



Protocolo singularizado para o Município de ITU

DERMATOLOGIA

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde Unidade de
Gestão de Promoção da Saúde

2023



Secretaria Municipal
de Saúde



Guilherme Gazzola
Prefeito Municipal

Janaina Guerino de Camargo
Secretária Municipal de Saúde

Dra. Claudia Cristina Pinton Magaldi
Gestora médica

Dr. Fabiano C. B. Ralid
Coordenador Médico do Ambulatório de Especialidades Médicas

Dra. Thais Weurthmamm Ferreira da Silva
Médico Dermatologista do Ambulatório de Especialidades Médicas

Erica J. de Castro Tuani
Coordenação de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades Médicas

1 Sumário

APRESENTAÇÃO	5
FLUXO DE ATENDIMENTO.....	6
Priorização	6
DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA.....	7
Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta	7
1. ACNE	7
2. Câncer de Pele Melanoma.....	11
3. Câncer de Pele Não Melanoma (CARCINOMA BASOCELULAR, CARCINOMA ESPINOCELULAR), Ceratoses Actínicas, OUTROS TUMORES CUTANEOS	12
4. Lesões Benignas de Pele e Tecido Subcutâneo	14
5. Dermatite Atópica.....	15
6. Outros Eczemas ou Dermatites (Dermatite Seborreica, Dermatite de Contato, Eczema Disidrótico e Eczema de Estase)	18
a. Eczema Seborreico.....	19
b. Dermatite de Contato	19
c. Eczema Disidrótico.....	19
d. Eczema de estase	19
7. Micoses.....	20
8. Psoríase.....	25
9. Alopecia	29
10. Urticária e Angioedema	31
11. Prurido.....	33
12. Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso.....	33
13. Rosácea.....	37
14. Vitiligo	40
15. OUTRAS DESORDENS LIGADAS A PIGMENTAÇÃO: MELANOSE SOLAR, LEUCODERMIA SOLAR.....	41
16. HANSENÍASE	42
17. LÍQUEN ESCLERO-ATRÓFICO	43
18. HERPES SIMPLES E HERPES ZOSTER	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

APRESENTAÇÃO

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado da gestão do cuidado dos usuários, e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** (ou secundário) é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica. Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de Regulação do Acesso (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A **Regulação da Assistência à Saúde** visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno. Para este ordenamento são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas.

A oferta deste protocolo é mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da atenção primária. Serve como subsídio para uma triagem clínica mais qualificada dos encaminhamentos desnecessários, colaborando com a priorização do acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão da demanda reprimida.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: Importante orientar o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Este PROTOCOLO foi baseado em publicação do Ministério da Saúde e UFRGS denominado PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA DERMATOLOGIA.

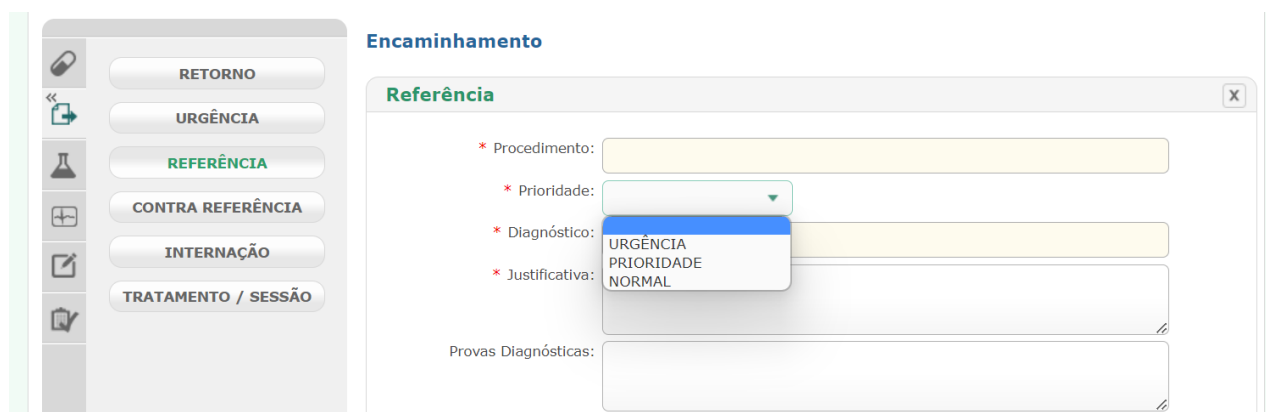
FLUXO DE ATENDIMENTO

- A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico/generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.
- Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.
- O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.
- O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

Priorização

- **Urgência:** Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar as Unidades de Urgência e Emergência do Município.
- **PRIORIDADE:** Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias); e casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;
- **NORMAL:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

Quadro demonstrando as priorizações disponíveis em nosso sistema de prontuário eletrônico – siss online.



The screenshot shows the 'Encaminhamento' (Referral) form in the Siss online system. On the left is a sidebar with navigation buttons: RETORNO, URGÊNCIA, REFERÊNCIA (highlighted), CONTRA REFERÊNCIA, INTERNAÇÃO, and TRATAMENTO / SESSÃO. The main form area is titled 'Encaminhamento' and contains a 'Referência' section with the following fields:

- * Procedimento: [Empty text field]
- * Prioridade: [Dropdown menu with options: URGÊNCIA, PRIORIDADE, NORMAL]
- * Diagnóstico: [Empty text field]
- * Justificativa: [Empty text area]
- Provas Diagnósticas: [Empty text area]

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

- Acne
- Câncer de pele melanoma
- Câncer de pele não melanoma (carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular), ceratoses actínicas, outros tumores cutâneos
- Lesões benignas de pele e tecido subcutâneo
- Dermatite atópica
- Outros eczemas ou dermatites (dermatite seborreica, dermatite de contato, eczema disidrótico e eczema de estase)
- Micoses
- Psoríase
- Alopecia
- Urticária e angioedema
- Prurido
- Condiloma acuminado, verrugas virais e molusco contagioso
- Rosácea
- Vitiligo
- Outras desordens ligadas a pigmentação: melanose solar, leucodermia solar.
- Hanseníase
- Líquen esclero-atrófico
- Herpes simples e herpes zoster
-

Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta

1. ACNE

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas com ou sem febre e artralgias);



Figura 1 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes);



Figura 2 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Acne leve a moderada com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 4 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos - quadro 1 e quadro 2).

Associar fotoproteção em todos os protocolos de tratamento – protetores solares não comedogênicos (sugestões: minesol oil control®, actine fps®, anthelius air licium®, filtrum ultra seco®, eucerin oil control®).

Associar higienizador (sabonete) controle da oleosidade (sugestões: Effaclar®, Normaderm®, Epidac oc®, Actine®, Sebium®).

Quadro1 – Tratamento clínico otimizado para acne conforme gravidade¹.

Gravidade	Acne	Primeiraescolha	Alternativa	Manutenção ²
Leve	Comedoniana	Retinoidetópico ⁴ .	Outro retinoide tópico ⁴ ; OU ácido azelaico.	Retinoidetópico ⁴ (com ou sem peróxido de benzoíla).
	Mista e papulopustulosa	Terapia tópica combinada: retinoide tópico ⁴ + antibiótico tópico ⁵ ; OU antibiótico tópico ⁵ + peróxido de benzoíla; OU retinoide tópico ⁴ + peróxido de benzoíla.	Outro retinoide tópico ⁴ + antibiótico tópico ⁵ ; OU retinoide tópico ⁴ + antibiótico tópico ⁵ + peróxido de benzoíla; OU ácido a zelaico.	Retinoide tópico ⁴ (com ou sem peróxido de benzoíla).
Moderada	Mista e papulopustulosa	Terapia combinada oral e tópica: Antibiótico oral ⁶ ; E retinoide tópico ⁴ e/ou peróxido de benzoíla tópico.	Outro antibiótico oral ⁶ + outro retinoide tópico ⁴ e/ou peróxido de benzoíla; OU ácido azelaico.	Retinoide tópico ⁴ (com ou sem peróxido de benzoíla).
	Nodular		Isotretinoína oral ⁷ ; OU outro antibiótico oral ⁶ + outro retinoide tópico ⁴ e/ou peróxido de benzoíla. Se mulher: considerar terapia anti androgênica ⁸ .	Retinoide tópico ⁴ (com ou sem peróxido de benzoíla).
Grave	Conglobata	Isotretinoína oral ⁷ (com ou sem corticoide oral); OU antibiótico oral + retinoide + peróxido de benzoíla.	Outro antibiótico oral ⁷ ; OU Associar corticoide oral; OU Isotretinoína oral (se não estiver em uso). Se mulher: considerar terapia anti androgênica ⁸ .	Retinoide tópico ⁴ (com ou sem peróxido de benzoíla).
	Fulminans ³	Isotretinoína oral ⁷ + corticoide oral; OU antibiótico oral + corticoide oral.	-	Retinoide tópico ⁴ (com ou sem peróxido de benzoíla).

¹ - Tratamentos sugeridos na gestação: ácido azelaico* ou clindamicina tópicos (categoria B). Para casos moderados a graves: considerar terapia oral com azitromicina 500mg/dia por 3 dias consecutivos, 1vez por mês, 3 a 4 ciclos.

² – Tratamento de manutenção deve ser iniciado de 3 a 6 meses após resposta satisfatória ao tratamento inicial.

³ - Pacientes com acne fulminans devem receber tratamento inicial na APS com corticoide oral (prednisona 0,5 a 1 mg/kg/dia), no momento do diagnóstico,enquanto aguardam consulta com o especialista. Após 2 a 4 semanas, se ainda não estiver em acompanhamento presencial com Dermatologia, pode-se considerar o início do antibiótico oral (tetraciclina 500 mg, 2 vezes ao dia ou doxiciclina 100 mg, 2 vezes ao dia) e a manutenção da prednisona.

⁴ – Retinoides tópicos: adapaleno*, tretinoína*.

⁵ – Antibióticos tópicos: clindamicina1%.

⁶ – Antibióticos orais: tetraciclina, doxiciclina.

⁷ – Não se deve usar antibiótico sistêmico (especialmente tetraciclina) concomitantemente à isotretinoína oral pelo risco de hipertensão intracraniana benigna(“pseudo tumor cerebral”).

⁸ – Contraceptivo oral combinado com progesterona com ação anti androgênica (ciproterona*, dienogeste*, drospirenona*, clormadinona*); OU método contraceptivo associado à espironolactona1 00-200mg/dia (se função renal normal, em pacientes em histórico de hipotensão).

Quadro2 – Posologia de medicamentos para tratamento da acne na APS.

Medicação	Produto	Efeitos adversos	Aplicação
Retinóides tópicos			
Tretinoína*	0,25 mg/g - gel e creme 0,5mg/g - creme 1mg/g - creme	Irritação local: eritema, ressecamento, descamação, ardência e prurido.	Aplicar o equivalente ao volume de 1 ervilha. Espalhar em toda a face, à noite.
Adapaleno*	1mg/g - gel e creme 3mg/g-gel		
Anti microbianos tópicos			
Peróxido de benzoíla	2,5 - 5% gel	Irritação local; pode descolorir cabelos e roupas.	1 a 2 vezes ao dia.
Ácido azelaico*	15% gel e 20% creme	Irritação local	2 vezes ao dia
Produtos tópicos combinados*			
Peróxido de benzoíla 50mg/g + clindamicina 10mg/g	2 vezes ao dia.		
Peróxido de benzoíla 25mg/g + adapaleno 1mg/g	1 vez ao dia aplicado à noite.		
Tretinoína 0,25mg/g + clindamicina 12mg/g	1 vez ao dia aplicado à noite.		
Adapaleno 1 mg/g + clindamicina 10mg/g	1 vez ao dia aplicado à noite.		
Antibióticos Sistêmicos¹ (orais)			
Tetraciclina 500mg	2 vezes ao dia. Deve ser tomada longe das refeições (1 hora antes ou 2 horas depois). Está contraindicada em gestantes e crianças menores de 8 anos.		
Doxiciclina 100mg	1 a 2 vezes ao dia. A dose varia conforme peso e grau de acometimento da acne. Deve ser tomada logo após a refeição para evitar efeitos gastrointestinais. Está contraindicada em gestantes e crianças menores de 8anos.		

¹ - A duração do tratamento deve ser limitada a 3 a 4 meses e sua utilização em monoterapia não está indicada. Desde o início do seu tratamento deve estar associado com peróxido de benzoíla tópico ou retinoide tópico, visto que a associação aumenta a eficácia, reduz resistência bacteriana e facilita a descontinuidade do antibiótico oral.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico,
- Tratamentos já realizados (medicações tópicas e sistêmicas com o tempo de tratamento).

2. Câncer de Pele Melanoma

Atenção: pessoas com suspeita clínica de melanoma (quadro 3) devem ser avaliadas em serviços de referência com brevidade.

Quadro3 – Suspeita clínica de melanoma.

Lesão melanocítica com:

- Sinal do “patinho feio”: lesão pigmentada com padrão diferente das outras; ou
- Um ou mais critérios da regra do ABCDE:
 - A. assimetria;
 - B. bordas irregulares;
 - C. cores variadas;
 - D. diâmetro maior que 6 mm;
 - E. evolução (alteração recente de tamanho, forma, cor, aparência).

Fonte: GellereSwetter(2021).

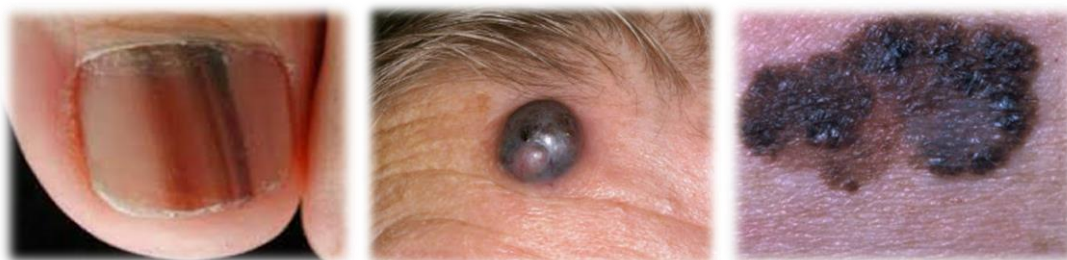


Figura 3 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Nevo melanocítico congênito com mais de 20 cm;
- Dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm;
- Seguimento clínico de melanoma prévio;
- Pacientes com alto risco para desenvolver melanoma (quadro 4)

Quadro4–Paciente com alto risco para melanoma.

Paciente com três ou mais dos critérios abaixo ou critérios E e F juntos:

- A. Fototipo I ou II;
- B. Efélides;
- C. História de queimadura solar com formação de bolhas antes dos 20anos;
- D. História de bronzeamento artificial antes dos 35 anos;
- E. Múltiplos nevos melanocíticos (>50) ou pelo menos um nevo atípico (determinado por exame anatomopatológico);
- F. Um familiar em primeiro grau ou dois ou mais familiares (independentemente do grau) com história de melanoma.

Fonte:TelessaúdeRS-UFRGS(2022),adaptadodeBonioletal.(2012),Wu(2021),GellereSwetter(2021).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- descrição do quadro clínico:
 - localização;
 - tamanho em cm;
 - características (assimetria, bordas, cores, crescimento);
 - ulceração (sim/não);
 - tempo de evolução.
- Anexar laudo de exame anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados (se biópsia incisional ou excisional, resultado e informação sobre margens cirúrgicas), com data (se realizado).

3. Câncer de Pele Não Melanoma (CARCINOMA BASOCELULAR, CARCINOMA ESPINOCELULAR), Ceratoses Actínicas, OUTROS TUMORES CUTANEOS

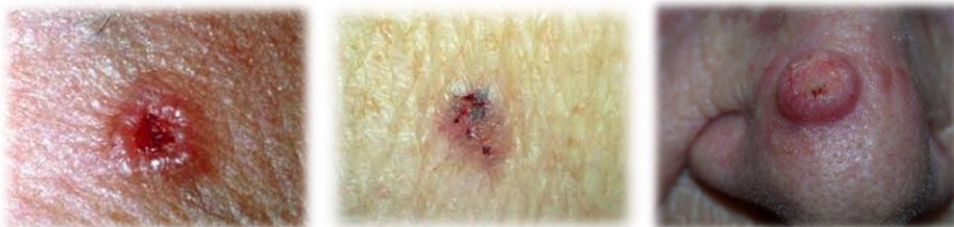


Figura 4- FONTE: <https://dermnetnz.org>

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Lesões suspeitas ou, com indicação de remoção cirúrgica;
- Lesões com necessidade de biópsia incisional diagnóstica antes da definição terapêutica (diagnóstico diferencial de lesão tumoral, inflamatória ou infecciosa; ex: lúpus, micose profunda, micobacteriose);
- Tumores de unhas;
- Suspeita ou diagnóstico de **ceratose actínica**:



Figura 5- FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Refratária ao tratamento clínico otimizado (quadro 5);

Quadro 5 – Tratamento clínico para ceratoses actínicas

Com 5-fluoruracila - 5% creme.

- Aplicar na lesão ou na área com lesões, uma vez ao dia, a noite e lavar pela manhã por 2 a 4 semanas.
- Se o tratamento for efetivo, irá ocasionar eritema e inflamação após 2 a 4 semanas, que irão resolver espontaneamente após sua descontinuação. Orientar que não é necessário suspender o tratamento, caso esses efeitos ocorram.
- Orientar uso regular de protetor solar FPS30 (ou maior) e reaplicar a cada 2 horas, se exposição solar direta. Orientar o uso de chapéus e bonés.
- Reavaliar um mês após o término do tratamento, ou antes, se houver dúvidas quanto à evolução.

Com Acido Hialuronico – 3% Diclofenaco de Na – 2% creme.

- Aplicar na lesão ou na área com lesões, a noite e lavar pela manhã por 12 semanas.
- Orientar uso regular de protetor solar FPS30 (ou maior) e reaplicar a cada 2 horas, se exposição solar direta. Orientar o uso de chapéus e bonés.

Reavaliar 3 meses após o término do tratamento, ou antes, se houver dúvidas quanto à evolução.

Fonte: Berman(2021).

- Em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, transplantados, imunodeficiências primárias); ou
- Lesões hiper ceratóticas que impossibilitem o tratamento tópico;
- Diagnóstico de câncer de pele não melanoma, confirmado em anatomopatológico com indicação de remoção cirúrgica;
- suspeita ou diagnóstico de tumores de pele agressivos (ex: dermatofibrossarcoma protuberans, carcinoma de Merkel, Linfoma Cutaneo);

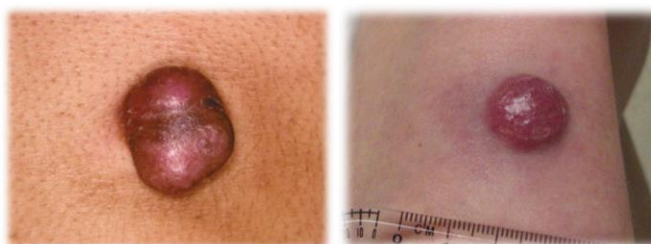


Figura 6 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico:
 - Anexar laudo de exame anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados (se biópsia incisional ou excisional, resultado e informação sobre margens cirúrgicas), com data (se realizado);
 - Se ceratose actínica, descreva tratamentos realizados;
 - Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva;

4. Lesões Benignas de Pele e Tecido Subcutâneo

As seguintes patologias são benignas, sendo sua retirada considerada estética (realizada exclusivamente para melhorar a aparência) e não está prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em virtude da observância às prioridades e necessidades patológicas.

- Ceratose seborreica;



Figura 7 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Xantelasma; (vir encaminhada com exame laboratorial de perfil lipídico)



Figura 8 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Siringoma;



Figura 9 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Nevo rubi;



Figura 10 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Milium;



Figura 11 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Acrocórdon/fibroma mole;



Figura 12 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Nevo melanocítico sem suspeita de neoplasia ou sinais de alarme;
- Cicatriz considerada inestética, mas sem componente hipertrófico ou queloidiano.

Ocasionalmente, outros casos graves e especiais envolvendo os procedimentos acima podem ser discutidos e autorizados, quando houver grande prejuízo psicológico ou funcional. Algumas doenças dermatológicas crônicas cursam com prejuízo exclusivamente estético, mas demandam tratamento e acompanhamento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de Cirurgia Ambulatorial:

- Lesões benignas (lipoma ou cisto epidérmico) com prejuízo psicológico ou funcional e desejo de remoção cirúrgica.

ORIENTAR: caráter benigno das lesões, sendo sua retirada considerada estética e risco de cicatriz inestética.

Lesões maiores ou duvidosas solicitar exame de imagem antes do encaminhamento (USG, RNM)

5. Dermatite Atópica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Eczema herpeticum grave (novas lesões vesico-pustulares, erosões e crostas hemorrágicas acometendo extensamente a superfície cutânea, com repercussão sistêmica como febre e linfadenopatia) sobreposto às lesões de dermatite atópica;



Figura 13 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Infecção bacteriana secundária (impetiginização) grave e extensa, sem resposta à antibioticoterapia sistêmica oral.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Dermatite atópica grave e extensas;
- Dermatite atópica que ocasione prejuízo funcional grave (índice de qualidade de vida maior que 10 - quadro 6, para adultos, ou quadro 7, para crianças e adolescentes);

Quadro 6 – Índice de qualidade de vida dermatológico (DLQI).

Este questionário visa medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

O quanto sua pele foi afetada durante a semana que passou por causa de coceira, inflamação, dor ou queimação?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada (0)
Quanto constrangimento ou outro tipo de limitação foi causado por sua pele durante a semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada (0)
O quanto sua pele interferiu nas suas atividades de compras ou passeios, em casa ou locais públicos, durante a semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
Até que ponto sua pele interferiu na semana que passou com relação às roupas que você normalmente usa?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
O quanto sua pele afetou qualquer uma das suas atividades sociais ou de lazer na semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
Sua pele impediu que você fosse trabalhar ou estudar durante a semana que passou?	Sim (3)	-	-	Não / Sem relevância (0)
Em caso negativo, sua pele já foi problema para você no trabalho ou na vida escolar?	-	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada (0)

Quão problemática se tornou sua relação com o(a) parceiro(a), amigos próximos ou parentes, por causa de sua pele?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
Até que ponto sua pele criou dificuldades na sua vida sexual na semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)
Até que ponto seu tratamento dermatológico criou problemas para você na semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada / Sem relevância (0)

O DLQI é um questionário, validado para uso no Brasil, que avalia o impacto de doenças dermatológicas na qualidade de vida dos pacientes em relação a atividades de vida diária. O escore total é calculado somando-se a pontuação de cada item. Ele varia de 0 a 30, sendo melhor a qualidade de vida quanto menor o escore. Um escore maior que 10 indica prejuízo funcional grave.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2022), adaptado de Martins, Arruda e Mugnaini(2004).

Quadro 7 – Índice de qualidade de vida dermatológico infantil (CDLQI).

Este questionário visa medir o quanto o problema de pele que você tem afetou sua vida durante a semana que passou. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.				
Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Você sentiu-se constrangido, inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Sua pele tem afetado suas amizades?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Você mudou a sua maneira de vestir por causa da sua pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Se período escolar: o quanto seu problema de pele interferiu em suas atividades escolares? Se período de férias: quanto seu problema de pele interferiu no aproveitamento de suas férias?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Você teve problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
Seu tratamento dermatológico foi problemático?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)

O CDLQI é um questionário, validado para uso no Brasil, que avalia o impacto de doenças dermatológicas na qualidade de vida dos pacientes em relação a atividades de vida diária. O escore total é calculado somando -se a pontuação de cada item. Ele varia de 0 a 30, sendo melhora qualidade de vida quanto menor o escore. Um escore maior que 10 indica prejuízo funcional grave.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2022), adaptado de Pratieta/.(2010)

- Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês (quadro 8);

Quadro 8–Tratamento clínico otimizado para dermatite atópica.

- Manutenção da barreira cutânea: orientar banhos rápidos (5 a 10 minutos), com água morna, utilizar sabonetes pouco abrasivos (preferencialmente líquidos) e sem fragrâncias, em pequena quantidade e não utilizar esponjas.
- Evitar fatores de exacerbação: perfumes, cremes perfumados, amaciantes de roupas, outros produtos com fragrâncias e roupas sintéticas.
- Avaliar a necessidade de manejo de fatores emocionais associados à exacerbação, como estresse e ansiedade.
- Orientar uso regular de hidratantes sem fragrâncias, comercialmente disponíveis (hidratantes em creme, sem fragrâncias e sem ureia - Sugestões: Cerave creme®, Nutriol sem perfume®, Lipikar baume AP®, Umidita AI®, Fisiogel AI®, Cetaphil creme®) ou sob manipulação (por exemplo: óleo de girassol 10% + glicerina 2% em creme sem fragrância 200mL – aplicar no corpo, duas vezes ao dia).
- Corticoides tópicos (dexametasona, mometasona): nas áreas de eczema, uma ou duas vezes ao dia, por até 4 semanas. Avaliar efeitos adversos.
- Anti-histamínicos sedativos para controle do prurido (por exemplo, dexclorfeniramina, hidroxizina).
- Tratar infecções cutâneas associadas: bacterianas, fúngicas e virais.
- Sempre avaliar a adesão.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS(2022), adaptado de Bologna (2017).

- Dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado (quadro 8).
- Dermatite atópica com suspeita de alergia alimentar associada - encaminhar para tratamento conjunto com Gastroenterologista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico;
- Lesões e localização;
- Tempo de evolução;

Outros sinais e sintomas associados

- Paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva o índice de qualidade de vida (dlqi - quadro 6 ou cdlqi - quadro 7);
- Tratamento em uso ou já realizado para dermatite atópica (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);

6. Outros Eczemas ou Dermatites (Dermatite Seborreica, Dermatite de Contato, Eczema Disidrótico e Eczema de Estase)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- **Eczemas graves** e extensos ou que ocasionem prejuízo funcional grave (índice de qualidade de vida maior que 10 - quadro 6, para adultos, ou quadro 7, para crianças ou

adolescentes);

- **eczemas refratários** ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema: Tratamento clínico otimizado conforme o tipo de eczema.

a. Eczema Seborreico

Couro cabeludo: cetoconazol 2% xampu e/ou corticoide tópico (ex: dipropionato de betametasona 0,05% loção*, 1 a 2 vezes ao dia ou propionato de clobetasol 0,05% xampu*, deixar agir por 15 minutos, 1 vez ao dia e retirar), por 4 semanas.

Face e corpo: cetoconazol 2% ou miconazol 2% creme e/ou corticoide tópico de baixa ou média potência (ex: dexametasona 0,1% creme), por até 4 semanas.



Figura 14 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

b. Dermatite de Contato

- Identificar e afastar o fator precipitante e prescrever corticoide tópico 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas.

c. Eczema Disidrótico

- Corticoide tópico, creme ou pomada, de alta ou muito alta potência(ex: propionato de clobetasol 0,05% ou dipropionato de betametasona 0,05%), 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas.
- Utilizar sabonetes suaves, aplicar hidratantes (ou vaselina) após lavar as mãos,
- Fazer uso de luvas para contato com água, produtos irritantes ou atividades que ocasionam fricção local (p. ex. jardinagem), fazer uso de luvas para o frio.
- Hidratação mãos e/ou pés.

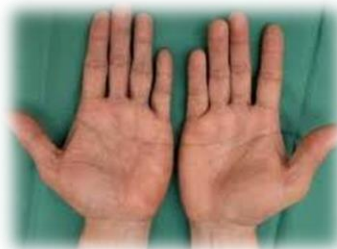


Figura 15 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

d. Eczema de estase

O tratamento do quadro agudo (eritema, exsudação, prurido) inclui:

- higiene diária com sabonetes neutros (sem perfume);
- corticoides tópicos de média ou alta potência, em pomada (ex.: furoato de mometasona 0,1%* ou valerato de betametasona 0,1%), 1 a 2 vezes ao dia, por 1 a 2 semanas.



Figura 16 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

Em caso de crostas ou exsudação, está indicado:

- Aplicação de compressas úmidas: umedecer pano limpo, algodão ou gazes de algodão em soro fisiológico, água limpa ou permanganato de potássio (este último diluir 100 mg – equivalente a 1 comprimido – em 4 a 5 L de água, até ficar cor rosa clara). Aplicar nas áreas acometidas e cobrir com ataduras de algodão secas. A compressa deve permanecer em contato com a pele por 2 a 3 horas e podem ser utilizadas 2 a 3 vezes ao dia. Logo após a remoção, aplicar hidratantes (p.ex.: vaselina pomada*, óleo mineral) para manter a umidade local. Para reduzir a chance de um novo episódio, é imprescindível manter a pele hidratada e tratar a insuficiência venosa crônica de base com orientações para o paciente: avaliar necessidade de encaminhamento ao Cirurgião Vascular
- Perda de peso: se sobrepeso ou obesidade;
- Plevação dos membros inferiores acima do nível do coração, 3 vezes ao dia, por 30 minutos;
- Atividade física: caminhadas e exercícios de dorsiflexão dos pés sempre que estiver sentado;
- Uso diário de meias ou ataduras elásticas compressivas de média compressão 20 a 30 mmHg.
- Uso de hidratantes/emolientes após o banho, dando preferência para produtos oleosos e sem fragrâncias (ex: vaselina ou óleo mineral).

7. Micoses

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de micose subcutânea(quadro9);

Quadro 9 –Micoses subcutâneas mais comuns.

- Paracoccidioomicose.
- Esporotricose.
- Cromoblastomicose.
- Micetoma.
- Lobomicose.
- Histoplasmose.

Fonte:Bologna(2017).

Candidíase muco cutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitiríase versicolor, se:

- Quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias); ou Refratária ao tratamento clínico otimizado (quadro10, quadro11 e quadro12);

Quadro 10 – Tratamento clínico otimizado para candidíase mucocutânea.

Candidíase Orofaríngea

- **Adultos¹**
 - Nistatina suspensão 100.000UI/mL: bochechar e engolir 4 a 6mL, 4 vezes ao dia, por 14 dias.
 - Nitrato de miconazol gel 2%: 1,25mL, 4 vezes ao dia, por 14 dias.
 - Na ausência de resposta ou em casos extensos ou recorrentes, utilizar fluconazol 150mg/dia, por 7 a 14 dias.
- **Crianças**
 - Nistatina suspensão 100.000UI/mL: bochechar e engolir 4 a 6mL, 4 vezes ao dia, por 14 dias.
 - Nitrato de miconazol gel 2%: 1,25mL, 4 vezes ao dia, por 14 dias.
 - Na ausência de resposta, utilizar fluconazol 6mg/kg / dose no primeiro dia e após 3mg/kg/dia por 7 a 14 dias (dose máxima de 200mg/dia).
- **Bebês²**
 - Nistatina suspensão 100.000UI/mL: 2mL (1mL em cada bochecha) 4 vezes ao dia por 14 dias.
 - Nitrato de miconazol gel 2%: 1,25mL, 4 vezes ao dia, por 14 dias.
 - Na ausência de resposta, utilizar fluconazol 6mg/kg no primeiro dia e após 3mg/kg/dia por 7 a 14 dias (dose máxima de 200mg/dia).

Intertrigo por cândida



Figura 17 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Avaliar e tratar fatores predisponentes como: DM2, hiperidrose, incontinência urinária, uso de corticoides tópicos e uso de medicamentos imunossupressores.
- **Quadros leves a moderados:** tratamento tópico com miconazol 2% creme (outras opções são: nistatina, ciclopiroxou ou trosazólicos) - aplicar na lesão 2 vezes ao dia por 30 dias
- Se falha terapêutica ou apresentação extensa: tratamento oral com fluconazol ou itraconazol 3.
- **Adultos:** fluconazol 150mg/semana ou itraconazol 200mg, 2vezes ao dia, por 4 a 6 semanas.
- **Crianças:** fluconazol 6mg/kg/dia no primeiro dia, após 3mg/kg/dia por 4 a 6 semanas ou itraconazol 5 a 10mg/kg/dia dividido em 2 doses, por 4 a 6 semanas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2022)

¹ – Se estomatite por dentadura, além de tratar o paciente, tratar também a prótese (remover a dentadura antes de ir para a cama, escová-la vigorosamente e depois imergir em solução de gluconato de clorexidina ou em água sanitária (10 gotas em um copo cheio de água). A prótese deve ser revisada para verificar se está adequada.

² - Em bebês, para evitar a recontaminação é imprescindível que objetos levados à boca, como brinquedos e bicos artificiais, sejam devidamente desinfetados, sendo fervidos após cada uso, por 1 minuto. Caso a criança esteja em aleitamento materno, a mãe deverá ser avaliada quanto a presença de sinais e sintomas sugestivos de infecção por cândida nos mamilos.

³ - Atentar para possíveis interações medicamentosas com itraconazol. Contraindicado uso concomitante com estatinas. E em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Usar com cautela em pacientes com fatores de riscoparal C.

Quadro 11 – Tratamento clínico otimizado para dermatofitoses (Tineas)1.

Tinea corporis ou tinea cruris



Figura 18 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- **Tratamento inicial:** antifúngico tópico (ex: miconazol 2% creme, terbinafina 2% creme, Nitrato de fenticonazol creme ou spray Nitrato de isoconazol creme), 2 vezes ao dia, por 4 semanas.
- **Se refratário ao tratamento ou lesões extensas:** antifúngico sistêmico.
 - **Adultos:** terbinafina* 250mg, 1 vez ao dia, por 4 semanas; ou itraconazol² 100mg, 2 cápsulas, 1 vez ao dia, por 1 semana.
 - **Crianças:** terbinafina* (conforme peso - 10 a 20 kg: 62,5 mg; 20 a 40 kg: 125 mg; > 40 kg: 250 mg - 1 vez ao dia por 4 semanas) ou itraconazol² 3 a 5 mg/kg, 1 vez ao dia, por 1 semana (dose máxima de 200mg/dia).

Tinea pedis e manuum



Figura 19 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- **Tratamento inicial:** antifúngico tópico (ex: miconazol 2% creme, terbinafina 2% creme, Nitrato de fenticonazol creme ou spray Nitrato de isoconazol creme), 2 vezes ao dia, por 4 semanas.
- **Se refratário ao tratamento tópico:** antifúngicos sistêmicos.
 - **adultos:** terbinafina* 250 mg 1 vez ao dia por 4 semanas; ou itraconazol 100 mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia por 1 semana; ou fluconazol 150 a 200 mg, 1 vez por semana, por 4 a 6 semanas.

Tinea capitis

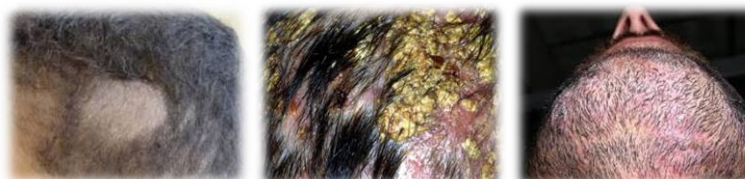


Figura 20 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Tratamento é sempre com antifúngico oral. Primeira escolha: griseofulvina ou terbinafina. Fluconazol e itraconazol tem indicação limitada pois possuem menor eficácia.
 - Griseofulvinamicronizada* (sob manipulação), em adultos e crianças com mais de 1 mês de idade: 20 a 25mg/kg/dia (dose máxima diária de 1.000mg): 1 vez ao dia, por 6 a 12 semanas;
 - Terbinafina*, 1 vez ao dia, por 4 a 6 semanas:
 - adultos: 250mg;
 - crianças > 4 anos (conforme peso – 10 a 20kg: 62,5mg; 20 a 40kg: 125mg; >40kg: 250mg).
- Associar tratamento tópico – shampoo (ex: cetoconazol 2%, Climbazol, Piroctona Olamina, Ciclopirox olamina 1,5%) Lavar o local 1x no dia por 30 dias. Deixar agir 10 minutos.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2022).

1 - Cetoconazol sistêmico deve ser evitado para tratamento de dermatofitoses, pois o perfil risco-benefício é desfavorável em comparação com as outras opções disponíveis.

2 - Atentar para possíveis interações medicamentosas com itraconazol. Contraindicado uso com comitente com estatina se em pacientes com insuficiência cardíaca (IC). Usar com cautela em pacientes com fatores de risco para IC.

Quadro 12 – Tratamento clínico otimizado para pitíriase versicolor 1.

- Tratamento tópico (primeira escolha):

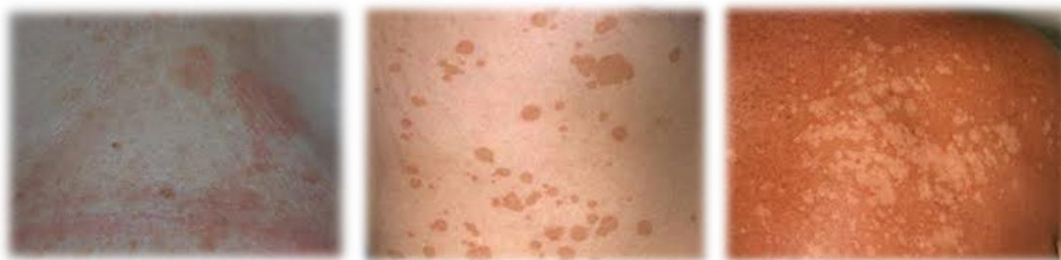


Figura 21 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Anti fúngicos azólicos tópicos (cremes, loções, sprays) –por exemplo: miconazol, cetoconazol, clotrimazol, oxiconazol, Nitrato de fenticonazol, Nitrato de isoconazol) aplicar 2 vezes ao dia, por quatro semanas; ou
- Cetoconazol 2% xampu: deixar em contato com a pele por 5 a 10 minutos, uma vez ao dia, por quatro semanas.
- Tratamento oral (para casos extensos, recorrentes ou refratários):
 - fluconazol 150mg, 1 vez por semana, por 4 semanas; ou
 - itraconazol 200mg, 1 vez ao dia, por 7 dias.
- Considerar tratamento profilático para casos recorrentes:
 - cetoconazol 2% xampu: aplicar em todo o corpo, manter por 10 minutos, 1 vez por semana (principalmente, em meses quentes).
- Orientar o paciente que as áreas de hipopigmentação podem permanecer, após o tratamento (a repigmentação será gradual, ao longo dos meses).

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2022), adaptado de Goldsteine Goldstein(2020)

1 - Cetoconazol sistêmico deve ser evitado para tratamento de pitíriase versicolor pois o perfil risco-benefício é desfavorável em comparação com as outras opções disponíveis.

Onicomicose refratária ao tratamento clínico otimizado (quadro13) e com pelo menos 1 dos critérios;

- Episódios de erisipela ou celulite em membro lateral; ou
- Presença de dor ou desconforto; ou
- Suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica.
- Encaminhar paciente com resultados HMG, função hepática e micológico direto e/ou cultura fúngica.

Quadro 13 – Tratamento clínico otimizado para onicomicose.

Onicomicose nas mãos causada por:

- Cândida: normalmente associada à paroníquia crônica, onicólise e coloração amarelada. Mais comum em pessoas que trabalham em contato frequente com água.

- Tratamento: itraconazol¹ 100mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês (pulso)² por 3 meses OU itraconazol 100mg, 2 cápsulas, 1 vez ao dia³, por 8 semanas.
- Orientar uso de luvas para atividades em contato com água.

- Dermatófito: normalmente quando associada a onicomicose dos pés.

- Tratamento: terbinafina*⁴ 250 mg, 1 comprimido por dia, por 12 semanas.
 - Alternativa (segunda linha):
 - itraconazol¹, 100mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso²) por 3 meses; OU
 - itraconazol, 100mg, 2 cápsulas, 1 vez ao dia³, por 12 semanas.

Onicomicose nos pés:

- Leve a moderada (acometimento distal/lateral <50% da unha e sem acometer a matriz/lúnula). Tratamento pode ser tópico OU sistêmico.

- Tratamento tópico:
 - Amorolfina* 5% esmalte (disponível comercialmente): 2x por semana, por 9 a 12 meses. Retirar o produto da aplicação prévia com álcool antes de cada nova aplicação; ou
 - ciclopirox* 8% esmalte (disponível comercialmente ou sob manipulação): 1 vez ao dia até melhora completa da unha ou por até 12 meses. Remover o produto 1 vez por semana com álcool; ou
- tratamento sistêmico com terbinafina*⁴, 250mg, 1 comprimido ao dia por 3 meses.
 - Alternativa (segunda linha):
 - itraconazol¹ 100mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês (pulso)², por 3 meses; OU
 - itraconazol 100mg, 2 cápsulas, 1 vez ao dia³, por 12 semanas.

- Grave (acometimento distal/lateral >50% da unha, acometimento da matriz/lúnula, onicomicose subungueal proximal ou onicomicose distrófica total). Tratamento sistêmico.

- Terbinafina*⁴, 250mg, 1 comprimido ao dia por 3 meses.
 - Alternativa (segunda linha):
 - itraconazol¹, 100mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês (pulso)² por 3 meses; OU
 - itraconazol, 100mg, 2 cápsulas, 1 vez ao dia³, por 12 semanas.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS (2022).

1 - Atentar para possíveis contra indicações: uso concomitante de estatinas e em paciente com insuficiência cardíaca (IC). Uso cauteloso em pacientes com fatores de risco para C.

2 – Em pacientes sem hepatopatia conhecida, terapia em pulso com itraconazol não requer avaliação da função hepática prévia.

3 – O uso diário de itraconazol requer avaliação da função hepática antes do início do tratamento.

4 - Solicitar transaminases antes do início do tratamento se houver perspectiva de uso por mais de 3 a 4 semanas. Realizar novo controle de AST/TGO e ALT/TGP em 4 a 6 semanas apenas para pacientes com doença hepática conhecida, abuso de álcool, história prévia de hepatite medicamentosa ou se surgimento de náuseas, vômitos, icterícia, colúria, acolia durante o tratamento. Nos demais casos não é necessário.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico:
- Anexar laudo de exame confirmatório (com cultura ou exame micológico direto), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data (se realizado);

- Tratamento em uso ou já realizados para a infecção fúngica (medicamentos utilizados com dose e tempo de uso);
- Paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva;
- Episódio prévio de erisipela ou celulite (sim ou não). Se sim, descreva localização e quantidade de episódios;
- anexar resultados laboratoriais HMG e Função Hepática.

8. Psoríase

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada (*quadro14*);

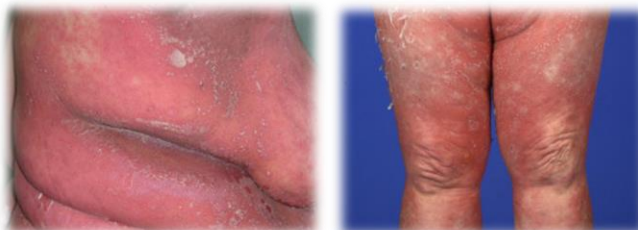


Figura 22 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica com instabilidade hemodinâmica ou sinais de infecção sistêmica (*quadro14*).

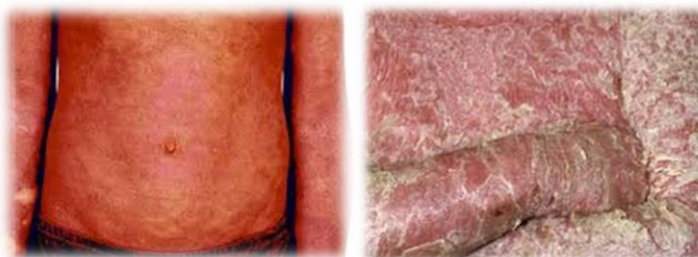


Figura 23 - FONTE: <https://dermnetnz.org>

Quadro 14 – Características da psoríase eritrodérmica e psoríase pustulosa.

Psoríase eritrodérmica: eritema e descamação em praticamente toda a extensão do tegumento (> 75% da superfície corporal). Há risco de complicações secundárias à perda da barreira cutânea, como: infecção, sepse, alteração hidroeletrólítica. Algumas vezes é necessária a internação hospitalar.

Psoríase pustulosa: eritema, descamação e pústulas generalizadas. Sintomas sistêmicos como febre, mal estar e diarreia são comuns. Fatores desencadeantes incluem: gestação, retirada de corticoide sistêmico, infecções, hipocalcemia.

Fonte: HawkesDuffin(2020),Kalb(2022).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada (*quadro14*), após avaliação em serviço de urgência/emergência;

- Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica (quadro14); após avaliação em serviço de urgência/emergência ou paciente hemodinamicamente estável.
 - Psoríase extensa (mais de 10% da área de superfície corporal - BSA1);
 - Psoríase que ocasione prejuízo funcional grave (índice de qualidade de vida maior que 10 – quadro 6, para adultos, ou quadro 7, para crianças e adolescentes);
 - Psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado por 3 meses (quadro 15 e quadro 16).

Quadro 15 – Tratamento tópico otimizado para psoríase em adultos conforme região acometida.

Face, região genital, mamas ou áreas intertriginosas:

- 1ª escolha: (corticoide de baixa potência: dexametasona 0,1%, creme. Aplicar nas lesões, 1 a 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas. Evitar uso por período mais prolongado devido aos possíveis efeitos adversos (atrofia, telangiectasias).
- 2ª escolha: calcipotriol 0,005% pomada (evitar o uso na face): aplicar 1 a 2 vezes ao dia, por até 4 meses. Irritação local é um efeito adverso frequente.
- Alternativa: tacrolimo* 0,1%, pomada ou pimecrolimo* 1% creme. Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia, por até 8 semanas.

Couro cabeludo:

- Propionato de clobetasol 0,05%, solução capilar: aplicar nas lesões do couro cabeludo 1 a 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas. Após esse período, manter 2 vezes por semana para evitar recidivas.
- LCD* 10% xampu (sob manipulação): lavar o couro cabeludo e deixar agir por 5 a 10 minutos antes de enxaguar. Utilizar todos os dias até melhora, após manter 1 a 2 vezes por semana para evitar recidivas; OU
- Ácidos alicílico 5% em pomada (disponível comercialmente ou sob manipulação): aplicar no couro cabeludo 2 horas antes do banho ou antes de dormir. Utilizar todas as noites até melhoradas escamas.

Lesões corporais:

- 1ª escolha: (corticoides tópicos de alta potência -[quadro 11](#)): propionato de clobetasol 0,05%, creme ou pomada*. Aplicar nas lesões, 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas. Após esse período, manter o uso apenas nos sábados e domingos, enquanto houver lesões (máximo 12 semanas); OU
- 2ª escolha: calcipotriol 0,005% pomada (evitar o uso na face): aplicar 1 a 2 vezes ao dia, por até 4 meses. Irritação local é um efeito adverso frequente.

Orientações gerais:

- Uso de emolientes: todos os pacientes devem utilizar hidratantes para restabelecer a barreira cutânea.
- A avaliação da resposta ao tratamento não deve ser realizada através de parâmetros exclusivamente objetivos. A satisfação e a opinião do paciente devem ser consideradas.
- Os efeitos adversos (atrofia, telangiectasias, estrias) devem ser avaliados continuamente.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2022).

*Alguns dos medicamentos ou formulações descritas NÃO estão inclusos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), sendo de autonomia e responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a pactuação para a sua aquisição e dispensação. Os serviços especializados também não fornecem o medicamento, caso este não esteja disponível no SUS.

Quadro 16 – Tratamento tópico otimizado para psoríase em crianças.

Face, região genital, mamas ou áreas intertriginosas



FONTE: <https://dermnetnz.org>

- 1ª escolha: tacrolimo 0,03% ou 0,1% pomada ou pimecrolimo* 1% creme. Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia, por até 8 semanas.
- 2ª escolha: (corticoide de baixa potência: dexametasona 0,1%, creme. Aplicar nas lesões, 1 a 2 vezes ao dia, por até 2 semanas. Evitar uso por período mais prolongado devido aos possíveis efeitos adversos (como atrofia, teleangiectasias, estrias).

Couro cabeludo



FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Dipropionato de betametasona 0,05%, solução capilar (>4anos): aplicar nas lesões do couro cabeludo 1 a 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas, ou até melhora da lesão.
- Propionato de clobetasol 0,05%, solução capilar (>4anos): aplicar nas lesões do couro cabeludo 1 a 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas ou até melhora da lesão.

Lesões corporais



FONTE: <https://dermnetnz.org>

- 1ª escolha: corticoides tópicos de média a alta potência: furoato de mometasona 0,1%, Propionato de clobetasol 0,05%, Propionato de halobetasol 0,05 creme ou pomada. Aplicar nas lesões, 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas. Após esse período, manter o uso apenas nos sábados e domingos, enquanto houver lesões (máximo 12 semanas).
- 2ª escolha: calcipotriol 0,005% pomada (> 2 anos, evitar o uso na face). Aplicar 1 a 2 vezes ao dia, por até 4 meses. Irritação local é um efeito adverso frequente.

Fonte: Telessaúde RS-UFRGS(2022), adaptado de Brasil(2019), Menter et. Al.(2020), PallereLund (2021) e Palma (2020).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- Diagnóstico de artrite psoriásica (quadro 17);

Quadro 17 – Critérios de classificação de artrite psoriásica. Critérios CASPAR -Classification Criteria for Psoriatic Arthritis

Doença inflamatória articular estabelecida e pontuação igual ou maior do que 3 pontos nos seguintes critérios:	
Psoríase psoríasecutâneaatual;ou históriade psoríase;ou históriafamiliarde psoríase.	2 pontos 1 ponto 1 ponto
Dactilite (“dedosemsalsicha”) atual ou passado.	1 ponto
Evidência radiográfica (mãos/pés) de neoformação óssea justa-articular.	1 ponto
Fator reumatoide negativo.	1 ponto
Distrofia ungueal (onicólise, pitting, hiperkeratoses).	1 ponto

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Sampaio-Barros et al. (2007).

Suspeita de artrite psoriásica (quadro 18).

Quadro 18 – Suspeita de artrite psoriásica.

<p>Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associado a pelo menos um dos seguintes critérios: Artrite periférica, especialmente oligoarticular e envolvendo articulações interfalangeanas distais; Dactilite (“dedosem salsicha”); entesite/tenossinovite.; dor na coluna de caráter inflamatório.</p>
--

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Olivieri et al. (2008)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter

- Descrição do quadro Clínico
- Paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva o índice de qualidade de vida (DLQI-quadro 6 ou CDLQI-quadro 7);
- Tratamento em uso ou já realizado para a psoríase (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
- se queixa articular e já foi encaminhado ao Reumatologista

¹Área de superfície corporal (*body surface area*-BSA): considera a palma da mão do paciente, com os dedos unidos, correspondente a 1% da superfície corporal total.

9. Alopecia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

Alopecias Cicatriciais ([quadro 19](#));

- Alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida;
- Alopecia areata ophiásica (alopecia em faixa nas regiões laterais e occipital do couro cabeludo);
- alopecia areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses ([quadro 19](#));
- alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado por 12 meses ([quadro 19](#));
- queda de cabelo há pelo menos 6 meses, com teste de tração positivo¹, na ausência de fatores desencadeantes ([quadro 19](#)).

Quadro 19 – Características e manejo das alopecias e queda de cabelo.

Alopecia cicatricial:



FONTE: <https://dermnetnz.org>

Placas de alopecia com ausência de óstios foliculares;
Provocada por doenças inflamatórias que levam a perda permanente dos pelos;
Podem acometer couro cabeludo e barba;

causas: lúpus eritematoso discóide, alopecia cicatricial centrífuga, líquen planopilar, por exemplo;

- **Manejo:** todos os casos devem ser encaminhados para atendimento presencial como Dermatologista

Alopecia areata:



FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Placas de alopecia, geralmente, em áreas redondas ou ovais, sem qualquer indício de inflamação da pele;
- Os óstios foliculares estão preservados e os pelos podem voltar a crescer;
- Mais comum no couro cabeludo, mas pode acometer barba, cílios e outras áreas do corpo.

manejo:

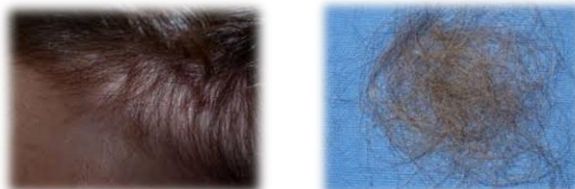
- solicitar TSH e teste rápido para sífilis (ou VDRL);
- se menos de 30% do couro cabeludo acometido, é possível iniciar o manejo na UBS. Se não há desconforto estético importante e não há progressão do quadro, considerar conduta expectante (pode ocorrer repilação espontânea). Se optar pelo tratamento ativo, orientar o uso de dipropionato de betametasona 0,05% ou propionato de clobetasol 0,05% (pomada, creme, loção ou solução), 1 vez ao dia, por 90 dias, na área de alopecia e 1 cm da região perilesional. Se houver melhora, reduzir a frequência de aplicação até a retirada, entre 3 e 6 meses;

• para crianças, pode-se optar pelo esquema alternativo com propionato de clobetasol 0,05%, creme, duas vezes ao dia, por 6 semanas. Parar por 6 semanas e, então, repetir a aplicação por mais 6 semanas. Reavaliar ao final de 24 semanas. Não há idade mínima estabelecida para o tratamento com corticoide tópico, mas a alopecia areata é rara em crianças

menores de 3anos. para área de barba ou sobrancelha, sugere-se optar por furoato de mometasona 0,1%, creme, 2 vezes ao dia, por 6 semanas.

Atentar para os possíveis efeitos adversos, como atrofia e foliculite.

Eflúviotelógeno:



FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Aumento transitório da queda de cabelo relacionado a fatores de estresse físico ou emocional;
- 3 a 4 meses após a exposição;
- Com a correção da causa, o quadro cessa e o crescimento retorna em cerca de 6 a 12 meses;
- Os principais fatores desencadeantes são:
- pós-parto, suspensão do anticoncepcional oral, cirurgias, dieta restritiva, perda ponderal rápida e estresse psicológico;
- doenças do couro cabeludo (eczema seborreico, *tineacapitis*);
- hipotireoidismo ou hipertireoidismo, doenças graves (neoplasia maligna, infecções crônicas);
- COVID-19; medicamentos (captopril, anticoagulantes, lítio, inibidor seletivo de recaptação da serotonina, quimioterápicos, esteroides anabolizantes, vitaminas do complexo Suspensão/troca de contraceptivo hormonal, entre outros);

Manejo: anamnese e exame físico para identificar e, se possível, remover a causa. De acordo com a avaliação clínica, outros exames complementares podem ser solicitados na suspeita de causas secundárias associadas, como hemograma, ferritina, vitamina D, zinco, VDRL, testosterona, TSH. Para valores de ferritina abaixo de 40 ng/dl, parece haver benefício na reposição de ferro (mesmo na ausência de anemia).

Alopécia androgenética:



FONTE: <https://dermnetnz.org>

- Envolve fatores genéticos, conhecida como calvície;
- Caracteriza-se por afinamento progressivo dos fios terminais;
- Geralmente a que se inicia na área fronto-temporal ou vértex;
- Não são observados sinais de inflamação no couro cabeludo;

Manejo

- homens: Minoxidil* 5% em solução hidroalcoólica: aplicar 20 gotas, no couro cabeludo, duas vezes ao dia, com o cabelo seco, contínuo;
- mulheres: Minoxidil* 5% em solução hidroalcoólica: aplicar 20 gotas, no couro cabeludo, uma vez ao dia, com o cabelo seco, contínuo;
- explicar que pode haver uma queda nos primeiros dois meses de uso;

- são necessários pelo menos 4 a 6 meses de uso para notar os primeiros resultados;
- orientar que o uso deve ser contínuo.
- outros exames complementares podem ser solicitados na suspeita de outras causas associadas, como hemograma, ferritina, TSH, testosterona, vitamina D, Zinco, VDRL

Queda de cabelo em atividade:

- Teste de tração: tracionam-se entre 50 a 60 fios de cabelo, iniciando-se próximo ao couro cabeludo, em direção distal dos fios. A fácil remoção de três a seis ou mais fios sugere que o teste é positivo (há queda de cabelo em atividade).

- Realizar sempre com cabelo seco

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2022).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Descrição do quadro clínico:

- Tratamento em uso ou já realizado para alopecia (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
- Utiliza outros medicamentos continuamente (sim ou não). Se sim, descreva;
- Resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, ferritina, VDRL, TSH, testosterona, vitamina D, Zinco.
- Teste tração positivo (descrever quantidade de fios)

10. Urticária e Angioedema

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Episódio de angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Urticária crônica (lesões recorrentes, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 6 semanas) refratária ao tratamento clínico otimizado por 4 semanas ou mais (quadro 20).

Quadro 20–Investigação e tratamento para urticária crônica.

1º passo: avaliação clínica completa, incluindo anamnese e exame físico.

- Tempo de início da doença;
- forma, tamanho, frequência, duração e distribuição das pápulas;
- angioedema associado;
- sintomas associados, por exemplo, artralgia, febre, diarreia;
- história familiar e pessoal de urticária e angioedema;
- indução ou agentes físicos ou exercícios;
- ocorrência em relação ao dia, fins de semana, ciclo menstrual, feriado se viagens;
- ocorrência em relação a alimentos ou medicamentos (por exemplo, INE e inibidores da ECA);
- ocorrência em relação a infecções ou outros fatores de estresse;
- alergias anteriores e sou atual, infecções, doenças autoimunes, problemas gastrointestinais ou outras condições clínicas;
- história social e ocupacional, atividades de lazer;

- terapia anterior e resposta, incluindo do sagem e duração;
- resulta dos de procedimento sou testes diagnósticos anteriores.

2º Passo: Exames Complementares.

Solicitar de forma rotineira hemograma com plaquetas, proteína **Creativa** e velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG).

De acordo com anamnese e exame físico, outros exames complementares e podem ser solicitados na suspeita de causas secundárias associadas, como por exemplo doenças da tireoide, indicando investigação com TSH.

3º passo: Tratamento da urticaria crônica.

Afastar possíveis desencadeantes, como por exemplo uso de AINE ou IECA.

Orientar uso fixo de anti-histamínico.

Iniciar anti-histamínico oral de segunda geração, na dos padrão: cetirizina 10mg, 1 vez ao dia;

levocetirizina 5mg, 1 vez ao dia; desloratadina 5mg, 1 vez ao dia; oratadina 10mg, 1 vez ao dia; fexofenadina 180mg, 1 vez ao dia;

bilastina 220 mg, 1 vez ao dia.

Após 2 semanas, se necessário, aumentar a dose do anti-histamínico para até 4 vezes a dose padrão. Exemplo:

levocetirizina 5 mg, 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.

Os anti-histamínicos que foram estudados com doses mais elevadas são a desloratadina e alevocetirizina, entretanto, na prática clínica, utilizam-se doses maiores das outras medicações.

Após 4 semanas de uso do anti-histamínico em dose máxima (4 vezes a dose padrão), se não houver resposta, o paciente deve ser encaminhado para avaliação o com especialista.

Além disso, considerar associação de montelucaste 10mg por dia, bloqueador H2 (evidência baixa) e anti-histamínico de 1ª geração à noite (exemplo: hidroxizina 25mg).

Cursos infrequentes de prednisolona em baixa dose (20 a 50 mg por dia, por 7 a 10 dias) são aceitáveis em algumas exacerbações agudas mais graves, que não responderam completamente ao anti-histamínico.

1 Os anti-histamínicos recomendados para gestantes são a cetirizina, a levocetirizina, a desloratadina e a oratadina.

2 Devido à ausência de metabolismo hepático, a fexofenadina, a desloratadina e a bilastina são os anti-histamínicos preferidos para pacientes com doença hepática.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Zuberbier et al. (2018), Bologna (2017) e Criado et al. (2018).

Condições clínicas que indica a necessidade de encaminhamento para Imunologia:

- Angioedema recorrente (mais de 1 episódio) sem lesões de urticária e sem etiologia identificada;
- Angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão), após avaliação em serviço de urgência/emergência.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Descrição do quadro clínico:

- Tratamento em uso ou já realizado para urticária (medicamentos utilizados, posologia e tempo de uso.);
- Resultado de exames laboratoriais (hemograma com plaquetas, VHS/VSG, PCR e IGE total), com data (ser realizados);

11. Prurido

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Paciente com prurido, sem lesões cutâneas, refratário ao tratamento clínico otimizado e sem causa identificada após investigação inicial na APS (quadro 21).

Quadro 21—Investigação e manejo do prurido (sem outras lesões cutâneas).

- Questionar:
 - História prévia de doença da tireoide, hepatopatia, nefropatia, HIV/Aids, DM, câncer, doença psiquiátrica, entre outras;
 - Uso de medicações;
 - Sintomas sistêmicos: febre, perda de peso, sudorese noturna, entre outros;
 - Presença de prurido nos contatos intra domiciliares.
 - Se permanecer sem diagnóstico, solicitar: hemograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, GGT, TSH, creatinina, ureia, anti-HIV, anti-HCV e HBsAg (outestest rápidos para HIV, HBV e HCV).
- **Manejo de prurido (sem outras lesões cutâneas):**
 - Investigação e manejo da doença de base, se identificada;
 - Manter a hidratação da pele: uso de sabonetes pouco abrasivos, banhos mornos e rápidos, uso diário de emolientes (preferencialmente, sem fragrância);
 - Evitar contato com produtos potencialmente irritantes, como roupas de lã, plantas, produtos de limpeza;
 - Identificar e manejar o estresse emocional;
 - Não coçar a pele e manter as unhas curtas;
 - antihistamínicos de 1ª geração (sedativos) podem ser prescritos para o controle do prurido noturno. Devido à sedação, não são bem tolerados durante o dia. Exemplo: dexclorfeniramina, prometazina, hidroxizina;
 - anti-histamínicos de 2ª geração (não sedativos) são pouco efetivos para o controle do prurido (exceto para prurido relacionado a urticária).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2022)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico;
- Resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, GGT, TSH, creatinina, anti-HIV, anti-HCV e HBsAg (ou testes rápidos para HIV, HBV e HCV);
- Tratamento em uso ou já realizado para prurido (medicamentos utilizados com posologia, tempo de uso e orientações);

12. Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso

Condições clínicas que indica a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Condiloma acuminado (verruga genital ou perianal), verruga viral ou molusco contagioso;
- em paciente imunocomprometido, refratário ao tratamento por pelo menos 1 mês (quadro 22, quadro 23 e quadro 24) ou com progressão rápida no número de lesões; ou em paciente imunocompetente, refratário ao tratamento por pelo menos 3 meses (quadro 22, quadro 23 e quadro 24); ou em crianças com comprometimento genital, sem múltiplas lesões ou associadas a sintomas (dor, sangramento, prurido); ou lesões faciais:
 - verrugas virais (exceto verrugas planas); ou molusco contagioso na face de adultos; ou molusco contagioso periorcular em adultos e crianças.

Quadro 22–Tratamento para condiloma acuminado 1.

Tratamento na unidade de Saúde

Ácido tricloracético (ATA):a 80% a 90%(solução):

- Aplicar uma vez por semana, por até 8a10semanas;
- Aplicar pequena quantidade somente nos condilomas, com auxílio de cotonete ou palito de dentes (um a área esbranquiçada se tornará visível no local da aplicação);
- Aplicar com cuidado, evitando que a solução se espalhe para a pele ao redor da lesão;
- Se o paciente apresentar dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão, bicarbonato de sódio ou talco;
- O tratamento pode ser prescrito durante a gestação.

Tratamento domiciliar:

• **Imiquimod 5%creme:**

- Aplicar nas lesões,3vezes por semana, até melhora clínica completa (por até16s emanas);
- aplicar antes de dormir e lavar a área pela manhã, com água e sabão (deixar o produto em contato com a pele por 6 a10horas);
- reações locais: eritema, irritação, induração, ulceração, erosões e vesículas. Nesses casos, pode ser dado um intervalo de alguns dias entre as aplicações para diminuir o desconforto do paciente. O tratamento deve ser reiniciado após a melhora dos sintomas;
- É contraindicado na gestação.

Fonte:TelessaúdeRS-UFRGS(2022),adaptadodeRosen(2019).

¹Orientar sobre a doença, ofertar preservativos e teste para outras IST (HIV, sífilis, Hepatite B e C), avaliar parcerias sexuais.

Quadro23–Tratamento para verrugas virais1.

Verrugas vulgares/verrugas palmo-plantares



FONTE:<https://dermnetnz.org>

- Medicamento à base de ácido salicílico (20%)e ácido láctico(15%)em solução colóidioelástico 5mLou10mL*(disponível comercialmente ou sob manipulação):

- A aplicação pode ser feita após o banho ou após deixar o local imerso em água morna por, no mínimo,5 a10 minutos;
- lixar, delicadamente,a porção superior da lesão para retirar o excesso de pele(pode ser utilizada uma lixa de unha descartável)

- proteger a pele ao redor da verruga com esparadrapo ou vaselina sólida. Deve ser utilizado esparadrapo, e não micropore;
- aplicar uma camada fina do medicamento sobre a lesão com a pele seca. Esperar secar e cobrir com outro pedaço de esparadrapo, para ajudar a penetração dos componentes;
- trocar esse curativo a cada 24 a 48 horas, tomando o cuidado de repetir todo o procedimento, passo-a-passo;
- deve-se realizar esse procedimento até o desaparecimento da lesão (período é variável, entre 1 a 3 meses);
- caso ocorra irritação excessiva da pele perilesional, pode-se diminuir a frequência de uso;
- NÃO deve ser utilizado na face e nem em pacientes com neuropatia periférica;
- Em verrugas palmo-plantares podem ser necessárias concentrações mais elevadas de ácido salicílico (até 40%), disponíveis apenas sob manipulação.

Fluoruracila 5% creme*:

- Aplicar 1 vez ao dia, com oclusão, por 4 a 12 semanas;
- é contraindicado na gestação.

Verrugas palmo-plantares

Tratamento na unidade de Saúde

- Ácido tricloracético (ATA) 50 a 80%:

- Pode ser utilizado em lesões palmares e plantares, aplicando-se com um palito de madeira (se necessário, colocar pequena quantidade de algodão na ponta) a cada 7 a 10 dias, por até 8 semanas;
- Pode ocorrer sensação de pinicação e queimação no local durante a aplicação.

Verrugas planas



FONTE: <https://dermnetnz.org>

-Tretinoína tópica* (0,025%, 0,05% e 0,1%):

- deve-se utilizar a maior concentração tolerada pelo paciente, sempre à noite;
- é recomendável proteger a pele ao redor com vaselina antes da aplicação;
- caso as lesões sejam em áreas submetidas à depilação com lâminas, orientar paciente a trocar o método depilatório para evitar a disseminação das lesões (optar pelo barbeador elétrico ou creme depilatório);
- é contraindicado na gestação.

- Imiquimod 5%, tópico:

- Aplicar nas lesões (sem oclusão), antes de dormir e retirar pela manhã, por até 12 semanas;
- É contraindicado na gestação.

Verrugasfiliformes



FONTE: <https://dermnetnz.org>

Tratamento na Unidade de Saúde (se material disponível):

- Ácido tricloracético(ATA)50 a 80%:

- Pode ser utilizado em lesões palmares e plantares, aplicando-se com um palito de madeira (se necessário, colocar pequena quantidade de algodão na ponta) a cada 7 a 10 dias, por até 8 semanas;
- Pode ocorrer sensação de piração e queimação no local durante a aplicação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

1 Lesões perioculares (com exceção de verrugas planas): evitar os tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

Quadro 24 – Tratamento para molusco contagioso¹

- Adulto e adolescentes com lesões genitais devem ser tratados (risco de disseminação sexual).
- O tratamento precoce também está indicado em pacientes imunossuprimidos (risco de lesões disseminadas).
- Nos pacientes imunocompetentes as lesões desaparecem espontaneamente dentro de 6 a 12 meses, sem deixar cicatrizes.
- Visto a natureza auto limitada da infecção, o tratamento para crianças imunocompetentes é opcional.

Opções de tratamento:

Hidróxido de potássio (KOH) 5 a 10% em solução aquosa (manipulado):

- Aplicar uma pequena quantidade do produto, com palito de dente, uma vez ao dia;
- Orientar cuidado para não aplicar na pele sã perilesional;
- Pode haver sensação de ardência após a aplicação;
- manter o uso até as lesões ficarem mais avermelhadas e com pequenas crostas sobrepostas;
- pode ocorrer hipopigmentação pós-inflamatória.

Tretinoína* (0,05% creme ou 0,1% creme ou 0,025% gel):

- Aplicar nas lesões, em dias alternados, e aumentar gradativamente a frequência do uso conforme a tolerância (podendo chegar a 2 vezes ao dia);
- A aplicação deve ser suspensa quando ocorrer eritema;
- Xerose e irritação são efeitos adversos comuns e esperados;
- É contraindicado na gestação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

1 Lesões perioculares: evitar tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- Mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- Homens com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas, muito numerosas ou associadas a fimose);
- Homens ou mulheres com condiloma acuminado junto ao meato ureteral ou em uretra distal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- Paciente com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco):

- com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico);
- Resultado teste rápido para HIV ou de anti-HIV, com data;
- Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);
- se mulher em idade fértil, trata-se de gestante (sim ou não);

Atenção: embora seja possível que muitas crianças com condiloma acuminado adquiram a doença por meios não sexuais, a possibilidade de abuso sexual merece séria consideração durante a avaliação do paciente, cabendo ao profissional da UBS tomar as medidas cabíveis nessas situações. É recomendado investigar outras IST em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Oferecer testagem para sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4 a 6 semanas após o diagnóstico, e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. Ou so de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

13. Rosácea

Condições clínicas que indica a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Rosácea fimatosa(aumento de volume do tecido afeta do na região do nariz, mento, glabella ou região malar);
- Rosácea granulomatosa/pio dermafacial (pápulas eritematosas, pústulas, cistose trajetos fibrosos na região malar, periorbital e perioral, de surgimento súbito e na ausência de **comedões**);
- Rosácea refratária ao tratamento clínico otimizado por 3meses(quadro25).

Quadro25–Características e tratamento da rosácea.

Rosácea pápulo-pustulosa



Características: pápulas e pústulas localizadas principalmente na região central da face. Para diferenciar de acne, observar que não há presença de comedões e normalmente o eritema está mais disseminado pela face e não limitado à base das lesões inflamatórias.

- Tratamento:

Casos leves a moderados:

- metronidazol 0,75%gel: aplicar no rosto 2 vezes ao dia, por 8 a 12 semanas; ou
- metronidazol 1% loção (sob manipulação): aplicar no rosto 1 vez ao dia, por 8 semanas; ou
- ácido azelaico 15% gel ou ácido azelaico 20% creme: aplicar no rosto, 2 vezes ao dia, por até 15 semanas. Sensação de pinicação após a aplicação do produto é normal e tende a diminuir com o uso; ou
- ivermectina 1% creme: aplicar no rosto 1 vez ao dia, por até 12 semanas.

Casos moderados a graves:

- doxiciclina 100 mg, 1 a 2 comprimidos ao dia, por 4 a 12 semanas; ou
- tetraciclina 250 mg ou 500 mg, 2 vezes ao dia, por 4 a 12 semanas; ou
- manter o uso do antibiótico sistêmico até melhora do quadro (máximo de 12 semanas), após manter tratamento tópico com metronidazol ou ácido azelaico para reduzir a chance de recidiva.

Rosácea eritemato-telangiectásica



FONTE: <https://dermnetnz.org>

- **Características:** eritema facial, telangiectasias (nariz e região malar) e episódios recorrentes de flushing, normalmente desencadeados por: extremos de temperatura, exposição solar, bebidas quentes, comidas apimentadas, ingestão de álcool, exercícios e sensação de raiva ou constrangimento. Pele sensível, com queixa frequente de sensação de pinicação e queimação.

- Tratamento:

- Evitar fatores que desencadeiam o flushing no paciente;
- Utilizar sabonetes suaves para limpeza da pele; evitar produtos irritativos (tônicos, adstringentes, esfoliantes);
- Uso regular de filtro solar FPS 30 ou maior;
- Hidratantes faciais 2 vezes ao dia;
- prescrever metronidazol ou ácido azelaico duas vezes ao dia (benefício discutível);
- orientar que as telangiectasias não regredem como tratamento.

Rosácea fimatosa



FONTE: <https://dermnetnz.org>

- **Características:** hipertrofia e espessamento do tecido nasal (rinofima). Também pode ocorrer em outras áreas (queixo, glabella). Geralmente, homens adultos, com hiperplasia sebácea proeminente e pele muito oleosa.

- **Tratamento:** isotretinoína oral ou procedimento cirúrgico. Encaminhar à Dermatologia.

Rosácea ocular



FONTE:<https://dermnetz.org>

- **Características:** ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com rosácea. Hiperemia conjuntival, telangiectasias na margem palpebral, blefarite anterior com cílios aderidos e presença de crostas. Hordéolore corrente e calázio são as manifestações mais comuns.

- **Tratamento:** higiene dos cílios com xampu infantil diluído em água morna, compressas mornas e o colírio lubrificante. Antibióticos sistêmicos (tetraciclina, macrolídeos ou metronidazol) para casos mais graves. Encaminhar à Oftalmologia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS(2022), adaptado de Maier e Helfrich(2021)

Condições Clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

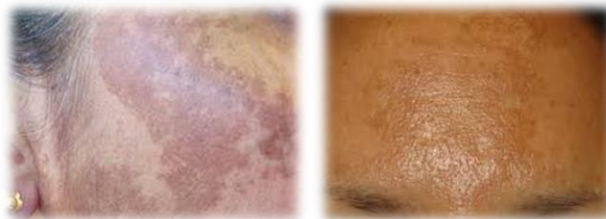
Rosácea ocular refratária ao tratamento clínico otimizado (higiene das margens palpebrais, lubrificante ocular e antibiótico oral- [quadro25](#)) por 8 a 12 semanas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

Descrição do quadro clínico:

Tratamentos em uso ou já realizados para rosácea (medicações tópicas e sistêmicas, com posologia e tempo de uso);

Melasma



FONTE:<https://dermnetz.org>

Condições Clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

Paciente com Melasma e importante prejuízo psicológico ou funcional, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses, com boa adesão a medidas de fotoproteção([quadro26](#)).

Quadro26–Tratamento clínico otimizado para melasma e/ou melanoses solares

- Orientar sobre o diagnóstico, explicando que se trata de uma doença crônica, recidivante e sem tratamento definitivo, sendo tratamentos propostos de caráter estético
- Explicar sobre a importância fundamental das medidas de fotoproteção;
- Filtro solar de amplo espectro, com fator de proteção (FPS) maior ou igual a 50, usado diariamente e reaplicado a cada 2 horas, quando exposição ao sol dar preferência a filtros solares com cor (óxido de ferro) ou sobrepor maquiagem;
- Proteção física (chapéu, boné);
- Se proteção solar adequada, orientar tratamento ativo comum despigmentante, por 3 meses;
- Despигmentantes (suspender o uso, temporariamente, se irritação cutânea):
- associação de hidroquinona 4% + tretinoína 0,05% + fluocinolona acetona 0,01%*, em creme, à noite, por 8 a 12 semanas (contra indicado em gestantes/lactantes), Não recomendado uso nos meses verão; ou
- hidroquinona 4% creme, à noite, por até 12 semanas (contra indicado em gestantes/lactantes), Não recomendado uso nos meses verão, ATENÇÃO risco hipocromia em confete com uso prolongado; ou
- ácido azelaico a 15% em gel ou 20% em creme, pela manhã (antes do filtro solar) e à noite.

Fonte: Grimes e Callender (2021).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (tempo de evolução e características da lesão);
- Tratamento em uso ou já realizado para Melasma (medicamentos, posologia e tempo de uso);

14. Vitiligo

Condições Clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Vitiligo extenso (mais de 10% da área de superfície corporal-BSA¹);
- Vitiligo rapidamente progressivo² (iniciar tratamento e encaminhar) ([quadro27](#));
- Vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses ([quadro27](#)).

Quadro 27–Avaliação e tratamento do vitiligo.

- Discutir a possibilidade de não realizar qualquer tratamento nos pacientes com fototipo I ou II ou nos pacientes que não apresentam incômodo estético.
- Sempre orientar proteção solar física (chapéus e roupas) e uso de protetor solar FPS 50 ou maior.
- Solicitar TSH devido à associação entre vitiligo e tireoidopatia.

Tratamento tópico otimizado na UBS

Vitiligo não-segmentar com <10% da superfície corporal e vitiligo segmentar localizado, com quadro estável:

- Face, região genital ou em áreas de dobras cutâneas:
- 1ª escolha: inibidores de calcineurina (tacrolimo 0,1% pomada ou pimecrolimo 1% creme): aplicar sobre as lesões, 2 vezes ao dia, por 6 meses. Se a resposta for efetiva, a terapia pode ser prolongada.

Lesões corporais (exceto as áreas acima):

- 1ª escolha: corticoides tópicos. Ex: furoato de metasona 0,1% creme, aplicar 2 vezes ao dia por 2 meses; realizar pausa por 1 mês e repetir o uso 2 vezes ao dia, por mais 2 meses OU aplicar 1 vez ao dia, 15 dias por mês, por um período de 6 meses. OBS: os pacientes devem ser acompanhados regularmente para avaliar o surgimento de possíveis efeitos adversos do uso dos corticoides tópicos: atrofia cutânea (principal), telangiectasias, estrias, hipertricose e erupção acneiforme.

Terapia de manutenção: os corticoides tópicos e os inibidores de calcineurina podem ser usados 2 vezes por semana, como terapia de manutenção de longo prazo para evitar as recidivas.

Vitiligo rapidamente progressivo¹:

- Pode ser iniciada prednisona em dose baixa, por até 2 semanas:
- Crianças 5 a 10 mg/dia;
- Adultos 10 a 20 mg/dia;
- Se necessário, repetir o curso de prednisona após 4ª a 6 semanas;
- Encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

¹ Surgimento abrupto de várias novas lesões ou aumento importante das lesões prévias ao longo poucas semanas/meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico;
- Tratamentos em uso ou já realizados para Vitiligo (medicações tópicas e sistêmicas, com posologia e tempo de uso);

15. OUTRAS DESORDENS LIGADAS A PIGMENTAÇÃO: MELANOSE SOLAR, LEUCODERMIA SOLAR.

- Orientar caráter benigno e crônico das lesões, sendo os tratamentos apenas de caráter estético e sem muita resposta terapêutica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Paciente com melnose solar e importante prejuízo psicológico ou funcional, refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses, com boa adesão a medidas de foto proteção ([quadro 26](#)).



FONTE: <https://dermnetnz.org>

Leucodermia solar (sardas brancas) – lesões que não apresentam resposta terapêutica, sem a conduta apenas orientação fotoproteção. NÃO NECESSITA ENCAMINHAMENTO PARA DERMATOLOGIA.



FONTE: <https://dermnetnz.org>

Tratamento na unidade de Saúde

- Explicar sobre a importância fundamental das medidas de fotoproteção;
- Filtro solar de amplo espectro, com fator de proteção (FPS) maior ou igual a 50, usado diariamente e reaplicado a cada 2 horas, quando exposição ao sol;
- Proteção física (chapéu, boné, roupas proteção UV);

16. HANSENÍASE

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de hanseníase podem ser tratados na UBS ou podem ser diretamente encaminhados para a referência regional em hanseníase.

Condições Clínicas que indicam necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- Suspeita clínica de hanseníase, com impossibilidade de realizar teste de sensibilidade ou dúvida quanto à confiabilidade do teste (por exemplo: crianças pequenas, pacientes com déficit cognitivo);
- Efeitos adversos graves com as medicações do esquema padrão de poliquimioterapia (PQT);
- Diagnóstico ou suspeita de reação hansênica tipo 1 ou 2 – iniciar tratamento e encaminhar;
- Diagnóstico de hanseníase com outras doenças associadas: nefropatia, hepatopatia ou doenças hematológicas;
- Hanseníase multibacilar, sem melhora após 12 meses de tratamento;
- Suspeita de recidiva 2;
- Suspeita de hanseníase neural, sem lesões cutâneas.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de reabilitação cirúrgica em hanseníase (Cirurgia Plástica ou Neurocirurgia):

- Suspeita clínica de reação hansênica¹ com necessidade de descompressão neural cirúrgica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico;
- Descrição das lesões e localização;
- Número de lesões
- Tempo de duração;
- Efeito adverso relacionado à poliquimioterapia (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e a medicação suspeita;
- Suspeita de reação hansênica (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e o tratamento iniciado, com doses e duração;
- Outras doenças associadas (nefropatia, hepatopatia, doença hematológica-sim ou não). Se sim, descreva;
- suspeita de recidiva 2 (sim ou não). Se sim, descreva o tratamento realizado e sua duração;

¹Reações hansênicas podem surgir antes, durante ou depois do tratamento com PQT. A reação tipo 1 caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou

sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite). A reação tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o Eritema **Nodoso Hansênico** (ENH), caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, com ou sem neurite.

²Recidiva é definida como todos os casos de hanseníase tratados regularmente com esquemas oficiais padronizados e corretamente indicados, que receberam alta por cura (aqueles que saíram do registro ativo da doença no Sinan), e que voltam a apresentar novos sinais e sintomas clínicos de doença infecciosa ativa. Os casos de recidiva geralmente ocorrem em período superior a cinco anos após a cura.

17. LÍQUEN ESCLERO-ATRÓFICO

- Paciente com prurido genital (vulvar ou glande) e máculas acrômicas devem ser investigados por biópsia diagnóstica.
- Encaminhar para serviço de ginecologia ou urologia para biópsia diagnóstica e posterior encaminhamento ao serviço de dermatologia



FONTE: <https://dermnetnz.org>

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico;
- Anexar laudo de exame anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados;
- Tratamentos já realizados.

18. HERPES SIMPLES E HERPES ZOSTER

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- herpes que não apresenta resposta o tratamento);
- herpes zoster com dor crônica- encaminhar para avaliação neurologista
- herpes zoster acometimento nervo ocular encaminhar para avaliação oftalmológica);

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição do quadro clínico;
- Anexar laudo de exame anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados;
- Tratamentos já realizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas Hospitais Federais no Rio de Janeiro 2015. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf

Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul Volume I Endocrinologia e Nefrologia 2015.

Centro especializado em Obesidade e Diabetes – Oswaldo Cruz. 2016. Disponível em: <http://centrodeobesidadeediabetes.org.br/tudo-sobre-obesidade/tratamento-daobesidade/>

DOHLE, G.R.; ARVER, S.; BETTOCCHI, C.; KLIESCH, S; PUNAB, M, DE RONDE, W. Diretrizes para o hipogonadismo masculino. European Association of Urology – EAU Guidelines on Men’s Health. Pocket. p. 208-222, 2012. Disponível em: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Male-Hypogonadism-2012-pocket-portuguese.pdf>

VIEIRA NETO, L.; et al. Recomendações do Departamento de Neuroendocrinologia da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia para o diagnóstico e tratamento da acromegalia no Brasil. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 91-105, mar. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s0004-27302011000200001&lng=pt&nrm=iso

SOARES, D. V; CONCEICAO, F. L; VAISMAN, M. Aspectos diagnósticos e terapêuticos da síndrome de Sheehan. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 872-878, July 2008. Available from

Sociedade Brasileira de Diabetes. Conduta terapêutica no diabetes tipo 2: algoritmo SBD. 2018. Disponível em :<https://www.diabetes.org.br/publico/images/2018/posicionamento-oficial-sbd-tratamento-do-dm2-versao-final-e-definitiva-10-mai-2018.pdf>

Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – n 16. Brasília – DF 2006.

RAMOS, A. P. M. C. Geriatria: Manual de rotinas do ambulatório de geriatria do hospital do servidor público estadual de São Paulo 1º Ed – Rio de Janeiro. 2017

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde – Linha Guia de Diabetes Mellitus 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaasaudeidoso_2018_atualiz.pdf
<https://www.ufrgs.br/telessaunders/materiais-protocolos/> acesso em maio de 2023.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Versão:	Data aprovação: