

PEQUENA CIRURGIA NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR PORTUGUESA

Guerra da Rocha¹, Raquel Bastos¹, Rui Caramelo¹, Jorge Godinho¹, Sílvia Sacramento¹, Joana Relva¹, Isabel Amorim¹, Sousa Pinto²

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Pequena Cirurgia centra-se numa série de procedimentos cirúrgicos relativamente simples, com fins terapêuticos ou diagnósticos, que geralmente não requerem internamento hospitalar. Para maior comodidade do utente, a Unidade de Saúde Familiar Canelas propôs-se à implementação de uma consulta de pequena cirurgia, à qual designou por Projeto *Tiro'lisso*. O objetivo deste trabalho foi demonstrar o processo de organização e resultados obtidos nesta consulta, dois anos após o início da atividade.

MATERIAIS E MÉTODOS: Realizou-se um estudo retrospectivo de todas as intervenções cirúrgicas efetuadas, entre maio de 2013 e abril de 2015, tendo em conta o sexo e idade do utente, tempo de resposta, tipo de lesão e correlação clínico-patológica. Foi ainda avaliada a satisfação dos utentes através de um questionário telefónico.

RESULTADOS: Com tempo médio de resposta de 17 dias, realizaram-se 229 intervenções com cinco casos de complicações. O fibroma pêndulo foi a lesão mais comum (34,5%), seguida de nevo (31,0%) e quisto sebáceo (14,8%), obtendo-se uma concordância entre diagnóstico clínico e histológico de 71,6%. Em dois casos foram identificadas lesões com características malignas, com exérese total e garantia de margens de segurança. A satisfação média relativamente ao serviço prestado foi de 9,7 numa escala de zero a dez pontos.

DISCUSSÃO: Com uma baixa taxa de complicações e elevada taxa de concordância clínico-patológica, a implementação deste projecto permitiu uma resposta mais rápida e cómoda para o utente, trazendo um elevado nível de satisfação com a ampliação dos serviços prestados pelos cuidados de saúde primários.

PALAVRAS-CHAVE: PEQUENA CIRURGIA, CIRURGIA DE AMBULATÓRIO, CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

MINOR SURGERY IN A PORTUGUESE FAMILIAR HEALTH UNITY

ABSTRACT

INTRODUCTION: Minor surgery focuses on a number of relatively simple surgical procedures with diagnostic or therapeutic purposes, which usually do not require hospitalization. For patient convenience, Canelas Family Health Unit implemented a minor surgery consultation, which was appointed as *Tiro'lisso Project*. The main objective of this study was to demonstrate the organization process and the consultation results, two years after the beginning of the activity.

MATERIALS AND METHODS: We conducted a retrospective study of whole surgical interventions carried out between May 2013 and April 2015, taking into account the patient sex and age, waiting time, type of lesion and clinicopathologic correlation. It was also evaluated the users satisfaction through telephone questionnaire.

RESULTS: With an average time of 17 days response, 229 interventions were performed with five cases of complications. The fibroma pendulum was the most common lesion (34,5%) followed by nevus (31,0%) and sebaceous cyst (14,8%), yielding a correlation between clinical and histological diagnosis of 71,6%. Two cases were identified with malignant characteristics, both with total excision and safety margins guaranteed. The average satisfaction with the service was 9,7 on a scale of zero to ten points.

DISCUSSION: With a low rate of complications and high clinic-pathological concordance rate, the implementation of this project allowed a faster and more convenient response to the patient, bringing a high level of satisfaction with the expansion of services provided by primary health care.

KEY-WORDS: MINOR SURGICAL PROCEDURES, AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES, PRIMARY HEALTH CARE

DATA DE RECEÇÃO / RECEPTION DATE: 06-08-2015 - DATA DE APROVAÇÃO / APPROVAL DATE: 10-10-2015

1. MÉDICO(A) INTERNO(A) DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR, UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR CANELAS, AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES) GAIA/ESPINHO - ARS NORTE, VILA NOVA DE GAIA

2. ASSISTENTE GRADUADO EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR – COORDENADOR DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR CANELAS, AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE (ACES) GAIA/ESPINHO - ARS NORTE, VILA NOVA DE GAIA

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde primários fornecem serviços de saúde integrados e acessíveis prestados por médicos que são responsáveis por resolver a grande maioria das dos problemas de saúde individuais. Para tal, além do desenvolvimento de uma parceria sustentada com o utente envolve-se também o contexto familiar e da comunidade¹.

A pequena cirurgia centra-se numa série de procedimentos cirúrgicos relativamente simples, com fins terapêuticos ou diagnósticos, e que geralmente não constituem risco de vida ou necessidade de internamento hospitalar^{2,3}. Tratam-se de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, que podem eventualmente ser realizados numa enfermaria com o objetivo de trazer maior comodidade ao utente, de poupar recursos em saúde e dar uma resposta mais rápida a determinados problemas².

Estudos internacionais comparativos têm vindo a demonstrar que os sistemas de saúde assentes em cuidados de saúde primários sólidos e abrangentes

apresentam, tendencialmente, menores gastos^{4,5}. Portugal encontra-se na linha da frente em termos de investimento nesta área, juntamente com países como o Reino Unido, Holanda e Países Escandinavos^{6,7}.

Nestes países, o Médico de Família (MF) ou GP (*General Practitioner*) constitui a primeira linha de contato do doente com o sistema nacional de saúde tendo um papel fundamental relativamente à decisão de referência. Alguns estudos têm demonstrado que as taxas de referência nestes países são muito díspares^{8,9}. Uma das razões para esta variação pode residir na variedade de serviços de saúde prestados pelo MF ou GP, como por exemplo: pequena cirurgia, infiltrações musculoesqueléticas^{6,10}, consultas de cessação tabágica, aplicação de dispositivos anticoncepcionais na consulta de planeamento familiar ou Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA).

São poucos os estudos quanto à relação entre o número de serviços de saúde prestados pelo MF ou GP e o seu comportamento relativamente à referen-

ciação hospitalar, sendo que os poucos existentes apresentam resultados inconsistentes¹¹. Um estudo na Dinamarca descreve uma relação direta entre a diminuição no número de referências com o aumento do número de serviços de saúde prestados pelo MF ou GP¹². Pelo contrário, um outro estudo britânico¹³ não encontrou qualquer redução no número de referências mesmo com aumento do número de pequenas cirurgias e introdução do sistema de pagamentos por serviços específicos.

Em Portugal, só em 2007 a Portaria n.º 1368/200714 vem aprovar a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das Unidades de Saúde Familiar (USFs). Sem pôr em risco a concretização do núcleo base de cuidados (carteira básica de serviços), e em função das necessidades identificadas pelos utentes e disponibilidade de recursos humanos e técnicos da Unidade Saúde Familiar (USF), poderá ser contratualizada a prestação de cuidados de saúde adicionais, onde se integra a prestação de cuidados em pequena cirurgia. Apesar de não existirem estudos em Portugal que nos permitam retirar conclusões relativamente ao número de USFs que prestam atualmente este tipo de serviço, tudo nos leva a crer que poucas unidades do país o façam.

No país vizinho, estudos realizados ao nível dos cuidados de saúde primários, apontam para uma redução dos custos com a realização da pequena cirurgia neste contexto, comparando com a realização nos cuidados de saúde privados ou hospitalares^{2,15}. Assim, além de custo-efetiva para o sistema de saúde, a pequena cirurgia nos cuidados de saúde primários é, na generalidade, muito bem aceite pelos utentes¹⁶. É também muito satisfatório para o MF ou GP, poder tratar o utente diretamente, pelas suas próprias mãos, evitando o habitual arsenal terapêutico farmacológico¹⁷. Com um programa de estágio apropriado e aquisição de competências técnicas nesta área, incluindo o tratamento de feridas, é possível diminuir a sobrecarga dos cuidados de saúde secundários, particularmente nas especialidades de Dermatologia e Cirurgia Plástica, que podem concentrar a sua perícia nos casos mais complexos¹⁷.

Pelo elevado número de referências hospitalares por pequenas lesões dermatológicas e com o intuito de formação profissional médica e alargamento dos serviços prestados à comunidade, a USF Canelas propôs-se à realização de uma consulta de pequena cirurgia, à qual designou por Projeto *Tiro'lisso*. Com este trabalho pretende-se demonstrar o processo de organização e resultados obtidos nesta consulta, dois anos após o início da atividade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a implementação do projeto *Tiro'lisso* na USF Canelas foi elaborado um protocolo interno com consequente aprovação em reunião de serviço e nomeação de um médico especialista responsável. Nele constava o plano de formação hospitalar em Cirurgia de Ambulatório de médicos internos, durante dois meses e em horário pós-laboral, numa unidade de referência (Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga EPE, Serviço de Cirurgia), para além da possibilidade de outros estágios adicionais na área. Foi elaborado o inventário do material disponível para a atividade e aquisição do restante em falta, obtendo-se a colaboração de um laboratório de anatomia patológica certificado com fornecimento de frascos de análise. De forma a excluir conflitos de interesse, o utente teve opção de escolha quanto ao laboratório de análise anátomo-patológica. Foram ainda elaborados uma base de dados (programa Microsoft Office Excel 2010) para registo descritivo das intervenções, e dois documentos oficiais de Consentimento Informado (baseados no Documento-Guia sobre Consentimento Informado 30/09/2009 pelas Comissões de Ética para a Saúde da Região Norte) para a intervenção cirúrgica e para a gravação de imagem em fotografia, a assinar pelo utente.

Após triagem pelo médico de família do utente e feitos os exames auxiliares de diagnóstico caso fossem necessários, foram agendadas duas consultas: uma para registo de imagem e assinatura dos consentimentos e uma outra posterior para a realização do ato cirúrgico e novo registo de imagem.

As lesões referenciadas e aceites na consulta de Pequena Cirurgia foram apenas pequenas lesões (inferiores a três centímetros), tais como: fibromas pêndulo, nevos melânicos, queratoses seborreicas, quistos sebáceos e triquilémicos e lipomas. Todas as lesões que não se incluísem nestes critérios foram referenciadas para Cirurgia de Ambulatório do hospital de referência, bem como todos os casos que exigissem recursos humanos ou materiais não disponíveis na USF.

Foi efectuada exérese com margens de segurança e pedido de análise histológica a todas as lesões cujo diagnóstico pudesse ser questionado pela presença de algum sinal de alerta (ulceração, hemorragia, eritema ou edema da pele circundante, dor, desconforto ou prurido) e em todos os nevos assimétricos com bordos irregulares, coloração heterogénea ou com diâmetro superior a 6 mm. Foram excluídas deste estudo as intervenções realizadas de carácter urgente, tais como lacerações ou mordeduras de animais.

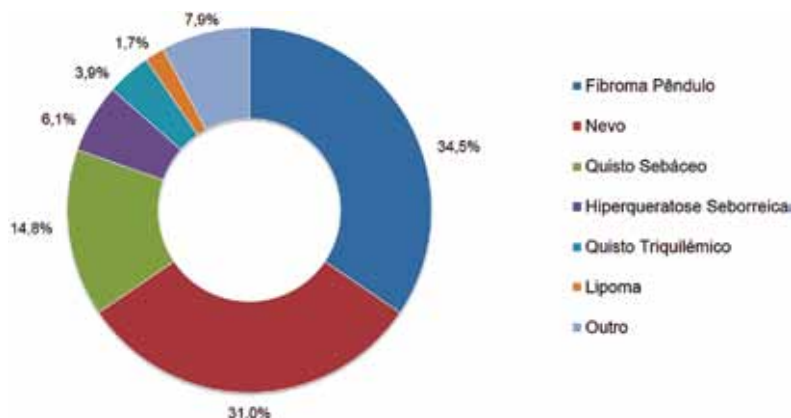


FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3

Esta consulta de Pequena Cirurgia teve início em Maio de 2013 e, após dois anos de atividade, foi realizado o estudo retrospectivo de todas as intervenções efectuadas. Para tal, dividiram-se os utentes por escalões etários e definiram-se sete grandes grupos de lesões: nevo; quisto sebáceo; quisto triquilémico; fibroma pêndulo; hiperqueratose seborreica; lipoma; e outros, onde se incluíram todas as lesões benignas menos comuns tais como histiocitomas, dermatofibromas e angiomas. Neste último grupo, incluíram-se ainda outros procedimentos cirúrgicos nomeadamente a remoção de *implanon's*, corpos estranhos, onicocriptoses e correcção de cicatrizes. Foi também estudada a correlação clínico-patológica e o tempo de espera para a realização da intervenção. Para o estudo estatístico foi utilizando o programa Microsoft Office Excel 2010.

Para avaliação da satisfação dos utentes, foi feito um questionário por via telefónica em que constavam as seguintes questões: 1) De zero a dez, como classifica a sua satisfação quanto ao serviço prestado?; 2) Recomendaria este serviço a um familiar ou amigo?; 3) Preferia ter realizado a intervenção no Hospital e porquê?. Estes contactos foram efectuados por um elemento independente do projecto, cerca de um mês após a intervenção.

RESULTADOS

Segundo o Registo Nacional de Utentes, à data de início do projecto *Tiro'lisso* a USF Canelas servia uma população de 12405 habitantes. Ao fim de dois anos de actividade, entre maio de 2013 e abril de 2015, foram realizadas 229 intervenções cirúrgicas na consulta de Pequena Cirurgia, sendo 54% (123/229) dos utentes do sexo feminino e 46% (106/229) do sexo masculino. A média de idades foi de 48 anos, estando cerca de 46% dos utentes entre os 40 e os 59 anos de idade. A idade mínima e máxima foi, respectivamente, de 13 e 88 anos de idade.

Entre a referenciação e o ato cirúrgico, o tempo médio de espera foi de 17 dias, sendo a moda de sete e com a totalidade das intervenções realizadas ao fim de 12 semanas.

Relativamente ao tipo de lesão (Fig.1), a mais frequente foi o fibroma pêndulo (n=79; 34,5%), seguida de nevo (n=71; 31,0%), quisto sebáceo (n=34; 14,8%), hiperqueratose seborreica (n=14; 6,1%), quisto triquilémico (n=9; 3,9%) e lipoma (n=4; 1,7%). A título de exemplo apresentamos algumas imagens representativas de lesões e respetiva evolução pós-intervenção (Fig.2, Fig.3, Fig. 4, Fig. 5). Em todos casos foi utilizada lidocaína a 2% como anestésico local, exceto nos fibromas pêndulos que foi utilizado cloreto de etilo.

Foi pedida análise histológica a 74 lesões excisionadas com uma concordância clínico-patológica de 71,6%. Todas as lesões se revelaram de carácter benigno exceto dois casos em que foram identificados um carcinoma basocelular, numa doente de 76 anos, e um carcinoma de células escamosas num doente de 55 anos de idade. Em ambos a exérese foi completa e com margens livres de lesão, tendo sido os utentes reencaminhados para consulta especializada de oncologia e dermatologia, no hospital de referência, para seguimento posterior.

Quanto a complicações do ato cirúrgico, foram registados cinco casos (2,2%): três de lipotímia pós-intervenção; dois de deiscência da sutura e

um caso de exposição accidental a material contaminado (picada de agulha) de um profissional de saúde durante a intervenção. Neste último caso foi seguido o protocolo de atuação de exposição accidental a material potencialmente contaminado do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, hospital de referência. As análises de despitte de doenças infeto-contagiosas, tanto do utente como do profissional de saúde, foram negativas, não tendo havido quaisquer consequências dignas de relevo. Em nenhum dos 229 casos foi necessário antibioterapia profilática ou terapêutica.

Na aplicação dos questionários por via telefónica, não foi possível contactar 67 utentes, por número de contacto incorrecto ou indisponível, representando uma taxa de resposta de 70,7% aos questionários efectuados. Relativamente à satisfação quanto ao serviço prestado, numa escala de zero a dez, obtivemos uma classificação média de 9,7. Todos os inquiridos responderam que recomendariam o serviço a um familiar ou amigo e, pela proximidade e ambiente familiar da USF, não preferiam ter realizado a intervenção a nível hospitalar.

DISCUSSÃO

A grande maioria das lesões cutâneas que preocupam os doentes são de natureza benigna, facilmente excisadas nas condições de uma enfermaria^{18,19}. O elevado número de referências para a Dermatologia e Cirurgia Geral, sobrecarrega os cuidados de saúde secundários, originando tempos de espera que chegam aos dois anos no hospital de referência, tendo como base o sistema de referência *Alert*[®]. A exemplo de outras publicações internacionais^{13,15}, este serviço conseguiu satisfazer a totalidade dos pedidos num tempo bastante inferior ao hospitalar sendo, neste estudo, de apenas 17 dias.

Por esta incapacidade de resposta em tempo útil, a triagem das referências aceites para a consulta de especialidade é feita apenas baseada na análise da lesão por suporte fotográfico digital e eventual referência de sinais de alerta. No entanto, é possível que este método não substitua a observação médica directa cuidada e presencial, podendo levar a um errado diagnóstico^{20,21}. Deste modo, as duas lesões malignas encontradas neste estudo talvez não fossem consideradas como tal pela observação especializada indirecta e/ou fossem apenas detetadas em estadio avançado, caso esta consulta não tivesse sido implementada.



FIGURA 4



FIGURA 5

A confirmação do diagnóstico por análise histológica não foi pedida em todas as lesões, já que a grande maioria se trata de lesões benignas com diagnóstico clínico óbvio, evitando-se gastos desnecessários ao sistema de saúde e ao próprio utente. Um estudo britânico salienta exatamente esta importância do pedido criterioso de histologia, eliminando gastos desnecessários, fonte adicional de preocupação do utente¹⁷.

Relativamente à qualidade das intervenções, questionada por especialistas e gestores hospitalares noutros países^{15,16,22}, esta pode ser estimada pela correlação clínico-patológica e pelo número de complicações do procedimento¹⁵. Neste estudo, a correlação clínico-patológica foi de 71,6%, valor superior ao encontrado por Tarraga López et al¹⁵ (66,2%) e próximo da média geral referida na literatura (75%)¹⁵. Semelhante a outros estudos^{2,17} a taxa de complicações cirúrgicas foi bastante baixa, contando apenas com cinco ocorrências e não tendo sido necessário antibioterapia em nenhum caso. Assim, não só a qualidade diagnóstica e excisional dos MF se assemelha à dos cuidados de saúde secundários²³ como também não existe evidência de um maior número de complicações cirúrgicas nos cuidados de saúde primários¹⁶.

Foram várias as vantagens demonstradas com a implementação deste projeto, nomeadamente: 1) uma maior acessibilidade dos utentes à consulta de diagnóstico e intervenção, num ambiente familiar, aumentando o seu grau de satisfação e confiança

com os cuidados de saúde primários^{3,15}; 2) o aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas pelo MF, com aumento da sua qualidade profissional, gratificação pessoal³ podendo, inclusivamente, reduzir o fenómeno de *burn-out*¹⁰; 3) e menores gastos para o sistema de saúde e para o utente, sendo referido um custo 17 vezes inferior ao hospitalar num estudo espanhol¹⁵ e uma poupança de 30% num estudo inglês¹⁶. Seria interessante, no futuro, este estudo concreto dos custos associados à realização de pequena cirurgia nos cuidados de saúde primários versus cuidados de saúde secundários em Portugal.

Atualmente, esta consulta é realizada sem qualquer tipo de incentivo remuneratório podendo ser, futuramente, proposta para carteira adicional de serviços com remuneração tabelada, semelhante ao que já se faz no Reino Unido¹⁷.

Uma limitação do projeto é a possibilidade de não haver o registo da totalidade de resultados histológicos, por falha na entrega pelo utente ou por falha no registo pelo MF. De maneira a contornar esta situação, ir-se-á incluir no protocolo a realização de uma terceira consulta com o médico que efectuou a intervenção para registo do resulta-

do anátomo-patológico, caso o tenha requisitado. Nesta terceira consulta ir-se-á, também, aplicar o questionário anónimo de satisfação por escrito a todos os utentes de modo a melhorar o método de avaliação da qualidade do projeto.

Consideramos que o elevado número de intervenções cirúrgicas efetuadas se demonstra como um ponto forte do nosso estudo, garantindo uma maior confiança nos resultados obtidos.

Que tenhamos conhecimento, este foi o único estudo do género em Portugal, podendo representar um exemplo de como as USFs podem prestar outros serviços de saúde. A exemplo do que já se faz em outros países da Europa, é possível ampliar a capacidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados de saúde primários, especialmente importante em localidades mais remotas¹⁰.

De salientar que, com este trabalho, não se pretende afirmar que é possível substituir os cuidados de saúde secundários. Pretende-se sim demonstrar que, ao retirar os casos banais da consulta especializada, permite que esta se centre nos casos de maior complexidade técnica e de tratamento hospitalar, com uma redução substancial da sua lista de espera^{15,17}.

REFERÊNCIAS

1. Vanselow NA, Donaldson MS, Yordy KD. A New Definition of Primary Care. *JAMA*. 1995; 273: 192.
2. Tarraga Lopez PJ, Marin Nieto E, Garcia Olmo D, Celada Rodriguez A, Solera Albero J. [Economic Impact of the Introduction of a Minor Surgery Program in Primary Care]. *Aten Primaria*. 2001; 335-8.
3. Rodríguez Alonso JJ, Arribas Blanco JM. [Surgery and Minor Traumatology. Can We? Will We Be Able To?]. *Aten Primaria*. 2003; 47-51.
4. Starfield B, Shi L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. *Health Policy*. 2002; 201-18.
5. World Health Organization, The World Health Report 2008 - Primary Health Care (Now More Than Ever) Geneva: WHO; 2008.
6. van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Minor Surgery in General Practice and Effects on Referrals to Hospital Care: Observational Study. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 2.
7. Expert panel on effective ways of investing in health. Definition of a Frame of Reference in Relation to Primary Care with a Special Emphasis on Financing Systems and Referral Systems Brussels: European Commission, 2014, p. 19-24.
8. O'Donnell CA. Variation in Gp Referral Rates: What Can We Learn from the Literature? *Fam Pract*. 2000; 462-71.
9. De Jong JD. Explaining Medical Practice Variation - Social Organization and Institutional Mechanisms (Universiteit Utrecht, 2008).
10. Bitterman H, Vinker S. Extending the Boundaries of Family Medicine to Perform Manual Procedures. *Isr J Health Policy Res*. 2014; 3: 35.
11. Sibbald B, McDonald R, Roland M. Shifting Care from Hospitals to the Community: A Review of the Evidence on Quality and Efficiency. *J Health Serv Res Policy*. 2007; 110-7.
12. Krasnik A, Groenewegen P, Pedersen PA, von Scholten P, Mooney G, Gottschau A, et al. Changing Remuneration Systems: Effects on Activity in General Practice. *BMJ*. 1990; 1698-701.
13. Lowy A, Brazier J, Fall M, Thomas K, Jones N, Williams BT. Minor Surgery by General Practitioners under the 1990 Contract: Effects on Hospital Workload. *BMJ*. 1993; 413-17.
14. Diário da República Portuguesa. Portaria N.º 1368/2007. 2007; 1.ª série — N.º 201
15. Martínez J, Aparicio JM, Gómez J, Paredes D. Eficiencia De La Cirugía Menor En Atención Primaria Según El Nivel De Facturación. *Aten Primaria*. 2002; 30: 86-91.
16. O'Cathain A, Brazier JE, Milner PC, Fall M. Cost Effectiveness of Minor Surgery in General Practice: A Prospective Comparison with Hospital Practice. *Br J Gen Pract*. 1992; 42: 13-7.
17. Lakasing E. Restricting Minor Surgery in General Practice: Another Example of Financial Short-Termism. *Br J Gen Pract*. 2010; 60: 385-6.
18. Brown JS, Smith R, Cantor T, Chesover D, Yearsley R. General Practitioners as Providers of Minor Surgery--a Success Story? *Br J Gen Pract*. 1997; 205-10.
19. Koelink CJ, Kollen BJ, Groenhof F, van der Meer K, van der Heide WK. Skin Lesions Suspected of Malignancy: An Increasing Burden on General Practice. *BMC Fam Pract*. 2014; 15: 29.
20. Piccolo D, Smolle J, Argenziano G, Wolf IH, Braun R, Cerroni L, et al. Teledermoscopy-Results of a Multicentre Study on 43 Pigmented Skin Lesions. *J Telemed Telecare*. 2000; 6(3): 132-7.
21. R. Mahendran, M. J. D. Goodfield, R. A. Sheehan-Dare. An Evaluation of the Role of a Store-and-Forward Teledermatology System in Skin Cancer Diagnosis and Management. *Clin Exp Dermatol*. 2005; 30: 214.
22. Tarraga López PJ, Rodríguez A, Oliver M, Albero J, López JM, Cara MA. Cirugía Menor En Un Centro De Atención Primaria Rural: 2 Años De Experiencia. *Medifam*. 2003; 13: 49-54.
23. Murchie P, Sinclair E, Lee AJ. Primary Excision of Cutaneous Melanoma: Does the Location of Excision Matter. *Br J Gen Pract*. 2011; 61: 131-34.

CORRESPONDÊNCIA:

MARCO GUERRA DA ROCHAUNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR CANELAS, AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE
(ACES) GAIA/ESPINHO
RUA DR. CARLOS COSTA 61, 4410-273 CANELAS - VILA NOVA DE GAIA
MARCOGUERRARROCHA@GMAIL.COM