

PROTOCOLOS DE CONDUTA CLÍNICA DE DOENÇAS DERMATOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE



REALIZAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA**

MINISTÉRIO DA
SAÚDE



CONTATO



telediagnosticosc@gmail.com



telessaude.ufsc.br



+55 48 3721-4443



/telessaudesc

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - DERMATOSES ECZEMATOSAS	6
1.1. DERMATITE ATÓPICA - CID L20.....	6
1.1.1. PITIRÍASE ALBA - CID L30.5.....	7
1.2. DERMATITE DE CONTATO - CID L23.....	7
1.2.1. DERMATITE DE CONTATO AGUDA E CRÔNICA.....	7
1.3. DERMATITE DE FRALDAS - CID L22.....	8
1.4. ECZEMA DE ESTASE - CID I 83.1.....	9
1.5. ASTEATOSE CUTÂNEA - CID L85.3.....	9
1.6. ESTRÓFULO - CID L28.2.....	9
1.7. PRURIDO - CID L29.....	10
1.8. URTICÁRIA - CID L50.....	10
1.9. LÍQUEN SIMPLES CRÔNICO (NEURODERMITE)- CID L28.0.....	11
CAPÍTULO 2 - DERMATOSES DOS ANEXOS CUTÂNEOS	13
2.1. ACNE - CID L70.0.....	13
2.2. MILIÁRIA - CID L74.3.....	14
2.3. ALOPECIAS ADQUIRIDAS - CID L65.9.....	14
2.4. HIRSUTISMO - CID L68.0.....	15
2.5. PARONÍQUIA - CID L03.0.....	16
2.6. UNHA ENCRAVADA (ENCARCERADA) - CID L60.0.....	18
2.7. ROSÁCEA - CID L71.....	19
CAPÍTULO 3 - DERMATOSES INFECCIOSAS	20
3.1. HERPES SIMPLES RECIDIVANTE - CID B00.9.....	20
3.2. VERRUGAS VIRAIS - CID B07.....	21
3.2.1. VERRUGAS VULGARES.....	21
3.2.2. VERRUGAS PLANTARES.....	21
3.2.3. VERRUGAS FILIFORMES.....	22
3.2.4. VERRUGAS PLANAS.....	22
3.3. MOLUSCO CONTAGIOSO - CID B08.1.....	22
3.4. IMPETIGO - CID L01.0.....	23
3.5. FOLICULITE BACTERIANA- CID L73.8.....	24
3.6. FURUNCULOSE - CID L02.9.....	25
3.7. TINEAS - CID B35.9.....	26
3.7.1. TINEA CRURIS.....	27
3.7.2. TINEA PEDIS.....	27
3.7.3. TINEA MANUM.....	28
3.7.4. TINEA CORPORIS:.....	28
3.7.5. TINEA CAPITIS.....	28
3.8. ONICOSES - CID L60.....	29
3.8.1. ONICOMICOSE.....	30
3.9. PITIRÍASE VERSICOLOR - CID B36.0.....	31
3.10. CANDIDÍASE - INTERTRIGO - CID B37.2.....	32
3.11. ESCABIOSE - CID B86.....	34

CAPÍTULO 4 - DERMATOSES ERITÊMATO/ ESCAMOSAS	36
4.1. <i>DERMATITE SEBORREICA - CID: L 21</i>	36
4.2. <i>PSORÍASE LEVE - CID L40</i>	37
4.2.1. <i>PSORÍASE EM PLACAS OU VULGAR L40.0</i>	37
4.2.2. <i>PSORÍASE EM GOTAS L40.4</i>	37
4.2.3. <i>PSORÍASE ERITRODÉRMICA L40.9</i>	38
4.2.4. <i>PSORÍASE PUSTULOSA</i>	38
4.2.5. <i>PSORÍASE UNGUEAL: L40.9</i>	38
4.2.6. <i>PSORÍASE ARTROPÁTICA L40.5 / M07</i>	38
4.3. <i>PITIRÍASE RÓSEA - CID L42</i>	40
CAPÍTULO 5 - DERMATOSES DEVIDAS A EXPOSIÇÃO SOLAR CRÔNICA	42
5.1. <i>CERATOSES SOLARES/ACTÍNICAS - CID L57.0</i>	42
5.2. <i>MELASMA - CID L81.1</i>	43
CAPÍTULO 6 - OUTRAS DERMATOSES	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
6.1. <i>OUTRAS DERMATOSES</i>	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	45

CAPÍTULO 1 - DERMATOSES ECZEMATOSAS

- Dermatites caracterizadas pela presença de eritema, edema, infiltração, vesiculação, secreção, crostas, escamas e liquenificação. As lesões são acompanhadas por prurido.
- **Fases do Eczema:**
 - **Agudo:** eritema, edema, vesículas, exsudação.
 - **Subagudo:** eritema menos intenso, exsudação, crostas.
 - **Crônico:** liquenificação e fissuras.

1.1. DERMATITE ATÓPICA - CID L20

- Doença inflamatória comum da pele que normalmente começa na infância ou no início da infância e é frequentemente associada com outros distúrbios atópicos como asma e rinite.
- Manifestações clínicas da dermatite atópica (DA):
 - **DA infantil (< 2 anos):** após o segundo mês de vida, surgem pápulas edematosas ou pápulo-vesículas nas bochechas, podendo evoluir para grandes placas. Pode acometer couro cabeludo, pescoço, superfícies extensoras das extremidades e tronco.
 - **DA na juventude (entre 2-12 anos):** presença de xerose, áreas mais liquenificadas. Acomete principalmente áreas flexurais, face (especialmente áreas periorificiais), pescoço, punho, mãos.
 - **DA na adolescência e fase adulta (> 12 anos):** lesões em fase subaguda/ crônica, envolvendo áreas flexurais. O quadro pode mudar em adultos, acometendo mãos, face, região retro auricular, pescoço, peito.

Orientações gerais:

- Banhos rápidos (1x/dia por 5 minutos), água morna/fria, utilizar sabonetes suaves e neutros de forma restritiva (apenas nas regiões axilar e genital), evitar o uso de esponjas e buchas;
- Preferir tecidos de algodão com cores claras que permitam a transpiração. Usar roupas folgadas;
- Evitar tecidos sintéticos que inibam a sudorese, como a lã;
- Evitar poeira, pólen, bichos de pelúcia, etc.

Terapêutica:

Hidratação cutânea (de preferência após o banho com a pele ainda úmida):

- Creme hidratante - cold cream ou creme com óleo de amêndoas 5% ou AGE loção - ao menos 2x/dia.
 - Existem cremes hidratantes superiores aos mencionados acima, mas devem ser prescritos pelo dermatologista, conforme o caso requiera.
- Anti-Histamínico:
 - Dexclorfeniramina 2 mg/dia ou Hidroxizine 25 mg/dia - principalmente ao deitar.
 - Xarope de Hidroxizine 1 ml para cada 2 kg de peso 3-4x/dia - (2mg/ml)

OBS.: anti-histamínicos de 2ª. Geração (não sedantes) não apresentam resposta nos casos de Dermatite atópica crônica.

- Corticoterapia tópica:
 - Hidrocortisona 1% (creme) - 2x/dia por 7 dias - para uso em crianças e nas lesões de face dos adultos.
 - Dexametasona 1% (creme) - 2x/dia durante 7 dias.

OBS.:

- EVITAR Corticoides de alta potência e de muito alta potência.

- O tratamento com corticoide pode ser prolongado por até 20 dias (porém, reduzindo-se a dose gradativamente), SEMPRE SOB SUPERVISÃO MÉDICA → **ATENÇÃO:** O USO CONTINUADO DE CORTICÓIDES PODE CAUSAR EFEITOS GRAVÍSSIMOS! (INSUFICIÊNCIA ADRENAL, DERMATITE PERIORAL, QUADROS ROSACEIFORMES, ESTRIAS, AUMENTO DA PILIFICAÇÃO.)
- Corticoterapia sistêmica deve ser evitada.
- Casos graves e/ou resistentes devem ser encaminhados ao dermatologista.

1.1.1. Pitiríase Alba - CID L30.5

- Máculas hipopigmentadas mal definidas tipicamente localizadas na face e nos membros superiores. Geralmente acomete crianças e adolescentes com pele morena.
- Frequentemente associada à dermatite atópica (DA).

Orientações Gerais:

- Evitar exposição solar, uma vez que ela pode deixar as lesões mais evidentes.
- Orientações semelhantes às da Dermatite Atópica: banhos rápidos, água morna/fria, evitar uso excessivo de sabonete e bucha.

Terapêutica:

- Hidratação cutânea com creme hidratante (cold cream) ou creme com óleo de amêndoas 5%.
- Filtro Solar UVA/UVB FPS mínimo de 30 - aplicar a cada 2-3h nos horários de sol. Muitas formulações não atingem a proteção solar indicada nos rótulos, portanto, preferir produtos com origem confiável. Para pacientes sensíveis, preferir produtos hipoalergênicos disponíveis no mercado.

1.2. DERMATITE DE CONTATO - CID L23

- Dermatose causada pelo contato de substâncias exógenas com a pele.
- Na maioria das vezes se caracteriza por um eczema na sua forma aguda, subaguda ou crônica, localizada na região do corpo que entrou em contato com a substância.
- Os elementos responsáveis pela dermatite de contato podem estar relacionados ao trabalho do paciente, caracterizando uma dermatose ocupacional.

Orientações gerais:

- Solicitar: Teste de Contato Alérgico (PATCH TEST)
- Evitar o uso abusivo de sabonetes, buchas, lavagens excessivas, água quente.
- Após a identificação do alérgeno causador, deve-se orientar o paciente a não entrar em contato com o agente, fornecendo por escrito os produtos a serem evitados. Orientar também a respeito da leitura de rótulo de qualquer produto.
- Uso de vestuário que anule o contato como luvas, sapatos, EPI (quando associado à atividade laboral).

1.2.1. Dermatite de Contato Aguda e Crônica

Terapêutica:

- Compressas com água boricada 3%, 2x/dia por 5 a 10 minutos (para os casos agudos).
- Creme hidratante - cold cream, ou superior (hipoalergênicos), luvas de silicone.
- Corticóides tópicos:

- Dexametasona 1% creme - 2x/dia por 7 dias.
 - Mometasona 0,1% creme - 1x/dia por 7 dias.
 - Corticóides de alta potência - usados com parcimônia- em áreas pequenas, por tempo limitado (7 dias) em lesões liquenificadas (crônicas), não usar na face e área de dobras.
 - Clobetasol 0,05% creme - 2x/dia por 7 dias.
- Anti-histamínicos sedativos:
 - Dexclorfeniramina 2 mg/dia ou Hidroxizine 25mg/dia - ao deitar (doses mais altas geralmente não são requeridas). OBS. Anti-histamínicos de 2a. geração não têm atividade terapêutica na dermatite de contato.
- Corticoterapia sistêmica - para os casos graves e agudos
 - Prednisona 20mg/dia em esquema de redução (5-10 dias). - não indicado nos casos crônicos.
- Em caso de Infecção/impetiginização secundária: crostas amareladas, exsudação, etc. Tratar topicamente com associação de betametasona/gentamicina creme ou pomada - 2 vezes ao dia por 7-10 dias.
 - Casos extensos pode ser associado Cefalexina 500 mg V.O. de 6 em 6 horas para adultos, ou 50 mg/kg/dia para crianças (Cefalexina suspensão oral 2,5% 125 mg = 5ml) por 7 dias.

1.3. DERMATITE DE FRALDAS - CID L22

- Provocada pelo contato da pele com a urina e fezes retidas nas fraldas.
- Ocorre irritação da pele, com maceração. Pode surgir infecção secundária por Candida albicans ou bactérias.

Orientações gerais:

- Trocar as fraldas com frequência - evitar o contato prolongado da urina e das fezes com a pele. Se possível, deixar o lactente sem fraldas.
- Limpeza da área afetada apenas com água morna. Evitar lenços umedecidos e sabonetes em excesso.
- Na troca de fraldas, usar creme de barreira (à base de óxido de zinco).
- Pomada vitaminada A/D com óxido de zinco.

Terapêutica:

- Corticoterapia tópica (nos casos mais intensos):
- Hidrocortisona 1% creme - 2x/dia por 7 dias.
- Desonida 0,05% creme - 2x/dia por 7 dias.
 - Em caso de co-infecção por Candida sp e por bactérias:
 - Clotrimazol ou cetoconazol creme na área afetada 2x/dia durante 14 dias.
 - Nistatina - aplicar a cada troca das fraldas em associação ao creme de barreira.
 - Pode ser associado ao corticóide, mas evitar formulações com corticóide e antimicóticos no mesmo veículo (essas apresentações geralmente apresentam corticóides de alta potência).

1.4. ECZEMA DE ESTASE - CID I 83.1

- Eczema crônico, decorrente da estase venosa na região acometida.
- A causa mais comum de estase são varizes, por insuficiência valvular ou tromboflebite.
- Outras causas são: obesidade, lesões tróficas musculares, fraturas.

Orientações gerais:

- Evitar o uso indiscriminado de sabonetes, buchas, banhos prolongados com água quente.
- Evitar o uso de substâncias que possam agravar o quadro como uso de chás de plantas, pomadas sem prescrição médica, ou antibióticos (neomicina, cloranfenicol), etc. Tais substâncias provocam dermatite de contato sobreposta.
- Orientar repouso e elevação das pernas. Nos quadros crônicos pode ser útil o uso de meia elástica.
- Avaliação com ANGIOLOGISTA, para tratamento da causa base.

Terapêutica:

- Nas formas agudas realizar banhos ou compressas com Permanganato de Potássio (diluição em 4-5 litros de água por cp ou envelope).
- Creme hidratante - cold cream ou creme com óleo de amêndoas 2x/dia.
- Corticóide tópico nas áreas liquenificadas:
 - Dexametasona 1% - 2x/dia por 7-10 dias.

1.5. ASTEATOSE CUTÂNEA - CID L85.3

- Xerose ou pele ressecada. Os eczemas geralmente aparecem sobre quadro asteatósico (ECZEMA ASTEATÓSICO), principalmente em idosos.

Orientações gerais:

- Abolir todas as medidas que levem ao ressecamento da pele como banhos excessivos, uso indiscriminado de sabonetes e sabões, buchas e esponjas, água quente, etc.

Terapêutica:

- Hidratação cutânea com creme hidratante (cold cream) ou creme com óleo de amêndoas 5% ou AGE loção 2x/dia.

1.6. ESTRÓFULO - CID L28.2

- Reação de hipersensibilidade a toxinas de picada de inseto (mosquitos, pulgas).
- Caracteriza-se inicialmente por urticar que desaparecem em algumas horas, permanecendo pápulo-vesículas ou pápulas com crostículas amareladas. Há sempre prurido, por vezes intenso.
- É mais comum no primeiro e segundo ano de vida.
- Nos casos provocados por mosquitos, as áreas expostas são mais frequentemente acometidas.

Orientações Gerais:

- Prevenir os surtos, combatendo os insetos causadores através do uso de inseticidas, mosquiteiros, repelentes.

- Na maioria dos casos há cura espontânea após curso de um a dois anos por dessensibilização específica natural pela exposição repetida aos alérgenos pela picada de inseto.
- Não utilizar anti-histamícos tópicos, pois provocam sensibilização.

Terapêutica:

- Anti-histamínico:
 - Dexclorfeniramina 2 mg/dia ou Hidroxizine 25 mg/dia – principalmente ao deitar.
 - Xarope de Hidroxizine 1 ml para cada 2 kg de peso 3-4x/dia – (2mg/ml)
- Pasta d'água para alívio sintomático.
- Corticóide tópico, somente nas lesões mais eritematosas por curto período:
 - Dexametasona 1% - 2x/dia por 7 dias.
- Antibiótico tópico, no caso de infecção secundária local associada.
 - Mupirocina 2% - 2x/dia por 7 dias.

1.7. PRURIDO - CID L29

- Sensação que causa o desejo de coçar a pele. É sempre importante distinguir o prurido idiopático do secundário, bem como afastar o prurido devido ao uso de medicamentos.

Orientações Gerais:

- Avaliar presença de asteatose cutânea, bem como outras lesões de pele.
- Investigar medicações que possam estar associadas ao início do prurido. Ex: anticoncepcionais, anti-convulsivantes, IECA, Codeína, Tramadol, retinóides, betabloqueadores, Lítio, Cloroquina etc.
- Conforme a clínica do paciente, investigar doenças sistêmicas como IRC, doenças hematológicas, deficiência de ferro, hepatopatias, colestase, diabetes, tireoideopatias, HIV. O prurido da gestação pode ocorrer por aumento dos sais biliares.

Terapêutica:

- Se associação com xerose cutânea, orientações e terapêutica para asteatose cutânea. (sessão 1.5 deste documento)
- Suspensão ou troca de medicações associadas ao prurido.
- Anti-histamínico, buscando alívio do sintoma:
 - Dexclorfeniramina 2 mg/dia ou Hidroxizine 25mg/dia - ao deitar.
- Encaminhar para o médico Dermatologista em caso de prurido intenso, de difícil manejo, sem causa aparente ou secundária a doenças sistêmicas que necessitem de tratamento e acompanhamento com médico especialista.

1.8. URTICÁRIA - CID L50

- Erupção caracterizada pelo súbito aparecimento de urticas (pápulas edematosas de duração efêmera e extremamente pruriginosas). Tal lesão é produzida por liberação de mediadores, principalmente histamina de mastócitos.
- Ocorre em qualquer idade, sendo mais frequente em adulto jovem. Está associada a Angioedema em 50% dos casos e em 40% das vezes é fenômeno isolado.
- Existem diferentes causas para a urticarial como p.e. alergia, autoimunidade, drogas, pseudoalérgenos alimentares e infecções. O diagnóstico se baseia primariamente da anamneses e no exame clínico.

Com base na sua duração, frequência e causa pode ser classificada em:

***Urticárias Espontâneas:**

- Urticária aguda (< 6 semanas)
- Urticária crônica (>6 semanas)
- Urticária crônica contínua (diária ou quase diariamente)
- Urticária crônica recorrente (períodos livres de sintomas variando de dias a semanas)

***Urticárias Físicas**

- Dermografismo (aplicação mecânica na pele)
- Urticária de Pressão Tardia (desencadeada por pressão vertical)
- Urticária de contato ao frio ou ao calor
- Urticária Solar
- Urticária vibratória

***Tipos especiais**

- Urticária Colinérgica
- Urticária de contato
- Urticária aquagênica

Orientações Gerais:

- Remover a causa identificada.
- Explicar ao paciente sobre a doença.
- Reduzir estresse emocional, sobreaquecimento do corpo e a ingestão alcoólica.
- Evitar o uso de ácido acetilsalicílico, anti-inflamatório não hormonal, codeína, morfina (podem agravar a urticária crônica).
- Pacientes com Angioedema devem evitar o uso de IECA.
- Dieta de exclusão, somente se a anamnese sugerirnexo causal. Sempre que possível excluir aditivos alimentares como conservantes, corantes, salicilatos naturais.
- Não utilizar anti-histamícos tópicos, pois provocam sensibilização.

Terapêutica:

- Anti- Histamínicos:
 - Iniciar o tratamento com os de segunda geração não sedativos como Loratadina 10 mg/dia ou Epinastina 20 mg/dia ou Desloratadina 5 mg/dia ou Fexofenadina 180 mg/dia.
 - Caso a resposta não seja satisfatória, pode-se até quadruplicar a dose diária do anti-histamínico.
 -
- Nos portadores de doença grave, curso persistente ou com falência terapêutica às medidas anteriores, encaminhar para o Dermatologista ou Alergista para avaliação de outras terapias disponíveis.
- Encaminhar para especialista os casos de Angioedema hereditário.

1.9. LÍQUEN SIMPLES CRÔNICO (NEURODERMITE)- CID L28.0

- Placa liquenificada (espessada), pruriginosa com evolução crônica. Mais comum em mulheres.
- Consiste em uma resposta reativa cutânea que se inicia por um estímulo exógeno (picada de inseto ou irritantes). Tal estímulo determina prurido e, pelo estado emocional do paciente, inicia-se uma necessidade incontrolável de coçar.
- A coçadura repetitiva leva à liquenificação da pele, a qual determina prurido, iniciando uma reação em cadeia

- Locais mais acometidos: nuca, região sacra, genital e membros.

Orientações Gerais:

- Orientar o paciente a não coçar, interrompendo o círculo vicioso.
- Tratar e acompanhar distúrbios do humor que possam estar envolvidos (ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, depressão).

Terapêutica:

- Anti-histamínicos para evitar o prurido (de preferência os com efeito antipruriginoso, tranquilizantes e sedativos).
- Hidroxizina 25 mg- 100 mg/dia ou Cetirizina 10 mg/dia ao deitar.
 - OBS: Os anti-histaminicos não apresem efeito terapêutico, apenas sintomático.
- Corticóide tópico em forma de pomada, podendo ser oclusivo.

CAPÍTULO 2 - DERMATOSES DOS ANEXOS CUTÂNEOS

2.1. ACNE - CID L70.0

Doença genético hormonal, autolimitada, de localização pilossebácea, com formação de comedões, pápulas, pústulas e lesões nodulocísticas.

Classificação e Diagnóstico:

- **Acne grau I:** É a acne que apresenta apenas os comedões ou cravos que podem ser abertos ("cravos pretos") ou fechados ("cravos brancos").
- **Acne grau II:** É a acne inflamatória, caracterizada pela presença, além dos comedões, de lesões papulosas inflamadas e pústulas.
- **Acne grau III:** Associam-se ao quadro anterior nódulos e cistos. As lesões são mais profundas e demoram um tempo maior para cicatrizar.
- **Acne grau IV:** Associam-se ao quadro anterior abscessos e fístulas com drenagem de secreção purulenta.
- **Outras formas de acne:** Acne fulminante, acne da mulher adulta, acne medicamentosa (pelo uso de corticóides orais, vitamina B12, anabolizantes, compostos iodados e brometos, lítio, etc), acne cosmética (secundária a maquiagem), acne ocupacional, etc.

Terapêutica:

- **Acne grau I:**
 - Limpeza diária com sabonete antisseborréico e/ou antisséptico 2x/dia que contenham ácido salicílico ou enxofre ou triclosan.
 - Gel à base de tretinoína 0,025% ou Adapaleno 0,1% à noite. São todas substâncias fotossensibilizantes.
 - Fotoprotetores em gel ou loções não-comedogênicas (oil-free).
- **Acne grau II:**
 - Limpeza diária com sabonete antisseborréico e/ou antisséptico 2x/dia.
 - Gel à base de tretinoína 0,025% ou Adapaleno 0,1% à noite (em casos inflamatórios associar gel à base de peróxido de benzoíla 5%. São fotossensibilizantes e pode manchar as roupas.
 - Fotoprotetores em gel ou loções não-comedogênicas (oil-free).
 - Antibióticos sistêmicos se necessário:
 - Tetraciclina 500mg 2-4x/dia por 2-4 meses regressivo.
 - Doxiciclina 100mg 1-2x/dia por 2-3 meses regressivo.
 - Minociclina 100mg 1-2x/dia por 2-3 meses regressivo.
 - Limeciclina 150mg/dia por 3 meses.

*Candidíase, intolerância gástrica, fotossensibilização e teratogênese são efeitos colaterais possíveis de alguns antibióticos.

- **Outros tipos de acne e acne grau II resistente ao tratamento convencional:** encaminhar ao dermatologista.

2.2. MILIÁRIA - CID L74.3

Erupção causada pela obstrução dos dutos sudoríparos. É classificada em:

- **Miliária Cristalina:** pequenas vesículas claras, não-inflamatórias, assintomáticas. Ocorre principalmente em adultos e idosos, após condições que causam sudorese excessiva (temperatura externa elevada, estados febris).
- **Miliária Rubra (brotoeja):** erupção pruriginosa caracterizada por pápulas e vesículas com halo de eritema. Pode evoluir para o surgimento de pústulas (miliária pustulosa). Ocorre principalmente em crianças e adolescentes. Temperatura ambiental elevada, exposições demoradas ao sol, excesso de agasalhos no verão são algumas das condições responsáveis (ou causadoras).
- **Miliária Profunda:** lesões papulares róseo-claras, mais evidentemente no tronco. Pode ocorrer infecção secundária associada.

Orientações Gerais:

Manter o paciente em ambientes arejados e com roupas leves (algodão).
Banhos frios.

Terapêutica:

- Pasta d'água ou Calamina 6% loção 2-3x/dia.
- Creme de Dexametasona 0,1% se apresentar prurido intenso.
- Em caso de infecção secundária, o uso de antibióticos sistêmicos está indicado.
 - Cefalexina 500 mg V.O. de 6 em 6 horas para adultos, ou 50 mg/kg/dia para crianças (Cefalexina suspensão oral 2,5% 125 mg = 5ml) por 7 dias.

2.3. ALOPECIAS ADQUIRIDAS - CID L65.9

Podem ser difusas ou circunscritas.

Classificação:

- **Alopecias difusas não cicatriciais:** eflúvio telógeno, eflúvio associado a endocrinopatias, doenças metabólicas e nutricionais, colagenoses, medicamentosas, etc.
- **Alopecias difusas cicatriciais:** doses elevadas de radiação ionizante, queimaduras, medicações quimioterápicas (bussulfano, docetaxel, cisplatina).
- **Alopecias Circunscritas não cicatriciais:** areata, traumática, sífilis secundária, desnutrição, etc.
- **Alopecias Circunscritas Cicatriciais:** esclerodermia, Quérion, foliculite decalvante, etc.

Orientações Gerais:

- Abordagem do paciente com queda de cabelos:

Duração da queda: considerar importante quando inferior a 6 meses.

Acima de 6 meses, na maioria das vezes, representa uma queda dentro da normalidade pois o ciclo capilar envolve fases de crescimento (anágena), repouso (catágena) e queda (telógena) ou pode representar uma alopecia androgenética, principalmente nos homens.

Quantidade de fios que caem: explicar ao paciente que é normal cair até 100 fios de cabelo por dia. Um teste fácil, para avaliar se a queda é normal ou não, é fazer a prova da tração, que consiste em puxar,

sem muita força, um pequeno tufo de cabelos e ver quantos fios se desprendem. A queda é considerada anormal quando saem mais de 5 fios.

Classificar a alopecia em difusa ou em placas: a alopecia em placas pode representar uma tinea capitis, alopecia areata ou outras formas menos comuns de alopecia e devem ser encaminhadas ao dermatologista.

Antecedentes pessoais: pesquisar causas fisiológicas (puerpério), uso de medicamentos (anticoncepcionais orais), deficiências nutricionais (por regime de emagrecimento, deficiência proteica, de ferro e de zinco), estresse emocional ou cirúrgico precedendo a alopecia, quadros sistêmicos descompensados (diabetes, tireoidopatia, insuficiência renal).

Exames de investigação: nos casos de alopecia difusa, cuja causa não esteja incluída entre os antecedentes pessoais acima mencionados, solicitar uma triagem através de hemograma, glicemia, TSH, ferro sérico, ferritina, uréia. A ferritina < 40mg/dl está relacionada à queda de cabelos mesmo com ferro sérico e hemoglobina normais.

Terapêutica:

- Se alteração nos exames laboratoriais iniciais de investigação, tratar de acordo com os achados. (anemia, DM, tireiodopatia).
- Encaminhar ao Dermatologista casos de alopecia em placas e outras formas menos comuns.

2.4. HIRSUTISMO - CID L68.0

Geral:

- Afecção observada na mulher, associada ao desenvolvimento de pelos espessos e pigmentados com distribuição em padrão masculino (rosto, tórax, abdome e dorso). É diferente de hipertricose, que se refere ao aumento de pelos em suas localizações habitais (não sexuais).
- Pode ser constitucional (quando não há anormalidades hormonais e está relacionado a fatores familiares e raciais), idiopático ou androgênico.
- **Deve-se avaliar:**
 - Histórico familiar, gravidez, irregularidade menstrual, mudança no tom de voz, aumento do clitóris, alteração da libido, alteração do peso, hipotensão, cansaço, infertilidade, acne, oleosidade da pele e alopecia androgenética.
 - Uso de medicamentos: corticosteroides, esteroides anabolizantes, estanozolol, danazol, anticoncepcional oral, medicamentos tópicos (testosterona e clostebol), ciclosporina, fenitoína, minoxidil, psoralênicos, D-penicilamina e estreptomicina.

Exames

- **Solicitar:** Testosterona livre, prolactina, 17-OH-progesterona, DHEA-S, glicose e relação LH/FSH no 5º dia do ciclo.
 - + **USG Transvaginal:** se houver irregularidade menstrual
 - + **Potássio, cortisol plasmático e TSH:** Se houver hipotensão ou fadiga.

Terapêutica

- **Hirsutismo androgênico:** encaminhar ao endocrinologista.
- **SOP (Síndrome dos Ovários Policísticos)**
 - **Critérios diagnósticos:**
 1. Irregularidade menstrual
 2. Algum sinal clínico ou laboratorial de hiperandrogenismo: hirsutismo, acne, ou aumento dos níveis séricos de testosterona total, livre ou de androstenediona

- 3. Exclusão de outras causas de anovulação ou hiperandrogenismo
 - **Tratamento**
 - Anticoncepcional hormonal oral (ACHO) contendo progestínicos de menor efeito androgênico (acetato de ciproterona, desogestrel, gestodeno).
 - Espironolactona 50 - 200mg/dia.
 - A remoção dos pelos pode ser realizada com os métodos depilatórios tradicionais como lâmina, cera, fios, LASER/luz pulsada (não disponíveis pelo SUS).

Importante:

- As orientações acima visam auxiliar na avaliação inicial das pacientes, com o intuito de identificar as causas mais graves de hirsutismo, incluindo tumores ovarianos e adrenais secretores de androgênio. Porém, cerca de 75% das mulheres com hirsutismo tem como diagnóstico a síndrome dos ovários policísticos.
- As dosagens hormonais podem estar alteradas caso a paciente esteja em uso de anticoncepcionais orais (pois inibem as gonadotrofinas).
- **Em caso de falha terapêutica (no tratamento da SOP):** encaminhar ao endocrinologista ou ginecologista.

2.5. PARONÍQUIA - CID L03.0

Geral:

- É a inflamação envolvendo as dobras ungueais laterais e proximais. Pode ser aguda (com duração de menos de seis semanas) ou crônica (com duração de seis semanas ou mais).
- **Fatores predisponentes:** retirada da cutícula durante manicure, hábito de roer as unhas, unha encravada, diabetes mellitus e ocupações nas quais as mãos são frequentemente imersas em água (como pessoas que trabalham com serviços gerais e donas de casa).
- **Paroníquia aguda:** mais comumente causada pela inoculação de patógenos presentes na flora da pele por pequenos traumas mecânicos ou químicos. Quando associada ao hábito de roer as unhas, pode ser ocasionada por bactérias da cavidade oral. Para escolher o tratamento, avaliar a presença ou não de abscesso.

Terapêutica:

1. Sem abscesso:

- Cuidados locais, com aplicação de compressas de água morna ou imersão do dedo em água morna por 10 a 15 minutos.

Prescrever:

USO TÓPICO

- Mupirocina 2%, 2-3x ao dia (após as imersões em água morna), por 5-7 dias.

USO ORAL

- Cefalexina 500mg, VO, 6/6h, por 7-10 dias.
(apenas nos casos mais graves e sem resposta ao tratamento tópico).

2. Com abscesso:

- Incisão e drenagem do abscesso

Prescrever:

USO ORAL

- Cefalexina 500mg, VO, 6/6h, por 7-10 dias (conforme avaliação médica - pode não ser necessário após drenagem).

Importante

Avaliar o fator desencadeante do quadro:

- Se unha encravada, encaminhar para cirurgia ambulatorial para tratamento.
- Em caso de onicofagia (hábito de roer as unhas) orientar o paciente a respeito do risco.
- **Paroníquia Crônica:** Ocorre comumente em indivíduos persistentemente expostos a irritantes ambientais e alérgenos (por exemplo, trabalho úmido, alimentos, produtos químicos), como manipuladores de alimentos, agricultores, profissionais de saúde e trabalhadores domésticos. A paroníquia crônica também pode estar associada a doenças inflamatórias da pele, como dermatite atópica e psoríase. Geralmente associada a infecção secundária por cândida ou bactérias.
- **Diagnóstico:** é clínico, mas os seguintes exames podem ser solicitados:
 - **Teste de contato:** pode ser indicado em pacientes com suspeita de dermatite de contato alérgica.
 - **Exame micológico direto com cultura para fungos:** para descartar infecção por cândida associada.

Terapêutica:

- **Medidas gerais:** Os pacientes devem ser aconselhados a manter as mãos tão secas quanto possível e usar luvas para todo o trabalho úmido.
 - Luvas de borracha (por baixo, usar luvas de pano 100% algodão, brancas, finas). Usar sempre que lidar com água ou produtos de limpeza.

Prescrever

USO TÓPICO

Timol -----3%

Álcool 70% q.s.p----- 15ml

Pingar 1 ou 2 gotas sobre cada unha doente e deixar escorrer na direção da cutícula, 2 a 3 vezes por dia. Usar até a cutícula se formar novamente. É totalmente contraindicado que se retire as cutículas na manicure durante e após o tratamento.

OU

Mometasona 0,1% creme, 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas

Clotrimazol 1% creme, 2 vezes ao dia, por 4 semanas (em caso de infecção por cândida associada) - nestes casos, também é possível utilizar associação de anti-fúngico e corticóide na mesma formulação.

- Caso haja inflamação significativa na pele ao redor das unhas, pode-se associar:

USO INTERNO:

- Fluconazol 150mg - 1-2 cp. V.O. 1x/semana, por 4-6 semanas.

Importante

- A melhora com o tratamento costuma ser lenta, levando semanas a meses para se concretizar.
- A falta de adesão ao tratamento pelos pacientes é um dos motivos da baixa resposta ao mesmo, principalmente no que se refere ao uso de luvas. Se o paciente não usar luvas e mantiver o

contato com a umidade, o quadro tende a se perpetuar, sem ter resposta a nenhuma das terapias prescritas.

2.6. UNHA ENCRAVADA (ENCARCERADA) - CID L60.0

Geral

- Unhas encravadas (ou onicocriptose) ocorrem quando uma espícula da placa ungueal lateral perfura a prega lateral e penetra na pele, com subsequente reação inflamatória de corpo estranho e infecção secundária.

Existem três graus evolutivos no desenvolvimento da unha encravada:

- **Grau I** - quando só existe a dor à palpação da prega ungueal lateral;
- **Grau II** - quando há a presença de secreção purulenta;
- **Grau III** - quando há hipertrofia da prega ungueal representada pela presença de granuloma piogênico.

Fatores predisponentes incluem calçados inadequadamente ajustados, aparamento excessivo da placa lateral da unha, deformidade da unha e trauma.

Terapêutica

Grau I:

- Corte adequado em 90° com a prega ungueal lateral (não fazer corte arredondado nas laterais das unhas).
- Colocação de órteses por podólogos ou pequenos chumaços de algodão abaixo da extremidade distal da unha afetada:
 - Colocar um pedaço de algodão (em formato de U) ou fio dental debaixo da placa lateral para separar a placa ungueal da dobra lateral da unha. Isso separa a espícula da prega ungueal, aliviando os sintomas e evitando a progressão para os próximos estágios. Pode ser feito por podólogo ou na UBS, usando pinça para a colocação do algodão e não necessita de anestesia.
- Orientar o paciente a usar sapatos mais largos (evitar sapatos de bico fino).

Grau II:

- Necessário o uso de antibióticos orais antes das medidas acima.

Prescrever:

USO ORAL

- Cefalexina 500mg 6/6hs por 7-10dias

Em caso de episódios de repetição, encaminhar ao dermatologista para cauterização química ou tratamento cirúrgico.

Grau III:

Prescrever:

USO ORAL

- Cefalexina 500mg 6/6hs por 7-10 dias
Encaminhar ao dermatologista para avaliação.

2.7. ROSÁCEA - CID L71

Geral

- É um distúrbio crônico comum que pode apresentar uma variedade de manifestações cutâneas ou oculares. O envolvimento da pele afeta principalmente a região central da face, com achados como eritema persistente, pápulas, pústulas, telangiectasia e alterações cutâneas fimatosas (por exemplo, rinofima).
- O paciente deve evitar os fatores desencadeantes dos episódios de eritema, como calor, exposição solar, vento, alimentos e bebidas quentes ou alcoólicas.
- Existem 4 tipos clássicos de rosácea:
 - **Tipo 1:** Eritemato-telangiectásica;
 - **Tipo 2:** Pápulo-pustulosa;
 - **Tipo 3:** Fimatosa;
 - **Tipo 4:** Ocular (pode acompanhar qualquer um dos outros ou ocorrer isoladamente).
- Os quadros leves (tipo 1-2) podem ser manejados na UBS, conforme as orientações abaixo.
- Os quadros moderados a graves tipos 2 (não responsiva ao tratamento) e 3 devem ser encaminhados para avaliação dermatológica.
- Quando houver suspeita de acometimento ocular (telangiectasias na margem palpebral ou sintomas como irritação ocular) o paciente deve ser encaminhado para avaliação oftalmológica.

Terapêutica

- **Fotoproteção diária**
 - Filtro solar UVA/UVB, FPS > 30, a cada 2 horas de exposição solar
 - Filtros solares com base ajudam a camuflar o eritema facial.
 - O paciente deve ser orientado que o uso do protetor solar faz parte do tratamento, uma vez que a radiação ultravioleta é um dos desencadeantes/ agravantes do quadro de rosácea.
 - Vestimentas adequadas, uso de boné ou chapéu e óculos de sol.

Prescrever:

USO TÓPICO

- **Sabonete com ácido salicílico e enxofre.**
Lavar o rosto delicadamente com o sabonete 1-2 vezes/dia.
- **Compressas frias com chá de camomila**
Aplicar as compressas no rosto 2 a 3 vezes/dia.
- **Rosácea tipo 2 - associar Metronidazol 0,75% gel**
Aplicar no rosto 2 vezes/dia.

OBS: A duração recomendada de tratamento é em geral de 3 a 4 meses, podendo ser prolongado por igual período, se for observada melhora, dependendo da gravidade da afecção e a critério médico.

Importante

- Os pacientes devem ser orientados a respeito de cuidados com a pele:
 - Uso de hidratantes faciais para pele sensível (1-2 vezes ao dia).
 - Cuidado com o uso de agentes irritantes químicos e físicos como sabões, higienizadores alcoólicos, adstringentes, abrasivos e peelings.
 - Orientar o paciente que a rosácea é uma doença benigna, porém crônica com surtos e recidivas; Não há cura para a rosácea, mas é possível controlar seus sintomas.

CAPÍTULO 3 - DERMATOSES INFECCIOSAS

3.1. HERPES SIMPLES RECIDIVANTE - CID B00.9

Geral:

- As infecções herpéticas (herpes vírus 1 e 2) podem ser classificadas em genitais e extra genitais, sendo que ambas podem ser sub-classificadas em episódios primários (primo-infecção), não primários e recorrentes.
- Alguns pacientes reconhecem que a reativação da doença está prestes a ocorrer devido ao aparecimento de sintomas prodromáticos (por exemplo, sensação de dor, formigamento, queimação), que precedem o desenvolvimento de vesículas.

Tratamento dos episódios recorrentes

- Orientar o paciente a iniciar o tratamento o mais precocemente possível (de preferência no pródromo - o benefício máximo é atingido se o tratamento for iniciado dentro das primeiras 72 horas).

Prescrever:

USO ORAL

- Aciclovir comprimidos de 200 mg, 1cp, V.O., 5 vezes ao dia, 5-7 dias (de 4 em 4 horas, omitindo-se a dose noturna, ou seja, ex: 6:00, 10:00, 14:00, 18:00, 22:00 horas); ou
- Aciclovir comprimidos de 400 mg - 1cp. V.O. 3 vezes ao dia, de 8 em 8 horas, por 5-7 dias.

Outros

- Limpeza local com compressas de água boricada 3% fria ou gelada, 3 vezes/dia.
- Mupirocina 2% creme, 3 vezes/dia, por 7 dias (em caso de infecção secundária).
- Fotoprotetores labiais (FPS \geq 30), aplicações a cada 2 a 3 h nos horários de sol.

Importante:

- O objetivo desse tratamento é a redução da excreção viral, da formação de novas lesões e da duração dos episódios. Ou seja, esse tratamento é para o episódio atual e não há redução da frequência das futuras recidivas.

Prevenção da recorrência

Caso o paciente apresente mais do que 6 episódios por ano, pode-se prescrever uma das opções abaixo:

USO ORAL

- Aciclovir 200 mg VO, 1-4 vezes/dia, por 4 a 6 meses; ou
- Valaciclovir 500 mg/dia VO, por 4 a 6 meses; ou
- Fanciclovir 250 mg, 2 vezes/dia, por 4 a 6 meses
- L-Lisina 500mg, 1-2 cp/dia, 4-6 meses.

Orientar:

- Fotoprotetor labial (FPS \geq 30) no local da erupção recorrente.
- Dieta pobre em arginina (evitar): Nozes, amendoim, uva-passa, chocolate, gelatina, sementes e grãos integrais (laticínios e carnes também têm altas taxas de arginina).
- Orientar o paciente a respeito dos fatores desencadeantes, como estresse, trauma local, exposição solar.

- Orientar que enquanto as vesículas estiverem presentes com seu conteúdo líquido elas são infectantes. Um simples contato das mãos com o líquido das vesículas pode transferir o vírus para outras áreas do corpo, inclusive para os olhos e também para parceiros em contato pele com pele ou com mucosa.

3.2. VERRUGAS VIRAIS - CID B07

Geral

- As verrugas são proliferações epidérmicas benignas causadas pelo papilomavírus humano (HPV). Podem ser classificadas como: vulgar, plantar e plana. Também podem ser divididas conforme a localização (como as periungueais e as genitais) e a morfologia (como as filiformes e as em mosaico [que são verrugas plantares coalescentes]).
- O diagnóstico é clínico: ao fazer a raspagem da lesão - pode ser com uma lâmina de bisturi - irão aparecer pontos pretos ou avermelhados (que são vasos trombosados) e isso ajuda a diferenciar das calosidades, onde tais achados não são encontrados.
- Em casos extensos, suspeitar de imunossupressão e solicitar sorologias (com consentimento do paciente).

Terapêutica

3.2.1. Verrugas vulgares

- Explicar que as verrugas, na grande maioria dos casos, desaparecem espontaneamente em torno de 2 a 4 anos, devido ao desenvolvimento da defesa do paciente frente ao vírus.
- Como são autolimitadas, não devem ser tentados tratamentos agressivos, que podem ser desgastantes, deixar cicatriz, além de muitas vezes serem ineficazes resultando em recidivas (já que o vírus é encontrado não apenas na verruga, mas também na pele sadia vizinha e, portanto, dificilmente é completamente eliminado com qualquer modalidade de tratamento).

Prescrever:

USO TÓPICO:

- **Colódio elástico com Ácidos Salicílico 16,5% e Láctico 14,5%**
 - À noite, aplicar apenas nas verrugas (proteger a pele ao redor com esparadrapo ou com vaselina sólida). Esperar secar e aplicar novamente. Repetir essa sequência, totalizando 4 aplicações em cada verruga. Antes da aplicação, com a pele molhada na água morna (ex: durante o banho), lixar as verrugas. Usar a lixa unicamente para esse fim, deixando-a separada. O tratamento é contínuo e prolongado. Pode haver redução gradual da espessura da verruga até o seu desaparecimento.
- OBS:** Pode ser colocado um esparadrapo por cima da lesão, após secar a medicação, mantendo-o ao longo do dia até a próxima aplicação.

3.2.2. Verrugas Plantares

- As mesmas orientações descritas acima, para verrugas vulgares, são válidas para as verrugas plantares. A diferença é na concentração da medicação usada no tratamento, conforme abaixo:

Prescrever:

USO TÓPICO:

- **Preparado com Ácidos Salicílico 27% e Láctico 5% em gel**
 - O uso é semelhante ao descrito para verrugas vulgares, porém nesse caso a aplicação noturna deve ser única (não são necessárias 4 aplicações seguidas).

3.2.3. Verrugas Filiformes

- Encaminhar o paciente para possível shaving e eletrocoagulação ou crioterapia com pinça, caso as lesões estejam em áreas com comprometimento de função (p.e. pálpebras).

3.2.4. Verrugas planas

- Encaminhar os pacientes, caso se suspeite de verrugas planas. As lesões são sutis e muitas vezes podem ser confundidas com diversas outras doenças de pele. O tratamento é ainda mais difícil que das outras verrugas descritas acima.

OBS: Em casos de verrugas múltiplas e recidivantes é importante primeiramente descartar imunossupressão associada. Em relação ao tratamento, é possível associar medicação sistêmica:

Prescrever

USO ORAL

- Cimetidina 400 mg, 1 comprimido VO, 3 a 4 vezes/dia, por 2 a 3 meses ou
- Sulfato de zinco, 100 mg VO, 2 a 3 vezes/dia, por 2 a 3 meses;
-

3.3. MOLUSCO CONTAGIOSO - CID B08.1

Geral

- Dermatose produzida pelo maior vírus que se conhece e que pertence ao grupo Poxvirus. Nos adultos, é considerada uma infecção sexualmente transmissível (DST).
- As lesões são constituídas por pápulas cônicas, com certo brilho, translúcidas, medindo cerca de 5 mm, com umbilicação central característica.
- É autoinoculável e pode apresentar autoinoculação pós-trauma.

Exames

- Geralmente não são indicados em crianças com molusco contagioso.
- Adolescentes sexualmente ativos e adultos com lesões genitais devem ser avaliados quanto à presença de outras doenças sexualmente transmissíveis.
- Pacientes com lesões extensas devem ser testados para infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), e a possibilidade de outros distúrbios do sistema imunológico também deve ser considerada (inclusive gravidez).
- Se o paciente for HIV positivo outras infecções entram no diagnóstico diferencial, como infecções fúngicas (criptococose, paracoccidiodomicose e histoplasmose) e estes casos devem ser encaminhados para avaliação com dermatologista.

Terapêutica

- Orientar que nas crianças, mesmo sem tratamento, o quadro é auto-limitado e se resolve espontaneamente em um prazo de 9 meses em média (às vezes pode durar mais do que 1 ano). Nos adultos a lesão não tende a regredir e deve ser tratada.

Prescrever (em adultos e crianças):

USO TÓPICO

- **KOH (Hidróxido de Potássio) -----5-10%**
Solução q.s.p. ----- 30ml
 - Aplicar com cotonete sobre as lesões, 2 vezes ao dia, até que as mesmas fiquem inflamadas (geralmente 14 dias de tratamento). Então, suspender o uso do medicamento. As lesões regredirão espontaneamente a partir desse ponto. Não aplicar nas lesões perioculares.
- **Colódio elástico com Ácidos Salicílico 16,5% e Láctico 14,5%**
 - À noite, aplicar apenas nas lesões (proteger a pele ao redor com esparadrapo ou com vaselina sólida). Esperar secar e aplicar novamente. Repetir essa sequência, totalizando 4 aplicações em cada lesão.

Importante

- Pode haver sensação de queimação logo após a aplicação do medicamento, a qual dura aproximadamente 1 a 2 minutos, e normalmente é leve e bem tolerada. Em raros casos ocorre irritação intensa, devendo o tratamento ser suspenso.
- Podem se formar manchas hipocrômicas ou hiperocrômicas residuais nas áreas tratadas, que tendem a melhorar espontaneamente nas semanas seguintes (as vezes duram meses). Os pais devem ser orientados sobre este risco e sobre a tendência de melhora espontânea (que pode ser lenta).
- O tratamento descrito acima é eficaz e um dos menos agressivos disponíveis. Além disso, pode ser realizado pelos próprios pais (ou familiares) do paciente em casa (já que as crianças são as mais acometidas).
- Casos de lesões perioculares sintomáticas devem ser encaminhado para avaliação com oftalmologista.
- Outras possibilidades de tratamento: curetagem das lesões, crioterapia e aplicação de Imiquimod.

3.4. IMPETIGO - CID L01.0

Geral

- É uma infecção bacteriana superficial observada com maior frequência em crianças de dois a cinco anos.
- Pode ser classificada como impetigo primário ou impetigo secundário ("impetiginização" - infecção em locais de pequenos traumas cutâneos, como escoriações e picadas de insetos, ou condições subjacentes, como eczema).
- Variantes do impetigo incluem impetigo não bolhoso (mais frequente) e impetigo bolhoso.
- Sintomas sistêmicos são geralmente ausentes. Linfadenite regional pode ocorrer.

Terapêutica

1. Quadro localizado:

- Limpeza com água e sabonetes antissépticos.
- Compressas com água borçada 3% fria ou gelada.

Prescrever:

USO TÓPICO:

- **Mupirocina 2% pomada**
 - Antes de aplicar o medicamento, remover as crostas. Utilizar vaselina líquida ou compressas de pano molhadas para facilitar a remoção. Aplicar o medicamento 3 vezes por dia até a resolução das lesões (7-10 dias).

Para descontaminação nasal: Aplicar uma pequena quantidade na abertura nasal, 3 vezes ao dia, por 5 dias (importante para evitar recorrências).

USO ORAL (pode ser necessário conforme avaliação médica):

- **Cefalexina V.O. na dose:**
 - a) Adultos: 500 mg de 6 em 6 horas por 10 dias
 - b) Crianças: 30-50mg/kg/dia divididos em doses de 6/6 horas por 10 dias.

2. Acometimento extenso ou múltiplas lesões ou Impetigo Bolhoso:

USO ORAL:

- **Cefalexina V.O. na dose:**
 - a) Adultos: 500 mg de 6 em 6 horas por 10 dias
 - b) Crianças: 30-50mg/kg/dia divididos em doses de 6/6 horas por 10 dias.

Importante

- Deve-se procurar reconhecer e tratar o impetigo o mais precocemente possível, devido ao risco de desenvolvimento de nefrite aguda.
- Pesquisar se há outros membros da família acometidos (o que é muito frequente), e tratá-los como recomendado.
- Quando o impetigo se torna recorrente ou não há resposta satisfatória ao tratamento, encaminhar o paciente para avaliação com dermatologista (pois pode haver outra dermatose de base).
- No caso de crianças, as mesmas podem retornar à escola após 24 horas do início de terapia antibiótica efetiva.
- A higiene das mãos é fundamental, assim como orientar os pais e os pacientes a manter as lesões ativas tampadas (assim se evita que o paciente toque na lesão sem querer e após toque em outras partes do corpo ou em outras pessoas, levando junto a bactéria).

3.5. FOLICULITE BACTERIANA- CID L73.8

Geral

- A foliculite refere-se à inflamação da porção superficial ou profunda do folículo piloso.
- Os achados clínicos clássicos de foliculite superficial são pústulas foliculares e pápulas eritematosas foliculares na pele com pelos. Os nódulos são uma característica da inflamação folicular profunda.
- Pode ser infecciosa ou, menos frequentemente, não infecciosa. Várias bactérias, fungos, vírus e parasitas são causas de foliculite infecciosa.
- **Fatores predisponentes:** colonização nasal por *S. Aureus*, oclusão dos folículos pilosos, hiperidrose, dermatoses pruriginosas, aplicação prolongada de corticoides tópicos, terapia antibiótica oral a longo prazo para acne, barbear contra a direção do crescimento do pelo, exposição a banheiras de hidromassagem ou piscinas aquecidas.

Terapêutica

- Como a foliculite por *S. aureus* é a forma mais comum de foliculite bacteriana, os pacientes geralmente são tratados empiricamente para essa infecção, desde que a história e o exame físico não sugiram outro tipo de etiologia.

Prescrever:

USO TÓPICO

- **Mupirocina 2% pomada**
Aplicar nas lesões de pele 3 vezes ao dia, por 7-10 dias.

Para descontaminação nasal: Aplicar uma pequena quantidade na abertura nasal, 3 vezes ao dia, por 5 dias (importante para evitar recorrências).

USO ORAL (para casos extensos OU refratários OU recorrentes)

- **Cefalexina:**
 - a) Adultos: 500 mg de 6 em 6 horas por 10 dias.
 - b) Crianças: 50mg/kg/dia divididos em doses de 6 em 6 horas por 10 dias.

Importante: Prevenção de recorrências

- Evitar os fatores predisponentes, como roupas apertadas e hiperhidrose (deve ser tratada).
- Uso de sabonetes antissépticos nos banhos.
- Fazer a descontaminação nasal, conforme orientado acima, nos casos recorrentes.
- Quando associado a doenças pruriginosas é fundamental o controle do prurido (com o uso de medicações, por exemplo) assim como manter as unhas curtas.
- Quando associado à depilação ou ato de barbear é importante orientar o paciente a evitar raspar/barbear a área até que a infecção regrida.
- Trocar o uso de lâmina pelo uso de barbeador elétrico pode ser uma opção.
- Também orientar a usar água morna ao se barbear (além de gel ou espuma para barbear) e massagear os pelos para que fiquem mais amolecidos.
- Passar a lâmina sempre no sentido do crescimento dos pelos e após terminar o processo, aplicar hidratante.

3.6. FURUNCULOSE - CID L02.9

Geral

- É uma estafilococcia necrosante do aparelho pilossebáceo.
- Inicia-se por lesão eritemato-inflamatória bastante dolorosa, centrada por pelo, com evolução aguda (dias), levando à necrose central que acaba por se eliminar.
- É comum nas áreas mais pilosas e sujeitas à fricção, como axilas e nádegas, e tem preferência pelo adulto jovem.
- Imunodeprimidos, alcoólatras, desnutridos e diabéticos são mais suscetíveis.
- Quando há confluência, ao mesmo tempo e no mesmo lugar de vários furúnculos, o quadro recebe o nome de carbúnculo.

Terapêutica

- O furúnculo tem tempo de evolução autolimitado em torno de 10 a 14 dias; portanto, o uso de antibiótico sistêmico se faz mais no sentido da prevenção de complicações mais graves em casos extensos do que do tratamento da lesão propriamente dita:

1. Furúnculo Único:

- Drenagem espontânea (após banho quente ou compressas quentes); ou
- Drenagem cirúrgica (na UBS)

O uso de antibiótico em furúnculo único sem sinais de celulite deve ser avaliado pelo médico assistente. Na maioria dos casos basta a drenagem.

2. Furúnculos múltiplos ou sinais de celulite na periferia da lesão:

- Além das compressas quentes e drenagem, prescrever:

USO ORAL:

- Cefalexina V.O. 500 mg de 6 em 6 horas de 10 a 14 dias.

Importante

- Deve-se estar atento aos seguintes sinais de alerta que indicam possível infecção de maior gravidade:
 - Ausência de resposta satisfatória a terapêutica convencional;
 - Toxicidade sistêmica;
 - Lesões localizadas na região centro-facial;
 - Presença de gás sob a pele;
 - Acometimento de fáscia ou musculatura;
 - Paciente imunocomprometido (**Se suspeita de infecção grave, encaminhar ao pronto-socorro (risco vermelho)**).
- Além de afastar doenças de base que possam estar predispondo ao quadro, é de grande importância o tratamento dos reservatórios bacterianos. A descolonização é feita com sabonetes antissépticos (com clorexidina, por exemplo) e uso tópico de mupirocina 2% creme, no vestíbulo nasal, 3 x ao dia, por 5 dias.
- Quando houver furunculose recorrente, encaminhar o paciente para avaliação com dermatologista.

3.7. TINEAS - CID B35.9

Geral

- As tíneas (infecções por dermatófitos) são a principal causa de infecção fúngica da pele.
- Essas infecções levam a uma variedade de manifestações clínicas, como tinea pedis, tinea corporis, tinea cruris, tinea capitis e tinea unguium (onicomicose).
- A presença simultânea de mais de um tipo de infecção dermatofítica é comum (por exemplo, tinea pedis e tinea cruris ou tinea pedis e tinea unguium), justificando a avaliação de toda a pele do paciente a procura de outras lesões.
- **Exames:** A confirmação diagnóstica deve ser feita pelo Exame Micológico Direto e Cultura para fungos.

Terapêutica

- Os fungos dermatófitos podem ser tratados com imidazólicos (cetoconazol, clotrimazol, miconazol, etc), terbinafina ou ciclopiroxolamina.
- O uso de Nistatina é INEFICAZ para esta categoria de fungos.
- Casos extensos em adultos justificam investigação de doenças sistêmicas como diabetes.

3.7.1. Tinea cruris

1. Quadro leve, bem localizado, prescrever:

- Antifúngico Imidazólico tópico 1-2 vezes por dia por 4 semanas.
 - Ex: Cetoconazol 2% creme, Clotrimazol 1% creme, Nitrato de Miconazol 1% loção, Isoconazol 1% creme ou spray,

2. Quadro mais extenso ou não responsivo ao tratamento tópico:

- Fluconazol 150mg - 1-2 cp. V.O. 1x/semana por 4-6 semanas; ou
- Terbinafina 250 mg - 1 cp. VO, 1 x dia por 3 a 4 semanas; ou
- Itraconazol 100 mg - 1 cp VO, 1 x dia, no almoço, por 3 a 4 semanas;

Importante:

- A recidiva é frequente com o tratamento tópico. Deve-se, então, tentar o tratamento sistêmico e enfatizar a necessidade de manter o local sempre seco (cuecas samba-canção, no caso dos homens, podem ajudar). Orientar também a troca diária das roupas íntimas.
- Talco com antifúngico 2 vezes ao dia pode manter o quadro controlado por períodos mais longos (ex: Nitrato de Miconazol pó).

3.7.2. Tinea pedis

3.7.2.1. Tipo interdigital

- Normalmente o tratamento tópico é suficiente (vide acima).
- Se houver muita inflamação e exsudação fazer compressas (conforme descrito abaixo):

Prescrever

USO TÓPICO

- **Permanganato de potássio 100mg (1:20000)**

Diluir 1cp em 4 litros de água morna e deixar agir no local afetado por 10 minutos, durante 1 a 3 dias (pode ser feita a aplicação com compressas ou colocando o local afetado num recipiente com a solução).

OBS: Quando melhorar a fase aguda, iniciar antifúngico tópico.

Importante: Orientar o paciente

- Secar os pés (toalha ou secador de cabelos);
- Usar meias de algodão;
- Deixar os pés e calçados ventilados e secos;
- Calçados não apertados;
- Talco com antifúngico 2 x dia (ex: Nitrato de Miconazol em pó).

Em caso de infecção secundária, prescrever:

USO ORAL

- **Cefalexina:**

- a. Adultos: 500 mg de 6 em 6 horas por 7-10 dias.
- b. Crianças: 50mg/kg/dia divididos em doses de 6 6 horas por 7-10 dias.

3.7.2.2. Tipo Plantar Crônica (Mocassim)

O tratamento deve ser sistêmico.

Prescrever:

USO ORAL

- Fluconazol 150mg - 1-2 cp. V.O. 1x/semana por 4-6 semanas.

3.7.3. Tinea manum

- Semelhante ao tratamento da **Tinea pedis crônica tipo Mocassim.**

3.7.4. Tinea corporis:

1. **Formas localizadas:** Tratamento tópico idêntico ao da **Tinea cruris.**

2. **Formas extensas:**

Prescrever:

USO ORAL

- Fluconazol 150mg - 1-2 cp. V.O. 1x/semana por 4-6 semanas.

Importante

- Nos casos extensos, pode haver recidiva ou falha terapêutica devido à duração insuficiente do tratamento. Por isso, nesses casos, marcar retorno para avaliar resposta ao tratamento sistêmico em 4 semanas. Caso ainda haja mínimo sinal de atividade, continuar o tratamento por até 6 semanas.
- Não confundir atividade da doença (eritema, bordas ativas) com manchas residuais cicatriciais (mais comumente hipercrômicas).

3.7.5. Tinea capitis

Tratamento sistêmico

Prescrever:

USO ORAL

- **Griseofulvina cps. de 500 mg (*) - primeira escolha**
 - **Criança:** 15 a 20 mg/Kg/dia (até 500 mg/dia), até um máximo de 500 mg/dia, por 2 a 3 meses. Tomar o medicamento junto com refeição gordurosa (ex: leite integral) para facilitar a absorção.
 - **Adultos:** 1 cp de 500 mg/dia, pelo mesmo prazo e com as mesmas orientações descritas para crianças.

(*) Lembrar dos possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas da Griseofulvina via oral.

- **Terbinafina 250mg (2-4 semanas)**

- De acordo com o peso do paciente:
- 20Kg - 62,5mg dia
- 20-40Kg 125mg/dia
- >40Kg (e adultos): 250mg/dia

OBS: inadequada para m. Canis (por isso não é primeira escolha de tratamento).

- **Itraconazol 100mg**

- 3-5mg/Kg/dia (máx. 400mg/dia) por 4-6 semanas.

Importante

- O Kerion (forma inflamatória de Tinea Capitis, semelhante a um abscesso) deve ser tratado da mesma maneira.
- Deve-se tratar, ao mesmo tempo, todos os membros afetados da família e/ ou do convívio cotidiano do paciente (ex: crianças afetadas de uma creche).
- Objetos inanimados como pentes e escovas podem se tornar reservatórios dos fungos e perpetuar a infecção - devem ser usados apenas pelo paciente e limpos com álcool.
- Cães podem ser a fonte da infecção - deve-se investigar tal possibilidade e o animal deve ser tratado ou afastado.
- Se ocorrer em adultos, avaliar imunossupressão.

3.8. ONICOSES - CID L60

GLOSSÁRIO DE SEMIOLOGIA UNGUEAL:

- **Hematoma subungueal:** Causado por trauma local, sendo mais frequente no 1° e 5° pododáctilos. Tratamento: A dor pode ser aliviada perfurando-se a unha com uma agulha, para drenar o hematoma.
- **Hiperqueratose subungueal:** Espessamento da unha. Ocorre nas onicomicoses, unha em telha e dermatoses congênitas.
- **Leuconíquia:** Presença de pontos ou estrias brancas. Pode ocorrer nas onicomicoses, uso excessivo de esmaltes por longos períodos, traumas locais e pelagra.
- **Melanoníquia:** Coloração acastanhada de origem adquirida da unha. Ocorre nas onicomicoses, traumas, deficiência de vitamina B12, racial, lesões névicas da matriz ungueal.
- **Onicólise:** Descolamento da unha em relação ao leito ungueal. Ocorre nas onicomicoses, traumáticas (uso de sapatos apertados, traumas locais, manipulação excessiva por manicures), psoríase ungueal, drogas (tetraciclina), doenças sistêmicas (vasculopatias periféricas, tireoidopatias).
- **Onicorrexe e Onicosquizia:** Unha quebradiça (onicorrexe) e descolamento em camadas na borda livre da unha (onicosquizia). Ocorre por deficiências nutricionais (ex.: ferro), desidratação da unha, agressão local da unha por produtos cáusticos, imersão frequente em água. Tratamento: biotina.

- **Sulcos de Beau:** Sulcos transversais resultantes de enfermidade pregressa grave. Tais sulcos não necessitam de tratamento, pois uma vez cessando a doença de base, a unha volta a crescer e a posição do sulco vai se tornando cada vez mais distal ao leito ungueal. Tratamento: avaliar e tratar a doença de base.

3.8.1. Onicomicose

Geral

- Caracteriza-se clinicamente por descolamento da borda ungueal, espessamento da lâmina, leuconíquia, paroníquia e deformidades associadas.
- Somente tratar após confirmação da presença do fungo pelo Exame Micológico Direto e Cultura para fungos.
- Avaliar a presença concomitante de tinea pedis. Se não reconhecida e adequadamente trata, pode ser uma das causas de recidiva da onicomicose.
- Não é mandatário o tratamento em todos os casos, mas especial atenção deve ser dada em pacientes com diabetes, imunossupressão, história de celulite de repetição nos membros inferiores, pacientes sintomáticos ou que desejam tratamento por questões estéticas.
- Recidivas são comuns e os fatores predisponentes devem ser identificados e tratados de maneira adequada.
- Orientar o paciente que o tratamento é longo e necessita da adesão do mesmo para a aplicação da medicação de maneira regular e correta.

Terapêutica

Prescrever:

USO TÓPICO

- Esmaltes antifúngicos:
 - Amorolfina 5% esmalte, 1 ou 2 x/semana; ou
 - Ciclopirox Olamina 8% esmalte, 3x/semana no primeiro mês de tratamento e 1-2x semana após.

Importante:

- Manter o tratamento até o completo crescimento da unha saudável (geralmente por 4-6 meses nas mãos ou 6-9 meses nos pés).
- As medicações acima são encontradas em formulações prontas, mas podem ser manipuladas.
- Vide abaixo o tópico “importante” com orientações sobre o uso do esmalte.

Outros antifúngicos tópicos

- Tioconazol 28% solução para unhas, 2x/dia, por 6 meses; ou
- Amorolfina 0,25% creme, 1 a 2 vezes/semana, por 4 meses; ou
- Ciclopirox 0,1% solução, 1 a 2 vezes/semana, por 4 meses.

Em caso de unhas muito espessadas, prescrever antes do tratamento:

USO TÓPICO

Ureia ----- 40%
Pomada qsp -----20g

- Antes de aplicar o creme de ureia, passar uma camada de vaselina sólida ao redor da unha, protegendo a pele. Após, aplicar uma camada de ureia na unha afetada e ocluir com bandagem

ou fita adesiva durante a noite. No dia seguinte, pela manhã, lavar a unha com água e sabão. Repetir este procedimento todas as noites até que a unha amoleça e possa ser facilmente cortada. Se a unha não for muito espessada, a ureia pode ser aplicada sem oclusão.

- Esse tratamento não deve ser usado em pacientes com diabetes ou vasculopatia periférica, uma vez que se usado incorretamente pode levar a feridas cuja cicatrização pode ser dificultada devido às doenças de base.

Importante

- Antes de passar os esmaltes, as unhas devem ser lixadas para retirar a maior quantidade possível de material da unha afetada. As lixas utilizadas não devem ser utilizadas em unhas saudáveis.
- Não realizar extração mecânica das unhas, sob pena de comprometimento da matriz.
- O paciente deve ser orientado a respeito de medidas comportamentais que visam reduzir o risco de recidiva:
 - Inspeção regular dos pés para sinais de tinea pedis.
 - Evitar retirar as cutículas.
 - Manter os pés arejados e secos (trocar as meias e os sapatos se eles ficarem úmidos devido à transpiração).
 - Usar sapatos em áreas públicas (por exemplo, chuveiros públicos, ginásios).
 - Evitar equipamento de manicure ungueal não esterilizado e de uso compartilhado.

Situações que demandam tratamento sistêmico:

- Comprometimento 2 unhas ou mais; ou
- Comprometimento de mais de 50% do leito ungueal; ou
- Comprometimento da matriz ungueal.

Importante: nos casos acima, encaminhar ao **DERMATOLOGISTA** (com exame micológico direto, cultura de fungos e provas de função hepática).

3.9. PITIRÍASE VERSICOLOR - CID B36.0

Geral

- É uma infecção fúngica comum da pele, mais prevalente em climas tropicais. Adolescentes e adultos jovens são afetados com maior frequência.
- Caracteriza-se por máculas hipopigmentadas, hiperpigmentadas ou eritematosas, acometendo geralmente o tronco superior e os membros superiores proximais.
- Recorrência é comum e o paciente deve ser informado.
- Solicitar SEMPRE exame micológico direto para confirmação quando o Sinal de Zireli (descamação observada pelo estiramento da pele) for negativo.
- Em quadros extensos e recidivantes, investigar diabetes, imunossupressão e HIV;

Terapêutica

Lesões localizadas:

Prescrever:

USO TÓPICO

- Cetoconazol 2% xampu; ou
- Sulfeto de selênio 2,5% xampu
 - Aplicar no couro cabeludo e nas lesões, 1 vez/dia, por 14 dias. Deixar agir 10 minutos antes de enxaguar.

- Antifúngico imidazólico tópico (ex: Cetoconazol creme, Clotrimazol creme, Nitrato de Miconazol loção)
 - Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia por 14 dias.

Outras opções tópicos: Terbinafina ou Ciclopirox.

Lesões disseminadas:

Prescrever:

USO ORAL (*)

- Fluconazol comprimido de 150 mg, 3cp, dose única; ou
- Fluconazol comprimido de 150mg, 2cp, VO, 1 x semana, por 2 semanas; ou
- Itraconazol comprimido de 100 mg, 2 comprimidos VO, no almoço, por 5 dias.

OBS: Terbinafina e Griseofulvina orais NÃO são eficazes, portanto não devem ser prescritas.

Importante

- Os pacientes devem ser informados que as alterações pigmentares podem levar meses para melhorar. Não confundir com falha terapêutica, onde a descamação das lesões (sinal de Zileri) continua presente após o tratamento.
- Sempre tratar o couro cabeludo, pois é o local de reservatório do fungo.
- Recidivas são frequentes e pode ser necessário tratamento profilático, conforme descrito abaixo:

Em casos recidivantes, prescrever:

USO TÓPICO

- Sulfeto de Selênio 2,5% xampu; ou
- Cetoconazol 2% xampu
Aplicar no couro cabeludo 1 ou 2 vezes por semana, continuamente.

OU

USO ORAL

- Fluconazol 150mg
Tomar 3 comprimidos, VO, 1 vez ao mês.

(*) Lembrar dos possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas do Cetoconazol via oral.

3.10. CANDIDÍASE - INTERTRIGO - CID B37.2

Geral

- Infecção causada por fungos do gênero Candida sp., pode ser oral, esofágica, genital, intertrigo e mucocutânea crônica.
- O intertrigo acomete as áreas de dobras cutâneas, geralmente úmidas e sujeitas ao atrito.
- Fatores de risco incluem obesidade, incontinência urinária, falta de higiene, hiperidrose e deficiências imunológicas que aumentam o risco de infecções da pele (como diabetes mellitus, infecção por HIV e desnutrição).
- Quando acomete as regiões interdigitais das mãos está tipicamente associado aos trabalhos que envolvem manter as mãos continuamente úmidas (como cozinheiras e lavadeiras) ou

comorbidades como hiperhidrose. Nestes casos, as mesmas orientações explicadas no item “PARONÍQUIA” devem ser passadas ao paciente.

Terapêutica

Formas leves:

Prescrever

USO TÓPICO

- **Antifúngico imidazólico tópico**
(ex: Cetoconazol creme, Clotrimazol creme, Nitrato de Miconazol loção, etc.)
 - Aplicar nas lesões 2 vezes por dia por 2 a 4 semanas.

Formas extensas/severas:

- **Associar ao tratamento:**

USO ORAL

- **Fluconazol 150mg** – 1-2 cp. V.O. 1x/semana por 2-4 semanas.
- **Caso esteja associado eritema intenso e importante exsudação:**
 - **Permanganato de potássio 100mg**
 - Diluir 1cp. em 4 litros de água, aplicar compressas 3 vezes ao dia (10 minutos), por 1 a 3 dias, antes de iniciar o tratamento tópico descrito acima; ou
 - Água boricada 3%, compressas frias ou geladas, 3 vezes/dia.

Importante

- Cuidado com o uso de corticóides em áreas de dobras, devido ao maior risco de atrofia e outros efeitos colaterais da medicação. Formulações prontas de corticóide com antifúngico geralmente contém Betametasona, que é um corticóide de alta potência que deve ser EVITADO nestas localizações.

As recidivas são frequentes, para evitá-las:

- Orientar o uso de roupas leves e folgadas, de preferência de algodão.
- Limpeza diária da pele acometida com um sabonete suave seguido de secagem com um secador de cabelo.
- Tratamento da hiperidrose na área afetada, se associada
- Perda de peso em pacientes com sobrepeso ou obesos.
- Tratamento adequado do diabetes mellitus coexistente
- Uso de luvas e cuidado e manter as mãos secas e protegidas.

Prescrever (opcional):

USO TÓPICO

- **Óxido de Zinco + Nistatina pomada ou Óxido de Zinco pomada; ou**
 - Aplicar nas regiões sujeitas a umidade 2 a 3 vezes por dia.
- **Talco com antifúngico (ex: Nitrato de Miconazol pó) ou talco comum**
 - Aplicar nas regiões sujeitas a umidade, 2 a 3 vezes por dia.

3.11. ESCABIOSE - CID B86

Geral

- Parasitose humana causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* (var. *hominis*).
- Tipicamente se manifesta como uma erupção intensamente pruriginosa com distribuição característica: regiões interdigitais, punhos, axilas, aréola e genitália estão entre os locais comuns de envolvimento.
- O prurido caracteristicamente se intensifica no período noturno.
- **É necessário tratar TODOS os contactantes concomitantemente.**

Terapêutica

1ª escolha para lactentes (idade de até 1 ano):

Prescrever:

USO TÓPICO

- Enxofre precipitado -----10%
- Pasta D'água q.s.p. -----20g

Após o banho, aplicar no corpo todo, do pescoço para baixo. Dar banho após 24 horas e reaplicar o medicamento. Realizar um total de 3 aplicações em 3 dias seguidos. Repetir em 7 dias.

* Tem odor desagradável, mancha a roupa e é pouco prático.

1ª escolha para crianças com mais de 1 ano (pode ser utilizado no adulto e na gestação):

USO TÓPICO

- **Permetrina 5% ou Deltametrina 2% loção**
 - À noite, após o banho, aplicar no corpo todo, da cabeça aos pés (exceto no couro cabeludo). Deixar por 10 a 12 horas (lavar na manhã seguinte). Uma única aplicação normalmente é suficiente. Se necessário, repetir o tratamento em 2 semanas.

OBS: É pouco irritante, pouco tóxico e muito efetivo. Também pode ser utilizado em gestantes.

USO ORAL:

- **Ivermectina 6 mg por comprimido - dose conforme a tabela abaixo (repetir em 7-14 dias)**

Peso corporal (Kg)	Dose oral única
15 a 24	½ cp
25 a 35	1 cp.
36 a 50	1 ½ cp
51 a 65	2 cp
66 a 79	2 ½ cp
> 80	0,2mg/Kg

Tratamento alternativo:

USO TÓPICO

- **Benzoato de Benzila 250mg/ml loção**

- Após o banho, à noite, aplicar no corpo todo, do pescoço para baixo. Deixar por 8 a 10 horas. Repetir o tratamento por mais 2 noites. Após 1 semana, repetir mais 3 aplicações noturnas.
 - É um tratamento eficaz, porém causa dermatite irritativa significativa em muitos pacientes, motivo pelo qual está em desuso.
- **Enxofre precipitado 15 a 20% em pasta d'água**
 - Aplicar ao deitar, por 3 noites, aguardar 1 semana e repetir.

Importante

- Qualquer que seja o tratamento escolhido, todos os membros da família e/ou convívio cotidiano do paciente (ex: crianças afetadas da creche) devem ser tratados ao mesmo tempo.
- Ao iniciar o tratamento, lavar todas as roupas que o paciente e outras pessoas na casa usaram nos últimos 4 a 5 dias em água quente. Em seguida, secá-los ao sol, com secador ou passar com ferro após secas.
- Lavar as roupas de cama (lençóis e cobertores) e as toalhas.
- Em caso de crianças contaminadas, lavar também os bichos de pelúcia (ou colocá-los no sol).
- Qualquer roupa de cama, roupas pessoais ou toalhas que não possam ser lavada devem ser colocadas em um saco plástico selado por pelo menos 3 dias.
- Os pacientes podem retornar as suas atividades habituais (escola ou trabalho) após 1 dia de tratamento (desde que realizado o tratamento corretamente).

Possíveis problemas:

1) Infecção secundária: pústulas, crostas amareladas, exsudação, etc.

USO ORAL

- Cefalexina:
 - Adultos: 500 mg de 6 em 6 horas por 7 dias
 - Crianças: 50mg/kg/dia divididos em doses de 6 em 6 horas por 7 dias.

2) Eczematização secundária: áreas/placas de eritema e descamação.

USO TÓPICO

- Dexametasona 1% creme
 - Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia, por até 2 semanas, se necessário.

3) Prurido persistente: após tratamento adequado, o prurido pode durar várias semanas, melhorando gradualmente.

USO ORAL

- Maleato de Dexclorfeniramina 2 mg - 1 cp. V.O. 3 x dia.
- Hidroxizine 25 mg - 1 cp V.O , 3 vezes/dia.
 - Doses acima são para adultos - fazer ajuste em caso de pacientes pediátricos.

4) Falha terapêutica: é difícil diferenciar do prurido persistente e da eczematização secundária, que são mais comuns. Ficar atento para a manutenção das pequenas pápulas eritematosas esparsas nos locais típicos, que podem ser sinal de tratamento ineficiente. Sempre avaliar se todos os moradores da casa realizaram o tratamento corretamente.

CAPÍTULO 4 - DERMATOSES ERITÊMATO/ ESCAMOSAS

4.1. DERMATITE SEBORREICA - CID: L 21

- Doença eritêmato-descamativa, crônica, frequente, não contagiosa cuja etiologia é desconhecida. Ocorre em áreas ricas em glândulas sebáceas e eventualmente em áreas intertriginosas.
- As glândulas sebáceas são estimuladas por andrógenos, por esse motivo quadros de seborreia surgem ao nascimento (devido aos andrógenos maternos) e cessam após 6 - 12 meses, voltando a recorrer na puberdade e declinando na fase de senilidade.

Manifestações clínicas:

LACTENTE: escamas gordurosas e aderentes sobre uma base eritematosa (crosta láctea) máculas eritêmato-escamosas na face, tronco, áreas de dobras, intertriginosas e gêmito anal (área de fraldas). Eritema mais intenso indica infecção secundária por bactérias (*S.aureus*), leveduras (*Candida albicans*). Existe um caso grave eritrodérmico (Doença de Leiner) associado com diarreia, vômitos, anemia, febre devido à deficiência de C5.

ADULTO: Lesões eritêmato-descamativa atingindo couro cabeludo, sulco nasogeniano, glabella, retro auricular, região pubiana, axilar, porções medianas do tórax, blefarite e conduto auditivo externo. Existe uma maior associação com doenças neurológicas (doença de Parkinson) e alcoolismo, imunodeficiências. Tensão emocional é uma agravante frequente que deve ser levada em consideração. Muitas vezes o paciente não responde a vários tratamentos instituídos. Nesses casos, descartar imunodeficiências ou um "erro" no diagnóstico. Existem casos de deficiência de ZN que apresentam um quadro de dermatite seborreica-símile. ***Na dermatite seborreica, a administração de ZN não altera o quadro.***

Terapêutica

LACTENTE

- Evitar excesso de roupas, trocar fraldas com mais frequência e, nos casos mais graves, retirá-las.
- Couro cabeludo: solicitar para a mãe aquecer, em banho-maria, óleo mineral e, com a ajuda de uma gaze, remover as crostas de forma delicada. Não é necessária a remoção em um só dia de toda a crosta. Em seguida, lavar com xampu neutro.

Opções:

- **Cetoconazol 2% xampu (como opção ao xampu neutro acima)**

Em casos inflamatórios: Aplicar creme de corticoide de baixa potência (hidrocortisona):

- Hidrocortisona _____ 1%
Creme base qsp _____ 10 gramas Aplicar 1x/dia por 3-5 dias.

Tronco e áreas intertriginosas: limpeza com água boricada e creme de corticoide de baixa potência ou aplicação de:

- Enxofre precipitado _____ 2 a 4%
Creme base qsp _____ 15 gramas

Em caso de eritema intenso: pesquisa de Candidíase ou infecção para *Staphylococcus*.

Eritrodermia descamativa (Doença de Leiner): internação.

ADULTO

Couro cabeludo: podem ser usados xampus a base de ácido salicílico 3% e enxofre precipitado 10%, Cetoconazol 2%, Ciclopiroxolamina 1%. Aplicação: 3 vezes por semana. Casos mais esistentes, utilizar xampu a base de coaltar (Anexo I) e/ou associar solução capilar de corticoide (Anexo I).

Exemplo para manipulação:

- **Cetoconazol** _____ **2%**
Xampu base para cabelo oleoso qsp ___ **150 ml**

Lavar o cabelo com água mais fria, deixando o medicamento por 3 minutos. Utilizar condicionador apenas nas pontas dos cabelos.

Face e tronco: corticoides não fluorados por curto intervalo de tempo e, se quiser, intercalar com Cetoconazol 2% em creme.

ATENÇÃO: quadros agudos, extensos ou não responsivos ao tratamento, considerar imunossupressão (HIV).

4.2. PSORÍASE LEVE - CID L40

- Doença imunoinflamatória, cutâneo articular, crônica e recorrente. As lesões típicas são placas eritematoescamosas. As escamas são aderidas, transparentes, que uma vez curetada do lugar a um sangramento puntiforme (sinal de Auspitz).
- Os locais mais frequentemente afetados são região extensora dos membros, tronco, região sacra e couro cabeludo. As unhas estão acometidas em 35-50% dos casos. O prurido ocorre em aproximadamente 80% dos pacientes.
- Na psoríase, ocorre uma maior aceleração no processo de renovação epidérmica (doença mediada por mecanismos imunológicos).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

4.2.1. Psoríase em placas ou vulgar L40.0

Mais comum (90%), placas eritêmato-descamativas (escamas esbranquiçadas, aderentes, secas e estratificadas). Geralmente simétricas, acometendo a face de extensão dos membros (joelhos, cotovelos), couro cabeludo, região sacral, semi-mucosas dos lábios ou genitais e unhas. Os casos menos extensos podem ser acompanhados e tratados pela equipe da Unidade Básica de Saúde. Em caso de dúvida ou não-resposta ao tratamento, encaminhar ao dermatologista.

4.2.2. Psoríase em gotas L40.4

Mais comum em pacientes jovens, pápulas eritêmato-descamativas de 0,5 a 1,0 cm de diâmetro (tronco). Geralmente com história prévia de infecção estreptocócica 15 dias antes. Pode evoluir para uma lesão em placas. Encaminhar ao dermatologista.

4.2.3. Psoríase eritrodérmica L40.9

Eritema intenso, universal e descamação discreta. Desencadeado por terapias intempestivas, exacerbação da doença em pacientes com HIV. Perda excessiva de calor e aumento da perda de água transepidérmica. Encaminhar ao dermatologista.

4.2.4. Psoríase pustulosa

- Pode ser generalizada ou localizada. Encaminhar ao dermatologista.
- Generalizada (Von Zumbusch) L40.1
- Eritema, descamação e pústulas (interrupção de corticoterapia sistêmica, hipocalcemia, infecções). Cursa com febre, leucocitose e comprometimento do estado geral.
- Localizada L40.3
- Eritema, descamação e pústulas geralmente simétricas nas palmas das mãos e cavos plantares.

4.2.5. Psoríase ungueal: L40.9

Depressões cupuliformes (pits ou unha em dedal), estrias transversais, hiperqueratose subungueal, mancha de óleo, unhas quebradiças, onicólise. Encaminhar ao dermatologista.

4.2.6. Psoríase artropática L40.5 / M07

Artrite soro negativa encontrada em 10 a 40% dos pacientes de psoríase, geralmente afetando as articulações das mãos, pés e mais raramente tornozelos e joelhos (mono ou oligoartrite assimétrica) Encaminhar ao dermatologista.

Orientações Gerais

- Investigar na anamnese fatores implicados no desencadeamento ou exacerbação da psoríase:
 - Trauma químico, mecânico, térmico, elétrico, cirúrgico, escoriações das lesões (Fenômeno de Koebner),
 - Infecção por Streptococo Beta hemolítico (psoríase em gotas), HIV (início da infecção e tende a melhorar nas formas avançadas e com TARV),
 - Drogas (lítio, betabloqueadores, antimaláricos, anti-inflamatórios não hormonais, administração e interrupção abrupta de corticoides sistêmicos),
 - Stress emocional,
 - Distúrbios metabólicos e endócrinos,
 - Álcool,
 - Variações climáticas,
 - Tabagismo - risco aumentado para psoríase em placas, - luz solar (exposição aguda e intensa).
- Interromper hábitos deletérios (tabagismo e etilismo).
- Controlar IMC, glicemia e dislipidemia (comorbidades).
- Observar medicamentos em uso (ajustar ou trocar se necessário, p.e. beta-bloqueadores, lítio, etc)
- NUNCA DIZER AO PACIENTE QUE A DOENÇA NÃO TEM CURA!!! Existem tratamentos eficazes para controlar a doença.

Terapêutica

Tratamentos Tópicos (máximo 5% da área corporal acometida)

- Hidratação cutânea com creme hidratante com ureia 10% ou creme com óleo de amêndoas 5% ou AGE loção 2x/dia.
- Para os casos leves, preferir o uso dos alcatrões. Nos casos em que a descamação e o eritema forem mais intensos, considere a associação com os corticoides e calcipotriol.

1. Alcatrão (método barato)*

Isoladamente ou associado aos raios ultravioleta B (método de Goeckerman modificado)

Coaltar _____ 1 a 5%

Ácido salicílico _____ 3% (função de melhorar a absorção)

Pomada, gel, vaselina sólida qsp _____ 100g

Aplicação: 1x/noite. Na manhã seguinte, tomar sol por 40 minutos, antes do banho.

Orientar que suja as roupas de cama e usar um pijama velho. Possui um cheiro sui generis (ruim).

Coaltar 4-5% xampu - para acometimento do couro cabeludo.

2. Corticosteróides tópicos - creme ou pomada

Tempo e esquema de uso:

Tempo de uso máximo de 2 a 3 semanas para ALTA POTÊNCIA:

- Propionato de clobetasol 0,05% * 1x/dia

Após a melhora, substituir por corticóides de menor potência (evitar taquifilaxia), ou calcipotriol pomada.

Tempo de uso máximo de 4 semanas para MÉDIA POTÊNCIA:

- Furoato de mometasona 0,1%
- Propionato de fluticasona 0,05%
- Acetonido de triancinolona 0,1% 1x/dia

Tempo máximo de 3 meses para BAIXA POTÊNCIA:

- Dexametasona 0,1 a 0,2% (genérico)
- Acetato de hidrocortisona 1% 2x/dia

3. Calcipotriol tópico (manutenção)*

- Calcipotriol pomada a 0,005% 1x/dia - contínuo.

*solicitação do medicamento via LME, através da portaria PORTARIA Nº 1.229, DE 5 DE NOVEMBRO DE 2013. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1229_05_11_2013.html,

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/ANEXO/anexo_prt1229_05_11_2013.pdf

ATENÇÃO: casos de psoríase não responsivos, extensos (psoríase modera/grave) são candidatos a **TRATAMENTO SISTÊMICO**. Nestes casos, **ENCAMINHAR PARA O DERMATOLOGISTA** em posse dos seguintes exames:

Hemograma com contagem de plaquetas

VHS, PCR, ASLO, Ác. Úrico

ALT, AST, Fosf. Alcalina, gGT

Colesterol T, HDL, TGC

Uréia, Creatinina

Glicose, Hb Glic

Na, K, Mg, Ca

FAN (hep-2), IgE total

HbsAg, Anti-Hbs, Anti-HCV

VDRL

HIV I e II
PPD
Rx tórax PA/PE
USG abdominal total

Protocolo de acompanhamento de paciente com Psoríase em tratamento sistêmico:

METOTREXATO	ACITRETINA	CICLOSPORINA
Monitoramento hematológico, hepático e renal a cada 3 meses	Monitoramento hematológico, hepático e lipídios a cada 3 meses	Monitoramento hematológico, hepático, renal e eletrólitos a cada 3 meses e PA semanal
Hemograma com contagem de plaquetas ALT, AST Creatinina	Hemograma com contagem de plaquetas ALT, AST Colesterol T, HDL, TGC Creatinina	Hemograma com contagem de plaquetas ALT, AST Uréia, Creatinina Na, K, Mg, Ca Ác. Úrico

As renovações de receita podem ser feitas pelo médico assistente evitando o deslocamento desnecessário do paciente e facilitando o acesso de casos graves e urgentes.

Reencaminhar se:

- Houver piora do quadro (com o uso adequado da medicação);
- Apresentar alterações laboratoriais significativas;
- Estabilização da resposta (permanecendo com mais de 5% de área corporal acometida);
- Intercorrência (infecção, manifestação articular, etc);
- Mais de 6 meses de tratamento com ciclosporina (medicamento de resgate).

4.3. PITIRÍASE RÓSEA - CID L42

- Afecção inflamatória, de origem desconhecida, mais frequente no outono e verão, de ocorrência em ambos os sexos, não contagiosa, afebril. Surgimento de uma lesão maior - "medalhão" - de bordas ligeiramente elevadas, com centro amarelado e descamativo, que após 1 - 2 semanas desenvolvem lesões de características menores com seu eixo maior paralelo às linhas de clivagem da pele (formato em "árvore de natal"). Localizam-se no tronco, raiz dos membros e pescoço. Raramente afetam face, mãos e pés. Respeitam o couro cabeludo. São lesões geralmente assintomáticas, porém pode ocorrer prurido.

Orientações Gerais

- O tratamento nem sempre é necessário, uma vez que o quadro evolui para cura em 4-8 semanas, excepcionalmente em 14 semanas, com involução total sem deixar cicatrizes.

Terapêutica

Sintomáticos, em caso de prurido

- Anti-histamínicos.
- Corticóides de baixa potência (Hidrocortisona).

NÃO HÁ NECESSIDADE DE ENCAMINHAR AO DERMATOLOGISTA.

4.4. ERITRODERMIA ESFOLIATIVA - CID L26

- Erupção eritematosa e descamativa universal ou com pelo menos 80% da superfície corporal acometida.

Orientações Gerais

Nesse caso, é necessária uma anamnese bem feita, investigando:

- Doenças preexistentes (pênfigo foliáceo, pitiríase rubra pilar, eritrodermia ictiosiforme congênita).
- Uso de drogas utilizadas de forma intempestiva para o tratamento de algumas doenças dermatológicas (psoríase, dermatite seborréica, dermatite atópica, dermatite de contato, dermatite de estase, líquen plano, etc).
- Erupção por drogas (bismuto, ouro, anestésicos, sulfamídicos, arsenicais, antibióticos e drogas de uso neurológico).
- Pode-se tratar também de uma forma inicial de linfoma (S. sézary, micose fungóide). Eritema generalizado de surgimento súbito ou insidioso, descamação e prurido variável. Pode cursar com anorexia, sensação de frio, febre, fadiga, perda de peso, enfartamento de linfonodos, pode evoluir com septicemia. As evoluções crônicas podem assumir um aspecto liquenificado.

O aparecimento de placas infiltradas, nódulos e tumores indica linfoma.

ENCAMINHAR AO DERMATOLOGISTA.

Tabela: Potência dos Corticosteróides (CE) tópicos

Potência		
I	Muito Alta	17-Propionato de Clobetasol 0,05% Propionato de Halobetasol 0,05% Dipropionato de Betametasona (DMSO) 0,05%
II	Alta	Dipropionato de Betametasona 0,05% Acetonido de Triancinolona 0,5% Desoximetasona 0,25%
III	Média	Valerato de Betametasona 0,1% Furoato de Mometasona 0,1% Propionato de fluticasona 0,05%
IV	Baixa	Valerato de betametasona 0,05% Desonida 0,05% 17-Valerato de Hidrocortisona 0,2% Acetonido de Triancinolona 0,025%
V	Muito Baixa	Dexametasona 0,1% Hidrocortisona 0,5-2,5%

Como regra: NÃO USAR corticosteroides na face e regiões periorificiais. Em casos selecionados APENAS aqueles de potência muito baixa, por no máximo 7 dias.

CAPÍTULO 5 - DERMATOSES DEVIDAS A EXPOSIÇÃO SOLAR CRÔNICA

5.1. CERATOSES SOLARES/ACTÍNICAS - CID L57.0

Geral

- Queratoses actínicas (QAs ou queratoses solares) são máculas, pápulas ou placas ceratóticas resultantes da proliferação intraepidérmica de queratinócitos atípicos em resposta à exposição prolongada à radiação ultravioleta.
- Embora a maioria das QAs não progrida para carcinoma de células escamosas (CEC), elas são preocupantes porque a maioria dos CECs cutâneos surge de QAs pré-existentes.
- Lesões de base eritematosa ou infiltrada devem ser encaminhadas para avaliação com dermatologista, devido a possibilidade de já se tratar de um carcinoma espinocelular.

Terapêutica

1) Para todos os casos:

- Fotoproteção
 - Filtro solar UVA/UVB, FPS 30, aplicar a cada 2 a 3 horas nos horários de sol
 - Uso de roupas de manga longa e luvas para proteção da pele. Atualmente existem roupas com proteção UVA/UVB, que são ideais, mas mesmo roupas comuns de algodão já auxiliam na proteção da pele e seu uso deve ser encorajado em pacientes que trabalham expostos ao sol.
 - Chapéus e bonés também são importantes, principalmente no sexo masculino (para proteção das áreas de calvice).
- O paciente deve ser orientado que as lesões de pele são secundárias a exposição cumulativa ao sol e que a fotoproteção é uma medida essencial para evitar o surgimento de novas lesões.

2) Lesões isoladas e hiperkeratóticas

- Aplicação de ácido tricloroacético (ATA) 30 a 50% nas lesões (feito na UBS)

3) Múltiplas lesões finas

Prescrever

USO TÓPICO

- 5-Fluoruracila 5% creme
 - Aplicar o creme nas lesões de pele 2 vezes ao dia, por 30 dias.
 - Cada curso de tratamento deve ser realizado em pequenas áreas de superfície corporal de cada vez (antebraços, face, pernas). Se a aplicação for feita usando as mãos, as mesmas devem ser bem lavadas logo em seguida. Aplicar filtro solar (reaplicar ao longo do dia).
 - Atenção ao tópico “Importante” abaixo, com orientações que devem ser dadas aos pacientes.

Grande área acometida ou lesões suspeitas

Encaminhar para avaliação com dermatologista

Importante

O paciente deve ser bem orientado sobre os efeitos esperados do uso tópico da medicação acima e sobre os cuidados a serem tomados para evitar complicações:

- Orientar quanto a higiene local e cuidados em casa

- **Explicar que nos locais tratados as lesões irão piorar clinicamente, formando feridas. Isso faz parte do tratamento e significa que a medicação está fazendo o efeito esperado. NÃO SUSPENDER O TRATAMENTO.**
- Orientar que a exposição solar pode agravar as lesões durante o tratamento e deve ser evitada (pode, inclusive, causar queimaduras graves). A critério do médico assistente o tratamento pode ser postergado para outono ou inverno, visando uma menor exposição solar e menor risco de complicações.
- Essa medicação pode ser usada em idosos, mas não deve ser prescrita para gestantes ou mulheres amamentando.

Se o paciente procurar a UBS devido aos sintomas após o início da medicação:

- Avaliar presença de infecção secundária das lesões e tratar, se necessário.
- Se o paciente apresentar prurido intenso e eczema no local da aplicação ou distantes, pode ser uma reação de hipersensibilidade ao medicamento e o mesmo deve ser descontinuado.

5.2. MELASMA - CID L81.1

Geral

- Distúrbio caracterizado pelo surgimento de manchas escuras na pele, mais comumente na face, embora também possa acometer braços, pescoço e colo.
- Muitas vezes, essa condição está relacionada com gravidez, uso de anticoncepcionais e, principalmente, exposição solar.

Terapêutica

Além de medidas para evitar a radiação solar, como atenção aos horários de exposição, vestimentas adequadas, uso óculos de sol e instalação de película de proteção solar (insulfilm) nos vidros de carros, o tratamento inclui:

- Filtro solar UVA/UVB, FPS \geq 60, aplicar a cada 2 h nos horários de sol
 - É fundamental que a (o) paciente com melasma proteja a pele do sol com filtro solar que contenha também filtro físico com proteção alta e com pigmentos coloridos (base) sempre que houver exposição da pele ao sol ou mormaço.
 - Recomenda-se a aplicação no rosto pelas manhãs, com reaplicação a cada 2 horas durante exposição solar intensa.
 - A pele do melasma não pode e não deve ficar vermelha, irritada, queimando ou com ardor, pois qualquer inflamação piora a hiperpigmentação. Sendo assim a pele com melasma, além de filtro solar com cor, precisa de hidratação com substâncias calmantes.

Prescrever

USO TÓPICO

- **Hidroquinona 4% creme**
 - Aplicar nas lesões à noite, ao deitar, por 3-4 meses. Orientar o uso de filtro solar no dia seguinte após lavar o rosto pela manhã.

OBS: não usar em pacientes com fototipos altos, ou seja, pacientes de pele parda e negra, devido ao risco de despigmentação da pele. Nestes casos, é mais seguro o tratamento abaixo:

- **Tretinoína 0,05% creme**
 - Aplicar nas lesões da face ao deitar, por 3-4 meses.

OBS: Em ambos os tratamentos é necessário usar protetor solar ao longo do dia. As medicações acima não devem ser usadas em gestantes ou lactantes.

Para gestantes

USO TÓPICO

- **Ácido azelaico tópico 15% gel ou 20% creme**
 - Aplicar nas áreas afetadas duas vezes ao dia.

OBS: O ácido azelaico é categoria B na gestação (pode ser usado em gestantes). No entanto, geralmente se recomenda que o tratamento seja protelado até o final da gestação, quando a influência hormonal estará reduzida.

Importante

- As manchas clareiam, mas podem voltar a pigmentar com exposição solar. Não é incomum as pacientes perceberem melhora (ou até desaparecimento) no inverno, com piora no verão.
- O uso de anticoncepcionais, terapia de reposição hormonal e gravidez pioram o quadro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.- 1ª edição. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 142p.:il. - (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09) - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 174) ISBN 978-85-334-0510-3
2. Câmara Técnica de Especialidades da Prefeitura Municipal de Campinas. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde - Guia Prático. Secretaria de Saúde. Disponível em www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO616.pdf Acesso em 25/07/2013
3. Lupi O, Cunha PR. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2ª Ed. Editora GEN, 2012 680p. ISBN: 9788581140841
4. Miot HA, Miot LDBH. Protocolo de Conduas em Dermatologia. 1ª Ed. Editora Roca. 2012. 284p. ISBN: 9788541200127
5. SBD. Consenso Brasileiro de Psoríase 2012 - Guias de Avaliação e Tratamento. 2ª Ed. 2012 ISBN 978-85-89240-04-8
6. AZULAY, R.D.; AZULAY, L. Dermatologia. 6. ed. São Paulo: Guanabara-Koogan, 2013
7. Bologna, JL; Jorizzo , JL; Rapini, RP. Dermatologia 3. ed. Rio de Janeiro- Elsevier, 2015
8. Sampaio SAP; Rivitti, EA. Dermatologia 3. ed. São Pulo - Artes Médicas, 2007

Manual – TELEDERMATOLOGIA: Protocolos de Conduta Clínica de Doenças Dermatológicas na ABS

Autores:

Aldo von Wangenheim
Daniel Holthausen Nunes
Harley Miguel Wagner

Versão 2.0
Status: Final

NOVEMBRO - 2019

© 2011-2019 INCoD – Brazilian Institute for Digital Convergence

All rights reserved and protected under Brazilian Law No. 9.610 from 19/02/1998. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning, or otherwise.



Brazilian Institute for Digital Convergence

Federal University of Santa Catarina - UFSC
Campus Universitário João David Ferreira Lima - Trindade
Departamento de Informática e Estatística - Room 320
Florianópolis-SC - CEP 88040-970

Phone/FAX: +55 48 3721-4715
www.incod.ufsc.br

ISSN 2236-5281

Relatório Técnico do Instituto Nacional para Convergência Digital/
Departamento de Informática e Estatística, Centro Tecnológico,
Universidade Federal de Santa Catarina. -- v.9, n.7 (2019)
Florianópolis: INE, UFSC, 2019

Resumo em Inglês

ISSN 2236-5281

1. Convergência digital. 2. Tecnologia da informação.
3. Informática na saúde. 4. Mídia digital. 5. Telemedicina.

Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de
Informática e Estatística.