



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

ROUDINEI CARLOS DIAS SANTANA

**MANEJO DE AFECÇÕES DERMATOLÓGICAS POR MÉDICOS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA REGIÃO DA BAHIA**

**FEIRA DE SANTANA
2025**

ROUDINEI CARLOS DIAS SANTANA

**Manejo de afecções dermatológicas por médicos da Atenção
Primária à Saúde em uma região da Bahia**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado
Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual
de Feira de Santana.

Orientadora: Profa. Dra. Kleize Araújo de Oliveira Souza

Co-orientador: Prof. Dr. João André Santos de Oliveira

**Feira de Santana
2025**

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Santana, Roudinei Carlos Dias
S223m Manejo de afecções dermatológicas por médicos da Atenção Primária à Saúde em uma região da Bahia / Roudinei Carlos Dias Santana. – 2025.
124f.: il.

Orientadora: Kleize Araújo de Oliveira Souza
Coorientador: João André Santos de Oliveira

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 2025.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Dermatoses. 3. Medicina da família. 4. Gerenciamento clínico. 5. Efetividade. I. Souza, Kleize Araújo de Oliveira, orient. II. Oliveira, João André Santos de, coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU: 614:616.5

Rejane Maria Rosa Ribeiro – Bibliotecária CRB-5/695

Roudinei Carlos Dias Santana

Manejo de afecções dermatológicas por médicos da Atenção Primária à Saúde em uma região da Bahia

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana.

Data da Aprovação: 14/01/2025

Membros da Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **KLEIZE ARAUJO DE OLIVEIRA SOUZA**
Data: 30/04/2025 09:45:07-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Kleize Araújo de Oliveira Souza
1ª Examinadora/UEFS

Documento assinado digitalmente
 **MAGALI TERESOPOLIS REIS AMARAL**
Data: 30/04/2025 11:05:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Magali Teresópolis Reis Amaral
2ª Examinadora/UEFS

Profa. Dra. Sandra Lyon
3ª Examinadora/ FASEH

Documento assinado digitalmente
 **JOAO ANDRE SANTOS DE OLIVEIRA**
Data: 30/04/2025 10:10:10-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. João André Santos de Oliveira
Suplente/UEFS

**Feira de Santana
2025**

Dedico este trabalho aos meus colegas de curso, cuja amizade foi construída sobre terreno fértil de trocas e inspirações. Seu apoio e incentivo foram fundamentais ao longo da jornada. Com vocês superei desafios e juntos celebramos conquistas. Obrigado por cada vivência e aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente Àquele que tudo criou, pela força, inspiração e luz que me acompanharam ao longo desta jornada. Sem a Sua presença, nada disso seria possível.

À minha orientadora, professora Kleize, e ao meu coorientador, professor João, meu sincero agradecimento por terem aceitado o desafio e pelas valiosas trocas ao me guiarem pelo caminho. Suas contribuições foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de turma, especialmente à Dayana e à Klecia, sou grato por ouvirem meus desabafos angustiados e por sempre oferecerem conselhos sábios e pertinentes. Vocês tornaram essa experiência mais leve e enriquecedora.

Agradeço à minha família, por torcerem por mim e vibrarem com cada conquista, em especial a Ozias, meu companheiro nesta e em tantas outras jornadas, cuja paciência em me ouvir durante o processo de construção deste trabalho foi inestimável.

Agradeço também a Sandra, minha comadre, por ler meus rascunhos com entusiasmo e por todo o apoio e incentivo, e a Ozana, minha cunhada, pelas dicas valorosas e *insights* sempre precisos, que contribuíram imensamente para o aprimoramento desta pesquisa.

Por fim, a todos que, de alguma forma, participaram dessa jornada, meu sincero agradecimento.

RESUMO

Este estudo buscou investigar o desempenho de médicos no atendimento a usuários com afecções dermatológicas prevalentes na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios da Bahia. Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa, com abordagem descritiva e transversal, envolvendo 25 médicos de equipes de Saúde da Família das cidades de Barrocas, Conceição do Coité e Santaluz. A coleta de dados ocorreu em duas etapas, utilizando questionários sobre perfil sociodemográfico, questões opinativas fechadas; além de um questionário sobre conhecimentos em dermatologia básica. Os instrumentos foram submetidos a testes de validade interna (alfa de *Cronbach* e ômega de *McDonald*) e apresentaram boa consistência. A análise dos dados foi realizada utilizando modelos estatísticos descritivos e, também, inferenciais. Os resultados revelaram que 72% dos médicos consideram as demandas dermatológicas muito importantes em seu cotidiano da APS, e 84% acreditam que os usuários do SUS esperam sua ajuda para resolver esses problemas. Embora 88% se sintam seguros para manejar essas demandas e 72% tenham considerado seu desempenho como bom, 60% afirmaram que a formação recebida na graduação, neste aspecto, foi insuficiente. Por outro lado, de maneira contraditória, a média de acertos no teste de conhecimentos em dermatologia básica, aplicado aos participantes, foi de apenas 4,8, de um total de 14 pontos, revelando elevada taxa de erros em temas sensíveis à prática da APS como hanseníase e câncer de pele não melanoma. Apesar de ligeira superioridade no desempenho de médicos formados em instituições públicas, não houve diferença estatística significativa em relação a instituições privadas, o que pode ser um indicativo de lacunas no ensino de dermatologia em ambos os cenários. Esses achados sugerem que a formação médica pode não contemplar de forma adequada o ensino de dermatologia, impactando a capacidade dos profissionais de diagnosticar e tratar adequadamente as dermatoses, o que pode levar a diagnósticos tardios e aumento da morbimortalidade. Como produto técnico desta pesquisa, foi elaborada uma proposta de educação permanente voltada para capacitar os participantes no manejo das principais dermatoses encontradas em seu processo de trabalho. Espera-se que os resultados deste estudo fomentem a discussão sobre o assunto em espaços de formação e formulação de políticas públicas em saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Dermatoses; Efetividade; Medicina de família; Gerenciamento clínico

ABSTRACT

This study aimed to investigate the performance of physicians in providing care to patients with prevalent dermatological conditions in Primary Health Care (PHC) settings in municipalities of Bahia. It is a field research, qualitative and quantitative, with a descriptive and cross-sectional approach, involving 25 physicians from Family Health teams in the cities of Barrocas, Conceição do Coité, and Santaluz. Data collection occurred in two stages, using questionnaires on sociodemographic profile, closed opinion questions, as well as a questionnaire on basic dermatology knowledge. The instruments underwent tests for internal validity (Cronbach's alpha and McDonald's omega) and showed good consistency. Data analysis was conducted using descriptive and inferential statistical models. Results revealed that 72% of physicians consider dermatological demands very important in their daily PHC practice, and 84% believe that SUS users expect their assistance in resolving these issues. Although 88% feel confident in managing these demands and 72% rated their performance as good, 60% stated that the training received during their undergraduate studies on these topics was insufficient. Conversely, the average score on the basic dermatology knowledge test administered to participants was only 4.8 out of a total of 14 points, revealing a high error rate in sensitive topics relevant to PHC practice, such as leprosy and non-melanoma skin cancer. Despite a slight superiority in performance among physicians trained in public institutions, no statistically significant difference was found compared to those from private institutions, indicating potential gaps in dermatology education in both contexts. These findings suggest that medical training may not adequately contemplate the teaching of dermatology, impacting the ability of professionals to properly diagnose and treat dermatoses, which can lead to late diagnoses and increased morbidity and mortality. As a technical product of this research, a proposal for continuing education was elaborated aimed at training participants in the management of the main dermatoses found in their work process. It is hoped that the results of this study will foster discussion on the subject in spaces for training and formulation of public health policies.

Key-words: Primary Health Care; Skin Diseases; Effectiveness; Family Practice; Disease management

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
1. INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivo geral:	17
1.2 Objetivos específicos:.....	18
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 O papel da Atenção Primária à Saúde na atenção integral à saúde	21
2.2 A importância da dermatologia na rede de assistência à saúde	26
2.3 O papel da Atenção Primária à Saúde no cuidado dermatológico	33
2.4 Resolubilidade da APS e formação de profissionais médicos para o SUS	40
3. METODOLOGIA.....	46
3.1 Tipo de Estudo	46
3.2 Campo de Investigação.....	47
3.3 Participantes da pesquisa	48
3.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados	49
3.4.1. Parâmetros de correção do teste de conhecimento (questionário 2).....	51
3.4.2. Análises de confiabilidade dos instrumentos	51
3.5 Análise de dados	52
3.6 Aspectos éticos	52
4. RESULTADOS	56
4.1 Caracterização dos respondentes: atuação.	56

4.2 Caracterização dos respondentes: formação acadêmica.....	58
4.3 Como os médicos participantes avaliam sua prática dermatológica e formação acadêmica.....	61
4.4 Desempenho dos participantes no teste de conhecimentos em dermatologia	65
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	72
5.1 Quanto à caracterização dos participantes	72
5.2 Autopercepção dos participantes quanto ao seu desempenho e manejo	73
5.3 Quanto ao desempenho profissional no manejo das condições dermatológicas nos municípios participantes	75
5.4 Proposta de Intervenção	81
6. CONCLUSÃO.....	85
7. REFERÊNCIAS.....	89
8. APÊNDICES.....	98
APÊNDICE A: FORMULÁRIO PADRÃO E QUESTIONÁRIO.....	98
APÊNDICE B: TESTE DE CONHECIMENTOS EM DERMATOLOGIA BÁSICA	101
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	110
APÊNDICE D: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	113
9. ANEXOS	122
ANEXO 1: QUADRO DAS DERMATOSES MAIS PREVALENTES DE ACORDO COM O CENSO DA SBD E COM O GBD.	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE- Assistência Ambulatorial Especializada AB- Atenção Básica

AE- Atenção Especializada AP- Atenção Primária

APS- Atenção Primária à Saúde BA- Bahia

CBC- Carcinoma Basocelular CEC- Carcinoma Espinocelular

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa CFM- Conselho Federal de Medicina

CIAP- Classificação Internacional da Atenção Primária CID- Classificação Internacional de Doenças

CNS- Conselho Nacional de Saúde CRM- Conselho Regional de Medicina DALY- Disability-adjusted Life Years DSC- Discurso do Sujeito Coletivo ECH- Expressões-Chaves

ESF- Estratégia de Saúde da Família FPS- Fator de Proteção Solar

GBD- Global Burden of Disease

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IC- Ideia Central

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano IES- Instituição de Ensino Superior

MFC- Medicina de Família e Comunidade

NUPISC- Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva PCR- Proteína C Reativa

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica PPI- Programação Pactuada e Integrada

PSF- Programa de Saúde da Família

RAS- Rede de Assistência à Saúde

SBD- Sociedade Brasileira de Dermatologia SNS- Sistema Nacional de Saúde

SP- São Paulo

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TRI- Teoria de Resposta ao Item

UBS- Unidade Básica de Saúde USF- Unidade de Saúde da Família

UEFS- Universidade Estadual de Feira de Santana

VHS- Velocidade de Hemossedimentação

1. INTRODUÇÃO

A pele, também chamada de *cúrtis*, é um dos órgãos mais importantes do corpo humano, possuindo grande extensão e representando aproximadamente 16% do peso corporal total; dessa forma, funciona como um isolante do corpo em relação ao ambiente e contribuindo, entre outras coisas, para a definição da raça e do sexo dos indivíduos (Enokihara; Michalany, 2018). Além de suas camadas conhecidas, a epiderme e a derme, este importante órgão abriga ainda estruturas chamadas de anexos cutâneos, que são os pêlos, as unhas e as glândulas sudoríparas e sebáceas.

A pele acumula diversas funções essenciais à sobrevivência do organismo, tais como de termo-regulação, de controle hidroeletrolítico, de proteção e defesa, endócrinas, entre outras. Ademais, exerce um papel social no relacionamento entre as pessoas, considerada um cartão-de-visitas e, conforme afirma Kamibeppu *et al* (2018), quando saudável, “atua como atrativo para outros indivíduos e, se afetada por algumas doenças, motiva repulsa e segregação” (Kamibeppu, 2018, p.3). Nesse sentido, chama à atenção o fato de que este importante órgão possa manifestar grande número de condições patológicas, tanto primárias, isto é, de origem na própria pele, quanto secundárias, produto de algum distúrbio em outro aparelho ou sistema e que se demonstram através de sinais e sintomas cutâneos (Brasil, 2002).

Estima-se que existam mais de quatro mil doenças catalogadas e estudadas pela Dermatologia e que as patologias da pele correspondam a 15-30% do total de consultas ambulatoriais (Ferreira; Weber; Bonamigo, 2021), sendo a sua frequência na Atenção Primária à Saúde (APS) igualmente elevada, com estudos apontando prevalência de 10 a 36% entre os atendimentos realizados neste âmbito de atenção (Bernardes *et al*, 2014; Lowell *et al*, 2001). De fato, em estudo realizado por Wilmer *et al* (2014), constatou-se que aproximadamente 53% dos atendimentos a pessoas acometidas por afecções dermatológicas foram feitos por médicos não dermatologistas, a saber médicos de família e comunidade (20,5%), seguido pelos pediatras (11,3%), clínicos gerais (9,2%) e cirurgiões, com 3,4% dos casos.

Ainda nesta perspectiva, Ferreira, Godoi e Perugini (2019) afirmam que existe uma tendência entre os generalistas a minimizar ou confundir algumas enfermidades da pele, sobrediagnosticar condições mais comuns como eczemas, verrugas e doenças infecciosas em detrimento de diagnósticos mais complexos, inclusive neoplasias. Em um estudo realizado por Barbarulo *et al* (2002) com médicos dermatologistas, médicos de família e comunidade e médicos generalistas, em Buenos Aires, encontrou-se que o número de respostas equivocadas ou de perguntas não respondidas sobre dez patologias tumorais benignas e malignas de alta prevalência na população, como as ceratoses seborreicas, os carcinomas epidermoides e basocelulares, as ceratoses actínicas, foi substancialmente maior entre os médicos de família e comunidade e generalistas, quando comparados aos dermatologistas, alcançando, aqueles, média de dois acertos entre os dez casos clínicos.

O mesmo estudo buscou avaliar também aspectos de subestimação das doenças por parte dos médicos avaliados, consistindo esta na avaliação de patologia maligna como sendo de natureza benigna e, neste quesito, o percentual de médicos que subestimaram as lesões malignas também foi consideravelmente maior entre os médicos generalistas (32%) e de família e comunidade (47%) (Barbarulo *et al.*, 2002)

Por sua vez, no que concerne à sua capacidade em solucionar as demandas dermatológicas dos pacientes, Gomes *et al.* (2012) afirmam que, apesar de as doenças de pele serem altamente incidentes nas consultas do médico generalista e de família, poucos têm formação ou interesse no manejo destas condições; ademais, segundo as autoras, faltam instrumentos e ferramentas para uma abordagem estruturada, sistematizada e direcionada das condições de pele por médicos não especialistas:

Apesar do desconforto e possível estigma derivados de inúmeras doenças de pele, que podem ser contagiosas e apresentam sinais bem visíveis, como manchas, úlceras e tumores, e desagradáveis sintomas, como prurido e dor, a abordagem das afecções de pele permanece interessando primordialmente aos especialistas. Existe uma procura elevada por atendimento especializado que poderia ser minimizada com adequado treinamento teórico e prático sobre o tema na Atenção Primária, abrangendo todas as etapas da assistência, com foco diferenciado na prevenção e promoção (Gomes *et al.*, 2012, p. 127).

No entanto, mesmo detendo tamanha importância no âmbito da assistência em saúde e nas demandas apresentadas no consultório do médico generalista e de Família e Comunidade, estudos apontam que as doenças dermatológicas ainda não gozam da mesma relevância na composição dos currículos dos cursos de graduação de medicina, mesmo em países considerados desenvolvidos.

De acordo com Bonacin e Prado (2020), apenas 1% do tempo da graduação médica no país é destinado ao ensino da dermatologia. Ulman *et al* (2015) identificaram, em um estudo realizado nos Estados Unidos, que 90% dos alunos de medicina têm a percepção de terem recebido um treinamento inadequado ou insatisfatório em doenças dermatológicas durante a sua formação. Para Gomes *et al* (2012, p. 126), “a disciplina (e/ou seus conteúdos) permanece com pouca carga horária durante a graduação, mesmo em currículos mais recentes, o que dificulta a discussão de afecções dermatológicas fora do âmbito da especialidade”.

Tal constatação surge como um importante paradoxo para a realidade brasileira. Desde a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Medicina, o Estado brasileiro tem estabelecido parâmetros para a formação dos novos profissionais médicos, priorizando o atendimento das necessidades e demandas do Sistema Único de Saúde, buscando contemplar, nos Projetos Políticos Pedagógicos das Instituições de Ensino Superior, objetivos e metas que permitam “vincular, por meio da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS” (Brasil, 2014, p. 5).

Diante do exposto, parece haver evidências que apontam para uma dissonância entre o que é proposto como projeto de formação médica e o perfil dos egressos e as competências que precisam demonstrar, sobretudo no âmbito do SUS e da APS. Como uma consequência provável desse desequilíbrio, estaria a inversão da lógica do cuidado integral e resolutivo no âmbito da APS, culminando no excessivo número de encaminhamentos para as média e alta complexidades, de demandas sensíveis a este âmbito de atenção, o que pode limitar o acesso àqueles usuários portadores de condições de maior gravidade, provocar atrasos diagnósticos e mudanças de prognóstico e, conseqüentemente, acarretar em maiores custos para o Sistema Público de Saúde.

Desse modo, este trabalho de pesquisa tem como objeto de estudo, o

desempenho médico no atendimento aos usuários com problemas dermatológicos prevalentes, no contexto da Atenção Primária à Saúde, em municípios de uma região de saúde no estado da Bahia e parte da seguinte questão norteadora: qual o nível de conhecimento teórico-prático em condições dermatológicas prevalentes, dos médicos que atuam na rede de APS, e como percebem e avaliam seu desempenho no manejo de pacientes com tais condições?

É importante sinalizar que uma das motivações para a realização do presente trabalho parte das vivências do pesquisador, médico dermatologista, atuante na assistência dermatológica, tanto na rede privada quanto em ambulatórios especializados do SUS nos municípios que serão analisados e a sua percepção de que muitos encaminhamentos feitos, a partir dos médicos da Atenção Primária à Saúde, poderiam ter resolução e acompanhamento naquele âmbito de cuidado, pelos próprios profissionais assistentes; melhorando a eficiência e a resolubilidade da Estratégia de Saúde da Família, reduzindo a demanda por consultas especializadas e, conseqüentemente, a sobrecarga dos serviços de referência.

Ademais, ao direcionarmos o olhar para a demanda reprimida de atendimento especializado em dermatologia, nos municípios que serão analisados neste trabalho (Conceição do Coité, Barrocas e Santaluz), através de uma consulta aos bancos de dados e sistemas municipais de marcação e regulação de vagas, no momento da escrita desse texto, identificou que as mesmas são disponibilizadas tanto via Sistema Lista Única Estadual, para ambulatórios hospitalares de referência, ou por meio da Programação Pactuada e Integrada-PPI, ou através do Consórcio Interfederativo/Policlínica Regional e também para serviços ambulatoriais próprios ou conveniados. A consulta apontou a existência de uma lista de espera de 6.512 usuários aguardando por uma vaga de atendimento médico em alguma das cinquenta e cinco especialidades médicas reconhecidas no país (Conceição do Coité, 2023; Barrocas, 2023; Santaluz, 2023).

Quando avaliada a demanda reprimida em lista de espera para consulta com dermatologista nesses mesmos municípios, esta ocupou uma média geral de 6,8% do total de pacientes aguardando vaga, chegando a representar 8,6% da demanda na região de Barrocas, ficando em quarto lugar entre as especialidades mais requisitadas neste município e 7% em Conceição do Coité, onde ficou atrás apenas da Oftalmologia (16,6%), Ortopedia (15,6%), Otorrinolaringologia (10,6%) e a Ginecologia-obstetrícia (9%), respectivamente (Conceição do Coité, 2023; Barrocas,

2023; Santaluz, 2023).

Assim, este estudo justifica-se por considerarmos importante conhecer o quanto preparados estão os médicos que atuam na porta prioritária ao Sistema Único de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família, quanto à capacidade de correta identificação das doenças dermatológicas e quanto à tomada de decisão sobre o tratamento *in loco* ou o encaminhamento prioritário e oportuno das pessoas com patologias que demandem assistência especializada. Ademais, consideramos necessário reconhecer os fatores envolvidos nesse processo decisório, sobretudo a percepção e auto-avaliação que os profissionais fazem do seu desempenho nesta área de atuação; em que medida sentem-se satisfeitos com as respostas oferecidas e qual a relação que estabelecem com o seu processo formativo ainda na graduação.

Desse modo, os resultados advindos da presente pesquisa poderão contribuir para a elaboração de propostas de intervenção que ajudem a corrigir eventuais fragilidades encontradas nos municípios a serem analisados, favorecendo a coordenação do cuidado, assim como a ordenação do fluxo nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Reconhecemos também a importância da temática proposta no que diz respeito à relevância científica, tendo em vista a escassez de trabalhos atualizados relacionados com o assunto. Uma pesquisa nas bases de dados Medline, Lilacs, IBICS e Coleciona SUS utilizando os descritores e conectores a seguir: cuidados médicos AND dermatopatias OR doenças dermatológicas AND médicos de atenção primária OR atenção primária à saúde, restrito ao período compreendido entre 2010 a 2023, reportou um total de 46 artigos, sendo apenas dois em língua portuguesa. A leitura dos resumos, por sua vez, levou à seleção de apenas 17 trabalhos cujo teor mantinha relação com a temática deste estudo.

Assim, partindo da temática abordada e da questão norteadora apresentada, esta investigação trouxe os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar o desempenho médico no manejo¹ de doenças dermatológicas de

¹ Manejar, segundo a versão online do Dicionário Michaelis da língua portuguesa, é um verbo que significa, entre outras definições, "...dominar algo, ter conhecimento de algo; desempenhar, exercer, manear". Desse modo, a expressão "manejar", utilizada no contexto médico e neste trabalho, faz referência ao processo propedêutico de reconhecimento diagnóstico e habilidades terapêuticas frente a determinada condição ou patologia, incluindo

usuários, no contexto da Atenção Primária à Saúde, em municípios de uma região de saúde no estado da Bahia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar o conhecimento dos profissionais médicos sobre o manejo das afecções dermatológicas mais prevalentes na população e passíveis de serem solucionadas no âmbito da APS;
- Descrever a autopercepção dos profissionais médicos no manejo de usuários com afecções dermatológicas na APS;
- Discutir o manejo das afecções dermatológicas por médicos da Atenção Primária à Saúde nos municípios de Conceição do Coité, Barrocas e Santaluz;
- Propor um plano de educação permanente voltado para o manejo das doenças dermatológicas prevalentes para médicos atuantes na Atenção Primária à Saúde da região sisaleira.

o tratamento, o acompanhamento evolutivo e a referência a outros pontos de cuidado, quando necessário. (Manejar, 2023).

O manejo, por sua vez, se trata de um substantivo masculino que faz referência ao "ato ou efeito de manejar" (Manejo, 2023).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir, apresentamos a revisão de literatura levada a cabo, para fins de conhecer o estado da arte sobre o assunto em tela e conformar o arcabouço teórico-conceitual necessário para a condução eficaz aos objetivos propostos por este trabalho.

Dividimos esta seção em três subcapítulos, que abrangem: os princípios ligados ao Sistema Único de Saúde e à Atenção Primária à Saúde, como modelo reorganizador das práticas no SUS; a Atenção Ambulatorial Especializada e seus dilemas, dando especial ênfase à assistência dermatológica na Rede de Assistência à Saúde, o papel da APS e dos médicos que a compõem no cuidado aos usuários portadores de doenças dermatológicas básicas e de como a ampliação da sua resolubilidade implica na integralidade e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

2.1 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Desde 1920, o médico inglês, Bertrand Dawson, em seu famoso Relatório Dawson, apresentou ideias que viriam a assentar as bases para reformas estruturais nos serviços de saúde, mundo afora. Este documento já preconizava a necessidade e a importância de tratar a saúde sob a lógica da territorialidade e da hierarquização de responsabilidades na construção do cuidado. Ou seja, para uma maior cobertura de assistência, com mais eficiência e resolubilidade, ele partia da premissa de que o território deveria ser dividido em áreas que ficassem sob a responsabilidade de autoridades locais e que o sistema fosse dotado de níveis hierárquicos de serviços médicos, conforme a necessidade local (Conill, 2008).

A partir da Primeira Conferência Mundial de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, passou a ganhar força o ideário de sistemas de saúde nacionais, fundamentados na Atenção Primária em Saúde (APS), que possuía em sua essência os elementos básicos já mencionados por Lord Dawson em seu documento. A partir de então, países como Canadá, Cuba e Inglaterra passaram a adotar esse modelo assistencial centrado na APS, alcançando resultados bastante satisfatórios.

A APS traz consigo a ideia de uma assistência voltada para os princípios da promoção, da prevenção, da cura e da reabilitação dos indivíduos acometidos por

doenças agudas e crônicas, primando por considerá-la o primeiro, mais acessível e preferencial ponto de contato entre os indivíduos e o Sistema e que atua sob a lógica da integralidade e da longitudinalidade, numa abordagem familiar e com enfoque na comunidade.

É sob esta ótica que a Atenção Primária à Saúde passou a se fortalecer no Brasil, a partir da década de 1980, com as crescentes pressões sociais por melhores condições de vida e de acesso aos serviços de saúde, e a intensificação de movimentos reformistas sanitários, que culminaram com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujos temas foram a Saúde como um direito; a Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Financiamento Setorial.

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária (Melo *et al.*, 2018, p. 39)

Tida como a primeira Conferência de saúde democrática do Brasil, com a participação de aproximadamente quatro mil conferencistas representando a sociedade civil, este movimento produziu relatórios que subsidiaram os princípios constitucionais relativos à saúde no país e, sobretudo, a reorganização do então Sistema Nacional de Saúde (SNS) brasileiro, que daria lugar ao atual Sistema Único de Saúde (SUS), com todas as suas diretrizes já conhecidos (Brasil, 2009).

A esse respeito, Jairnilson Paim ilustrou claramente o protagonismo da 8ª Conferência para definir os princípios que norteariam o capítulo da saúde na Carta Magna brasileira. Em 1986, o autor defendeu que “o fato de a sociedade brasileira encontrar-se num processo constituinte estimula a sistematização das ideias que poderão dar materialidade ao direito à saúde que precisa ser reconhecido e inscrito na Nova Constituição (Paim, 1986, p. 19).

Desde então, a saúde no Brasil transita entre modelos assistenciais pré-SUS, cujo enfoque maior repousava sobre o campanhismo, nas ações do setor público, e o privatismo assistencial, pautado no dualismo biomédico e hospitalocêntrico; e a noção de saúde em seu conceito ampliado, cujo olhar se lança em várias direções, alcançando os determinantes sociais e os condicionantes do processo saúde- doença, na perspectiva de construir um modelo assistencial amplo o bastante para superar a lógica da saúde como a simples ausência de doença e, efetivamente, garantir o cumprimento

dos princípios básicos do SUS e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como modelo estruturante do nosso sistema de saúde.

No entanto, uma das características essenciais para que a Atenção Primária à Saúde se consolide como base de Sistemas de Saúde Nacionais ou Universais, como o SUS, é a sua capacidade de resolubilidade, isto é, a capacidade de solucionar ou oferecer respostas apropriadas à maioria dos problemas de saúde que lhe são apresentados pelos usuários e que são sensíveis e sanáveis neste primeiro âmbito de atenção (Giovanella; Mendonça, 2009). Estudos apontam que uma APS resolutiva e bem estruturada seria capaz de dar respostas eficazes a aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população (Portela, 2016).

Contudo, quase trinta e cinco anos após a oficialização do SUS, o Brasil ainda enfrenta, nos dias atuais, diversos desafios no que concerne à consolidação da Atenção Primária à Saúde, como base para o seu sistema de saúde público e universal. Nesse sentido, Fausto et al. Resumem esta dificuldade da seguinte maneira:

O acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) com ampliação da cobertura populacional pelas equipes de saúde da família em todo o território brasileiro tem sido crescente nas últimas três décadas...diversos estudos têm apontado desafios históricos a serem enfrentados na APS: condição inadequada da rede física das Unidades Básicas de Saúde (UBS); financiamento insuficiente; dificuldades de integração da APS com a atenção especializada, insuficiente incorporação de recursos humanos qualificados (Fausto et al., 2018, p.12).

O Brasil adotou a Estratégia de Saúde da Família como elemento estruturante da sua Atenção Primária, à qual convencionou chamar de Atenção Básica (AB) à saúde, como forma de reforçar a sua orientação voltada para reorganização do Sistema e para a integralidade do cuidado. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os termos APS e AB são equivalentes: “a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica – AB e Atenção Primária à Saúde – APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (Brasil, 2017). Desse modo, o presente trabalho utilizará ambas expressões como sinônimas.

O Ministério da Saúde vem estabelecendo, regulamentando, revisões à PNAB, a fim de garantir a este âmbito de cuidado maior resolubilidade e maior autonomia, primando para que, de fato, a AB seja coordenadora das linhas de cuidado e a ordenadora dos itinerários que devem seguir os usuários dentro das Redes de Assistência à Saúde (RAS), em busca da integralidade da assistência; servindo como elo de comunicação

entre os diversos pontos da rede, em especial, com o nível secundário, onde se concentra a maior parte dos serviços de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e de diagnóstico complementar, principalmente imaginológicos.

A Política Nacional de Atenção Básica ampliou o escopo e a concepção da atenção primária brasileira, incorporando os atributos da atenção primária à saúde abrangente. Atenção básica passa a ser entendida como um conjunto de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde nos âmbitos individual e coletivo... tem como função ser o ponto de contato preferencial e a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo a integralidade da atenção e proporcionando a longitudinalidade da atenção e a coordenação dos cuidados – atributos essenciais da APS.(Giovannella; Mendonça, 2009)

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) está intimamente relacionada ao processo de Regionalização, princípio organizativo previsto na Lei 8.080, que instituiu o Sistema Único de Saúde. No entanto, conforme afirmam alguns autores, a Regionalização ainda não se completou de forma eficiente e resolutiva no país. O processo de regionalização ainda é incipiente e “carece de meios e respaldos necessários para sua consolidação, haja vista a indefinição de papéis e funções entre os atores políticos, a complexidade que norteia alguns processos” (Carvalho *et al*, 2017, p. 1162). Os autores chamam à atenção também para como a escassez de recursos e as mudanças provocadas pelos ciclos políticos influenciam e criam obstáculos para que a regionalização no SUS se consolide e se institucionalize.

Assim, a AAE enfrenta dificuldades para a garantia do acesso universal, equânime e integral à saúde, sendo considerada, por muitos, uma barreira, um gargalo, ou um nó crítico dentro do Sistema, apresentando uma exagerada demanda de atendimentos em detrimento de uma oferta limitada e centralizada de serviços, ensejando longas filas de espera, desassistência, perda da janela de oportunidade de cuidado e, conseqüentemente, maior morbi-mortalidade da população.

No contexto atual, com a grande ampliação do acesso à Atenção Básica, há exposição de nós críticos que o SUS terá que enfrentar em relação a AE. Entre eles, destacam-se: a oferta insuficiente de cuidado em algumas especialidades da saúde, as enormes distâncias no país somadas à necessidade de utilização dos conceitos de escala e escopo para o desenvolvimento de serviços especializados custo-efetivos e também o processo de regulação das filas de espera, ainda incipiente em várias regiões do país. Portanto, é essencial qualificar o acesso aos serviços especializados para dirimir parte dos nós críticos descritos acima (Brasil, 2015, p.9).

No entanto, evidenciam-se que algumas iniciativas têm sido tomadas para sanar

ou, ao menos, atenuar, as dificuldades de acesso às especialidades em saúde, sobretudo nas áreas médicas. Dentre elas, podemos citar a nova Política Nacional de Atenção Especializada, instituída em Saúde (PNAES), em 2023, pelo Ministério da Saúde, que tem, como uma de suas diretrizes a “ampliação e garantia do acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais” (Brasil, 2023). Esta importante Política de saúde, focada na assistência ambulatorial especializada, deixa claro que a Atenção Básica deve ser a porta de entrada prioritária do usuário na Rede assistencial e a coordenadora do cuidado em saúde e, portanto, reforça a necessidade de seu fortalecimento da ampliação de sua resolubilidade:

Art. 4º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde: [...]V - fortalecimento da Atenção Primária, por meio do adensamento da sua capacidade clínica, ampliação da sua resolubilidade, da sua capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado, de forma articulada com a Atenção Especializada, por meio da promoção da comunicação, corresponsabilização do cuidado, compartilhamento das decisões clínicas e de gestão de recursos necessários entre profissionais, equipes e serviços (Brasil, 2023).

A nova PNAES tem como um de seus componentes o Programa Mais Acesso à Especialidade (PMAE); que traz uma nova maneira de pensar a atenção especializada, não mais centrada na produção de procedimentos, mas centrada na pessoa e em suas necessidades de ter acesso oportuno a exames e consultas, por exemplo. Para isso, cria as Ofertas de Cuidados Integrados (OCI), a fim de reestruturar o modelo de financiamento voltado às cinco áreas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde, como a otorrinolaringologia, a neurologia, a cardiologia, a oncologia e a oftalmologia. Infelizmente, a dermatologia não foi considerada, neste primeiro momento, como um das especialidades prioritárias para o estabelecimento de fluxos para a Oferta de Cuidados Integrados; o que denota, mais uma vez, a falta de reconhecimento da dermatologia como uma especialidade cuja relevância se faz sentir cotidianamente nas práticas da Atenção Básica e cujos problemas impactam diretamente na qualidade de vida das pessoas assistidas pelo Sistema Único de Saúde.

Ademais, como uma dessas iniciativas para atenuar o impacto da dificuldade para o acesso às especialidades, podemos citar o estímulo à formação dos Consórcios Interfederativos de Saúde, para a criação e manutenção de Policlínicas regionais, iniciado no estado do Ceará e cujos resultados bem sucedidos inspiraram a replicação

da iniciativa no estado da Bahia, a partir do ano de 2017, com o objetivo de levar acesso rápido e qualificado, de modo descentralizado e regionalizado, aos especialistas e a exames diagnósticos de alto custo, aos mais longínquos rincões do estado, promovendo, assim, maior acessibilidade e justiça social (Almeida *et al*, 2022).

Assim, é consenso o fato de que o SUS ainda enfrenta dificuldades relacionadas com uma estruturação insuficiente e heterogênea de sua rede de cuidados especializados, o que associa-se a um processo de matriciamento ineficaz, quantidade insuficiente de profissionais especializados dispostos a trabalhar no SUS, além da existência de conflitos de interesses variados, o que representa um caminho ainda longo a ser percorrido (Tesser; Neto, 2017).

Nesse sentido, sabe-se que há carência de estudos voltados para a aferição da resolubilidade das policlínicas regionais e do quanto elas têm ajudado a reduzir as demandas reprimidas por atendimento especializado nos municípios. Contudo, dados preliminares apontam para uma melhora na acessibilidade, porém, com uma capacidade resolutiva ainda aquém da esperada, sobretudo, devido a problemas logísticos, como encaminhamentos inadequados, pacientes faltosos, ausência de médicos em especialidades consideradas de difícil provimento e fixação.

2.2 A IMPORTÂNCIA DA DERMATOLOGIA NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Dermatologia consiste numa especialidade médica, de caráter clínico e cirúrgico, voltada para diagnóstico e tratamento de condições ligadas à pele e aos seus anexos, isto é, cabelos, pelos, unhas e glândulas sebáceas e sudoríparas. Estima-se que existam aproximadamente três mil doenças de pele e anexos, sejam elas primárias ou secundárias, que são do campo de estudo e de atuação da dermatologia.

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano, sendo responsável por diversas funções essenciais à sobrevivência do organismo, como defesa, ao atuar barreira contra patógenos externos, por meio físico direto, celular e imunológico; controle térmico; equilíbrio homeostático; mediação da produção de Vitamina D e no metabolismo do cálcio; ademais, a pele exerce importante função social, ao funcionar como um cartão de visitas e um meio de interação entre os indivíduos (Belda Júnior *et al.*, 2018). Peles consideradas bonitas atraem, enquanto peles consideradas doentes e feias, geram repulsa e isolamento. Além disso, a cor da pele, enquanto fator genético

que participa na definição racial, pode funcionar como um importante elemento de exclusão e segregação social.

Acredita-se que a prevalência de doenças cutâneas na população geral oscile entre 30% e 70% em todo o mundo (Richard *et al.*, 2022) e que, com o envelhecimento da população e uma maior expectativa de vida, a demanda por atendimento dermatológico aumente proporcionalmente, com a elevação da detecção de neoplasias cutâneas e outras dermatoses comuns na faixa etária mais idosa (Glazer, 2017).

As doenças que afetam o tegumento e seus anexos são, em sua maioria, facilmente perceptíveis pelos próprios pacientes, seus familiares e seu entorno social e laboral. Se, por um lado, esta maior acessibilidade representa uma facilidade para o exame clínico destes enfermos pelos profissionais da saúde, por outro, também significa maior morbidade no que concerne ao impacto psicossocial que tais condições implicam aos sujeitos.

De acordo com Cardoso *et al.*, “lesões dermatológicas estão associadas a angústia emocional, profissional e social, já que podem interferir nas atividades diárias das pessoas”(2012, p.170). É fato que as doenças de pele implicam em perda na qualidade de vida dos acometidos e têm potencial para provocar quadros de depressão e ansiedade, em proporções similares a doenças sistêmicas graves (Sena *et al.*, 2020).

Muitas vezes, as patologias dermatológicas são consideradas um problema essencialmente estético. Entretanto, comumente tais doenças afetam amplamente os aspectos sociais e psicológicos da pessoa acometida, pois estas convivem com situações constrangedoras e preconceituosas que podem interferir em sua autoestima e na vida social (Agostinho *et al.*, 2013, p. 716).

Em um estudo realizado por Wolkenstein e colaboradores, na França, em 2002, constatou-se que 86,8% dos indivíduos pesquisados apresentaram algum problema de pele durante a vida, e quando limitados aos últimos dois anos prévios ao estudo, 28,7% dos participantes declararam ter tido prejuízo em suas atividades diárias no período e 20,6% informaram a presença de desconforto emocional contínuo relacionado a problemas dermatológicos (Wolkenstein *et al.*, 2002) .

Uma revisão levada a cabo por Karimkhani *et al.*, em 2017, demonstrou que as doenças de pele e subcutâneo representaram elevada morbidade no mundo, em 2013, tendo ocupado a 18ª posição no estudo *Global Burden of Disease* (Carga Global de Doenças) como determinante de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (*Disability-Adjusted Life Years-DALYs*), isto é, anos vividos com incapacidade ou anos de vida

perdidos devido a problemas dermatológicos. O mesmo estudo revelou que, quando excluídas as causas de mortalidade, as doenças cutâneas subiram para a 4ª posição no ranking das causas de DALY nos 188 países investigados (Karimkhani *et al.*, 2017).

As quinze doenças dermatológicas implicadas na perda de qualidade de vida dos indivíduos em todo o mundo, de acordo com o *Global Burden of Disease*, em ordem decrescente de carga de prevalência foram: dermatites (incluindo a atópica, a de contato e a seborreica), acne vulgar, urticária, psoríase, doenças virais da pele, doenças fúngicas da pele, escabiose, melanoma, piodermites, celulites, carcinomas espinocelulares e basocelulares, úlcera de decúbito e alopecia areata (Karimkhani *et al.*, 2017).

Desse modo, é possível perceber que, se por um lado as doenças cutâneas implicam em custos psicossociais elevados para os indivíduos acometidos, por outro, elas representam também custos monetários para os sistemas de saúde em geral, especialmente para o sistemas nacionais, com acesso universal e gratuito, como é o caso do SUS, no Brasil. Assim, representam elevado custo financeiro também no setor privado e de saúde suplementar. De acordo com Bickers e colaboradores, nos Estados Unidos, em 2004, os custos relacionados com cuidados dermatológicos representaram aproximadamente 39,3 bilhões de dólares, sendo 29,1 bilhões destinados aos gastos médicos diretos e outros 10,2 bilhões devidos à perda de produtividade das pessoas enfermas (Bickers *et al.*, 2006).

Cardoso e colaboradores afirmam que informações epidemiológicas são essenciais para o direcionamento das políticas em saúde e que o conhecimento epidemiológico subsidia “o gerenciamento, programação e planejamento das práticas de saúde da rede pública” (Cardoso *et al.*, 2012, p.170). Logo, é possível depreender-se, pelos dados apresentados até aqui, que é imprescindível que o perfil epidemiológico relacionado às doenças dermatológicas na população, seja conhecido pelos formuladores de políticas públicas de saúde, a fim de se determinarem ações voltadas a sua prevenção, quando possível, e ao seu adequado manejo por parte das equipes de saúde, buscando reduzir atrasos diagnósticos, realização de exames complementares desnecessários e, conseqüentemente, os gastos públicos em saúde. No entanto, os autores argumentam ainda que, no que concerne às doenças dermatológicas, existe uma tendência à sua não valorização dentro do escopo das políticas de saúde, sobretudo por causa da baixa letalidade que a maioria delas apresenta e, ainda mais, devido à subestimação da sua morbidade (Cardoso *et al.*,

2012).

No Brasil, a prática médica é regulada pela Lei 12.842, também chamada de Lei do Ato Médico e fiscalizada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), principalmente no que tange aos aspectos éticos do exercício profissional. As especialidades médicas, por outro lado, seguem determinações do Conselho Nacional de Educação, da Comissão Nacional de Residência Médica e do próprio CFM, no que diz respeito ao acesso aos cursos de formação, registro de qualificação de especialistas e filiação às sociedades profissionais.

Nesse sentido, é possível inferir, a partir do trabalho de Gastão Wagner e colaboradores, que, até fins da década de 1990, prevalecia uma lógica liberal de autodeterminação das especialidades médicas no país e da criação de Sociedades de Especialistas, mediante reconhecimento pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina de quais especialidades eram consideradas válidas e necessárias. O autor argumenta que isto acontecia baseado em critérios considerados “frouxos”, não se orientando pela necessidade real do Sistema Único de Saúde e nem sempre atendendo às demandas da Sociedade (Campos *et al.*, 1997)

Contudo, a partir de 2001, com a publicação das diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de Medicina e suas posteriores revisões, e em meados de 2013, com a promulgação da Lei do Mais Médicos, Lei 12.871, o SUS começou um movimento na tentativa de melhor regular a formação médica no país, a partir do estabelecimento de critérios para a abertura de novos cursos de medicina no país; o perfil do egresso das universidades públicas e privadas; a abertura prioritária de vagas de residência médica para as áreas consideradas essenciais para o Sistema, com foco, sobretudo, nas especialidades básicas e voltadas para a Atenção Primária à Saúde. Contudo, o processo de implementação efetiva do que estabelece a legislação ainda encontra-se muito distante da realidade, inclusive com muitas judicializações por parte dos chamados empresários da educação médica e a questão tendo sido levada até instâncias superiores da Justiça para pacificação.

No que tange ao acesso aos cursos de residência médica no Brasil, Chaves *et al.* (2013) mostram que em 2011 foram ofertadas 7.931 vagas para formação de especialistas médicos no país, sendo 173 destas reservadas à Dermatologia, o que equivale a 2,8% do total; enquanto que o curso de Medicina de Família e Comunidade (MFC), por sua vez, ofertou 452 vagas, correspondendo a 5,7%.

O último estudo Demografia Médica realizado em 2022 pelo Conselho Federal de

Medicina (Scheffer *et al*, 2023) constatou que em 2021 foram ofertadas 16.648 vagas de residência médica no Brasil, sendo 235 (1,4%) referentes a Dermatologia e 1.149 (6,9%) de MFC. Isso demonstra que, apesar do aumento absoluto nos números de vagas oferecidas por ambas especialidades em uma década, houve, relativamente, um decréscimo proporcional da oferta para a especialidade de Dermatologia, que oscilou de 2,8% para 1,4% do total de vagas disponibilizadas; enquanto que o curso de Medicina de Família e Comunidade experimentou um aumento relativo real no período, demonstrando uma clara tendência do Estado brasileiro de reforçar a formação de recursos humanos na saúde com foco na rede básica de assistência no SUS, ficando a formação de especialistas em Dermatologia restrita a pequenos nichos, há tempos estabelecidos.

O censo demonstrou também que, até o ano de 2022, existiam no país um total de 11.431 mil médicos dermatologistas registrados nos Conselhos Regionais, e que houve um aumento de quase 92% no número de especialistas na área, num período de dez anos. No entanto, a maior parte destes médicos se concentra nas grandes cidades das regiões Sul e Sudeste (Scheffer *et al*, 2023), mantendo a discrepância entre áreas rurais e urbanas e das regiões metropolitanas em relação aos interiores dos estados, cronicamente desabastecidos por médicos, em especial, por especialistas. Sobre este particular, Yarak e colaboradores (2017) enfatizam que "no Brasil, a distribuição dos dermatologistas é bastante irregular, visto que 63,5% deles se concentram na Região Sudeste, que tem apenas 41,6% da população brasileira" (Yarak *et al*, 2017, p.348).

Desse modo, é possível perceber que faltam especialistas em dermatologia em quantidade suficiente no SUS e, os que existem, estão distribuídos de maneira minimamente equânime. Isto tem culminado em um contingente crescente de pacientes em fila de espera aguardando por uma vaga de consulta. Não obstante, o acesso à assistência dermatológica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, deve ser considerado um problema que coloca em risco os propósitos do próprio sistema e da APS em garantir acesso universal, oportuno, resolutivo e integral a todos os seus usuários.

Diante disso, uma medida importante para tentar minimizar o impacto da regionalização incompleta do SUS e da dificuldade de acesso às especialidades médicas no país, foi o lançamento, em 2011, pelo Ministério da Saúde, do programa Telessaúde Brasil Redes, com o intuito de qualificar o acesso à atenção especializada

a partir das Equipes de Atenção Primária, facilitando a comunicação entre os profissionais da rede de Atenção Primária com os especialistas, por meio de atividades de teleeducação, telediagnósticos e teleconsultorias.

O Manual Técnico do Ministério da Saúde, enfatiza o papel de mediador do telessaúde, realizando a interconexão da APS com a atenção especializada, no SUS:

O Telessaúde é uma ferramenta de articulação entre a atenção especializada e a atenção básica, pois estimula uma nova forma de comunicação entre esses pontos de atenção [...] essencial, entre outras razões, para aumentar a resolatividade da Atenção Básica e qualificar o acesso do usuário aos serviços especializados (Brasil, 2015, p. 9).

Nesse contexto, uma das especialidades que ganhou maior destaque no programa de Telessaúde foi a Dermatologia, sobretudo por ser esta uma das especialidades com maior apelo fotográfico e iconográfico, elementos que podem ser facilmente garantidos com a mediação de tecnologias duras, como é o caso dos computadores, máquinas fotográficas, *smartphones* e a rede de internet.

A esse respeito, Yarak e colaboradores afirmam que “a dermatologia, por causa do seu caráter visual, é especialmente adequada à aplicação da telemedicina” (Yarak *et al*, 2017, p. 348). Os autores trazem ainda que o principal fator para o crescente interesse na teledermatologia e para o grande número de publicações a respeito, seria a “incapacidade da maioria dos médicos não dermatologistas em diagnosticar doenças da pele tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.” (Yarak *et al.*, 2017, p. 352).

O manual de Teledermatologia da Universidade Federal de Santa Catarina, uma das pioneiras em telemedicina no país, realça o papel da teledermatologia em ampliar a acessibilidade dos usuários do SUS e em garantir um encaminhamento mais apropriado à consulta presencial:

A teledermatologia tem como objetivo melhorar o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade para a especialidade de dermatologia. Para isso, através da emissão de laudos à distância, o serviço fornece a classificação de risco para as lesões de pele de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, busca adequar os encaminhamentos de acordo com a gravidade estabelecida pela classificação de risco (Wagner; Lara, 2022, p.2).

Segundo Godoi e colaboradores, a Teledermatologia implementada em Santa Catarina, no contexto do Telessaúde Brasil Redes, gerou impacto muito positivo para

a garantia do acesso à especialidade na capital, Florianópolis, reduzindo o percentual de encaminhamentos aos serviços secundários em 52,6% em 2017, em relação a 2013, e uma diminuição do tempo médio de espera dos usuários por um atendimento especializado em dermatologia de aproximadamente 1000 dias para apenas 20 dias. Os autores trazem ainda que o serviço levou a uma redução de 4.080 consultas em situação de espera, no ano de 2013, para tão somente 98, em 2017 (Godoi *et al.*, 2019).

No entanto, esta modalidade de atendimento também enfrenta limitações e dificuldades para sua ampliação e popularização, sobretudo no que tange à sobrecarga dos profissionais da AB, que enxergam nas etapas do processo de telemedicina uma responsabilidade que não desejam assumir; aos custos para a implantação do sistema, seu gerenciamento e a capacitação de pessoal técnico e profissionais de saúde para o seu manejo; bem como à percepção individual dos médicos quanto à confiabilidade do telediagnóstico e sua responsabilização legal quanto aos desdobramentos deste processo de cuidado mediado por tecnologia (Godoi *et al.*, 2019).

Por outro lado, a acurácia do diagnóstico mediado pela teledermatologia também é questionada, havendo estudos que apontam para uma menor concordância deste método em relação à consulta presencial. Yarak e colaboradores apontam como possíveis fatores para essa discordância, a “discrepância na captura de imagens, resolução da câmera, variação interobservador e pelas diferenças nas competências sobre o assunto, bem como pelas diferentes metodologias e tamanho das amostras” dos estudos (Yarak *et al.*, 2017, p. 353).

Nesse sentido, Borbujo (2007) argumenta que o uso da teledermatologia somente se justificaria em situações de indivíduos que vivem em extremo isolamento geográfico, alegando que o tempo despendido tanto pelo médico dermatologista, quanto pelo médico da APS e, inclusive, pelo próprio paciente, nessa modalidade, faz dela um recurso pouco prático em localidades onde ambos níveis de atenção estejam geograficamente próximos e acessíveis. Ele enfatiza ainda, que o médico de Atenção Primária à Saúde detém, ou ao menos deveria deter, as competências necessárias para o adequado manejo das condições dermatológicas principais ali mesmo, naquele contexto de cuidado.

2.3 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DERMATOLÓGICO

É evidente o papel central que a Atenção Primária à Saúde exerce no cuidado aos pacientes portadores de condições dermatológicas e de como a teledermatologia vem alcançando resultados positivos, justamente por dar suporte qualificado ao atendimento de demandas ligadas à pele, aos cabelos e às unhas nas Unidades Básicas de Saúde, onde ela vem sendo implementada.

É importante reconhecer, ainda, que é neste primeiro âmbito de cuidado que acontece o contato inicial do usuário portador de demandas dermatológicas. Portanto, a resposta encontrada por ele, nesta primeira abordagem, será o elemento definidor do passo seguinte, seja o tratamento e manejo definitivo do problema na própria Unidade de Saúde, ou o seu encaminhamento ao próximo ponto de assistência na RAS.

Em estudo realizado por Wilmer *et al* (2014), constatou-se que aproximadamente 53% dos atendimentos a pessoas acometidas por afecções dermatológicas foram feitos por médicos não dermatologistas, a saber, médicos de família e comunidade (20,5%), seguido pelos pediatras (11,3%), clínicos gerais (9,2%) e cirurgiões com 3,4% dos casos.

Santos Júnior e colaboradores (2010), por sua vez, informam que entre 10 e 15% das consultas dos médicos generalistas se relacionam com demandas dermatológicas, chegando a 30% quando se refere a pacientes pediátricos. Para os autores, a APS poderia solucionar até 90% desta demanda. Por outro lado, Gomes e colaboradores.(2011) apontam que os médicos não especialistas respondem por quase 60% dos atendimentos relacionados a queixas dermatológicas.

A frequência de doenças de pele na APS varia conforme o estudo realizado, mas oscila entre 5,5 e 22,5% dos atendimentos médicos. Para alguns estudiosos, é imprescindível “uma formação mais adequada sobre as patologias da pele mais frequentes” nas consultas, pois, para eles, os médicos de atenção primária tendem a “colocar etiquetas de diagnóstico que não coincidem com as lesões cutâneas presentes” (Barros *et al.*, 2021, p.435, tradução nossa).

Dessa forma, apesar de os trabalhos demonstrarem uma elevada magnitude das queixas relacionadas com a pele e seus anexos, no dia a dia dos atendimentos em atenção primária à saúde, observa-se que a prevalência demonstrada nos diferentes (e escassos) estudos é muito variável. Santos Júnior *et al.*(2007), Bernardes *et al.*,

Ferreira *et al.*(2020) e Avancini *et al.* (2018) concordam que não há dados consolidados a respeito da real prevalência das doenças dermatológicas nos atendimentos da rede de atenção primária à saúde, no Brasil.

Contudo, fica evidente a importância que a Atenção Primária à Saúde detém no cuidado dermatológico, em especial dentro do Sistema Único de Saúde, com suas limitações de acesso ao nível secundário de assistência e cuja centralidade paira na Estratégia de Saúde da Família, como elemento estruturante da APS e como ponto de comunicação e coordenação do cuidado dentro da Rede de Assistência à Saúde. Rodrigues *et al.* (2014) afirmam, a partir de uma revisão bibliográfica, que o fortalecimento do papel do médico generalista na condução do cuidado é essencial para que a APS se consolide como coordenadora das Redes de Assistência à Saúde.

Para Borbujo (2007) existe uma relação obrigatória entre a dermatologia e a APS. Ele afirma que o dermatologista e o médico da Atenção Primária à Saúde atendem ao mesmo paciente e, em muitas ocasiões, a mesma patologia que o acomete. É indispensável, portanto, que exista uma maior aproximação entre a especialidade e as equipes de saúde da família, para uma melhor integração do cuidado.

Diante deste panorama, os autores trazem à tona uma importante limitação que a APS apresenta para desempenhar seu papel como ponto de cuidado essencial dentro da rede de assistência e no cumprimento da integralidade aos usuários com queixas dermatológicas: a baixa resolubilidade deste âmbito de atenção para as demandas cutâneas, que se deve, sobretudo, à limitação técnica dos médicos não dermatologistas no manejo ¹ destas condições, culminando num alto número de encaminhamentos para o especialista e em maiores custos para o sistema de saúde.

Gomes *et al.* (2011) afirmam que “profissionais da área da saúde em várias localidades parecem não ter o domínio teórico-prático esperado para a condução das afecções dermatológicas” (p.126). Alguns estudos apontam que existe uma tendência entre os não dermatologistas a minimizar ou confundir algumas doenças cutâneas, com sobrediagnóstico de condições mais comuns como eczemas, verrugas e doenças infecciosas, enquanto outras condições mais complexas tendem a ser minimizadas ou negligenciadas, incluindo neoplasias malignas (Ferreira *et al.*, 2020).

Por sua vez, no que concerne à sua capacidade em solucionar as demandas dermatológicas dos pacientes, Gomes *et al.* (2012) afirmam que apesar de as doenças de pele serem altamente incidentes nas consultas do médico generalista e de família, poucos têm formação ou interesse no manejo destas condições; ademais, segundo as

autoras, faltam instrumentos e ferramentas para uma abordagem estruturada, sistematizada e direcionada das condições de pele por médicos não especialistas:

Apesar do desconforto e possível estigma derivados de inúmeras doenças de pele, que podem ser contagiosas e apresentam sinais bem visíveis, como manchas, úlceras e tumores, e desagradáveis sintomas, como prurido e dor, a abordagem das afecções de pele permanece interessando primordialmente aos especialistas. Existe uma procura elevada por atendimento especializado que poderia ser minimizada com adequado treinamento teórico e prático sobre o tema na Atenção Primária, abrangendo todas as etapas da assistência, com foco diferenciado na prevenção e promoção (Gomes *et al.*, 2012, p. 127).

Um estudo apontou que aproximadamente 22% dos médicos de família e comunidade declaram sentir-se pouco seguros para tratar pacientes com afecções dermatológicas. (Chen, 2001, *apud* Santos Júnior *et al.*, 2007).

Uma pesquisa realizada em Campinas- SP, em 2010, com estudantes de medicina da UNICAMP (Universidade de Campinas), submetidos um currículo com maior exposição teórico-prática em dermatologia e médicos atuantes na rede básica de saúde do município, a fim de avaliar a capacidade diagnóstica de doenças dermatológicas entre os dois grupos, demonstrou que os estudantes tiveram um acerto superior aos médicos assistentes, alcançando uma média de 6,3 e 3,3 acertos, respectivamente, de um total de 10 questões (Santos Júnior *et al.*, 2010).

Desse modo, é inevitável pensar que boa parte da demanda ligada a doenças de pele, nas unidades de saúde de atenção primária, ou é inadequadamente conduzida ou representa um grande contingente de encaminhamentos aos serviços ambulatoriais especializados.

Para Gorgojo *et al.*(2022) a carga de trabalho que implica a patologia dermatológica na Atenção Primária à Saúde é alta e uma importante proporção dessas pessoas é encaminhada desse âmbito de assistência, para atendimento com a Dermatologia.

Gomes *et al.*(2011, p. 126), com relação à assistência dermatológica na Atenção Primária à Saúde, mencionam que “cerca de 90% dos pacientes com afecções de pele não são adequadamente diagnosticados e seus casos são conduzidos de maneira equivocada”, elevando os custos ao sistema de saúde e também à sociedade. Um estudo de Martinez-Martinez *et al.* (2011), na Espanha, mostrou que 19,1% dos pacientes encaminhados da APS para as referências de Dermatologia possuíam condições benignas que não justificavam o encaminhamento, como ceratoses

seborreicas, nevos melanocíticos, e acrocórdons,

De todo modo, é importante salientar que não se deseja do médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade a capacidade de conduzir todos os casos relacionados com condições da pele, dos cabelos e das unhas, neste âmbito de atenção. Na verdade, Avancini *et al.* (2018) enfatizam que há demandas dermatológicas que, de fato, necessitam de avaliação e conduta especializadas, em um serviço ambulatorial especializado de referência, dada a sua complexidade e recursos que exigem. No entanto, para os autores, patologias mais simples e que são consideradas altamente frequentes devem ser cuidadas na APS.

Várias lesões de pele exigem avaliação especializada que requer treinamento em Dermatologia a fim de alcançar hipóteses diagnósticas, propostas terapêuticas e abordagens cirúrgicas (quando necessário) consistentes. Contudo, algumas doenças cutâneas altamente prevalentes são de fácil diagnóstico e tratamento para os médicos generalistas. (Avancini *et al.*, 2018, p. 513).

No entanto, como se percebe, espera-se que os assistentes da rede primária sejam, minimamente, competentes para o manejo das condições mais simples e comuns, o que, de acordo com os autores, não tem sido demonstrado.

Para Ferreira *et al.* (2011, p. 437) o médico da atenção primária exerce uma função de destaque na coordenação do cuidado e no ordenamento do fluxo de encaminhamentos dentro da rede de assistência, devendo este se responsabilizar “pelo manejo das condições mais prevalentes e menos complexas, referindo ao dermatologista os casos mais complexos e raros”. Assim, na perspectiva dos autores, os dermatologistas, por deterem mais experiência técnica e científica na área, deveriam ser considerados referência exclusiva para a menor parte das condições detectadas na APS.

No entanto, o que se consegue apreender, a partir dos trabalhos analisados, é que tem ocorrido, no manejo de afecções dermatológicas pela APS, uma lógica de triagem reversa, isto é, a grande maioria das condições, ao invés de serem resolvidas *in loco*, são selecionadas para compor a fila de espera para avaliação com especialista, contribuindo para a formação da ideia de uma APS fragmentada, que opera sob a lógica de pronto atendimento, com pouca ou nenhuma resolubilidade, realizando “triagens” que, na prática, não aliviam a sobrecarga dos especialistas.

Do médico do serviço de atenção primária espera-se a triagem correta dos pacientes com lesões dermatológicas, separando os que podem ser acompanhados e tratados adequadamente na atenção básica, daqueles que precisam de referência para atenção especializada (Santos Júnior *et al.*, 2010, p.420).

Desse modo, entende-se que o esperado em uma Atenção Primária à Saúde fortalecida e que ocupe uma posição central no sistema de saúde, como verdadeira coordenadora do cuidado e organizadora dos fluxos na rede assistencial, é que os seus médicos sejam capazes de lidar com 80% da demanda que lhes é apresentada. Neste caso, as dermatoses mais prevalentes e comuns deveriam alcançar resposta neste âmbito de atenção e somente aquilo que, de fato, exija a intervenção do dermatologista fosse criteriosamente encaminhado. Gomes *et al.* (2011, p. 126) são taxativas ao dizer que “seria razoável esperar dos generalistas a adequada diferenciação entre o que é grave e o que não o é.”

Porém, percebe-se, aqui, um segundo ponto crítico deste processo: o que se poderia definir como “dermatoses mais prevalentes” no contexto da Atenção Primária à Saúde? Como já mencionado anteriormente, diversos autores convergem ao dizerem que faltam estudos de abrangência nacional que estabeleçam com precisão quais são as doenças de pele, cabelos e unhas que mais são atendidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Os estudos têm demonstrado, ademais, que existem diferenças relevantes entre as doenças que prevalecem nos serviços especializados de dermatologia e os diagnósticos realizados na Atenção Primária à Saúde.

Um estudo realizado em Florianópolis comparando os diagnósticos firmados por médicos especialistas e médicos atuantes na rede de APS encontrou uma diferença importante entre os dois grupos, com as infecções de pele, as dermatites e os eczemas, considerados como agudos e menos complexos, predominando entre os diagnósticos registrados pelas Equipes de APS; enquanto nos consultórios especializados foram feitos mais diagnósticos relacionados com neoplasias, psoríase, vitiligo, fotodermatoses e rosácea; ou seja, situações tidas como mais complexas e específicas, que requerem um conhecimento mais intrínseco na área (Ferreira *et al.*, 2020).

Em um outro trabalho realizado por Bernardes e colaboradores em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas, interior de São Paulo, os pesquisadores compararam os diagnósticos feitos na UBS com os diagnósticos mais prevalentes de acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia e concluíram que “houve

diferenças significativas entre a demanda ao especialista e a demanda da UBS estudada, mesmo quando comparados os atendimentos dos dermatologistas em serviços públicos e privados” (Bernardes *et al*, 2014, p. 92).

Do mesmo modo, um aspecto importante a ser considerado quando se trata da análise da prevalência de doenças dermatológicas na APS é a dificuldade de padronização dos diagnósticos neste âmbito de cuidado, uma vez que, cada vez mais, as Equipes têm se orientado pela Classificação Internacional de Atenção Primária-CIAP, mais do que pela CID, Classificação Internacional de Doenças.

A CIAP tem como foco principal não o diagnóstico etiológico, a classificação de uma patologia estabelecida e registrada, mas, sobretudo, nos motivos de consulta e nas queixas dos usuários, para, a partir daí, propor as intervenções devidas. Ela está composta por dezessete capítulos identificados por letras alfabéticas, sendo o Capítulo S destinado às queixas ligadas à pele (*Skin*), onde apresenta um total de 99 condições dermatológicas, como prurido, tumor ou inchaço, neoplasia benigna ou incerta e até a definição de “medo de câncer de pele” (WONKA, 2005).

Assim, entende-se que, ao não levantarem hipóteses diagnósticas precisas, os registros médicos se limitam a incluir as queixas, na forma de sinais ou sintomas, como conclusão diagnóstica, gerando, portanto, conclusões genéricas e abrangentes, conforme constataram Agostinho *et al.* em um estudo realizado em uma UBS do interior do Mato Grosso, onde, em muitos prontuários, “não foi encontrado registro do diagnóstico médico, mas sim, sinais relacionados às doenças tegumentares” (2013, p. 717). Yarak *et al.*(2017) chamam à atenção ainda para o fato de que grande parte das condutas e dos diagnósticos dos médicos da APS serem alterados pelos especialistas, quando referenciados, reforçando, assim, a imprecisão diagnóstica que permeia alguns atendimentos a esse público.

Ferreira *et al.*, por sua vez, apontaram para a existência de sub-registro nos prontuários e para a imprecisão nos diagnósticos dos médicos generalistas:

Outro aspecto a ser considerado é a pouca especificidade de alguns registros dos médicos generalistas, adotando CIDs muito amplas e genéricas para os seus diagnósticos, o que pode estar associado a certo nível de insegurança diagnóstica ou devido a aspectos culturais da instituição ou do próprio profissional (Ferreira *et al*, 2020, p. 437).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou o guia Dermatologia na Atenção Básica, com a finalidade de “atender uma expressiva demanda dos profissionais da rede básica

de saúde” e reconhecendo que “as doenças de pele continuam figurando entre as três primeiras causas de demanda aos serviços de saúde” (Brasil, 2002, p.9). Um dos objetivos da publicação era auxiliar os profissionais em sua prática diária e melhorar a capacidade de resposta da principal porta de entrada do SUS frente às doenças dermatológicas, “visando atender às necessidades de um número expressivo de profissionais de saúde, na linha de frente dessas situações, distribuído em todo o território nacional nas Equipes de Saúde da Família” (Brasil, 2002, p.7).

Neste manual, o Ministério da Saúde elenca quarenta patologias que considera como mais relevantes para o conhecimento dos médicos atuantes nas Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica no país. Contudo, Gomes *et al.* apontam que algumas das doenças listadas são “pouco frequentes e de abordagem bastante complexa, como anthrax, doença de Lyme e leishmaniose tegumentar americana. Outras, de grande prevalência e incidência, como acne e neoplasias cutâneas, não são sequer citadas” (Gomes *et al.*, 2011, p. 127).

Por sua vez, o livro Manual de Dermatologia na Atenção Básica, de Marcondes e Oliveira (2018), elenca uma série de patologias cujo conhecimento os autores consideram essenciais por parte dos médicos generalistas e especialistas em medicina de família e comunidade. Algumas das condições listadas são frequentemente citadas nos trabalhos voltados a identificar as doenças dermatológicas mais prevalentes na APS, dentre elas, estão as infecções bacterianas da pele, como o impetigo, a celulite e a erisipela, as foliculites e os furúnculos. Outras condições listadas são as micoses superficiais de pele, cabelos e unhas; as neoplasias pré-cancerígenas e as neoplasias malignas; bem como os eczemas, a psoríase, a hanseníase e o herpes zoster.

Desse modo, fica evidente que faltam estudos mais consistentes que apontem, com maior confiabilidade, quais são as dermatoses com maior prevalência na população em geral e qual a frequência com que se apresentam nos atendimentos médicos a nível da Atenção Primária à Saúde. No entanto, é possível estabelecer que, apesar de uma razoável variabilidade casuística na delimitação do que se considera prevalente entre as doenças dermatológicas, existe um grupo de doenças de interesse, por serem endêmicas no território e com repercussão na saúde pública e cujo cuidado está no escopo da Dermatologia e de outras especialidades médicas; existe também um rol de doenças cujo estudo e condução restringem-se quase exclusivamente à Dermatologia e existe, ainda, um grupo de dermatoses comuns e de baixa gravidade, que têm ocupado um espaço significativo nos consultórios especializados, mas que

poderiam ser solucionadas dentro das Unidades Básicas de Saúde.

Assim, para fins do presente trabalho, adotaremos como mais prevalentes na população e na prática da APS, as dermatoses elencadas no censo dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia, referente à prevalência no serviço público de saúde e as doenças causadoras de perda de qualidade de vida no estudo *Global Burden of Skin Diseases*, uma vez que muitas delas se equivalem em ambos trabalhos. Disponibilizamos no Anexo 1 a relação das dermatoses principais, de acordo com sua ordem decrescente de prevalência e sua carga de impacto, conforme os estudos mencionados.

Diante do exposto, reconhecemos o protagonismo da APS enquanto elemento estruturante do Sistema Único de Saúde, capaz de apresentar elevada resolubilidade e de oferecer respostas a grande número de demandas em saúde da população, sobretudo por suas características de longitudinalidade, integralidade e vinculação. Enfatizamos, ainda, o seu importante papel no cuidado dos usuários acometidos por problemas dermatológicos, altamente comuns na demanda das UBS, e de como a falha em assumir e exercer de forma efetiva esse papel pode ensejar gastos desnecessários ao SUS, excessiva demanda por especialista e, sobretudo, maior morbidade aos pacientes.

2.4 RESOLUBILIDADE DA APS E FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA O SUS

No Brasil e no mundo, muito se discute a respeito do perfil de médico que se objetiva formar e de quais competências o mesmo deve demonstrar ao término de sua jornada acadêmica. Em nosso país, dado o caráter universal, público e gratuito de seu sistema de saúde, cada vez mais tem-se buscado a preparação de profissionais comprometidos com o reconhecimento do papel da saúde enquanto direito e enquanto instrumento de cidadania.

A decisão política por trás da adoção do modelo assistencial vigente, voltado para a vigilância da saúde, centrado numa APS orientada a partir da Estratégia de Saúde da Família, reflete uma concepção de saúde coletiva do Estado brasileiro, abrangente, guiada pelo conceito ampliado de saúde, capaz de reconhecer e produzir intervenção sobre os determinantes sociais do adoecimento e preocupada em ser fator de transformação social. Vasconcelos e colaboradores apontam que a “saúde vem

passando por um significativo processo de reforma social e política, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento da Reforma Sanitária, bem como à construção efetiva do SUS” (Vasconcelos *et al.*, 2015, p.631).

Tem-se percebido, nos últimos anos, que um dos caminhos necessários para se alcançar esse objetivo, passa pela qualificação da força de trabalho do SUS, isto é, pela formação dos trabalhadores da saúde, numa perspectiva humanística, crítica, reflexiva e, sobretudo, comprometida com a realidade social, com os cenários e contextos onde atuam, enquanto sujeitos ativos do processo de mudança. Para Batista *et al.*, “a responsabilidade pelas ações de Educação na saúde está incluída na agenda da gestão do SUS como atividade que pode e deve contribuir para seu desenvolvimento, consolidando mudanças nas práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS” (Batista *et al.*, 2011, p. 891).

A Lei 8.080, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que estabeleceu a criação do SUS, diz em seu artigo 6º, parágrafo 3º, que compete ao SUS “a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde”(Brasil, 1990). No entanto, por mais de uma década, após a implementação do Sistema Único de Saúde, houve pouca participação deste na definição dos critérios que deveriam embasar esse processo formativo, que até então se pautara em critérios e determinações pouco alinhados com os propósitos do novo sistema universal, integral e equânime.

A partir de 2001, com a publicação das Diretrizes Nacionais Curriculares para os cursos de graduação na área da saúde, o SUS começou a, de fato, exercer seu papel mediador no processo de formação de trabalhadores na área da saúde, sobretudo de profissionais de nível superior. O Parecer do Conselho Nacional de Educação sobre as DCNs do curso de medicina enfatiza o papel das diretrizes, enquanto instrumento a serviço do exercício programático daquilo que estava previsto no ordenamento jurídico do SUS, enquanto bússola para a formação em saúde:

Objeto das diretrizes curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (Brasil, 2001).

Nesse sentido, Vasconcelos *et. al.* (2015) destacam a importância e a necessidade da integração ensino-serviço, como um elemento essencial no processo

formativo e como uma estratégia para a preparação de profissionais que atuarão predominantemente no sistema público posteriormente, agindo, assim, como recurso essencial ao propósito de consolidação da APS e da ESF como núcleo do projeto político e social de fortalecimento do SUS. Para os autores, “estratégias educativas modernas recomendam o treinamento em serviço, inserindo o aluno o mais precocemente possível no ambiente profissional real” (Vasconcelos *et al.*, 2015, p. 631).

Sob este aspecto, em relação ao curso de medicina, as DCNs afirmam que a graduação médica deverá “propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato” (Brasil, 2001). Do mesmo modo, enfatizam também que “a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe”.

No que concerne ao baixo desempenho de médicos generalistas e médicos de família e comunidade, encontrado nos estudos já apresentados, na adequada condução das doenças dermatológicas na APS, alguns autores concluíram que o problema reside na formação acadêmica destes profissionais, tanto na graduação quanto, inclusive, nos programas de residência médica em medicina de família e comunidade. Para eles, o tempo reservado ao ensino-aprendizagem da dermatologia nos cursos de graduação em medicina é limitado e, por vezes, fragmentado (Bernardes *et al.*, 2014).

Isto evidencia, de certo modo, que, mesmo com a formulação de Diretrizes Curriculares orientadoras do modelo formativo desejado, com foco no Sistema Público, em especial na APS, e apesar do “esforço em aliar a composição curricular dos cursos de Medicina, nas últimas décadas, a uma dada consonância com as políticas instituídas pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério de Educação”, ainda existem desafios estruturantes, culturais, na formação do generalista que o SUS deseja e necessita; sobretudo no quesito cuidado integral, que engloba também, sem dúvidas, a capacidade de cuidado resolutivo e oportuno dos usuários acometidos com problemas tegumentares.

Sob este aspecto, Martins *et al.* afirmam que “ainda que várias reformas tenham

ocorrido na educação médica, algumas especialidades, como a dermatologia, até então enfrentam dificuldades no domínio teórico-prático [...], isso se explica pelo aprendizado insuficiente e a carga horária diminuta ainda na graduação” (2018, p. 198). Santos Júnior *et al.* afirmam que “em geral, pouca ou nenhuma atenção é dada ao ensino dessa especialidade durante a graduação e em programas de residência em clínica médica e medicina de família” (2007, p. 420).

De acordo com Bonacin e Prado (2020), apenas 1% do tempo da graduação médica no país é destinado ao ensino da dermatologia. Contudo, percebe-se a partir das leituras, que esta não é uma realidade apenas brasileira. Um estudo realizado nos Estados Unidos por Ulman *et al* (2015) identificou que 90% dos alunos de medicina têm a percepção de não terem recebido um treinamento adequado ou satisfatório em doenças dermatológicas durante a sua formação e que entre os residentes de atenção primária, mais de 60% dizem achar que a graduação não os preparou bem para o manejo de doenças ligadas à pele. Um outro estudo naquele país revelou que os graduandos de medicina não possuem oportunidade prática suficiente para o exame de pele em pacientes com câncer (Bernardes *et al*, 2014).

Para Gomes *et al.* (2012, p. 126), “a disciplina (e/ou seus conteúdos) permanece com pouca carga horária durante a graduação, mesmo em currículos mais recentes, o que dificulta a discussão de afecções dermatológicas fora do âmbito da especialidade”. Gorgojo *et al.*(2022), por sua vez, reconhecem a insuficiência de carga horária de ensino das doenças cutâneas nos cursos de medicina na Espanha, e sugerem que uma carga horária adicional seja ofertada, na forma de seminários, cursos de extensão, oficinas e outras modalidades interativas de ensino-aprendizagem, a fim de reduzir o déficit representado pelo currículo da graduação.

Levando em conta as novas expectativas quanto à formação médica na atualidade, é necessária uma nova análise dos conteúdos relevantes em dermatologia que devem estar no currículo de graduação em Medicina, e as expectativas relativas em cada item, esperadas para o médico que irá atuar na atenção primária (Bonacin *et al*, 2020, p. 7).

Assim, a reflexão sobre o processo formativo do profissional de medicina quanto a suas habilidades para cuidar de pessoas com queixas dermatológicas, fora da especialidade, tem inquietado pesquisadores por toda parte, inclusive estrangeiros. Contudo, ela se faz ainda mais relevante em nosso país, no contexto do Sistema Único de Saúde, dada a relevância que este Sistema Nacional detém na sociedade e a

magnitude que ele representa enquanto política pública, considerada por muitos como sendo a maior política social brasileira, uma vez que mais de 70% da população depende majoritariamente do SUS para ter acesso a qualquer serviço de saúde, de acordo com dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019).

Logo, conclui-se que, discutir capacidade resolutiva na APS, para temas dermatológicos, está intimamente relacionado com a discussão da efetividade do próprio SUS, enquanto política promotora de inclusão democrática e de cidadania. Consequentemente, tal qual dentes de uma complexa engrenagem, inclui-se de maneira indissociável na discussão sobre os processos formativos e de qualificação de trabalhadores da saúde, em especial, de profissionais médicos.

3. METODOLOGIA

Nesta seção, iremos apresentar o percurso metodológico realizado neste trabalho para o alcance dos objetivos propostos, ressaltando, no entanto, que, conforme discorre Minayo (2010, p.46), a metodologia é mais do que “uma descrição formal dos métodos e técnicas a serem utilizados, indica as conexões e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico e de seus objetos de estudo”.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho é de abordagem quantitativa, partindo do objetivo de avaliar o desempenho médico no manejo de doenças dermatológicas de usuários, no contexto da Atenção Primária à Saúde, mediante a aplicação de um teste de conhecimentos em dermatologia, cuja análise de dados sustentou-se em método quantitativo para a descrição dos resultados, a partir de medidas estatísticas de frequência. Ademais, o trabalho lançou mão, também, da aplicação de um questionário de opinião, organizado de acordo com escalas nominais tipo Likert e escalas ordinais, a fim de estimar, de maneira mais precisa, aspectos relacionados com a formação dos respondentes e suas opiniões sobre o tema em estudo. Por fim, a face quantitativa deste trabalho se revela a partir das técnicas de análise de dados, mediante à aplicação de modelos estatísticos que, através de medidas de associação e de correlação entre variáveis dependentes e variáveis de desfecho, procurou analisar a significância de determinados achados à luz de fatores independentes predefinidos.

Quanto ao seu objetivo, esta pesquisa classifica-se como de cunho descritivo. De acordo com Gil, as pesquisas descritivas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (Gil, 2002, p.42)

Para Mattar, o pesquisador se utilizará de uma pesquisa descritiva quando seu objetivo for, entre outros, “descrever as características de grupos”, ou “estimar a proporção de elementos numa população específica que tenham determinadas características ou comportamentos”, ou, inclusive, para “descobrir ou verificar a relação entre variáveis” (Mattar, 2014, p. 52-53).

Ademais, classificamos a pesquisa como um estudo de campo. Mattar (2014) aponta que existem dois tipos básicos de pesquisa descritiva, que são os levantamentos e os estudos de campo, que se distinguem, sobretudo, quanto à amplitude e a profundidade do tema estudado. Para o autor, levantamentos possuem grande amplitude e pouca profundidade enquanto que, nos estudos de campo, há média amplitude e profundidade (Mattar, 2014). Em estudos de campo, "a ênfase maior é colocada na profundidade e não na precisão, o que leva o pesquisador a preferir a utilização de depoimentos e entrevistas com níveis diversos de estruturação" (Gil, 2003, p. 131).

3.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A presente pesquisa foi desenvolvida nos municípios de Barrocas, Conceição do Coité e Santaluz, pertencentes à Região de Saúde de Serrinha, no semiárido baiano, e integrados ao território de identidade do Sisal (*Agave sisalana*). Esta microrregião de saúde faz parte da macrorregião de Feira de Santana (Centro-Leste), distando 68km entre si e aproximadamente 183 km entre Serrinha e a capital do estado, Salvador (Bahia, 2007).

A Região de Saúde de Serrinha abarca dezenove municípios e possui uma população estimada de 652.856 habitantes. O município mais próximo do polo regional é Barrocas, que fica a apenas 18km de distância e cujo trajeto é realizado por via asfáltica; e o mais distante é Monte Santo, que fica a aproximados 180 km da cidade de Serrinha, por via asfáltica².

De acordo com os dados divulgados pelo IBGE no último Censo realizado em 2022, o município de Barrocas possui uma população aproximada de 15.396 habitantes, enquanto Conceição do Coité apresenta 70.202 e Santaluz 37.079 moradores (IBGE, 2022).

Dados do Panorama Socioeconômico dos Municípios, disponibilizados pelo portal da Superintendência de Assuntos Econômicos e Sociais da Bahia, revelam que os municípios pesquisados possuem a maior parte da população na faixa etária

² Os dados relativos a distância entre os municípios citados neste trabalho foram obtidos a partir de pesquisa na ferramenta *Google Maps*, disponível on-line no endereço < <https://www.google.com.br/maps>>, utilizando o critério de busca: Serrinha- Conceição do Coité; Serrinha-Barrocas; Serrinha- Santaluz; Serrinha- Monte Santo; Serrinha-Feira de Santana e Serrinha-Salvador.

compreendida entre 15 e 64 anos, sendo a população masculina levemente maior em Barrocas (razão de sexo de 103), enquanto mulheres são maioria em Conceição do Coité e Santaluz (razão de sexo de 98 e 96,5, respectivamente) (Bahia, 2018).

Com relação à cobertura por Equipes de Saúde da Família, até 2020, o município de Barrocas contava, com oito Equipes de ESF, perfazendo 100% de cobertura pelo Programa Saúde da Família; Conceição do Coité mantinha, até 2020, um total de 15 equipes, equivalentes a 76,7% da cobertura; Santaluz, por sua vez, possui dez equipes de PSF, perfazendo 92,3% de cobertura (BRASIL, 2023). Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano- IDH, no ano de 2010, estas cidades alcançaram índices de 0,610, 0,611 e 0,598, respectivamente (IBGE, 2010).

Os três municípios participantes deste estudo possuem, em suas redes de assistência, unidades de pronto-atendimento e hospitais de média complexidade, com leitos de internação clínica adulto e pediátrica, além de obstetrícia (DATASUS, 2023). Ademais, os mesmos compõem o Consórcio Interfederativo, que, juntamente com o governo do Estado, mantém o funcionamento de uma Policlínica Regional, localizado na sede da Região de Saúde (Serrinha). Atualmente, grande parte dos atendimentos médicos especializados e da demanda de exames de alto custo é encaminhada para a Policlínica, mediante fluxo próprio desse serviço.

O motivo da escolha dessas localidades é o fato de o pesquisador atuar ou já ter atuado como médico dermatologista na rede pública destas localidades, conhecer a rede de serviços de saúde, ter facilidade de acesso aos gestores e, conseqüentemente, às equipes de saúde e conhecer também as vulnerabilidades destes territórios.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com médicos atuantes nas redes de Atenção Primária à Saúde dos municípios participantes. O quantitativo de profissionais participantes da pesquisa está descrito abaixo:

- Barrocas: 05 (cinco) médicos de Equipes de ESF
- Conceição do Coité: 14 (quatorze) médicos de Equipes de ESF
- Santaluz: 06 (seis) médicos de Equipes de ESF

A seleção dos participantes deu-se por conveniência, considerando a disponibilidade e o aceite dos profissionais atuantes. Como critérios de inclusão dos

participantes deste estudo, foram considerados: ser portador de registro no Conselho Regional de Medicina do estado da Bahia; atuar na APS, de forma efetiva ou por contrato, nos municípios de Conceição do Coité, Barrocas e Santaluz.

Foram excluídos do estudo os médicos intercambistas do Programa Mais Médicos que não possuíam diploma revalidado no Brasil e, portanto, não detinham registro junto ao Conselho Regional de Medicina da Bahia. Ademais, profissionais que possuíam formação em dermatologia, seja na modalidade de residência ou de pós-graduação *lato sensu*, além daqueles que estavam em período de férias, licenças médicas ou afastados do serviço também foram excluídos.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu de forma virtual, em duas etapas, entre os meses de abril e junho de 2024.

Na primeira etapa, foi enviado o Questionário 1 (Apêndice A), com perguntas voltadas a conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes; além de perguntas direcionadas a explorar a opinião dos médicos a respeito de aspectos relacionados à formação acadêmica e à autopercepção de desempenho no cuidado de pacientes com doenças dermatológicas no âmbito de sua atuação na Atenção Primária à Saúde. Este questionário de opinião estava conformado por alternativas de resposta graduadas em escala tipo *Likert*.

O Questionário 2 (Apêndice B), enviado na segunda fase de coleta de dados, consistia de um teste de conhecimentos em dermatologia básica, composto por 14 itens, cujo propósito era avaliar o conhecimento demonstrado pelos participantes em três dimensões específicas do cuidado do paciente com queixas dermatológicas:

- Dimensão 1: do reconhecimento diagnóstico de condições dermatológicas prevalentes na população e comumente encontradas na prática do médico generalista. Perguntas 1,2,6,8,9,11.
- Dimensão 2, da conduta terapêutica mais apropriada para uma determinada situação clínica envolvendo doenças de pele. Perguntas 3,4,5,7,10,12.
- Dimensão 3, da conduta propedêutica, relacionada à solicitação de exames complementares e encaminhamento ao nível secundário de atenção especializada, quando necessário. Perguntas 13 e 14.

Os itens deste questionário foram elaborados pelo autor, contendo um fragmento de texto de referência, contextualizando a situação clínica, seguido de imagens ilustrativas de boa qualidade das lesões apresentadas e, na sequência, os comandos sobre o que se desejava avaliar seguido das alternativas múltiplas de “a” a “e”, para a seleção de apenas uma resposta correta.

Os temas do Questionário 2 versaram sobre condições consideradas frequentes na prática da medicina de família e comunidade ou de considerável relevância para a saúde pública, constantes na matriz de competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, bem como no Censo Dermatológico da Sociedade Brasileira de Dermatologia e, também, levando em conta informações provenientes do estudo *Global Burden of Disease*, a saber: Psoríase, Câncer de pele não melanoma (Carcinomas baso e espinocelular), Acne, Câncer de pele melanoma, Escabiose, Dermatite atópica, Dermatofitose (*tinea corporis*), Ceratose actínica, Ceratose seborreica, Lupus eritematoso, Ptíriase versicolor e Hanseníase. Cada item (questão) possuía cinco alternativas de resposta, sendo apenas uma considerada correta. Todos os itens foram revisados por outros dois médicos dermatologistas e por um médico de família e comunidade, a fim de validar sua pertinência e correção.

O instrumento foi encaminhado aos participantes por e-mail, através de *link* de acesso à plataforma *on-line* Educatena, onde o teste foi depositado, e tiveram um prazo máximo de quinze dias para o acesso e a resolução. Foram configurados parâmetros da plataforma para aumentar a segurança da aplicação do teste e minimizar o risco de fraude. As configurações adotadas foram:

- Duração máxima do teste, após aberto, de 90 minutos;
- Impossibilidade de acesso ao questionário sem o *link* dedicado ao e-mail específico do participante;
- Bloqueio do recurso “voltar”, impedindo que o respondente retornasse e modificasse respostas já dadas;
- Bloqueio de tela e bloqueio do navegador, para evitar acesso simultâneo a outras páginas da Internet durante o teste;
- Apresentação aleatória das perguntas e não exibição de gabarito durante e nem depois da realização do teste;
- Uma vez interrompido ou encerrado o exame, bloqueio do link, inviabilizando novo acesso e nova tentativa.

3.4.1. Parâmetros de correção do teste de conhecimento (questionário 2)

A elaboração e aplicação do teste de conhecimentos em dermatologia (Questionário 2), bem como a sua correção, envolveram os princípios básicos da Teoria Clássica dos Testes. Para cada item foi atribuído o escore 1, em caso de resposta correta ou 0 em caso de resposta incorreta ou de não resposta. Assim, o resultado final individual variou num intervalo de escala de 0 a 14, segundo o número de acertos alcançados por cada participante.

A partir disso, foi possível calcular a curva de normalidade dos dados obtidos e realizar as demais análises estatísticas pertinentes, bem como a análise de desempenho individual e do grupo. Foi utilizado, como critério de referência para análise de desempenho dos respondentes individuais no teste, os parâmetros definidos na Resolução UEFS CONSU 46/2006, que trata dos procedimentos para a verificação de aprendizagem nos cursos de Graduação da Instituição, estabelecendo uma base conceitual paralela, baseada na quantidade de acertos, como se pode verificar no quadro a seguir:

Quadro 1: Padronização de notas, pontuações e conceitos.

NOTA UEFS	CONCEITO UEFS	SIGNIFICADO CONCEITO	PONTOS NO Q2	CONCEITO NA PESQUISA
0,0	SR	Sem rendimento	0	Desempenho ruim
2,0	IN	Rendimento inferior	1-2	Desempenho insuficiente
4,0	MI	Rendimento médio inferior	3-5	Desempenho regular
6,0	MM	Rendimento médio	6-8	Desempenho satisfatório
8,0	MS	Rendimento médio superior	9-11	Desempenho bom
10,0	SS	Rendimento superior	12-14	Desempenho excelente

Fonte: adaptado de UEFS, 2006. Q2- questionário 2

3.4.2. Análises de confiabilidade dos instrumentos

Ambos instrumentos de coleta de dados foram submetidos à análise de confiabilidade, através dos testes *alfa de Cronbach* e *ômega de McDonald*, para avaliação de sua consistência interna. O Questionário 1 alcançou resultado igual a 0,808, no teste *alfa de Cronbach*, considerado bom. O Questionário 2 foi submetido à análise

do ômega de *McDonald*, cujo resultado foi de 0,70, também considerado bom. A eliminação de itens não influenciou significativamente os resultados.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Para a realização da análise estatística foram construídas planilhas eletrônicas para a tabulação, padronização e categorização dos dados, que foram, então, importados para o *software* Jamovi, versão 2.3.28.0, de acesso gratuito, para a realização das análises descritivas e inferenciais.

Para a análise dos dados, foram elaboradas tabelas de frequências e as variáveis quantitativas, com parâmetro de distribuição normal dos dados, foram analisadas através do cálculo de medidas de tendência central, bem como da realização de testes paramétricos, como o teste “t” de *Student*, para a comparação entre os grupos. No caso de variáveis qualitativas ou quantitativas que não obedeciam padrão de normalidade em sua distribuição, optou-se por realizar testes não paramétricos para comparação e associação entre grupos, como o teste “U” de *Mann-Whitney*, o teste de correlação de *Spearman* e a Análise de variância-ANOVA a um fator, para amostras independentes.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

No Brasil, toda pesquisa envolvendo seres humanos deve obedecer ao estabelecido nos regulamentos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP, a respeito dos padrões éticos que devem nortear as pesquisas no país, nos mais variados segmentos científicos. No setor saúde, as normas que delimitam a atuação dos pesquisadores são ditadas, ademais da Conep, também pelo Conselho Nacional de Saúde e suas resoluções.

Neste sentido, este trabalho guia-se pela Resolução CNS nº 466 de 2012, que delimita os “referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (Brasil, 2012).

Embasamo-nos, ademais, na Resolução posterior do Conselho Nacional de Saúde, de número 510, de 2016, que estabelece os princípios aplicados às pesquisas

nas áreas das Ciências Humanas e Sociais e na resolução do CNS 580/2018, que apresenta as especificidades das pesquisas de interesse estratégico para o SUS, como é o caso do presente trabalho.

Assim, para garantir que a presente pesquisa, envolvendo seres humanos, estivesse em conformidade com os princípios éticos determinados nas diferentes resoluções já citadas, este trabalho foi submetido à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, tendo sido aprovado, de acordo com o Parecer 6.577.374.

Para a realização da pesquisa de campo foi obtida a permissão das autoridades municipais, para a realização da pesquisa junto aos médicos do seu quadro funcional, nas Unidades de Saúde da Família de seu território, mediante a assinatura de Termo de Anuência pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde ou pela Coordenação da Atenção Básica dos municípios.

A participação neste trabalho de investigação por parte dos médicos deu-se de forma completamente voluntária e não remunerada, a partir da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice C). Para o convite e esclarecimentos dos médicos participantes, inicialmente foi solicitada da Secretaria Municipal de Saúde, uma relação com os nomes dos profissionais médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, seus contatos telefônicos e de e-mail. Na oportunidade, foi requisitado às Coordenações de Atenção Básica, que informassem previamente aos profissionais quanto à adesão do município à presente Pesquisa e sobre o contato telefônico que o pesquisador faria com cada um deles.

A seguir, um primeiro contato de aproximação foi realizado, via telefone e/ou WhatsApp, com cada participante convidado, com a formal apresentação do pesquisador; uma breve explanação a respeito da pesquisa e, na sequência, o convite para a sua participação, solicitando autorização para o envio, em formato digital, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, via e-mail, para seu prévio conhecimento acerca do teor do TCLE. Ainda neste primeiro contato, o Pesquisador colocou-se à disposição dos participantes convidados para sanar eventuais dúvidas quanto à pesquisa.

Decorrido um prazo de uma semana, os participantes foram convidados a assinarem o TCLE e os que concordaram com a participação na pesquisa o fizeram em formato digital, mediante a plataforma Google Forms.

Importante frisar que foi garantido o direito de revogação do consentimento do profissional a qualquer tempo, durante a execução do presente trabalho, sem quaisquer prejuízos ao participante.

O pesquisador responsável comprometeu-se a prezar pelo sigilo dos dados coletados a partir do contato com os participantes, zelando por sua confidencialidade e anonimato. Para a contratação de profissional estatístico, este concordou em sujeitar-se às normas éticas deste trabalho, devendo o mesmo comprometer-se com o sigilo das informações, por escrito, firmando Termo de Confidencialidade.

Quanto aos riscos inerentes ao processo de pesquisa, a Resolução 466, em seu inciso II.22, define os riscos a que toda pesquisa está exposta, caracterizando-os como a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente”(CNS, 2012). O documento estabelece ainda que os riscos podem ser de maior ou menor grau e cabe aos pesquisadores buscar dirimi-los, levando em conta que quanto maiores os riscos envolvidos, maiores deverão ser os esforços envidados para minimizá-los e maior deverá ser a proteção oferecida aos participantes.

Assim, ao analisarmos as possibilidades de riscos no presente trabalho, dividimo-las em categorias, a saber:

- **Em relação aos participantes:** pondera-se a possibilidade do risco de constrangimento; de absenteísmo no trabalho para a participação no estudo; de estresse e ansiedade associados ao fato de estarem tendo sua capacidade profissional avaliada; de medo quanto às consequências de respostas equivocadas no teste aplicado; medo quanto ao sigilo das informações prestadas e à quebra do anonimato; além do risco inerente de cansaço para responder às perguntas.
- **Em relação ao pesquisador:** risco de constrangimento quanto à aceitabilidade por parte dos médicos participantes; risco de absenteísmo no trabalho; risco de desconforto para abordar outros colegas; risco de cansaço e sobrecarga na realização da pesquisa de campo; risco de implicação subjetiva na análise dos dados

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONDENTES: ATUAÇÃO.

A tabela 1 descreve algumas características sociodemográficas da amostra estudada. Nela pode-se perceber que dos 25 participantes, 68% eram do sexo feminino e 32% do sexo masculino. Em relação à faixa etária, observa-se que a maioria dos médicos participantes encontra-se entre 35 e 39 anos, sendo a idade mínima registrada de 25 e a máxima de 45 anos, ambas no sexo feminino. A média de idade dos respondentes foi de 35,4 anos (DP= 5,88), conforme se pode observar na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Feminino , n (%)	17 (68%)
Masculino , n (%)	8 (32%)
Idade em anos , média \pm DP (Mín - Máx)	35,4 \pm 5,88 (25 - 45)
Faixa etária	
Entre 25 e 29 anos, n (%)	4 (16%)
Entre 30 e 34 anos, n (%)	6 (24%)
Entre 35 e 39 anos, n (%)	9 (36%)
Entre 40 e 44 anos, n (%)	5 (20%)
Entre 45 e 50 anos, n (%)	1 (4%)
Pais de formação	
Bolívia, n (%)	5 (20%)
Brasil, n (%)	17 (68%)
Cuba, n (%)	2 (8%)
Rússia, n (%)	1 (4%)
Tipo de IES	
Pública, n (%)	8 (32%)
Privada, n (%)	17 (68%)
Tempo de atuação em anos , mediana (Mín - Máx)	3 (1-5)
Tempo de formado em anos , mediana (Mín-Máx)	6 (1-19)

Os gráficos 1 e 2 apresentam a porcentagem de respondentes, por município participante da pesquisa e seu local de atuação, respectivamente. Nota-se que a maioria dos respondentes é de Conceição do Coité (14), seguida por Santaluz (6) e Barrocas (5) e atua, principalmente, na zona urbana destes municípios.

Gráfico 1 - Cidade de atuação

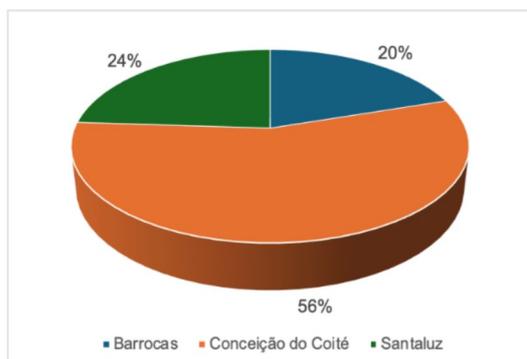
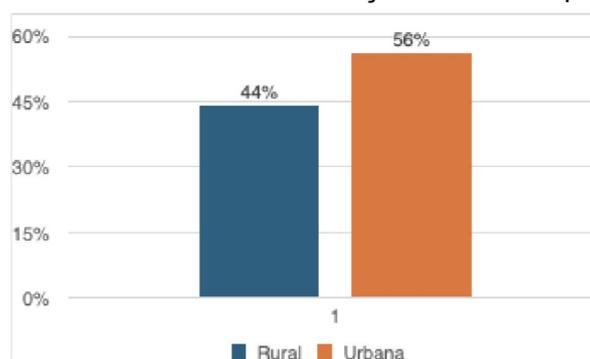
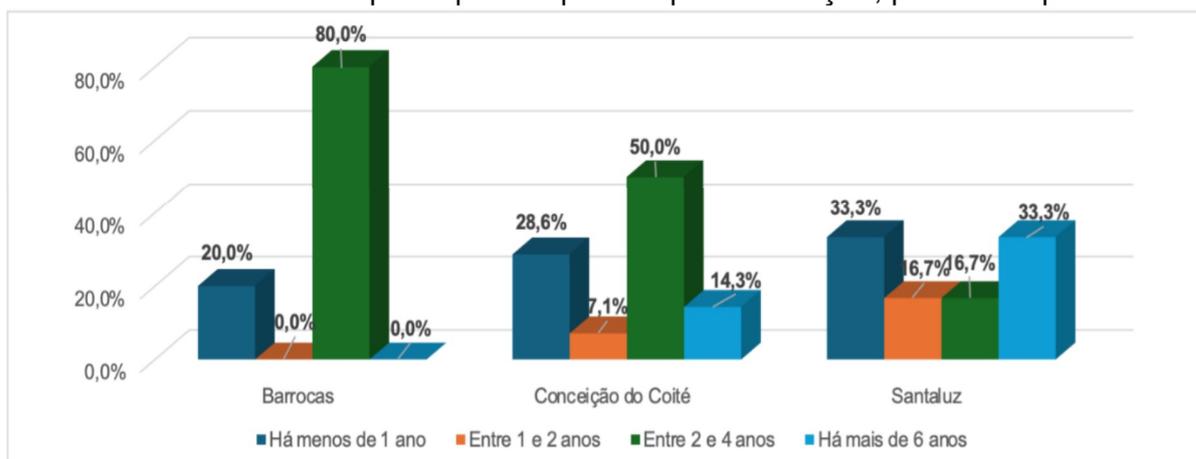


Gráfico 2 - Local de atuação no município



Em relação ao tempo que trabalham em seus respectivos municípios, a mediana de tempo de atuação dos profissionais foi de 3 anos (tabela 1) com uma variabilidade importante entre os municípios, conforme se pode perceber no gráfico 2.

Gráfico 3 - Percentual de participantes por tempo de atuação, por município



A tabela 2 representa os percentuais de profissionais e seu modelo de vinculação trabalhista junto aos municípios em que atuam. É possível notar que a maioria dos médicos participantes atua nos municípios por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), 56%, seguido de contratações diretas com a Administração Pública, mediante contrato por tempo determinado (20%). Apenas 4% dos médicos participantes possui vínculo efetivo, como servidor estatutário do município de Conceição do Coité, enquanto a contratação intermediada por personalidades jurídicas, sejam associações, cooperativas ou empresas constituídas pelos próprios profissionais, corresponderam a um total de 20% dos participantes.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos participantes em relação ao tipo de vínculo empregatício, por município estudado

	CTD	AA	APJ	Bolsista PMMB	Outro
Barrocas	20,0%	0,0%	80,0%	0,0%	0,0%
C. do Coité	14,3%	7,1%	21,4%	50,0%	7,1%
Santaluz	33,0%	16,0%	0,0%	50,0%	0,0%
% do total	20,00%	8,00%	12,00%	56,00%	4,00%

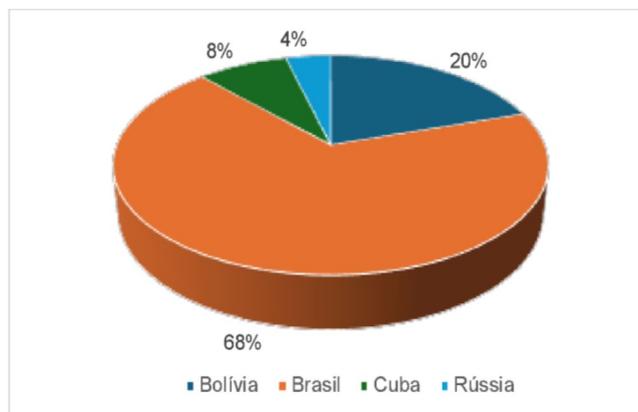
CTD- contrato por tempo determinado; AA- Autônomo atuando via associação; APJ- autônomo atuando via pessoa jurídica.; PMMB- programa Mais Médicos para o Brasil

Em relação aos municípios, em Barrocas prevalece a contratação dos profissionais mediante pessoa jurídica (80%), sendo este o único município onde não se registrou a presença de profissionais vinculados ao PMMB, nesta pesquisa; por outro lado, entre os participantes provenientes de Conceição do Coité e Santaluz, a metade está vinculada ao Programa. Em Conceição do Coité, profissionais atuando via P.J. correspondem a 21,4% dos participantes enquanto, em Santaluz, o segundo maior grupo de trabalhadores corresponde àqueles com contrato por tempo determinado, regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS RESPONDENTES: FORMAÇÃO ACADÊMICA

Como se pode observar na análise da tabela 1, o tempo de formados entre os profissionais variou entre 1 e 19 anos, com uma mediana de 6 anos. Por sua vez, em relação ao país de formação, constatou-se que 68% dos participantes concluíram o curso de medicina no Brasil. Pode-se perceber ainda, que entre aqueles que se graduaram no exterior e revalidaram os diplomas, a maioria (20%), formou-se na Bolívia, conforme se pode constatar no gráfico 4.

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por país de formação



Observou-se que a maior parte dos médicos é proveniente de Instituições de Ensino Superior (IES) privadas (68%) e quando se avalia o tipo de universidade em relação ao local de formação, se no Brasil ou no exterior, percebe-se um discreto aumento do percentual de médicos provenientes de universidades privadas, dentre aqueles formados em outros países.

Gráfico 5 - Percentual de médicos por tipo de IES

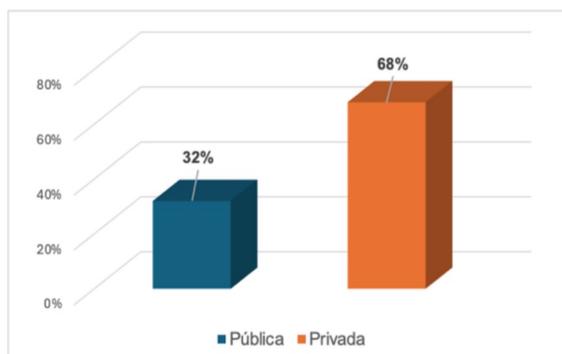
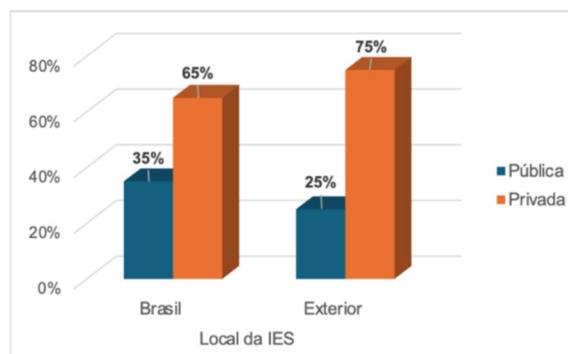
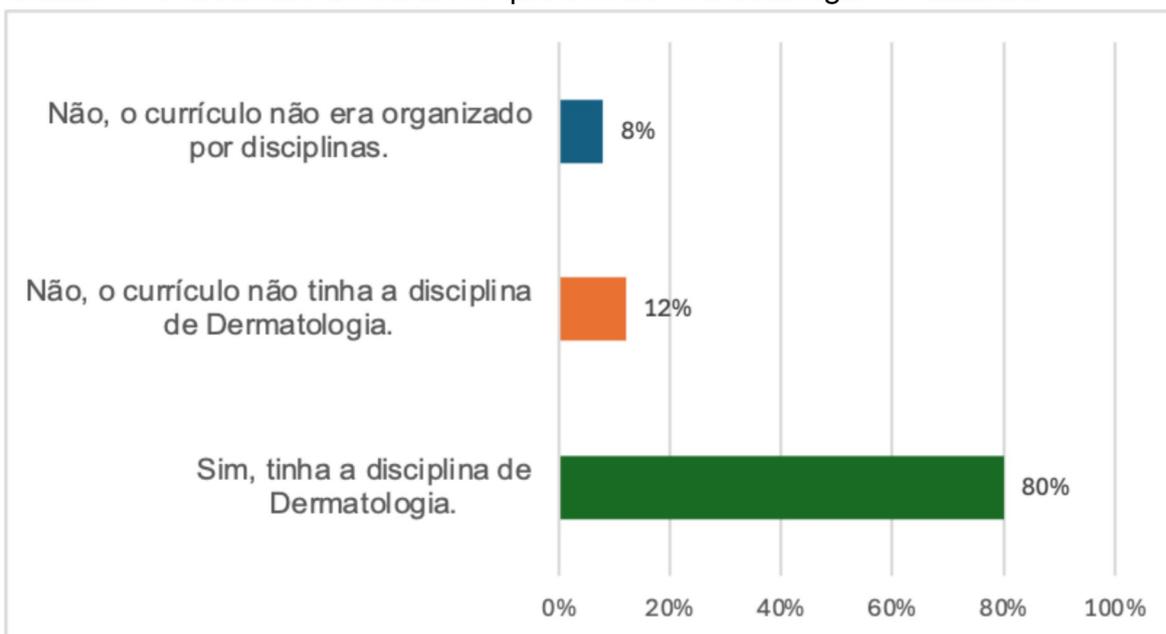


Gráfico 6 - Percentual de médicos por tipo de IES e local de formação



Quando indagados quanto à presença da Dermatologia como disciplina ou componente curricular no currículo de seus cursos de graduação, 80% dos médicos afirmaram ter tido esta disciplina em sua graduação (gráfico 7).

Gráfico 7 - Percentual de médicos que tiveram Dermatologia no currículo



Neste quesito, vale ressaltar que, aqueles que responderam não terem tido o componente de Dermatologia no currículo da graduação, 8% afirmaram que os currículos de suas IES não eram baseados em disciplinas, mas em competências.

Tabela 3 - Duração da disciplina de Dermatologia.

	N	%
1 semestre	13	65%
2 semestres	7	35%
Total	20	100.0

Com respeito à carga horária da disciplina e à disponibilidade de atividades práticas dermatológicas durante o semestre, entre aqueles que afirmaram haver tido a disciplina na faculdade, 40% disseram que a carga horária semanal era inferior a duas horas-aulas semanais, estando as atividades práticas incluídas nesta carga horária.

Por outro lado, 35% dos que tiveram dermatologia durante a graduação em medicina afirmaram que a disciplina gozava de 2 a 4 horas-aulas semanais, com práticas obrigatórias compondo esta carga horária. Apenas 20% dos médicos participantes afirmaram ter tido mais de 4 horas-aulas de dermatologia por semana, e, entre estes, apenas um informou não ter sido submetido a atividades práticas, conforme se pode apreciar na tabela abaixo:

Tabela 4 - Carga horária de dermatologia e atividade prática

Carga-horária de Dermatologia	Havia atividade prática de dermatologia?	N	% do Total
Menos de 2 horas-aulas por semana.	Sim, obrigatória e dentro da C.H. semanal.	8	40%
	Não, as aulas eram apenas teóricas.	0	0%
De 2 a 4 horas-aulas por semana.	Sim, obrigatória e dentro da C.H.	7	35%
	Não, as aulas eram apenas teóricas.	1	5%
Entre 4 e 5 horas-aulas por semana.	Sim, obrigatória e dentro da C.H.	1	5%
	Não, as aulas eram apenas teóricas.	0	0%
Mais de 5 horas-aulas por semana.	Sim, obrigatória e dentro da C.H.	2	10%
	Não, as aulas eram apenas teóricas.	1	5%
Total		20	100%

4.3 COMO OS MÉDICOS PARTICIPANTES AVALIAM SUA PRÁTICA DERMATOLÓGICA E FORMAÇÃO ACADÊMICA

Quando indagados a respeito do seu cotidiano na Unidade Básica de Saúde e da relevância que as doenças relacionadas à pele, aos cabelos e às unhas ocupam no seu dia a dia, enquanto médicos atuantes na Atenção Primária, foi possível perceber que a maioria considera este um tema muito importante (72%) para a sua prática diária, e avalia como sendo frequente (48%) ou muito frequente (40%) a presença de usuários com queixas ou demandas dermatológicas em seus atendimentos na Unidade Básica de Saúde (tabela 5).

Tabela 5 - Percepção de frequência e importância das dermatoses na APS

Importância das dermatoses na APS	
Muito importante, n (%)	18 (72%)
Importante, n (%)	7(28%)
Frequência das dermatoses na APS	
Muito frequente n (%)	10 (40%)
Frequente, n (%)	12 (48%)
Ocasional, n (%)	3 (12%)

Quando questionados sobre como percebem o seu nível de segurança e precisão, bem como o seu desempenho no manejo das condições dermatológicas mais comuns que surgem no consultório, no âmbito da Atenção Primária à Saúde em seus municípios, a maioria se declarou moderadamente segura e precisa (72%) ou muito segura e precisa (16%); e classificou também o seu desempenho como sendo bom (60%) ou muito bom (12%), o que, juntos, somam 72% dos respondentes. Nestes quesitos, apenas 12% dos médicos se declararam pouco seguros e pouco precisos para o manejo dos casos dermatológicos e 28% avaliaram seu desempenho como razoável, conforme pode-se perceber nas tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6 - Frequências de percepção de segurança autoatribuída, por cidade

Segurança atribuída	Cidade	N	% por cidade	% do Total	% acumulada
Muito seguro e preciso	Barrocas	1	20%	4,0 %	4,0 %
	C. do Coité	1	7,1%	4,0 %	8,0 %
	Santaluz	2	33,3%	8,0 %	16,0 %
	Total	4	-	16%	16%
Moderadamente seguro e preciso	Barrocas	4	80%	16,0 %	32,0 %
	C. do Coité	12	85,7%	48,0 %	80,0 %
	Santaluz	2	33,3%	8,0 %	88,0 %
	Total	18	-	72%	88%
Pouco seguro e pouco preciso	Barrocas	0	0,0%	0,0 %	88,0 %
	C. do Coité	1	7,1%	4,0 %	92,0 %
	Santaluz	2	33,3%	8,0 %	100,0 %
	Total	3	-	12%	100%

A análise da tabela 6 permite concluir que entre os municípios, aquele que proporcionalmente teve o maior percentual de médicos que se autodeclararam pouco seguros e pouco precisos foi Santaluz (33,3%), sendo este também o município com maior percentual de médicos que se consideram muito seguros e muito precisos no manejo das condições dermatológicas na APS.

Tabela 7 - Percepção do desempenho no manejo de doenças dermatológicas na APS

	Frequência	%
Muito bom	3	12%
Bom	15	60%
Razoável	7	28%
Total	25	100.0

Paralelamente, foi questionado aos participantes sobre a frequência com que eles encaminham pacientes ao nível secundário de assistência, para consultas especializadas com Dermatologia. A maioria dos médicos respondeu que encaminha de forma ocasional, justificando que algumas condições não conseguem identificar e tratar adequadamente. Outros 28% declararam que raramente encaminham à Dermatologia, uma vez que, resolveriam a maior parte dos problemas na própria UBS.

Tabela 8 - Percepção da frequência de encaminhamentos à especialidade de Dermatologia

Frequência com que encaminha	Cidade	Contagens	% por cidade	% do Total	% acumulada
Frequentemente	Barrocas	0	0,0%	0,0 %	0,0 %
	C. do Coité	4	28,5%	16,0 %	16,0 %
	Santaluz	1	16,6%	4,0 %	20,0 %
Total		5	-	20,0%	20,0%
Ocasionalmente	Barrocas	3	60,0%	12,0 %	32,0 %
	C. do Coité	7	50,0%	28,0 %	60,0 %
	Santaluz	3	50,0%	12,0 %	72,0 %
Total		13	-	52,0%	72,0%
Raramente	Barrocas	2	40,0%	8,0 %	80,0 %
	C. do Coité	3	21,4%	12,0 %	92,0 %
	Santaluz	2	33,3%	8,0 %	100,0 %
Total		7	-	28,0%	100,0%

Quando comparados os grupos de respondentes por cidade, percebe-se que, entre os que dizem mais frequentemente encaminhar estão os participantes de Conceição do Coité (28,5%); enquanto, entre os que declaram raramente o fazerem estão os médicos de Barrocas, correspondendo a 40,0% dos participantes deste município.

A análise comparativa entre os grupos que atuam em Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana ou na zona rural dos municípios, em relação à frequência autodeclarada de encaminhamentos à especialidade, demonstrou que entre aqueles profissionais que declararam frequentemente encaminhar, a maioria atua em UBS localizada em zona urbana, enquanto entre os que dizem raramente encaminhar, 16% trabalham em Unidades localizadas na zona rural.

Tabela 9 - Frequência com que encaminha, por localização da UBS.

Frequência com que encaminha	Localização da UBS	Contagens	% do Total	% acumulada
Frequentemente	Rural	1	4,0 %	4,0 %
	Urbana	4	16,0 %	20,0 %
Ocasionalmente	Rural	6	24,0 %	44,0 %
	Urbana	7	28,0 %	72,0 %
Raramente	Rural	4	16,0 %	88,0 %
	Urbana	3	12,0 %	100,0 %

Quadro 2 - Percentual de opiniões quanto à percepção do atendimento em dermatologia por médicos atuantes na APS.

Item avaliado	Percentual de respostas por item					
	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo e nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	TOTAL
As doenças de pele são bastante comuns na prática dos médicos atuantes na AB (Atenção Básica) e ocupam espaço importante na totalidade das consultas.	52%	32%	16%	0%	0%	100%
As doenças de pele geram impacto psicoemocional e social nos pacientes acometidos.	72%	24%	4%	0%	0%	100%
Os usuários da AB (Atenção Básica) esperam que o seu médico(a) seja capaz de ajudá-los a solucionar seus problemas dermatológicos.	40%	52%	8%	0%	0%	100%
Os médicos da AB (Atenção Básica) não se sentem seguros e preparados para o manejo correto das doenças dermatológicas.	20%	44%	32%	4%	0%	100%
Os médicos da AB (Atenção Básica) sentem-se limitados no manejo das doenças dermatológicas.	36%	36%	24%	4%	0%	100%
Médicos da AB (Atenção Básica) tendem a encaminhar ao especialista a maior parte dos usuários com queixas dermatológicas.	8%	56%	12%	24%	0%	100%
Um grande desafio para o médico da AB (Atenção Básica) em relação às doenças dermatológicas é DIAGNÓSTICO, isto é, não conseguir reconhecer e identificar as variadas doenças.	32%	48%	16%	4%	0%	100%
Um grande desafio para o médico da AB (Atenção Básica) em relação às doenças dermatológicas é TERAPÊUTICO, isto é, saber quais medicações utilizar e como prescrever.	4%	44%	44%	8%	0%	100%
Um grande desafio para o médico da AB (Atenção Básica) em relação às doenças dermatológicas é a dificuldade de	28%	52%	16%	4%	0%	100%

encaminhamento e acesso ao especialista em tempo oportuno.						
A graduação em Medicina oferece exposição teórica e prática em tempo e qualidade suficientes para o aprendizado dos temas ligados às principais doenças dermatológicas.	4%	20%	16%	48%	12%	100%
É importante investir em programas de educação permanente e capacitar médicos da APS, para um atendimento mais resolutivo aos usuários com queixas dermatológicas.	68%	24%	8%	0%	0%	100%
Médicos da AB (Atenção Básica) mais resolutivos em problemas ligados à pele ajudam a melhorar a qualidade do SUS e a reduzir os custos para o Sistema e a desafogar os serviços de Referência.	76%	20%	4%	0%	0%	100%

4.4 DESEMPENHO DOS PARTICIPANTES NO TESTE DE CONHECIMENTOS EM DERMATOLOGIA

A média geral de acertos no questionário de conhecimentos gerais em dermatologia básica foi de 4,8, de um total de 14 itens avaliados, havendo média de 8,8 erros e menos de 0,5 itens não respondidos (tabela 10). O percentual de acertos por item individualmente oscilou entre 16% (item 7), sendo esse o menor valor encontrado, e 60% (item 9), o máximo de acertos por item (tabelas 11 e 12). Ademais, ao analisarmos a moda, isto é, a alternativa mais selecionada pelos respondentes por cada item, podemos observar uma variabilidade interessante, como se pode notar na tabela 13.

Tabela 10 - Distribuição de frequência de erros, acertos e itens não respondidos

	Acertos	Erros	Não respondeu
Média	4,8	8,8	0,32
Desvio-padrão	2,1	2,2	0,69
Mínimo	1,0	4,0	0,0
Máximo	9,0	13,0	2,0
<i>p</i> Shapiro-Wilk	0,532	0,615	< ,001

Tabela 11- Percentual de erros, acertos e não resposta, por item

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
Não respondeu	4%	0%	0%	4%	8%	0%	0%
Correto	40%	28%	32%	20%	40%	28%	16%
Incorreto	56%	72%	68%	76%	52%	72%	84%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabela 12 - Percentual de erros, acertos e não resposta, por item

	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
Não respondeu	4%	4%	0%	4%	0%	4%	0%
Correto	52%	60%	56%	56%	28%	32%	28%
Incorreto	44%	36%	44%	40%	72%	64%	72%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabela 13- Respostas mais frequentes por item (moda e frequência absoluta).

	Q01	Q02	Q03	Q04	Q05	Q06	Q07	Q08	Q09	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14
Moda	1	5	2	3	3	5	5	3	2	4	3	3	3	1
N	12	11	11	7	10	14	9	13	15	14	14	15	11	13

Quando comparados os municípios em relação à média de acertos, erros e não resposta, percebe-se que esta oscilou próximo da média geral do estudo. O município que registrou maior média de acertos foi Barrocas, com 6 acertos, e aquele com média superior de erros foi Santaluz, com média de 9,66. Contudo, a análise de variância a um fator (Teste exato de Fischer) não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os três grupos (cidades) comparados, já que em todas as variáveis o p valor foi $p > 0,05$ (tabela 14).

Tabela 14 - Descritivas de grupo: média de acertos, erros e não-resposta por cidade

	Cidade	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão	Fisher	Fisher p
Acertos	Barrocas	6	2	0,8	1,18	0,32
	C. do Coité	4,85	2,3	0,6		
	Santaluz	4	1,5	0,6		
Erros	Barrocas	8	2	0,8	0,72	0,49
	C. do Coité	8,71	2,6	0,7		
	Santaluz	9,66	1,5	0,6		
Não resposta	Barrocas	0	0	0	0,69	0,51
	C. do Coité	0,42	0,7	0,2		
	Santaluz	0,33	0,8	0,3		

Em relação ao desempenho no teste de conhecimento entre os respondentes agrupados por sexo, a análise comparativa mostrou uma média de acertos superior entre as respondentes do sexo feminino em relação ao sexo masculino, conforme se pode perceber na tabela abaixo:

Tabela 15 - Descritivas de grupo: média de acertos por sexo

	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Erro-padrão	<i>t</i> de Student
Acertos	Feminino	17	5,1	2,0	0,5	0,329
	Masculino	8	4,2	2,3	0,8	

No entanto, o teste *t* de Student para amostras independentes não revelou diferença significativa entre os dois grupos, como se pode ver a partir do *p* valor = 0,329, rejeitando a hipótese nula de diferença estatística entre os grupos.

Com respeito à média de acertos comparada com o tempo de formação de cada profissional, o estudo revelou uma média maior de acertos no grupos entre dois e cinco anos de formado, enquanto o menor número de acertos correspondeu à categoria de menos de dois anos de formação, conforme se pode constatar na tabela a seguir:

Tabela 16 - Média de erros, acertos e não resposta, por tempo de formação

	Tempo de formado	Acertos	Erros	Não respondeu
Média	Até 2 anos.	4,1	9,6	0,1
	De 2 a 5 anos.	6,0	8,0	0,0
	De 5 a 9 anos.	5,0	8,7	0,2
	10 anos ou mais.	4,3	8,8	0,8
Desvio-padrão	Até 2 anos.	2,6	2,5	0,4
	De 2 a 5 anos.	1,7	1,7	0,0
	De 5 a 9 anos.	1,8	1,6	0,7
	10 anos ou mais.	2,4	3,3	0,9

Contudo, a análise de correlação entre a variável numérica tempo de formação e o número de acertos, através do Teste de Correlação de *Pearson*, bem como a matriz de correlação de *Spearman*, comparando as categorias de tempo de formação, revelaram ausência de correlação estatisticamente significativa entre o tempo de formado e a média de acertos, alcançando um *p* valor maior que 0,05 em ambas as análises, como se pode verificar nas tabelas a seguir:

Tabela 17 - Matriz de Correlações entre tempo de formado e média de acertos

		Acertos		Acertos
Tempo de formado	Rho de Spearman	0,01	R de Pearson	0,05
	gl	23	gl	23
	p-value	0,95	p-value	0,40

Nota. H_a é correlação positiva.

Esta pesquisa buscou comparar os grupos constituídos por profissionais egressos de universidades públicas e privadas, em relação ao seu desempenho no teste de conhecimentos, com base no número de acertos do instrumento. Os resultados mostraram que a média de acertos entre os grupos foi ligeiramente superior entre os graduados em IES públicas (5 acertos em média), contudo, sem uma diferença estatisticamente significativa, a partir da análise feita através do teste *t* de *Student*, já que o *p* valor foi maior que 0,05 (tabela 18).

Tabela 18- Média de erros, acertos e não resposta, por tipo de IES

	Tipo de IES	Acertos	Erros	Não respondeu
Média	Pública	5	8,5	0,5
	Privada	4,8	8,9	0,2
Desvio-padrão	Pública	3,2	3,3	0,7
	Privada	1,5	1,6	0,6
Teste t para tipo de IES (pública e privada) e número de acertos				
Acertos	T de Student	<i>p</i> 0,854		

Quando comparados os grupos com base na média de acertos no teste conhecimentos em relação à localização da IES, se no Brasil ou no Exterior, observou-se que a média de acertos entre os egressos fora do país foi de 5 acertos (DP 2,27), enquanto que, para os formados no Brasil a média alcançada foi de 4,82 acertos (DP 2,19). O *p* valor nesta comparação alcançou 0,86, demonstrando que o desempenho entre os grupos não se diferencia de forma estatisticamente significativa (tabela 19).

Tabela 19 - Média de erros, acertos e não resposta, por localização da IES

	Local da IES	Acertos	Erros	Não respondeu
Média	Brasil	4,8	8,9	0,2
	Exterior	5	8,5	0,5
Desvio-padrão	Brasil	2,1	2,2	0,5
	Exterior	2,2	2,5	0,9
T de Student	<i>p</i> 0,86			

Uma análise comparativa bivariada entre os grupos, tomando como base o número de acertos no teste de conhecimentos em relação ao tipo de IES onde se graduaram e a presença ou ausência da Dermatologia como disciplina no currículo mostrou que os

médicos egressos de instituições públicas sem a disciplina ou componente curricular de Dermatologia tiveram uma média de acertos superior (6 acertos), enquanto os egressos que tinham a disciplina alcançaram a média de 4 acertos. Já entre aqueles formados em IES privadas, o número de acertos foi maior entre os que tiveram a disciplina de Dermatologia no currículo, média de 5 acertos, frente a 2 acertos entre os que não tiveram a disciplina.

Neste quesito, vale lembrar que, conforme já detalhado acima, parte dos que responderam não terem tido o componente de Dermatologia no currículo da graduação, explicitaram que os currículos eram baseados em competências.

Tabela 20- Média de erros, acertos e não resposta, por tipo de IES e presença da disciplina de dermatologia na graduação

	Dermatologia na graduação	Tipo de IES	Acertos	Erros	Não respondeu
Média	Sim.	Pública	4,0	9,5	0,5
		Privada	5,0	8,7	0,2
	Não.	Pública	6,0	7,5	0,5
		Privada	2,0	12,0	0,0
Desvio-padrão	Sim.	Pública	2,9	3,8	1,0
		Privada	1,4	1,5	0,6
	Não.	Pública	3,5	3,0	0,5
		Privada	NaN	NaN	NaN

Ao analisarmos a média de acertos entre aqueles que declararam possuir alguma especialização na área médica e os que disseram ser generalistas, sem especialidade, seja na modalidade residência médica ou pós-graduação *latu senso*, viu-se que os médicos com alguma especialização tiveram um desempenho superior aos generalistas. No entanto, a análise de correlação pelo teste *t* de *Student* não demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p > 0,05$)

Tabela 21 - Média de acertos, erros e não resposta, entre especialistas e generalistas.

	Especialização	Acertos	Erros	Não respondeu
Média	Sim	5,3	8,2	0,4
	Não	4,4	9,4	0,1
<i>t de Student</i>	p valor	0,3	0,2	0,2

Ao compararmos as médias de acertos, erros e itens não respondidos entre os participantes que declararam possuir alguma especialidade, percebeu-se que o maior número de acertos se deu entre os que possuíam residência médica em Medicina de Família e Comunidade, seguidos pela Pediatria, com média de 8 e 7 acertos respectivamente; número superior à média geral de acertos do estudo (4,8), como se pode observar na tabela 22, abaixo.

Tabela 22- Média de acertos, erros e não resposta por especialidade

	Tipo de Especialização	Acertos	Erros	Não respondeu
Média	Generalista (Sem especialidade)	4,4	9,4	0,2
	Geriatria	6,0	8,0	0,0
	Ginecologia	5,0	9,0	0,0
	MFC (residência)	8,0	4,0	2,0
	Nutrologia	6,0	8,0	0,0
	Pediatria	7,0	7,0	0,0
	Psiquiatria	6,5	7,5	0,0
	Reumatologia	2,5	11,5	0,0
	Saúde Coletiva	4,5	8,5	1,0
	Ultrassonografia	5,0	8,0	1,0

MFC- medicina de família e comunidade

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

5.1 QUANTO À CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A identificação dos perfis e da atuação dos médicos é um passo essencial para compreender as necessidades de formação e os recursos necessários para garantir um cuidado de qualidade aos pacientes. A relação entre o conhecimento dos médicos e o cuidado prestado aos usuários do SUS deve ser um foco central nas futuras discussões sobre a melhoria da atenção à saúde em comunidades vulneráveis.

A caracterização dos respondentes deste trabalho revela que maioria dos médicos participantes é do sexo feminino (68%), o que reflete uma tendência crescente da presença da mulher nas profissões de saúde, especialmente na medicina. Isso pode estar relacionado a fatores sociais e educacionais que têm incentivado mais mulheres a seguir carreiras na área da saúde. De acordo com um estudo realizado por Sheffer e Cassenote (2013), com fins de analisar a feminização da medicina no Brasil, o aumento do número de mulheres médicas não é um fenômeno novo e não acontece apenas em nosso país. Segundo os autores, “a proporção de mulheres médicas nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) cresceu entre 1990 e 2005, passando de 28,7% para 38,3% do total de médicos”(Sheffer; Cassenote, 2013, p.273).

Em termos de faixa etária, a predominância de profissionais no intervalo correspondente aos 30 e 39 anos (60%) sugere uma força de trabalho jovem, o que poderia representar oportunidades positivas para a implementação de novas práticas e abordagens na atenção à saúde, em especial no que concerne às atividades de educação permanente. Na mesma linha, a mediana de tempo de formação de seis anos, com uma variação significativa de um a dezenove anos, sugere que enquanto alguns médicos são recém-formados, outros trazem uma longa trajetória de experiência. Essa diversidade pode impactar diretamente na qualidade do atendimento, especialmente em um campo como a dermatologia, que exige tanto conhecimento teórico quanto habilidades práticas, preferencialmente treinadas sob supervisão e orientação.

Tais fatores, somados ao fato de a maioria dos participantes ser generalista ou não ter formação especializada na área de medicina de família e comunidade, podem indicar uma maior necessidade de apoio em questões clínicas do cotidiano da Atenção Primária, especialmente em temas dermatológicos, além de um maior apoio matricial por parte

das equipes multiprofissionais e da rede de atenção secundária, evidenciando a importância de projetos de formação voltados à qualificação e educação permanente destes jovens médicos.

Um fato interessante que o trabalho revelou foi relativo à análise do vínculo empregatício dos participantes. Foi visto que 56% estão vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Este dado se mostra muito significativo, pois o programa de provimento emergencial do governo federal visa suprir lacunas na cobertura de saúde, mediante a fixação de médicos em áreas carentes e remotas do país e sua prevalência entre os médicos entrevistados destaca a importância dessa iniciativa para a organização e a estruturação da atenção primária nos municípios participantes, localizados na região do semiárido baiano, em locais considerados de difícil provimento de profissionais médicos.

No entanto, foi possível notar também a existência de muitos profissionais atuando como autônomos ou através de associações ou personalidades jurídicas próprias, o que aponta para um cenário complexo de precarização dos vínculos trabalhistas, culminando em uma menor valorização profissional, na perda de sentido do trabalho, no aumento da rotatividade dos médicos e, conseqüentemente, na quebra da capacidade de vínculo e da longitudinalidade e integralidade do cuidado, características tão necessárias e valorizadas no trabalho da Atenção Primária (Viana; Ribeiro, 2021).

5.2 AUTOPERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES QUANTO AO SEU DESEMPENHO E MANEJO

A maioria dos médicos participantes reconhece a importância das demandas dermatológicas em seu cotidiano da Atenção Básica (AB), sendo que 72% avalia como sendo muito importante; além de concordarem que os usuários do SUS esperam que seu médico da AB seja capaz de ajudá-los a solucionar seus problemas dermatológicos (84%) e que uma atenção médica mais qualificada com médicos da AB mais resolutivos em questões ligadas à dermatologia pode contribuir com a melhoria do Sistema Único de Saúde e ajudar a reduzir gastos para o Sistema, além de desafogar os serviços de referência secundária (96%).

Nesta perspectiva, 88% declararam sentir-se moderadamente ou muito seguros para o manejo das demandas dermatológicas na AB, com um desempenho considerado por eles como bom ou muito bom (72%), culminando em poucos encaminhamentos à

especialidade, o que, de acordo com os respondentes, ocorreria de maneira ocasional (52%) ou raramente (28%). No entanto, dados recentes obtidos da Central de Regulação do município de Conceição do Coité, apontam, por exemplo, que existem 652 usuários encaminhados para o serviço de dermatologia, na Lista Única municipal, até 02 de janeiro de 2025 (Coité, 2025).

Os participantes enfatizaram, contudo, que a formação que receberam na graduação não foi suficiente para prepará-los para os desafios encontrados na prática da Atenção Básica, no atendimento a pacientes com demandas dermatológicas, sendo que para 60% deles, a graduação em medicina não oferece uma exposição teórica e prática em tempo e qualidade suficientes para o aprendizado dos temas relacionados com as principais doenças ligadas à pele, aos cabelos e às unhas.

Algo que chama à atenção, neste aspecto, é o fato de que 80% dos respondentes disseram ter tido em seus currículos de graduação a disciplina de dermatologia; porém, 65% informaram que a matéria ocupou apenas um semestre da graduação e, 40% enfatizaram que a carga-horária da disciplina era inferior a 2h semanais, incluindo atividades práticas, enquanto outros 35% declararam carga horária entre 2 e 4h semanais para a dermatologia. Não houve variabilidade estatística significativa entre os formados no Brasil ou no exterior, neste quesito, assim como entre oriundos de universidades públicas ou privadas. Tais dados corroboram o que é apontado pela literatura médica a respeito do ensino da dermatologia nos cursos de medicina no Brasil e pelo mundo.

De acordo com Bonacin e Prado 2020, p.6) “nos EUA, um estudo identificou que 90% dos estudantes sentem que receberam treinamento inadequado em dermatologia durante a graduação” e que, no contexto da especialidade de medicina de família e comunidade, “menos de 40% dos residentes em atenção primária sentem que a sua escola de medicina os preparou adequadamente para diagnosticar e tratar distúrbios comuns da pele” (Bonacin; Prado; 2020, p. 6)

Este fato demonstra uma certa incoerência entre como os profissionais percebem a sua prática e seu desempenho no dia a dia da APS, em relação ao seu histórico acadêmico, no que diz respeito à formação para o atendimento de demandas dermatológicas; corroborado pela própria percepção dos médicos quanto ao modo como o ensino da dermatologia na graduação tem se dado. Para Bonacin e Prado, o reflexo da quantidade de tempo curricular dedicado à dermatologia em comparação a outras

áreas, acaba culminando na falta de confiança dos médicos em diagnosticar e tratar problemas de pele” (Bonacin; Prado, 2020, p.6).

5.3 QUANTO AO DESEMPENHO PROFISSIONAL NO MANEJO DAS CONDIÇÕES DERMATOLÓGICAS NOS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES

Quando analisamos o cenário acima descrito a partir do desempenho dos médicos no teste de conhecimentos básico, podemos ter uma noção mais precisa da realidade estudada: no teste conhecimentos básicos em dermatologia, a média geral de acertos do teste foi de 4,8, enquanto a média de erros foi de 8,8, sendo um pouco maior no sexo feminino (média 5.18) em relação ao masculino (média 4.25). Por outro lado, ao analisarmos o desempenho por cidade, foi possível perceber uma média de acertos maior entre os participantes do município de Barrocas (média 6).

Estes resultados denotam um aproveitamento bem abaixo da média aritmética do teste, que seria de 7 certos. Ao analisarmos o desempenho estatístico sob a lógica conceitual, tomando como base de referência a escala de nota-conceito da Universidade Estadual de Feira de Santana, os participantes alcançaram um desempenho classificado como **médio inferior**, ou, para fins de equivalência para esta pesquisa, um **desempenho regular**, segundo a padronização adotada para este trabalho, numa escala tipo *Likert*, graduada ao longo de seis classes, variando de ruim a excelente.

Ao fazermos uma análise mais detalhada quanto ao desempenho nos itens avaliados, de acordo com as dimensões estudadas, ou seja, a Dimensão 1 do reconhecimento diagnóstico, a Dimensão 2, da conduta terapêutica e a Dimensão 3, da conduta propedêutica, percebemos um desempenho igualmente baixo em todas as dimensões. Na dimensão 1 (reconhecimento diagnóstico), que contemplava os itens 1,2,6,8,9,11 foram alcançados 44% de acertos, entre todos os respondentes. Isso denota uma relevante limitação dos participantes em reconhecer a partir das informações clínicas oferecidas e das imagens disponibilizadas para auxílio diagnóstico, qual a doença ou condição dermatológica estava presente naquele caso, o que pode representar uma importante fragilidade do cuidado aos usuários do SUS no contexto da atenção primária.

Na Dimensão 2 (conduta terapêutica), que englobava as perguntas dos itens 3,4,5,7,10,12, os respondentes obtiveram 34% de acertos; enquanto na Dimensão 3 (conduta propedêutica) o percentual de acertos foi 16%.

Importante se faz ressaltar que tais itens versavam sobre doenças consideradas comuns e prevalentes na população geral e de interesse para a saúde pública, dada sua relevância para a coletividade ou devido a sua alta morbidade.

Destacamos alguns aspectos quanto ao desempenho dos participantes por item, especialmente aqueles cujo desempenho foi inferior a 40% de acertos, que foram os itens 2 (28%), 3 (32%), 4 (20%), 6 (28%), 7 (16%), 12(28%), 13 (32%) e 14(28%).

Sobre os itens 2 e 14, que versavam sobre um caso de ceratose seborreica, condição benigna da pele, de prevalência elevada na população geral, especialmente em pessoas maiores de 40 anos, de caráter genético e sem potencial de malignidade (Belda Jr., 2018), chama-nos à atenção que, para o item 2, apenas 28% dos participantes escolheram a opção diagnóstica correta, enquanto a maioria (72%) sinalizou tratar-se de um melanoma ou um câncer de pele não-melanoma. Na mesma perspectiva, a questão 14, que trazia a mesma imagem e o mesmo caso clínico, e pedia qual a melhor conduta a ser adotada, obteve como resposta da maioria dos respondentes encaminhar o paciente ao dermatologista, enquanto a minoria (28%) sinalizou que o paciente poderia ser orientado e acompanhado na UBS. Desse modo, percebemos que a conduta da maioria acarretaria no encaminhamento desnecessário ao segundo nível de assistência, de condição clínica benigna e de bom prognóstico, facilmente acompanhada no contexto da Atenção Básica com orientações e seguimento clínico; o que denota uma dificuldade dos participantes de reconhecer e separar condições clínicas comuns e benignas de outras condições menos comuns e malignas.

O item 3 se mostra igualmente importante para esta pesquisa, uma vez que cobrava conhecimentos diagnósticos e a conduta terapêutica frente a um caso de reação hansênica tipo I, ou reação reversa, em um paciente previamente tratado, de forma adequada, tendo obtido alta por cura. Apenas 32% dos médicos participantes reconheceram tratar-se de uma reação hansênica e assinalaram a opção adequada de tratamento para o quadro reacional agudo, enquanto que 44% disseram tratar-se de uma falência terapêutica com provável recidiva da doença e indicaram o retratamento. Outros 24% selecionaram a opção de encaminhar o caso para a referência especializada, a fim de elucidação diagnóstica.

Este item demonstra-se bastante preocupante, uma vez que trata dos conhecimentos a respeito de uma condição endêmica em nosso país. Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil ocupa a segunda posição no mundo em prevalência e

incidência de hanseníase (Brasil, 2023b) e o seu enfrentamento depende muito da capacidade de reconhecimento diagnóstico das Equipes de Atenção Básica.

Do mesmo modo, os surtos reacionais são bastante comuns, podendo ocorrer antes, durante e até cinco anos após o tratamento dos quadros infecciosos, sem, no entanto, representar recidiva ou resistência bacteriana, que demandem retratamento. Por outro lado, o atraso no reconhecimento dos quadros reacionais e na introdução do tratamento oportuno pode acarretar danos neurais permanentes e sequelas irreversíveis ao paciente. Sendo, portanto, essencial que os médicos atuantes nas redes de atenção primária estejam capacitados para reconhecer e distinguir tais condições de forma efetiva.

Com relação ao item 4, que versava sobre o diagnóstico correto de uma gestante com lesões sugestivas de Lúpus Eritematoso, apenas 20% dos participantes obtiveram acerto neste item. Enquanto a maioria assinalou tratar-se de um caso de urticária alérgica ao sol, recomendando a prescrição de antihistamínico.

Apesar de tratar-se de condição autoimune menos comum, o Lúpus Eritematoso é entidade estudada e acompanhada tanto pela Dermatologia, devido ao importante acometimento de pele e anexos, quanto pela Reumatologia, em especial nas formas sistêmicas. Devido à sua elevada morbimortalidade, especialmente se não diagnosticado e tratado de forma oportuna, é crucial que seus sinais sejam identificados por médicos generalistas, sobretudo no contexto da APS, onde, muitas vezes, as pacientes são vistas primeiro. No caso de uma gestante com Lúpus, a necessidade de identificação precoce da doença decorre do risco elevado de piora do prognóstico materno da doença e, ainda, da possibilidade de ocorrência de Lúpus neonatal, que pode acarretar desde lesões cutâneas no recém-nascido a diferentes graus de bloqueio cardíaco e até o óbito (Bologna, 2015).

Com respeito ao item 6, que obteve apenas 28% das respostas corretas entre todos os participantes, era perguntado a respeito de uma lesão nodular, brilhante, com a presença de vasos arboriformes, na região fronto-temporal de um paciente jovem (46 anos) de pele clara, correspondente a um carcinoma basocelular nodular típico. No entanto, a maioria dos participantes (56%) achou tratar-se de um hidrocistoma, enquanto outros 12% consideraram tratar-se de uma hiperplasia sebácea, ambas condições benignas da pele, de bom prognóstico e cuja principal indicação de tratamento são motivos estéticos.

O baixo desempenho dos médicos neste item denota preocupação quanto à capacidade de reconhecer lesões malignas da pele. A julgar pelo desempenho no item 2, percebemos uma tendência a superestimar as lesões benignas, mas de aspecto mais verrucoso e pigmentado e subestimar as lesões malignas, porém dotadas de aspecto mais uniforme e sem alterações importantes de coloração.

Do mesmo modo, em relação ao item 7, apenas 16% deram resposta correta para um caso de acne inflamatória, grau III, tipo nodular, em um adolescente. A maioria dos participantes sinalizou que iniciaria cuidados tópicos, com sabonetes e algum retinoide e encaminharia o paciente para avaliação com dermatologista, sem considerar a necessidade de uso de antibioticoterapia oral, conforme recomendam os consensos e *guidelines* de tratamento da acne (Silva, A.M.F., 2014; Rocha, M. et al, 2024) .

Consideramos que o cuidado exclusivamente tópico, a nível da APS, delegando à especialidade a decisão de introduzir a terapêutica antibiótica, implicaria na quebra da integralidade do cuidado e na fragilidade do princípio da co-responsabilização, culminando na pouca resolubilidade da Atenção Primária para condições facilmente manejáveis, com o treinamento adequado. Isso, por conseguinte, compromete o prognóstico do paciente, que pode enfrentar dificuldades para o acesso ao especialista na rede de assistência do SUS, gerando atraso no tratamento, com consequentes sequelas de difícil reversão e maior sofrimento físico e psíquico do paciente adolescente, podendo provocar ansiedade, depressão e repercussão em sua autoestima e qualidade de vida, conforme afirmam Rocha e colaboradores (2024).

O item 12, por sua vez, versava sobre um quadro de erupção pruriginosa, lentamente progressiva, no antebraço de uma senhora dona de casa, que não melhorava com o uso de pomadas compostas por antibióticos e corticoides. A imagem ilustrativa, juntamente com a descrição do caso, indicava tratar-se de uma dermatofitose, isto é, uma infecção micótica da pele, mais sabidamente, uma *Tinha corpórea*, mascarada pelo uso de corticoterapia. Era solicitado aos participantes que, a partir de um juízo diagnóstico adequado, indicassem a melhor conduta a ser tomada. A maioria (60%) sinalizou que a paciente deveria evitar contato com produtos químicos, sobretudo de limpeza, fazer uso de emolientes e substituir a pomada com corticoide e antibiótico por outra composta apenas por corticoide. Tal medida não apenas perpetuaria o quadro como, possivelmente, levaria a paciente a procurar sua UBS mais vezes pelo mesmo problema ou, inclusive, solicitar encaminhamento ao especialista ou procurar outra unidade na tentativa de uma solução para o seu quadro arrastado. Apenas 28% dos