

ARTIGO ORIGINAL


Desafios da concordância diagnóstica em dermatologia: uma análise internível

Diagnostic concordance challenges in dermatology: an internal analysis


HIGHLIGHTS

1. Os médicos da atenção primária possuem dificuldades diagnósticas em dermatologia.
2. O ensino da dermatologia é insuficiente nas escolas médicas.
3. Existe a necessidade de educação permanente em saúde na dermatologia.


Ana Luisa Peris Tamburus¹ 

Vitória Zanqueta Marcello¹ 

Laura Ramos Baleotti¹ 

Paulo Henrique Chaves de Oliveira¹ 

Samuel Alcantara de Amorim¹ 

Janaína Cappi Moraes Braz¹ 

Bruna Somílio da Fonseca¹ 

RESUMO

Objetivo: Avaliar o grau de concordância diagnóstica em dermatologia entre médicos da atenção primária e intermediária em comparação com dermatologistas da atenção terciária. **Método:** Estudo prospectivo e descritivo que analisou dados secundários de pacientes em primeira consulta ambulatorial no serviço de dermatologia de um Hospital em Catanduva (SP) – Brasil, entre setembro de 2023 e fevereiro de 2024. Coleta dos dados de prontuários dos pacientes encaminhados da atenção primária e intermediária. Foi calculada a sensibilidade diagnóstica, o valor preditivo positivo e o índice de concordância Kappa. **Resultados:** As doenças de maior prevalência foram neoplasias malignas (23,89%) e psoríase (11,50%). A concordância diagnóstica entre médicos de diferentes níveis foi baixa, com coeficientes Kappa variando de 0,0204 a 0,776. **Conclusão:** Os achados indicam que, embora alguns diagnósticos sejam realizados com precisão, há uma necessidade de melhoria na formação em dermatologia para médicos da atenção primária, especialmente em relação a condições neoplásicas.

DESCRITORES: Diagnóstico Clínico; Dermatopatias; Neoplasias Cutâneas; Níveis de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

TTamburus ALP, Marcello VZ, Baleotti LR, de Oliveira PHC, de Amorin AS, Braz JCM, et al. Desafios da concordância diagnóstica em dermatologia: uma análise internível. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e98057pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.98057pt>

INTRODUÇÃO

A Dermatologia é a especialidade médica dedicada ao diagnóstico e tratamento das doenças da pele, anexos cutâneos e mucosa. Nas últimas décadas, a Dermatologia tem experimentado um notável crescimento, tanto em termos de quantidade quanto de qualidade, evoluindo de uma especialidade predominantemente clínica para uma abordagem médico-cirúrgica¹. Dado esse avanço da especialidade, os médicos da atenção primária (APS) se deparam frequentemente com uma quantidade significativa de queixas relacionadas a doenças da pele em sua prática clínica diária².

As doenças que afetam a pele apresentam algumas características distintas de outras afecções. Além da alta prevalência e incidência de certas moléstias, é frequente que diversos distúrbios cutâneos estejam associados a outros sistemas orgânicos³. Em alguns casos, as lesões cutâneas são bastante visíveis, gerando um impacto significativo na rotina das pessoas, causando dificuldades no desempenho de atividades laborais e sociais⁴.

Nos Estados Unidos, aproximadamente 6% a 7% de todas as consultas ambulatoriais são relacionadas a queixas de pele, e desses pacientes, cerca de 60% são tratados por profissionais que não são dermatologistas⁵⁻⁶. No Brasil, uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, revelou que a cada 20 mil consultas atendidas por médicos que prestam cuidados na APS, aproximadamente 680 são encaminhadas para dermatologistas³.

A rede de atenção à saúde (RAS) consiste em uma estrutura poliárquica composta por uma série de serviços de saúde interligados, os quais proporcionam atendimento contínuo, abrangente e empático a uma determinada população. Essa rede é coordenada pela APS e trabalha em conjunto com a atenção intermediária e terciária⁷.

Os serviços de Atenção Terciária são caracterizados por uma maior densidade tecnológica em comparação com os serviços de atenção intermediária. Consequentemente, os pacientes são direcionados na rede de acordo com suas necessidades e a complexidade do atendimento requerido. Não há uma relação de subordinação entre os serviços de atenção intermediária e terciária, apesar de suas disparidades tecnológicas. Cada nível de atenção é igualmente crucial para alcançar os objetivos estabelecidos pela RAS⁷.

Devido à necessidade de uma anamnese cuidadosa e atenção especial à inspeção das várias características das lesões observadas, a Dermatologia é uma especialidade que demanda um treinamento específico⁸. A avaliação dermatológica, quando realizada de maneira eficaz, é capaz de identificar alterações na coloração e textura da pele, assim como lesões com diversas distribuições e morfologias⁹. Para realizar as avaliações da pele, os médicos dermatologistas geralmente demonstram uma precisão diagnóstica superior na avaliação de doenças potencialmente malignas e menos comuns, e tendem a realizar diagnósticos diferenciais mais abrangentes do que os médicos não dermatologistas¹⁰.

Os médicos que oferecem cuidados primários têm uma formação limitada em dermatologia, tornando-os menos proficientes no diagnóstico de doenças de pele em comparação com os médicos dermatologistas¹¹⁻¹². Isso levanta preocupações sobre diagnósticos incorretos, manejo inadequado das doenças e encaminhamentos tardios, podendo impactar negativamente na relação custo-efetividade e na qualidade geral da assistência médica¹³⁻¹⁴.

O conhecimento teórico e prático limitado de muitos médicos generalistas pode levar à subestimação ou confusão de certas condições dermatológicas, independentemente de serem benignas ou não, devido à sua aparência inofensiva, progressão crônica ou até mesmo ausência de sintomas. Adicionalmente, devido à falta de valorização e recursos para lidar com questões dermatológicas em nível familiar e comunitário, os médicos generalistas têm uma tendência a diagnosticar em excesso algumas condições, como eczemas, verrugas e doenças infecciosas, negligenciando outros possíveis diagnósticos, incluindo neoplasias, o que resulta em atraso no início do tratamento e prognóstico desfavorável^{3,15}.

Nesse contexto, é crucial que médicos generalistas evidenciem competências adequadas para o diagnóstico e tratamento das doenças cutâneas mais comuns na APS, que serve como ponto de entrada para os outros níveis de cuidados de saúde^{3,16}. Logo, este profissional deve ser capaz de identificar sinais sugestivos de malignidade em lesões cutâneas, bem como sintomas de doenças sistêmicas comuns que afetam a pele. Além disso, ele deve ser competente no diagnóstico e manejo de condições cutâneas frequentes, como acne, infecções fúngicas e bacterianas, e eczemas, para guiar corretamente o paciente pela rede de assistência à saúde^{3,17}.

Após estabelecer o diagnóstico, é possível que casos de baixa complexidade sejam acompanhados pelo médico não especialista. Contudo, é comum ocorrer descontinuidade no tratamento na APS, o que leva a encaminhamentos adicionais, repetição da avaliação com especialistas, prescrição de múltiplos medicamentos com a mesma finalidade, prolongamento do tempo de espera para resolução do problema, aumento da ansiedade e uma compreensão inadequada do estado de saúde por parte do paciente^{3,18-19}.

Logo, considerando a escassez de estudos que investigam a concordância diagnóstica entre os diferentes níveis de atenção à saúde nas afecções que acometem as mucosas, a pele e seus anexos, este estudo teve como propósito avaliar o grau de concordância diagnóstica em dermatologia entre médicos da atenção primária e intermediária em comparação com dermatologistas da atenção terciária.

MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo, transversal e descritivo, utilizando fontes documentais, ou seja, dados secundários dos pacientes em primeira consulta. Os dados foram obtidos através dos prontuários dos pacientes encaminhados ao serviço de dermatologia do Hospital Emílio Carlos (HEC), em Catanduva (SP) – Brasil, provenientes da APS municipal e da atenção intermediária (AME-SP), utilizando a Guia de Referência pelo sistema CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde). Foram analisadas um total de 113 consultas.

Foram incluídos pacientes em primeira consulta ambulatorial com idade igual ou superior a 18 anos encaminhados ao serviço de dermatologia do HEC. Foram excluídos os pacientes inseridos erroneamente para especialidade “Dermatologia” no sistema CROSS por motivos relacionados à digitalização da Guia de Referência física: erro de seleção da especialidade ou dificuldade de entendimento da grafia do profissional médico por parte do funcionário responsável pela digitação, além disso pacientes em retorno e interconsultas também foram removidos do estudo.

Os dados dos prontuários eletrônicos dos pacientes no HEC foram coletados utilizando tabelas de coleta de dados no Excel®, abrangendo o período de setembro de 2023 a fevereiro de 2024. A tabela utilizada continha campos para a coleta de dados, incluindo as seguintes informações: data de entrada; número total de atendimentos; número de retornos; número de primeiras consultas; CID de encaminhamento; CID final; procedência e encaminhamento de qual atenção à saúde (primária/intermediária).

A análise estatística dos dados teve início com o diagnóstico final do dermatologista do serviço terciário, considerado como “padrão ouro”, sendo utilizado para avaliar a prevalência de cada doença ou grupo de doenças dermatológicas na amostra. Em seguida, foi conduzido um estudo de concordância entre os diagnósticos fornecidos por médicos nos níveis primário e intermediário e o diagnóstico final do dermatologista de nível terciário. Para os diagnósticos emitidos pelos médicos da APS e atenção intermediária, foram analisados os diagnósticos subsequentes dados pelo dermatologista da atenção terciária.

Esse estudo investigou os seguintes parâmetros: sensibilidade diagnóstica (porcentagem de casos com uma determinada doença que tinham suspeita prévia da doença), valor preditivo positivo (porcentagem de casos com uma determinada suspeita diagnóstica que foi posteriormente confirmada) e o índice de concordância Kappa²⁰.

Para análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package Social Sciences* (SPSS) versão 27.0. Após a análise descritiva, a concordância entre os diagnósticos dos médicos de atenção primária/intermediária e dos dermatologistas da atenção terciária foi verificada pelo teste estatístico Kappa. Para cálculo da concordância utilizando o programa SPSS, foram criadas duas variáveis categóricas nominais (médicos da atenção primária /intermediária e dermatologista da atenção terciária), atribuindo-se valores numéricos a cada grupo de doenças.

Para realizar análise da concordância diagnóstica pelo coeficiente Kappa, as doenças foram agrupadas de acordo com as subdivisões do CID-10: Afecções dos anexos da pele; Alterações da pele devido exposição crônica à radiação não ionizante; Dermatite e Eczema; Doenças infecciosas e parasitárias; Neoplasias benignas; Neoplasias malignas; Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo; Psoríase.

Logo após a organização das tabelas, as duas variáveis foram comparadas e sua concordância calculada a partir do teste de Kappa simples, empregando as capacidades do software estatístico selecionado para a análise. A interpretação do coeficiente Kappa foi realizada a partir dos critérios propostos por Landis e Koch²¹, que segue a seguinte escala: sem concordância (<0); concordância pobre (0 a 0,19); concordância razoável (0,20 a 0,39); concordância moderada (0,40 a 0,59); concordância substancial (0,60 a 0,79), e excelente concordância (0,80 a 1,00).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA), sob o parecer de n.º 6.831.642.

RESULTADOS

Entre 1º de setembro de 2023 e 29 de fevereiro de 2024, foram encaminhadas 113 novas Guias de Referência ao serviço de dermatologia do HEC por meio do sistema CROSS. Destas, 19 (16,81%) correspondiam a pacientes previamente avaliados

pelo serviço de dermatologia da atenção intermediária, já referenciados para acompanhamento no nível terciário. As demais 94 guias (83,19%) provinham da APS, conforme ilustrado na Figura 1.

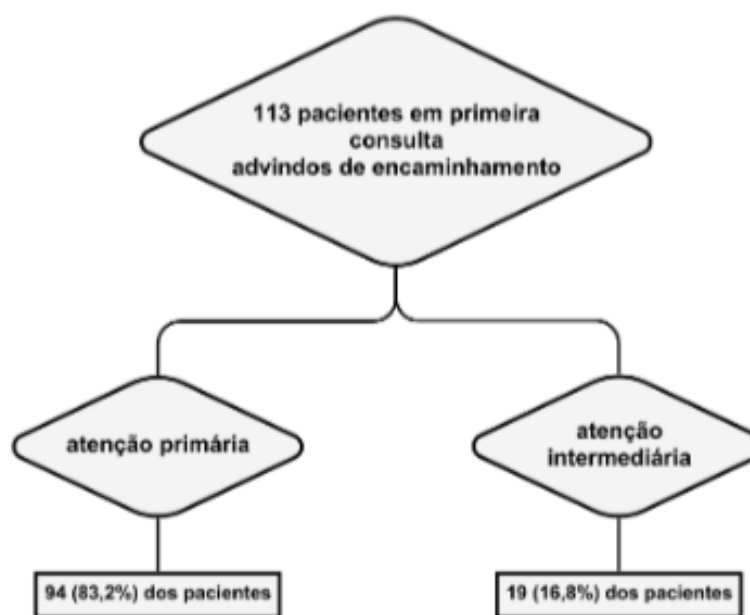


Figura 1. Origem dos pacientes encaminhados para a Atenção Terciária. Catanduva, SP, Brasil, 2024

Fonte: Autores (2024).

A Tabela 1 apresenta a prevalência das doenças dermatológicas diagnosticadas pelos dermatologistas da atenção terciária, considerados o padrão ouro para este estudo. As condições respectivamente mais frequentemente diagnosticadas nos ambulatórios durante o período de análise foram neoplasias malignas, psoríase, dermatite e eczema. Por outro lado, as doenças menos frequentes, com apenas um diagnóstico cada, incluíram cicatriz quelóide, cloasma, dor lombar baixa, escabiose, hanseníase, melanoma, nevo melanocítico não especificado, outras afecções foliculares, outras malformações congênitas especificadas da pele e outros transtornos da pigmentação.

Dentre essas, destaca-se o diagnóstico de “Neoplasias Malignas”, com uma frequência absoluta de 27 casos em um total de 113, representando 23,89% dos diagnósticos emitidos pelos dermatologistas da atenção terciária. Além disso, o diagnóstico de “Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade” também é relevante na amostra, pois apresenta sete casos, o que corresponde a 6,19% dos diagnósticos.

No presente estudo, os diagnósticos mais frequentes obtidos pelos médicos da atenção terciária foram neoplasias malignas (23,89%), psoríase (11,50%) e dermatite e eczema (10,62%). Ao avaliar os diagnósticos dos médicos de APS e intermediária em comparação com os dermatologistas da atenção terciária encontrou-se os valores de Sensibilidade, Valor preditivo positivo e Kappa que estão descritos na Tabela 2.

Tabela 1. Frequência das doenças cutâneas encontradas na amostra. Catanduva, SP, Brasil, 2024

Doenças	Frequência	%
Abscesso Cutâneo	2	1,77
Acne	3	2,65
Alopecia	5	4,42
Alterações da pele devidas à exposição crônica à radiação não ionizante	5	4,42
Calos e calosidades	2	1,77
Causas desconhecida e não especificadas de morbidade	7	6,19
Ceratose seborreica	2	1,77
Cicatriz quelóide	1	0,88
Cisto epidérmico	4	3,54
Cloasma	1	0,88
Dermatite e Eczema	12	10,62
Distúrbios metabólicos	2	1,77
Dor Lombar baixa	1	0,88
Escabiose	1	0,88
Hanseníase	1	0,88
Hidradenite Supurativa	3	2,65
Melanoma	1	0,88
Molusco Contagioso	2	1,77
Neoplasias malignas	27	23,89
Neoplasias benignas	7	6,19
Nevo Melanocítico, não especificado	1	0,88
Outras afecções foliculares	1	0,88
Outras afecções localizadas do tecido conjuntivo	2	1,77
Outras malformações congênitas especificadas da pele	1	0,88
Outros transtornos da pigmentação	1	0,88
Psoríase	13	11,5
Urticária	2	1,77
Vitiligo	3	2,65

Fonte: Os autores (2024).

Tabela 2. Sensibilidade, Valor preditivo positivo e Coeficiente Kappa dos médicos de atenção primária e intermediária em comparação com os dermatologistas da atenção terciária. Catanduva, SP, Brasil, 2024

Diagnóstico	Sensibilidade (%)	Valor Preditivo Positivo (%)	Coeficiente Kappa (%)
Afecções dos anexos da pele	50	80	0.398
Alterações da pele devidas à exposição crônica à radiação não ionizante	40	22,2	0.0204
Dermatite e Eczema	41,6	62,5	0.302
Doenças infecciosas e parasitárias	28,5	50	0.182
Neoplasias Benignas	25	25	0.0769
Neoplasias Malignas	32,1	81,8	0.0611
Outras afecções da pele e do tecido subcutâneo	66,6	22,2	0.185
Psoríase	92,3	85,7	0.776

Fonte: Os autores (2024).

A sensibilidade, que indica a capacidade de um teste detectar corretamente as pessoas com a doença, variou de 25% a 92,3%, apresentando seu maior valor na identificação de Psoríase. O valor preditivo positivo (VPP), que representa a probabilidade de um resultado positivo em um diagnóstico ser verdadeiro, apresentou as maiores taxas na psoríase (85,70%), neoplasias malignas (81,80%) e afecções dos anexos da pele (80%). Os valores de Kappa variaram entre 0.0204 e 0.776, com os três piores desempenhos observados nas doenças relacionadas às alterações da pele devido à exposição crônica à radiação não ionizante ($K = 0.0204$), neoplasias malignas ($K = 0.0611$) e neoplasias benignas ($K = 0.0769$), possuindo maior valor na Psoríase ($K = 0.776$).

DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar a precisão do diagnóstico das doenças dermatológicas na atenção primária e intermediária ao encaminhar os pacientes para a atenção terciária, por meio da concordância entre os diagnósticos obtidos. Os resultados do estudo revelaram um baixo nível de concordância diagnóstica entre os médicos da atenção primária e intermediária e os dermatologistas da atenção terciária, que foram considerados o padrão ouro nesta análise, para a maioria dos grupos diagnósticos analisados. Dos 113 atendimentos de primeira consulta realizados, 19 (16,81%) eram provenientes da atenção intermediária e 94 (83,19%) da APS. Esses dados confirmam que os encaminhamentos para a atenção terciária são mais frequentes a partir da APS.

É notável que os valores de Kappa sejam significativamente baixos para os grupos de doenças da pele relacionadas a alterações neoplásicas ou potencialmente neoplásicas. Essas doenças apresentam lesões que variam de alta a baixa complexidade de identificação, e fazem parte do cotidiano do médico generalista. A baixa concordância nos diagnósticos de neoplasias malignas e benignas ($Kappa < 0.1$), indica uma falha na identificação precoce de condições potencialmente graves, refletindo desafios na formação e no treinamento desses profissionais em dermatologia.

Embora não possam permanecer em acompanhamento na APS, a suspeição ou o diagnóstico inicial, de várias lesões cancerígenas ou pré-cancerígenas, podem ser realizados com facilidade pelos médicos da APS. Para os especialistas da atenção intermediária, a realização de procedimentos curativos pode ser limitada devido à complexidade tecnológica disponível. No entanto, é possível realizar o seguimento dos pacientes para identificar novas lesões ou mesmo recidivas da doença inicialmente tratada. Os achados estão alinhados com a literatura, que sugere que médicos da APS frequentemente enfrentam dificuldades no diagnóstico de doenças dermatológicas.

O grupo com a precisão diagnóstica mais elevada consistiu em pacientes diagnosticados com Psoríase corroborando com achados previamente descritos na literatura²². A maior parte dos encaminhamentos nesse grupo de doenças, originou-se de médicos da APS, o que poderia sugerir uma formação técnica consistente, particularmente entre os profissionais generalistas e com especialização clínica, para essa doença. A sensibilidade apresentou os melhores índices na psoríase, o que pode ser justificado pelo fato de a doença propiciar facilidade de diagnóstico visual, por ser uma condição cutânea bem estabelecida e de apresentação clínica frequentemente característica, especialmente nos casos em que a lesão é bem definida.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é estruturado de forma que os pacientes em acompanhamento ambulatorial por especialistas nos níveis intermediário e terciário

devem ser encaminhados progressivamente pela rede de saúde, começando idealmente pelo nível de APS. Neste cenário, observamos um viés em nossa amostra, em que a maioria dos encaminhamentos para a atenção terciária foi feita por médicos da APS. Este resultado sugere que, enquanto alguns diagnósticos possam ser realizados com precisão, há um grupo significativo de doenças que ainda carece de maior atenção e formação específica. Menos da metade dos casos não apresentarem alteração de CID é um fato que reforça a necessidade de uma triagem mais eficaz e de um entendimento mais aprofundado das condições dermatológicas por parte dos médicos da APS.

Tais resultados estão em concordância com as descobertas de estudos anteriores, indicando que os médicos da APS enfrentam desafios no diagnóstico de doenças dermatológicas²²⁻²³. O estudo revelou que, em menos da metade dos casos encaminhados para o serviço terciário, não houve alteração no CID. Esse dado sugere uma baixa concordância diagnóstica entre os profissionais médicos dos diferentes níveis de atenção à saúde, uma vez que mais da metade dos diagnósticos das afecções da pele realizados pelos serviços primário e intermediário sofreram alteração de diagnóstico. Esse fato deve-se, possivelmente, a diferenças nos critérios utilizados para o diagnóstico, a falta de especialização em determinados casos ou à falta de disponibilidade de exames complementares, o que pode levar a uma avaliação mais imprecisa ou divergente. Um estudo realizado nos Estados Unidos, com pacientes dermatológicos revelou que um quarto dos pacientes cuja queixa principal era um problema de pele foram encaminhados ao serviço especializado, e o dermatologista concordou em pouco mais da metade das vezes com o diagnóstico de encaminhamento².

Com relação ao grau de concordância Kappa, este foi considerado razoável apenas nos diagnósticos de afecções dos anexos da pele, dermatite e eczema. A psoríase foi o único diagnóstico que alcançou um nível de concordância substancial. No entanto, os demais grupos de doenças diagnosticadas apresentaram uma concordância diagnóstica pobre, indicando que os diagnósticos feitos pelos dermatologistas foram discrepantes em relação aos dos demais médicos na maioria das afecções da pele.

No estudo, os diagnósticos mais frequentes obtidos pelos médicos da atenção terciária foram neoplasias malignas, psoríase, dermatite e eczema. Esses achados condizem com a literatura uma vez que, em outro estudo, foram analisadas 984 consultas, revelando que as afecções dermatológicas mais frequentes foram, em ordem decrescente de prevalência: eczemas (11,3%), tumores benignos (9%), transtornos pigmentares (8,7%) e oncopatias (7,02%)²⁴. O presente estudo identificou apenas um caso de melanoma, o que está alinhado com pesquisas que apontam esta neoplasia como a menos comum entre os tumores cutâneos²⁵.

A maior parte das doenças que afetam a pele deveria ser avaliada e tratada no nível de APS, como por exemplo Dermatites e Eczemas, que compreendem 10,61% da amostra e possui um índice de concordância Kappa de 0.302. Entretanto, a formação superior nesta área é frequentemente inadequada na maioria das escolas médicas, tanto em termos de ciência básica quanto de treinamento e prática clínica. Um estudo realizado no sul do Brasil demonstrou que 37,1% dos pacientes encaminhados poderiam ter sido tratados na APS²².

Frequentemente a Dermatologia é tratada como uma disciplina isolada ao longo do curso, possuindo dificuldades de integração tanto verticalmente quanto horizontalmente nos eixos programáticos. Os conteúdos relacionados à disciplina recebem pouca carga horária durante a graduação, mesmo em currículos mais atualizados²⁶⁻²⁷.

Ao analisar a concordância diagnóstica em neoplasias malignas, observa-se uma concordância pobre, segundo o Kappa²¹. Para o diagnóstico dessas doenças

oncológicas da pele, é essencial possuir habilidades na caracterização das lesões precursoras e suspeitas. Esse achado corrobora com o achado de outros estudos nos quais a concordância diagnóstica de neoplasias malignas foi igualmente baixa^{23,28}. O encaminhamento nesses casos deve ser ágil, visto que a capacidade tecnológica da APS pode limitar o diagnóstico.

Nesse sentido é crucial que os médicos da APS reconheçam esses tipos de lesões, pois o tempo de espera para avaliação por um dermatologista pode ter um impacto significativo no prognóstico dessas doenças. O diagnóstico precoce do melanoma cutâneo, por exemplo, pode resultar em uma redução na mortalidade, uma vez que a sobrevida está inversamente relacionada à espessura do tumor²⁵. Essa falta de habilidade impede o diagnóstico oportuno dessas doenças, dificultando a implementação de tratamentos adequados e piorando o prognóstico do paciente.

A psoríase, as neoplasias malignas e as afecções dos anexos da pele demonstraram os maiores valores de valor preditivo positivo (VPP), o que sugere que essas condições, quando diagnosticadas positivamente, têm alta probabilidade de serem verdadeiramente positivas. A psoríase, em particular, também destacou-se em termos de sensibilidade diagnóstica, indicando que os médicos foram eficazes na sua identificação em todos os níveis de atenção à saúde. Esses resultados estão em consonância com outros estudos, os quais demonstraram taxas de 98,6% e 88,8% para VPP e sensibilidade, respectivamente, para a doença²³. Diante do nosso estudo, tornou-se visível que o nível de concordância diagnóstica é ruim, para a maioria dos grupos diagnósticos analisados, entre os médicos de atenção primária e intermediária e os dermatologistas da atenção terciária.

Os resultados deste estudo destacam a importância do médico da APS na triagem adequada dos pacientes com condições de pele que necessitam de encaminhamento ao dermatologista, além de reconhecer sinais de doenças mais graves e referenciar esses pacientes com agilidade. Uma solução potencial para reduzir o excesso de encaminhamentos desnecessários seria o aprimoramento da tecnologia disponível na atenção intermediária, auxiliando os médicos nesse nível a otimizar seus diagnósticos. Também é fundamental abordar a formação de novos médicos, uma vez que há lacunas na educação em dermatologia durante a graduação. As instituições de ensino devem empenhar-se em garantir uma base sólida em dermatologia para os profissionais que irão atuar na APS, incluindo possíveis mudanças e adaptações no currículo do curso de medicina, conforme necessário^{24,29}.

O presente estudo apresentou algumas limitações, incluindo a ausência de certos dados sociodemográficos devido à falta de disponibilidade nos prontuários. Além disso, por ter sido conduzido em apenas uma unidade hospitalar, os resultados não podem ser generalizados para toda a população. Apesar dessas limitações, este estudo pode contribuir significativamente para um melhor entendimento da concordância diagnóstica entre os médicos da APS e da atenção intermediária com os dermatologistas da atenção terciária.

CONCLUSÃO

Este estudo revelou uma discordância acentuada entre os diagnósticos de encaminhamento feitos pelos médicos da APS e da atenção intermediária em relação aos diagnósticos identificados pelos dermatologistas da atenção terciária. Em 53,10% dos encaminhamentos, houve mudança no CID pelos dermatologistas da atenção

terciária. O grau de concordância Kappa foi considerado pobre na maioria dos grupos de doenças, indicando uma variabilidade diagnóstica entre os dermatologistas da atenção terciária e os médicos das demais áreas da saúde. Ressalta-se a alta frequência de diagnósticos de neoplasias malignas, representando cerca de 23,89% da amostra, isso destaca a importância de uma preparação mais aprofundada entre os profissionais da APS para a identificação precoce dessas neoplasias.

Esses resultados sugerem a necessidade de estratégias específicas para fortalecer o desenvolvimento dos profissionais da APS em relação às doenças de pele. Isso poderia resultar em um serviço mais resolutivo, evitando encaminhamentos desnecessários, melhorando o acesso dos pacientes com real necessidade ao serviço especializado de dermatologia e possibilitando uma atenção em saúde mais equitativa. Além disso, seria importante melhorar os recursos tecnológicos disponíveis para a atenção intermediária, o que aumentaria a capacidade diagnóstica e de tratamento dos dermatologistas nessa área.

Acreditamos que seja necessário, em nosso contexto, incentivar a formação dos médicos de cuidados primários no reconhecimento correto das lesões dermatológicas. Além disso, uma revisão nas grades curriculares dos cursos de medicina seria fundamental para proporcionar um maior conhecimento prático e teórico aos médicos em formação. Uma maior conscientização sobre esse desequilíbrio entre as necessidades e as prioridades educacionais é o primeiro passo para promover mudanças no ensino médico.

REFERÊNCIAS

1. Rivitti E. Reflections on present-day dermatology in Brazil. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2006 [cited 2024 Mar 8];81(6):505-7. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000600001>
2. Lowell BA, Froelich CW, Federman DG, Kirsner RS. Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2001 [cited 2024 Mar 8];45(2):250-5. Available from: <https://doi.org/10.1067/mjd.2001.114598>
3. Gomes TM, de Moura ATMS, de Aguiar AC. Dermatology in Primary Health Care: a challenge for training and medical practice. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2012 [cited 2024 Mar 8];36(1):125-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000100017>
4. Weber MB, Mazzotti NG, Prati C, Cestari TF. Quality of life assessment in the overall evaluation of dermatology patients. *Clin Biomed Res* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 8];6(2):35-44. Available from: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/100242>
5. Stern RS, Johnson M, DeLozier J, Anderson PC. Utilization of physician services for dermatologic complaints: The United States, 1974. *Arch Dermatol* [Internet]. 1977 [cited 2024 Mar 8];113(8):1062-6. Available from: <https://doi.org/10.1001/archderm.1977.01640080064008>
6. Stern RS, Nelson C. The diminishing role of the dermatologist in the office-based care of cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1993 [cited 2024 Mar 8];29(5 Pt 1):773-7. Available from: [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(93\)70243-m](https://doi.org/10.1016/0190-9622(93)70243-m)
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2024 Mar 8]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
8. Carli P, De Giorgi V, Palli D, Maurichi A, Mulas P, Orlandi C, et al. Dermatologist detection and skin self-

- examination are associated with thinner melanomas: results from a survey of the Italian Multidisciplinary Group on Melanoma. *Arch Dermatol* [Internet]. 2003 [cited 2024 Mar 8];139(5):607-12. Available from: <https://doi.org/10.1001/archderm.139.5.607>
9. Sociedade Brasileira de Dermatologia; Miot HA, Penna GO, Ramos AMC, Penna MLF, Schmidt SM, et al. Profile of dermatological consultations in Brazil (2018). *An Bras Dermatol* [Internet]. 2018 [cited 2024 Mar 8];93(6):916-28. Available from: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20188802>
10. Martinka MJ, Crawford RI, Humphrey S. Clinical recognition of melanoma in dermatologists and nondermatologists. *J Cutan Med Surg* [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 9];20(6):532-5. Available from: <https://doi.org/10.1177/1203475415623513>
11. Ramsay DL, Mayer F. National survey of undergraduate dermatologic medical education. *Arch Dermatol* [Internet]. 1985 [cited 2024 Mar 9];121(12):1529-30. Available from: <https://doi.org/10.1001/archderm.1985.01660120055019>
12. Knable A, Hood AF, Pearson TG. Undergraduate medical education in dermatology: report from the AAD interdisciplinary education committee, subcommittee on undergraduate medical education. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1997 [cited 2024 Mar 9];36(3):467-70. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(97\)80227-7](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(97)80227-7)
13. Kirsner RS, Federman DG. Lack of correlation between internists' ability in dermatology and their patterns of treating patients with skin disease. *Arch Dermatol* [Internet]. 1996 [cited 2024 Mar 11];132(9):1043-6. Available from: <https://doi.org/10.1001/archderm.1996.03890330057010>
14. Clark RA, Rietschel RL. The cost of initiating appropriate therapy for skin diseases: a comparison of dermatologists and family physicians. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 1983 [cited 2024 Mar. 11];9(5):787-96. Available from: [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(83\)70193-3](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(83)70193-3)
15. Fleischer AB Jr, Feldman SR, McConnell RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med* [Internet]. 1997 [cited 2024 Mar 11];29(9):648-52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9354872/>
16. Izecksohn MMV, Teixeira Junior JE, Stelet BP, Jantsch AG. Preceptorship in Family and Community Medicine: challenges and achievements in a Primary Health Care in progress [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 11];22(3):737-46. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>
17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2024 Mar 11];377(9779):1778-97. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
18. Stross JK. Relationships between knowledge and experience in the use of disease-modifying antirheumatic agents: a study of primary care practitioners. *JAMA* [Internet]. 1989 [cited 2024 Mar 12];262(19):2721-3. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03430190105040>
19. Bellamy N, Goldstein LD, Tekanoff RA, Support Non-U.S.Gov't. Continuing medical education-driven skills acquisition and impact on improved patient outcomes in family practice setting. *J Contin Educ Health Prof* [Internet]. 2000 [cited 2024 Mar 12];20(1):52-61. Available from: <https://doi.org/10.1002/chp.1340200109>
20. Sabater J, De la Cuadra A. Internal validity of diagnostic tests: sensitivity, specificity and predictive value. External validity of a test: the kappa coefficient. In: Gallo FJ, León López FJ, Martínez-Cañavate JLM, Tonío Duñantez J, editors. *Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria*. Madrid: IM&C; 1993. p. 933-45.
21. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* [Internet]. 1977 [cited 2024 Mar 18];33(1):159-74. Available from: <https://doi.org/10.2307/2529310>
22. Barszcz K, Baroni ERV, Dornelles TF, Kluthcovsky ACGC. Quality of referrals from the primary health care to a dermatology service. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 18];31(3):e31030353. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331030353>

23. Porta N, San Juan J, Grasa MP, Simal E, Ara M, Querol I. Estudio de concordancia diagnóstica en Dermatología entre Atención Primaria y Especializada en el área de salud de un hospital de referencia. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2008 [cited 2024 Mar 18]; 99(3):207-12. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(08\)74657-X](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(08)74657-X)
24. Bernardes CA, Magalhães RF, Costa Franca AFE, Morcillo AM, Velho PENF. Dermatological diagnoses and procedures in a primary care unit. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2015 [cited 2024 Mar 19];39(1):88-94. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02782013>
25. Schneider JS, Moore DH, Mendelsohn ML. Screening program reduced melanoma mortality at the Lawrence Livermore National Laboratory, 1984 to 1996. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2008 [cited 2024 Mar 19];58(5):741-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2007.10.648>
26. Kaliyadan F. Undergraduate dermatology teaching in India: need for change. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [Internet]. 2010 [cited 2024 Mar 20];76(5):455-7. Available from: <https://doi.org/10.4103/0378-6323.69037>
27. Gonçalves AP. Dermatologia: ciência, pesquisa, ensino, prática. *An Bras Dermatol*. 1989;64(2):125-8.
28. Pérez Martín Á, Agüeros Fernández MJ, Avellaneda Fernández A, Izquierdo Martínez M, López Lanza JR, Centeno Cabrera ML. Analysis of referrals made from primary care to dermatology and diagnostic agreement. *Med Gen Fam* [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 20];5(4):139-43. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mgyf.2016.02.004>
29. Hansra NK, O'Sullivan P, Chen CL, Berger TG. Medical school dermatology curriculum: are we adequately preparing primary care physicians? *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2009 [cited 2024 Mar 20];61(1):23-29. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.11.912>

Diagnostic concordance challenges in dermatology: an internal analysis**ABSTRACT**

Objective: Evaluate the degree of diagnostic agreement in dermatology among primary and intermediate care doctors compared to tertiary care dermatologists. **Method:** A prospective and descriptive study that analyzed secondary data from patients on first outpatient consultation in the dermatology service of a hospital in Catanduva (SP) – Brazil, between September 2023 and February 2024. The data collection of patients' medical records was referred from primary to intermediate care. The diagnostic sensitivity, positive predictive value, and the Kappa accuracy index were calculated. **Results:** The most prevalent diseases were malignant neoplasms (23.89%) and psoriasis (11.50%). Diagnostic agreement among doctors of different levels was low, with Kappa coefficients ranging from 0.0204 to 0.776. **Conclusion:** The findings indicate that although some diagnoses are carried out with accuracy, there is a need for improvement in dermatology training for primary care doctors, especially in relation to neoplastic conditions.

KEYWORDS: Clinical Diagnosis; Skin Diseases; Skin Neoplasms; Health Care Levels; Primary Health Care.

Desafios de la concordancia diagnóstica en dermatología: un análisis interinstitucional**RESUMEN**

Objetivo: Evaluar el grado de concordancia diagnóstica en dermatología entre médicos de atención primaria e intermedia en comparación con dermatólogos de atención terciaria. **Método:** Estudio prospectivo y descriptivo que analizó datos secundarios de pacientes en primera consulta ambulatoria en el servicio de dermatología de un hospital de Catanduva (SP), Brasil, entre septiembre de 2023 y febrero de 2024. Recopilación de datos de los historiales clínicos de los pacientes derivados de la atención primaria y secundaria. Se calcularon la sensibilidad diagnóstica, el valor predictivo positivo y el índice de concordancia Kappa. **Resultados:** Las enfermedades más prevalentes fueron las neoplasias malignas (23,89 %) y la psoriasis (11,50 %). La concordancia diagnóstica entre médicos de diferentes niveles fue baja, con coeficientes Kappa que oscilaron entre 0,0204 y 0,776. **Conclusión:** Los hallazgos indican que, aunque algunos diagnósticos se realizan con precisión, es necesario mejorar la formación en dermatología de los médicos de atención primaria, especialmente en lo que respecta a las afecciones neoplásicas.

DESCRIPTORES: Diagnóstico clínico; Enfermedades de la piel; Neoplasias cutáneas; Niveles de atención de salud; Atención primaria de salud.

Recebido em: 06/01/2025

Aprovado em: 19/03/2025

Editor associado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor Correspondente:

Samuel Alcantara de Amorim

Centro Universitário Padre Albino

Rua dos Estudantes, 225 - Parque Iracema, Catanduva - SP, 15809-144

E-mail: samuelbastos2008@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo -

Tamburus ALP, Marcello VZ, Baleotti LR, de Oliveira PHC, de Amorin AS, Braz JCM, da Fonseca BS. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Tamburus ALP, Marcello VZ, Baleotti LR, de Oliveira PHC, de Amorin AS, Braz JCM, da Fonseca BS.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Tamburus ALP, Marcello VZ, Baleotti LR, de Oliveira PHC, de Amorin AS, Braz JCM, da Fonseca BS.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).