, cor, escolaridade, profissão, procedência, número de consultas, diagnóstico(s), número de diagnósticos, local da lesão (segmento corporal acometido) e forma de diagnóstico.

Quanto à idade, agrupamos em cinco categorias: menores de 18 anos, entre 19 e 30 anos, entre 31 e 50 anos, entre 51 e 69 anos, e acima de 70 anos.

Quanto à cor da pele, classificamos em branca, parda, negra ou amarela.

As profissões foram agrupadas de acordo com a exposição solar durante horário de trabalho, nas seguintes categorias: fotoexpostos, exposição intermediária, não-fotoexposto e não definido.

Quanto à procedência, os pacientes foram agrupados em duas categorias: Grande Florianópolis e outras localidades. Foi utilizada a definição de mesorregião da Grande Florianópolis proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Anexo I).

Devido à grande dispersão de diagnósticos, as dermatoses foram agrupadas nas seguintes categorias: doenças inflamatórias, infecções fúngicas, infecções virais, infecções bacterianas, alopecia, nevos melanocíticos, transtorno de pigmentação, lesões pré-cancerosas neoplasias benignas, neoplasias malignas, genodermatoses e outras.

O local da lesão foi classificado em: segmento cefálico, pescoço, membros superiores, tronco anterior, tronco posterior, membros inferiores, genitália, e em caso de 3 ou mais segmentos corporais acometidos pela mesma lesão, considerou-se acometimento generalizado.

Quanto à forma de diagnóstico, utilizou-se parâmetros clínicos, histológicos ou laboratoriais para a definição do caso. Dessa forma, classificamos em: diagnóstico clínico, quando não houve necessidade de nenhum exame adicional; diagnóstico através de exame micológico direto e/ou cultura; diagnóstico através de exame anatomopatológico, teste de contato alérgico ou outros exames laboratoriais, na suspeita de uma condição sistêmica.

3.4 Análise estatística

Os dados foram incluídos em uma planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* e analisados no programa estatístico *Stata 11.0* (Stat Corp. TX, EUA).

Foram obtidas as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis e verificadas algumas associações. Estas foram testadas através do teste qui-quadrado de Pearson, sendo consideradas como diferenças estatísticas significativas aquelas análises cujo valor $p < 0,05$. Além disso, em algumas comparações foram criadas variáveis *dummy*, que comparam uma categoria da variável de exposição com todas as outras categorias desta variável.

4. RESULTADOS

A amostra foi constituída de 96 indivíduos. Apenas um paciente foi excluído pela não localização do prontuário. A tabela 1 apresenta a descrição das características da amostra. Pode-se observar que 66,7% era do sexo feminino e quase a totalidade da amostra tinha cor da pele branca (96,5%) e procedência da Grande Florianópolis (95,6%). Mais de metade dos indivíduos tinha entre 31 e 69 anos de idade e até o 1º grau completo de escolaridade. Cerca de 60% da amostra trabalhava em profissões consideradas não-fotoexposta. Aproximadamente um terço das lesões diagnosticadas se localizava no segmento cefálico, seguido de membros superiores e membros inferiores como locais mais acometidos. Mais da metade da amostra realizou apenas uma visita (69,2%) e em apenas 11% dos casos houve necessidade de 3 ou mais consultas. Como forma de diagnóstico, a maioria dos casos ocorreu através de diagnóstico clínico (72,7%), ou seja, sem necessidade de exames complementares.

Tabela 1 – Descrição da amostra do estudo.

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	32	33,3
Feminino	64	66,7
Cor da pele		
Branca	82	96,5
Preta	3	3,5
Idade (em anos)		
Até 18	6	6,5
19-30	9	9,8
31-50	33	35,9
51-69	29	31,5
70 ou mais	15	16,3
Escolaridade*		
Até 1º grau completo	45	69,2
2º grau completo ou mais	20	30,8
Profissão		
Fotoexposta	12	14,0
Não-fotoexposta	51	59,3
Intermediária fotoexposição	5	5,8
Não definido	18	20,9
Procedência		
Grande Florianópolis	87	95,6
Outras regiões	4	4,4

Tabela continua na próxima página

Variável	N	%
Número de visitas		
1	63	69,2
2	18	19,8
3 ou mais	10	11,0
Local da lesão [†]		
Segmento cefálico	52	32,1
Pescoço	4	2,5
Membro superior	34	21,0
Tronco anterior	15	9,3
Tronco posterior	12	7,4
Membro inferior	32	19,8
Genitália	2	1,2
Generalizado	11	6,8
Forma de diagnóstico [†]		
Diagnóstico clínico	80	72,7
Exame micológico direto e/ou cultura	8	7,3
Exame anátomo-patológico	16	15,6
Diagnóstico laboratorial	3	2,7
Teste de contato	3	2,7

* Número máximo de valores *missing* = 31

[†] Mais de uma opção de resposta

A frequência dos principais diagnósticos é apresentada na tabela 2. Optou-se por mostrar apenas as dez dermatoses mais frequentes, tendo em vista a grande variedade de diagnósticos. Foi encontrado um total de 183 diagnósticos, com uma média de 1,9 por paciente. Assim, a ceratose actínica foi a dermatose mais prevalente (16,9%), seguida de ceratose seborréica (7,1%) e tinha (6,5%). Todas as outras dermatoses diagnosticadas tiveram prevalências inferiores a 5,0%. Nota-se ainda que o carcinoma basocelular (CBC) configurou entre os cinco diagnósticos mais frequentes.

Tabela 2 – Frequência dos principais diagnósticos

Diagnóstico	N	%
Ceratose actínica	31	16,9
Ceratose seborréica	13	7,1
Tinha	12	6,5
Nevo melanocítico	9	4,9
Carcinoma basocelular	7	3,8
Onicomiose	7	3,8
Dermatite seborréica	6	3,3
Lentigo solar	6	3,3
Acne	6	3,3
Dermatite de contato	6	3,3
Outros	80	43,8
Total	183	100,0

Nota: um indivíduo poderia apresentar mais de um diagnóstico

A tabela 3 apresenta a associação entre tipo de dermatose e sexo. Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, percebe-se que as mulheres tiveram maior número de lesões pré-malignas, enquanto os homens apresentaram maior prevalência de neoplasias malignas. Além disso, as mulheres apresentaram também maior frequência de doenças inflamatórias e infecções fúngicas.

Tabela 3 – Classificação das dermatoses segundo sexo.

Classificação da dermatose	Sexo				Valor p	Total	
	Masculino		Feminino			n	%
	n	%	n	%		n	%
					0,114		
Doença Inflamatória	11	16,9	28	23,7		39	21,3
Infecção fúngica	5	7,7	16	13,6		21	11,5
Infecção viral	1	1,5	2	1,7		3	1,6
Infecção bacteriana	2	3,1	1	0,9		3	1,6
Dermatozoonose	1	1,5	0	0,0		1	0,6
Transtorno da pigmentação	4	6,2	5	4,2		9	4,9
Alopecias	0	0,0	3	2,5		3	1,6
Nevo melanocítico	3	4,6	6	5,1		9	4,9
Lesão pré maligna	13	20,0	21	17,8		34	18,6
Neoplasia benigna	11	16,9	25	21,2		36	19,7
Neoplasia maligna	9	13,9	2	1,7		11	6,0
Genodermatose	1	1,5	2	1,7		3	1,6
Outras	4	6,2	7	5,9		11	6,0
Total	65	100,0	118	100,0		183	100,0

Nota: havia a possibilidade de haver mais de um diagnóstico por paciente. Assim, a exposição (sexo) pode ter sido duplicada em alguns casos

A relação entre grupos etários e presença de dermatoses pode ser evidenciada na tabela 4. Percebe-se uma maior prevalência de doenças inflamatórias nos mais jovens, sendo estas responsáveis por cerca de um terço das dermatoses em pacientes de 19 a 30 anos, com associação estatisticamente significativa ($p=0,001$). Já as lesões benignas, lesões pré-malignas e neoplasias malignas foram mais frequentes no grupo etário de 70 anos ou mais.

Os casos de neoplasias malignas ocorreram apenas em pacientes com 51 anos ou mais, e as lesões pré-malignas foram observadas também no grupo etário de 31 a 50 anos, apesar de ocorrer em proporção muito maior nos pacientes com mais de 50 anos. As lesões benignas tiveram proporções semelhantes entre as categorias acima de 30 anos.

Tabela 4 – Classificação das dermatoses segundo idade categorizada

Classificação da dermatose	Idade em anos completos										Total		
	Até 18		19-30		31-50		51-69		70 ou mais		Valor p [†]	n	%
	p=0,153*		p=0,001*		p=0,012*		p=0,003*		p=0,363	p<0,001			
Doença Inflamatória	5	55,6	4	33,4	21	38,2	3	4,9	6	15,8		39	22,4
Infecção fúngica	0	0,0	1	8,3	6	10,9	9	14,7	5	13,2		21	12,0
Infecção viral	0	0,0	1	8,3	0	0,0	1	1,6	1	2,6		3	1,7
Infecção bacteriana	0	0,0	0	0,0	1	1,8	2	3,3	0	0,0		3	1,7
Dermatozoonose	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6	0	0,0		1	0,6
Transtorno da pigmentação	2	22,2	0	0,0	4	7,3	2	3,3	1	2,6		9	5,1
Alopecias	0	0,0	0	0,0	2	3,6	1	1,6	0	0,0		3	1,7
Nevo melanocítico	1	11,1	0	0,0	4	7,3	4	6,6	0	0,0		9	5,1
Lesão pré maligna	0	0,0	0	0,0	3	5,5	19	31,2	9	23,7		31	17,7
Neoplasia benigna	0	0,0	1	8,3	11	20,0	12	19,7	10	26,3		34	19,4
Neoplasia maligna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,6	4	10,5		8	4,6
Genodermatose	0	0,0	2	16,7	1	1,8	0	0,0	0	0,0		3	1,7
Outras	1	11,1	3	25,0	2	3,6	3	4,9	2	5,3		11	6,3
Total	9	100,0	12	100,0	55	100,0	61	100,0	38	100,0		175	100,0

Nota: havia a possibilidade de haver mais de um diagnóstico por paciente. Assim, a exposição (idade) pode ter sido duplicada em alguns casos.

* Comparação através de variável *dummy* entre a categoria de idade contra todas as outras categorias de idade.

† Valor para a variável inteira

Tabela 5 – Número de diagnósticos segundo idade e sexo.

Variável	Número de diagnósticos										Valor p
	1		2		3		4		5		
Sexo	p=0,311*		p=0,222*		p=0,281*		p=0,076*		p=0,236*	p=0,855 [†]	
Masculino	13	41,9	8	25,8	5	16,1	4	12,9	1	3,2	
Feminino	30	46,9	20	31,3	8	12,5	5	7,8	1	1,6	
Idade (em anos completos)	p<0,001*		p<0,001*		p<0,001*		p=0,036*		p<0,001*	p=0,020 [†]	
Até 18	3	50,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
19-30	7	77,8	1	11,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0	
31-50	21	63,6	6	18,2	2	6,1	4	12,1	0	0,0	
51-69	7	25,0	11	39,3	7	25,0	3	10,7	0	0,0	
70 ou mais	4	26,8	5	33,3	2	13,3	2	13,3	2	13,3	

* Comparação através de variável *dummy* entre a categoria de número de diagnóstico contra todas as outras categorias da mesma variável.

† Valor para a variável inteira

A tabela 5 mostra as associações entre número de diagnósticos e idade e sexo. Entre os sexos não houve diferença estatisticamente significativa, entretanto todos os indivíduos até 18 anos apresentaram menos de 2 diagnósticos enquanto cerca de 30% das pessoas acima de 51 anos apresentaram 3 ou mais diagnósticos. Apenas pessoas acima de 70 anos apresentaram 5 diagnósticos.

A tabela 6 evidencia a associação entre dermatose e tipo de profissão. Foram comparadas apenas dermatoses que podem estar relacionadas à fotoexposição no horário de trabalho (transtorno de pigmentação, nevo melanocítico, lesão pré-maligna e neoplasia maligna). Não houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de dermatose e a fotoexposição durante o exercício profissional. Apesar disso, podemos perceber uma maior proporção de neoplasias malignas entre as classes fotoexposta e não definida (33,3% e 25,0%, respectivamente) quando comparadas à não-fotoexposta (4,6%).

Tabela 6 – Classificação das dermatoses segundo tipo de profissão

Classificação da dermatose	Tipo de profissão								Total	
	Fotoexposta		Intermediária		Não-fotoexposta		Não definida			
	N	%	n	%	n	%	n	%		
	p=0,072*		p=0,838*		p=0,098*		p=0,129*		p=0,185 [†]	
Transtorno da pigmentação	0	0,0	0	0,0	4	18,2	3	15,0	7	12,7
Nevo melanocítico	3	25,0	0	0,0	5	22,7	0	0,0	8	14,6
Lesão pré maligna	5	41,7	1	100,0	12	54,5	12	60,0	30	54,5
Neoplasia maligna	4	33,3	0	0,0	1	4,6	5	25,0	10	18,2
Total	12	100,0	1	100,0	22	100,0	20	100,0	55	100,0

Nota: havia a possibilidade de haver mais de um diagnóstico por paciente. Assim, a exposição (tipo de profissão) pode ter sido duplicada em alguns casos.

* Comparação através de variável *dummy* entre a categoria de profissão contra todas as outras categorias de profissão

[†] Valor para a variável inteira

5. DISCUSSÃO

Os resultados apresentados devem ser interpretados com cautela, levando-se em consideração algumas limitações do estudo. Pela possibilidade de haver mais de uma lesão dermatológica por paciente, optou-se por fazer associações em função das dermatoses, e não dos pacientes. Isso porque muitos apresentaram mais de uma lesão de igual relevância, sem possibilidade de se hierarquizar as queixas e analisar somente as ‘mais importantes’. Dessa forma, as variáveis de exposição podem ter sido duplicadas em alguns casos criando assim um viés de aferição. Além disso, nas tabelas associativas, o número de dermatoses pode sofrer variações em decorrência de valores perdidos. Porém, os resultados deste estudo mostraram consistência quando comparados à literatura.

O predomínio do gênero feminino concorda com a grande maioria dos estudos, podendo refletir o maior cuidado das mulheres com a pele, principalmente em relação à proteção para exposição solar ¹. Por exemplo, apesar das lesões pré-malignas, representadas principalmente pela ceratose actínica, apresentarem proporções semelhantes entre os gêneros masculino e feminino (20% e 17,8% respectivamente), a ocorrência de neoplasia maligna foi consideravelmente maior no sexo masculino (1,7% e 13,9% respectivamente). Em concordância com esses dados, um estudo brasileiro revelou que, para todas as regiões, houve maior proporção de exposição à radiação solar entre homens e jovens com menos de 25 anos, o que também corrobora com a hipótese de que os homens têm menor preocupação com os efeitos nocivos da radiação solar. Há diversos trabalhos revelando que as mulheres, de modo geral, cuidam mais da saúde, e no caso dos cuidados com a pele, associam-se também as questões estéticas ³³. O fato das mulheres apresentarem, no presente estudo, maior frequência de doenças inflamatórias e fúngicas também pode traduzir maior procura ao atendimento médico pelo sexo feminino.

Em relação à escolaridade, observamos que a maioria (69,2%) cursou apenas até o primeiro grau completo, dado que pode ser explicado pela totalidade da amostra advinda do setor público. Ao compararem-se os atendimentos nos setores público e privado em âmbito nacional ¹, verifica-se também que 65,7% dos pacientes do setor público não cursaram o segundo grau. Considerando a cor da pele, este estudo mostra ainda predominância da cor branca (65,9%), apesar de em menor proporção quando comparado ao que encontramos na Grande Florianópolis (96,5%). Esse aspecto pode ser justificado pela colonização europeia na

região Sul e, em se tratando de região litorânea, pode justificar também a maior ocorrência de dermatoses pré-malignas e malignas, que tem relação tanto à exposição solar quanto ao fenótipo desta população^{1,34}.

A maioria das profissões foi considerada não-fotoexposta e não houve associação estatisticamente significativa entre o tipo de dermatose e a exposição solar, durante o exercício profissional. Esse dado deve ser interpretado com cautela devido à impossibilidade de categorização (categoria 'não definida') da profissão. Nesses casos, a limitação ocorreu devido à classificação de 'aposentado', sem conhecimento do exercício profissional prévio, englobando justamente a faixa etária dos idosos. Porém, é incontestável que a exposição solar está relacionada ao maior risco de desenvolver câncer da pele. Além disso, atualmente é conhecido que o dano solar não corresponde apenas à exposição diária e regular ao sol, mas também à exposição intermitente, por períodos prolongados, a exemplo das práticas recreativas³⁵. Há evidências de que, na região Sul e Sudeste, a exposição solar estaria mais relacionada a atividades de lazer do que ocupacionais, ao contrário de outras regiões brasileiras³³.

Outro dado que pode ser explicado pela fotoexposição é a frequência de dermatoses segundo segmento corporal. É evidente que áreas com maior exposição solar, como segmento cefálico, membros superiores e membros inferiores, são mais acometidas, já que grande parte dos diagnósticos encontrados estão relacionados à fotoexposição, sobretudo em se tratando das neoplasias. Sabe-se que o CBC e o carcinoma espinocelular (CEC) acometem mais o segmento cefálico. Em estudo conduzindo em Curitiba, onde as características demográficas são semelhantes às da população deste estudo, foram encontradas maior frequência de câncer da pele e lesões pré-malignas nos segmentos cefálico e membro superior²⁷. Em nosso estudo, encontramos aproximadamente um terço das dermatoses localizadas no segmento cefálico; isso pode refletir também o maior peso estético e facilidade de identificação da lesão, com consequente maior procura por atendimento quando a lesão se localiza nesta região.

A grande unanimidade entre os estudos é referente à elevada dispersão de diagnósticos. Encontramos neste estudo um total de 183 diagnósticos, com média de 1,9 por paciente. A dermatose mais frequente foi a ceratose actínica, correspondendo a apenas 16,9% de todas as lesões dermatológicas, seguida de ceratose seborreica (7,1%) e tinha (6,5%). Isso reflete não só a grande abrangência de patologias na dermatologia, como também um fenômeno esperado em um serviço de referência como o HU-UFSC, um hospital terciário. Por outro lado, podemos notar que a alta prevalência de dermatoses simples, como certas

infecções fúngicas ou inflamatórias, reflete a baixa resolutibilidade da assistência primária no que tange as doenças dermatológicas.

Os diagnósticos mais frequentes encontrados na literatura variam conforme os aspectos demográficos porém, de modo geral, podemos dizer que ocorre maior frequência de doenças inflamatórias e infecciosas nos diversos estudos ^{1, 21}. Este dado é parcialmente concordante com o presente estudo, que encontrou maior frequência de doenças inflamatórias, seguidas de neoplasias benignas, lesões pré-malignas e doenças infecciosas. Diferente de outros estudos, aqui as lesões pré-malignas ultrapassam as doenças infecciosas. Como justificativa, pode-se pensar em melhores condições de vida e sanitárias na região Sul, porém é possível que haja ainda pouco conhecimento sobre a importância da fotoproteção e prevenção de danos solares e câncer da pele.

Por outro lado, levanta-se a hipótese de que a ceratose actínica, ao contrário das neoplasias malignas, seja mais provável em pacientes com maior consciência dos problemas de saúde, com melhor acesso e que procuram mais precocemente os serviços de saúde. Se verdadeira essa hipótese, poderíamos obter redução da incidência de câncer da pele, pelo tratamento de maior número de ceratoses actínicas ¹. De qualquer forma, sabe-se que o número de neoplasias da pele é crescente ¹², faltando ainda incentivo e ações de saúde pública para educação da população, tanto em relação à prevenção quanto ao diagnóstico precoce do câncer da pele.

Ao analisarmos a população idosa, uma associação estatisticamente significativa foi encontrada na faixa etária de 51 a 69 anos, onde a proporção de lesões pré-cancerosas e neoplasias malignas foi maior em relação a outros grupos, exceto em relação aos pacientes acima de 70 anos, onde houve maior ocorrência de neoplasia maligna. Além disso, nesta faixa etária é encontrado maior número de dermatoses, o que coincide com outro estudo que demonstra uma média de 3,73 lesões por paciente, naqueles acima de 60 anos ²⁵. Os idosos são mais acometidos por lesões cutâneas devido a características fisiológicas da senescência, que confere maior suscetibilidade à essa população, bem como a características de envelhecimento extrínseco, que inclui hábitos de vida e fatores ambientais, particularmente os vários anos de exposição solar crônica ³⁶.

Apesar do grande número de diagnósticos, observamos que 69,2% dos casos foram resolvidos com apenas uma consulta e em apenas 11% dos casos houve necessidade de três visitas ou mais, o que corrobora com a hipótese de que ainda assim, a maioria dos diagnósticos seriam simples e possivelmente resolvidos na atenção primária, podendo diminuir o número de casos referenciados a hospitais e serviços de atenção terciária ¹⁰.

Quanto à forma de diagnóstico, observa-se também que a maior parte dos pacientes (72,7%) tiveram sua lesão diagnosticada através de diagnóstico clínico, sendo que apenas em 15,6% dos casos houve necessidade de confirmação diagnóstica por método anatomopatológico. Um estudo realizado em ambiente hospitalar, entre pacientes internados, mostrou que em 50% dos casos houve necessidade de exames complementares, sendo que em 60% dos casos a consulta realizada por dermatologistas mudou o diagnóstico e tratamento da hipótese diagnóstica inicial ¹⁹.

6. CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico deste estudo revelou grande prevalência de doenças dermatológicas relacionadas à exposição solar, com elevada frequência de lesões pré-malignas e neoplasias malignas nesta população, quando comparada a outras regiões do país. Observamos também que o câncer de pele foi mais frequente entre indivíduos do sexo masculino, que possivelmente se expõem mais à radiação solar, e procuram mais tardiamente por atendimento médico.

Além disso, a grande prevalência de doenças inflamatórias e infecciosas de baixa complexidade, concordante com a literatura, indica que os médicos generalistas da atenção básica não são capacitados a diagnosticar e tratar adequadamente as doenças dermatológicas, fato que reflete a necessidade de maior treinamento dos profissionais de saúde. Esta medida juntamente com ações em política de saúde para educação em prevenção e diagnóstico precoce de doenças dermatológicas são fundamentais para um atendimento dermatológico ideal de toda a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Perfil nosológico das consultas dermatológicas no Brasil. *An Bras Dermatol* 2006. p. 549-58.
2. Mahe A, Faye O, Fanello S. Public health and dermatology in developing countries. *Bull Soc Pathol Exot.* 2003;96(5):351-6.
3. Bickers DR, Lim HW, Margolis D, Weinstock MA, Goodman C, Faulkner E, 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(3):490-500.
4. Isacson D, Bingefors K, Lindberg M. Self-reported dermatological problems and preferences for health: an epidemiological survey. *Acta Derm Venereol.* 2004;84(1):27-31.
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 Investig Dermatol Symp Proc.* 2004;9(2):120-5.
6. 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(12):1614-9.
7. Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4(12):833-42.
8. McComick A, Fleming D, Charlton J. *Morbidity Statistics from General Practice: 4th national Study 1991-92.* London: HMSO, 1995.
9. Fien S, Berman B, Magrane B. Skin disease in a primary care practice. *Skinmed.* 2005;4(6):350-3.
10. Steele K. Primary dermatological care in general practice. *J R Coll Gen Pract.* 1984;34(258):22-3.
11. Kerr OA, Tidman MJ, Walker JJ, Aldridge RD, Benton EC. The profile of dermatological problems in primary care. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35(4):380-3.
12. Benton EC, Kerr OA, Fisher A, Fraser SJ, McCormack SK, Tidman MJ. The changing face of dermatological practice: 25 years' experience. *Br J Dermatol.* 2008;159(2):413-8.

13. Harris DW, Benton EC, Hunter JA. The changing face of dermatology out-patient referrals in the south-east of Scotland. *Br J Dermatol*. 1990;123(6):745-50.
14. Battisti R, Nunes DH, Lebsa-Weber A, Schweiter LC, Sgrott I. Avaliação do perfil epidemiológico e da mortalidade dos pacientes com diagnóstico de melanoma cutâneo primário no município de Florianópolis - SC, Brasil. *An Bras Dermatol*. 2009;84(4):335-42.
15. Itin PH. Dermatologic consultations in the hospital ward: the skin, an interdisciplinary organ. *Dermatology*. 2009;219(3):193-4.
16. Penate Y, Guillermo N, Melwani P, Martel R, Borrego L. Dermatologists in hospital wards: an 8-year study of dermatology consultations. *Dermatology*. 2009;219(3):225-31.
17. Walia NS, Deb S. Dermatology referrals in the hospital setting. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2004;70(5):285-7.
18. Brodtkin RH, Rickert R, Machler BC. The dermatologist and managed care. *Cutis*. 1996;58(5):352.
19. Falanga V, Schachner LA, Rae V, Ceballos PI, Gonzalez A, Liang G, et al. Dermatologic consultations in the hospital setting. *Arch Dermatol*. 1994;130(8):1022-5.
20. Mancusi S, Festa Neto C. Inpatient dermatological consultations in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo)*. 2010;65(9):851-5.
21. Oliveira TF, Monteguti C, Velho PE. Prevalence of skin diseases at a healthcare clinic in a small Brazilian town. *An Bras Dermatol*. 2010;85(6):947-9.
22. Kiellberg Larsen H, Sand C. Referral pattern of skin diseases in an acute outpatient dermatological clinic in Copenhagen. *Acta Derm Venereol*. 2005;85(6):509-11.
23. Ertam I, Babur Y, Unal I, Alper S. The frequency of skin diseases among students in a university clinic. *Skinmed*. 2010;8(5):261-3.
24. Santos JB. Pediatric Dermatoses at the Clinicas Hospital, Federal University of Pernambuco. *An Bras Dermatol*. 2004;79(3):289-94.
25. Dinato SL, Oliva R, Dinato MM, Macedo-Soares A, Bernardo WM. Prevalence of dermatoses in residents of institutions for the elderly. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(6):543-7.
26. Beauregard S, Gilchrest BA. A survey of skin problems and skin care regimens in the elderly. *Arch Dermatol*. 1987;123(12):1638-43.
27. Dergham APea. Distribution of diagnosis of neoplastic and preneoplastic skin lesions at Evangelical Hospital in Curitiba. *An Bras Dermatol*. 2004;79(5):555-9.
28. Sampaio SAP, Rivitti EA. Afecções Epiteliais Pré-malignas e Tumores Intra-epidérmicos. *Dermatologia* 2ªed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 833-8.

29. Theodosat A. Skin disease of the lower extremities in the elderly. *Dermatol Clin.* 2004;22:13-21.
30. Weinstock MA. Death from skin cancer among the elderly: epidemiological patterns. *Arch Dermatol.* 1997;133(10):1207-9.
31. Blanes M, Belinchon I, Merino E, Portilla J, Sanchez-Paya J, Betlloch I. Current prevalence and characteristics of dermatoses associated with human immunodeficiency virus infection. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101(8):702-9.
32. Chen QP, Aw DC. Epidemiology of skin diseases in renal transplant recipients in a tertiary hospital. *Ann Acad Med Singapore.* 2010;39(12):904-5.
33. Szklo AS, Almeida LM, Figueiredo V, Lozana Jde A, Azevedo e Silva Mendonca G, Moura L, et al. Behaviors related to sunlight exposure versus protection in a random population sample from 15 Brazilian State capitals and the Federal District, 2002-2003. *Cad Saude Publica.* 2007;23(4):823-34.
34. Bakos L, Wagner M, Bakos RM, Leite CS, Sperhacke CL, Dzekaniak KS, et al. Sunburn, sunscreens, and phenotypes: some risk factors for cutaneous melanoma in southern Brazil. *Int J Dermatol.* 2002;41(9):557-62.
35. Gallagher RP, Lee TK. Adverse effects of ultraviolet radiation: a brief review. *Prog Biophys Mol Biol.* 2006;92(1):119-31.
36. Fenske NA, Lober CW. Skin changes of aging: pathological implications. *Geriatrics.* 1990;45(3):27-35.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do colegiado do Curso de Graduação em Medicina, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO I – Mesorregião da Grande Florianópolis

MESORREGIÃO DA GRANDE FLORIANÓPOLIS		
Microrregião de Florianópolis	Microrregião de Tabuleiro	Microrregião de Tijucas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antônio Carlos ▪ Biguaçu ▪ Florianópolis ▪ Gov. Celso Ramos ▪ Palhoça ▪ Paulo Lopes ▪ Sto Amaro da Imperatriz ▪ São José ▪ São Pedro de Alcântara 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Águas Mornas ▪ Alfredo Wagner ▪ Anitápolis ▪ Rancho Queimado ▪ São Bonifácio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angelina ▪ Canelinha ▪ Leoberto Leal ▪ Major Gercino ▪ Nova Trento ▪ São João Batista ▪ Tijucas

Fonte: IBGE (www.ibge.gov.br)

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezados Senhores,

Por favor, leiam atentamente as informações abaixo antes de decidir se concordam em participar do presente estudo.

Meu nome é Tatiana Miyuki Iida e estou desenvolvendo a pesquisa “*Análise do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HU/UFSC*”, sob orientação da dermatologista e professora responsável Dra Vanessa Santos Cunha.

Esta pesquisa tem por objetivo obter dados epidemiológicos a respeito da população acometida por doenças dermatológicas, podendo assim contribuir com a melhora da assistência em dermatologia no âmbito da saúde pública.

Para isso, precisamos colher algumas informações de seu prontuário médico, que são: nome, registro hospitalar, idade, sexo, cor, escolaridade, procedência, número de consultas, faltas à consulta, diagnóstico dermatológico, número de diagnósticos, e local da lesão (segmento corporal). Essas informações serão armazenadas em planilhas eletrônicas, para posterior análise epidemiológica.

Informo que em hipótese alguma o seu nome e outras informações de caráter pessoal serão divulgados, e somente as pessoas diretamente relacionadas à pesquisa terão acesso às informações. Esses dados serão confidenciais e utilizados somente para esta pesquisa. Asseguro também que não existe qualquer risco para os participantes da pesquisa, já que se trata de um estudo apenas epidemiológico. Também não haverá benefício individual, ou restrição de qualquer ordem aos participantes.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 3733-5717 ou por email tatianaiida@yahoo.com.br. Não haverá qualquer implicação se assim desejar.

Este consentimento e a sua assinatura são indispensáveis para a inclusão de seus dados no estudo, porém a sua participação é de livre escolha.

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “*Análise do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HU/UFSC*”, e concordo que meus dados sejam utilizados para a realização da mesma.

Florianópolis, ___/___/___

(participante)

Dra Vanessa Santos Cunha (orientadora)

Tatiana Miyuki Iida (pesquisadora)

APÊNDICE II – Ficha de coleta dos dados

1. Identificação (iniciais do nome): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2. Registro hospitalar: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3. Idade: |_|_|_|
4. Número de visitas (quantas consultas): |_|_|_|
5. Procedência |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| UF: |_|_|_|
6. Sexo:
 - Masculino Feminino
7. Cor:
 - Branca Parda Negra Amarela
8. Escolaridade:
 - Analfabeto 1º grau 2º grau 3º grau
9. Profissão: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
10. Localização (segmento corporal acometido por lesão):
 - 1) Cefálico 2) Pescoço 3) Membro superior 4) Tronco anterior**
 - 5) Tronco posterior 6) Membro inferior 7) Genitália**
11. Diagnóstico da lesão 1: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 Diagnóstico da lesão 2: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 Diagnóstico da lesão 3: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
12. Número total de diagnósticos: |_|_|_|
13. Forma de diagnóstico:
 - 1) Diagnóstico clínico**
 - 2) Exame micológico direto e/ou cultura**
 - 3) Exame anatomo-patológico**
 - 4) Diagnóstico laboratorial**
 - 5) Teste de contato alérgico**

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

1º. Análise quanto à forma (O TCC deve ser elaborado pelas Normas do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina);

2º. Quanto ao conteúdo;

3º. Apresentação oral;

4º. Material didático utilizado na apresentação;

5º. Tempo de apresentação:

15 minutos para o aluno;

05 minutos para cada membro da Banca;

05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

1. FORMA

2. CONTEÚDO

3. APRESENTAÇÃO ORAL

4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____