

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Dermatologia

Versão Digital

2022

<p><i>Supervisão geral:</i> Arita Bergmann</p> <p><i>Coordenação:</i> Roberto Nunes Umpierre Natan Katz</p> <p><i>Coordenação científica:</i> Marcelo Rodrigues Gonçalves</p> <p><i>Organização e Edição:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Elise Botteselle de Oliveira Luíza Emília Bezerra de Medeiros Rudi Roman</p> <p><i>Autores:</i> Ana Carolina Krum dos Santos Ana Cláudia Magnus Martins Dimitris Rucks Varvaki Rados Elise Botteselle de Oliveira Josué Basso Juliana Tosetto Santin Kelli Wagner Gomes Kenselyn Oppermann Letícia Gaertner Mariani Luíza Emília Bezerra de Medeiros Milena Rodrigues Agostinho Rech Natan Katz Rafaela Caroline Clarinda Melo Renata Rosa de Carvalho Rudi Roman Taiane Sawada de Souza</p>	<p><i>Revisão técnica:</i> Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre Renato Marchiori Bakos Sociedade Brasileira de Dermatologia Clarissa Prati</p> <p><i>Colaboração:</i> Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS Laura Sarti de Oliveira Jaqueline Monteiro Maria Carolina Widholzer Rey Silma Maria Alves de Melo Glauciene Analha Leister</p> <p><i>Normalização:</i> Geise Ribeiro da Silva</p> <p><i>Projeto gráfico, design e capa:</i> Débora Renata de Moura Ramos Gyziane Souza da Silva Lorena Bendati Bello Michelle Iashmine Mauhs</p> <p><i>Diagramação:</i> Lorena Bendati Bello</p>
---	---

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Dermatologia Adulto**: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 14 abr. 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2022.
Porto Alegre – RS.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: DERMATOLOGIA.....	3
Mudanças da nova versão	5
Protocolo 1 – Acne.....	7
Protocolo 2 – Câncer de Pele Melanoma.....	8
Protocolo 3 – Câncer de Pele Não Melanoma, Ceratoses Actínicas e Lesões Benignas de Pele e Tecido Subcutâneo...9	
Protocolo 4 – Dermatite Atópica	11
Protocolo 5 – Outros Eczemas ou Dermatites (Dermatite Seborreica, Dermatite de Contato, Eczema Disidrótico e Eczema de Estase).....	12
Protocolo 6 – Micoses.....	13
Protocolo 7 – Psoríase.....	14
Protocolo 8 – Alopecia	15
Protocolo 9 – Urticária e Angioedema.....	16
Protocolo 10 – Prurido	17
Protocolo 11 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso	18
Protocolo 12 – Rosácea.....	19
Protocolo 13 – Melasma	20
Protocolo 14 – Vitiligo	21
Protocolo 15 – Hanseníase.....	22
REFERÊNCIAS.....	23
APÊNDICES – QUADROS AUXILIARES	30

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Dermatologia

O protocolo de Dermatologia será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014, como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Dermatologia. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasia maligna cutânea devem ser direcionados preferencialmente a serviços de Oncologia. Aqueles com doenças vesicobolhosas (p. ex. pênfigo vulgar), erupções pustulosas, farmacodermias graves, eritrodermias (que não necessitem de internação), dermatite atópica grave, psoríase grave ou acne grave devem ter preferência no encaminhamento para a Dermatologia quando comparados com outras condições previstas neste protocolo.

Os pacientes com critérios para encaminhamento para Oncologia devem ser atendidos nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia, conforme a legislação vigente. O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nos UNACONS/CACONS, estando apresentadas neste protocolo conforme a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

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;
- xantelasma;
- siringoma;
- nevo rubi;
- acrocórdon/fibroma mole;
- nevo melanocítico sem suspeita de neoplasia ou sinais de alarme;
- cicatriz considerada inestética, mas sem componente hipertrófico ou queloidiano.

Excetua-se os casos em que o dano físico estético resulta de atos de violência contra a mulher, como previsto na Lei Estadual nº 13.448 de 22 de abril de 2010. 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 continuado, como vitiligo, acne e melasma. Os critérios para encaminhamento dessas condições constam nos protocolos a seguir.

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

Atenção: oriente o paciente e/ou responsável 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 em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 04 de janeiro de 2018.

Última revisão em 14 de abril de 2022.

Mudanças da nova versão

- Inclusão de um novo protocolo:
 - Protocolo 15 – Hanseníase.
- Atualização dos conteúdos descritivos mínimos, solicitando o anexo de imagens das lesões referentes às condições previstas em protocolos, uma vez que a visualização da imagem da lesão e/ou quadro do paciente permite a qualificação do encaminhamento.
- No Protocolo 1 – Acne:
 - atualização dos quadros 1 (tratamento clínico otimizado para acne conforme gravidade) e 2 (opções medicamentosas para tratamento da Acne na APS).
- No Protocolo 2 – Câncer de Pele Melanoma:
 - atualização das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Oncologia Cabeça e Pescoço.
- No Protocolo 3 – Câncer de Pele Não Melanoma, Ceratoses Actínicas e Lesões Benignas de Pele e Tecido Subcutâneo):
 - incluídas as indicações de encaminhamento por lesões benignas de pele e tecido subcutâneo;
 - atualização das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Oncologia Cirurgia Pele, Cirurgia Ambulatorial, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Estomatologia e Oftalmologia;
 - inclusão do quadro 6 com resumo das especialidades mais indicadas para o tratamento de lesões de pele benignas, malignas e suspeitas com necessidade de tratamento cirúrgico.
- No Protocolo 4 – Dermatite Atópica:
 - inclusão de condições que indicam encaminhamento para a Imunologia;
 - atualização do quadro 10 (tratamento clínico otimizado para dermatite atópica);
 - inclusão dos quadros 8 e 9, com descrição do índice de qualidade de vida dermatológico para adultos e crianças e adolescentes, e do quadro 11, com a descrição da potência dos corticosteroides tópicos.
- No Protocolo 6 – Micoses:
 - atualização dos quadros 14 (tratamento clínico otimizado para candidíase mucocutânea), 15 (tratamento clínico otimizado para dermatofitoses), 16 (tratamento clínico otimizado para pitíriase versicolor) e 17 (tratamento clínico otimizado para onicomicose).
- No Protocolo 7 – Psoríase:
 - atualização das indicações de encaminhamento;
 - atualização do quadro 19 (tratamento tópico otimizado para psoríase em adultos conforme região acometida);
 - inclusão do quadro 20 (tratamento tópico otimizado para psoríase em crianças).
- No Protocolo 8 – Alopecia:
 - atualização do quadro 23 (características e manejo das alopecias e queda de cabelo).

- No Protocolo 9 – Urticária e Angioedema:
 - atualização do título do protocolo e das indicações de encaminhamento;
 - atualização do quadro 24 (investigação e tratamento para urticária crônica).
- No Protocolo 11 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso:
 - expansão dos critérios de encaminhamento para Dermatologia e inclusão de critérios para referenciamento à Obstetrícia;
 - atualização do quadro 27 (tratamento para Verrugas Virais).
- No Protocolo 13 – Melasma:
 - atualização do quadro 30 (tratamento clínico otimizado para melasma).
- No Protocolo 14 – Vitiligo:
 - atualização das indicações de encaminhamento;
 - atualização do quadro 31 (avaliação e tratamento do vitiligo).

Protocolo 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);
- acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes);
- 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](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. tipo (comedões, pápulas, pústulas, nódulos, cistos);
 - b. distribuição (localização);
 - c. tempo de evolução;
 - d. gravidade (leve, moderada ou grave);
 - e. apresenta sintomas sistêmicos como febre ou artralgia (sim ou não). Se sim, descreva;
2. anexar fotografias das lesões;
3. tratamentos já realizados (medicações tópicas e sistêmicas com o tempo de tratamento);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Câncer de Pele Melanoma

Atenção: pessoas com suspeita clínica de melanoma ([quadro 3](#)) devem ser avaliadas em serviços de referência com brevidade. Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543 para discussão clínica e definição de necessidade de encaminhamento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Pele:

- melanoma confirmado em anatomopatológico, se necessária investigação de linfonodo sentinela¹;
- melanoma confirmado em anatomopatológico, sem indicação de investigação de linfonodo sentinela, se ampliação de margens não puder ser realizada na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial;
- suspeita clínica de melanoma ([quadro 3](#)).

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](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Cabeça e Pescoço:

- lesão bucal com suspeita clínica de melanoma;
- melanoma em região bucal confirmado em anatomopatológico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. localização;
 - b. tamanho em cm;
 - c. características (assimetria, bordas, cores, crescimento);
 - d. ulceração (sim/não);
 - e. tempo de evolução;
2. anexar fotografias da lesão;
3. 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);
4. apresenta alto risco para desenvolver melanoma (sim ou não). Se sim, descreva os fatores ([quadro 4](#));
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Não há indicação para investigação de linfonodo sentinela em casos de melanoma in situ ou melanoma com Breslow < 0,8 mm, sem ulceração (confirmado por biópsia excisional). Todos os outros casos devem ser encaminhados para Oncologia Cirurgia Pele para definição.

Protocolo 3 – Câncer de Pele Não Melanoma, Ceratoses Actínicas e Lesões Benignas de Pele e Tecido Subcutâneo

As especialidades mais indicadas para o tratamento de lesões de pele benignas, malignas e suspeitas com necessidade de tratamento cirúrgico estão resumidas no [quadro 6](#). Atentar para as ofertas regionais, especialmente casos com necessidade de cirurgias ambulatoriais, realização de biópsia e cirurgia geral de média complexidade.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- lesões suspeitas ou malignas¹ pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), 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:
 - refratária ao tratamento clínico otimizado ([quadro 7](#)); ou
 - em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, transplantados, imunodeficiências primárias); ou
 - lesões hiperkeratóticas que impossibilitem o tratamento tópico;
- lesões benignas (lipoma e cisto epidérmico) pequenas (até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Pele:

- tumores com suspeita de malignidade¹, que não contemplem as outras especialidades (Dermatologia, Cirurgia Plástica ou Oftalmologia, Estomatologia) localizados em:
 - tronco e membros: maiores do que 2 cm; ou
 - face e pescoço: maiores do que 1 cm;
- 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);
- tumores irrecorríveis com indicação de cirurgia higiênica (infecções recorrentes com odor fétido, sangramento, dor, piora funcional importante, necrose extensa).

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

- lesões benignas (lipoma ou cisto epidérmico) pequenas (até 5 cm), com prejuízo psicológico ou funcional e desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Geral:

- lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo) grandes (> 5 cm), não localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas ou articulações), com desejo de remoção cirúrgica;
- onicocriptose (unha encravada) com indicação cirúrgica, quando não abordada na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Plástica:

- lesões benignas (lipoma, cisto sebáceo), localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), com desejo de remoção cirúrgica, quando não abordadas em agenda de Dermatologia ou Cirurgia Ambulatorial;
- lesões suspeitas de malignidade¹, localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), na indisponibilidade de confirmação por anatomopatológico, quando não abordadas em agenda de Dermatologia ou Cirurgia Ambulatorial;
- lesões complexas, extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto (se malignas, após avaliação na referência regional de Oncologia Cirurgia Pele).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Estomatologia:

- lesão labial ou em cavidade bucal, pequena ou superficial, passível de biópsia incisional ou remoção cirúrgica ambulatorial¹.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

- lesões palpebrais benignas, malignas ou suspeitas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. localização;
 - b. tamanho em cm;
 - c. cor(es);
 - d. presença de ulceração (sim ou não);
 - e. tempo de evolução;
2. anexar fotografias da lesão;
3. 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);
4. se ceratose actínica, descreva tratamentos realizados;
5. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Resultado de biópsia com evidência de lesão neoplásica maligna ou alta suspeita clínica de lesão bucal maligna não melanoma devem ser encaminhados para Oncologia Cirurgia Cabeça e Pescoço.

Protocolo 4 – Dermatite Atópica

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

- eczema herpeticum grave¹ sobreposto às lesões de dermatite atópica;
- 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 extensa²;
- dermatite atópica que ocasione prejuízo funcional grave (índice de qualidade de vida maior que 10 - [quadro 8](#), para adultos, ou [quadro 9](#), para crianças e adolescentes);
- dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês ([quadro 10](#));
- dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado ([quadro 10](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia ou Gastroenterologia Pediátrica:

- dermatite atópica com suspeita de alergia alimentar associada a:
 - quadros extensos e de difícil controle, refratários ao tratamento clínico otimizado ([quadro 10](#)), associados ou não a sinais e sintomas sistêmicos como vômitos, diarreia e atraso do crescimento/desenvolvimento;
 - exacerbações da doença dentro de minutos a poucas horas após o consumo de determinados alimentos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. lesões e localização;
 - b. tempo de evolução;
 - c. outros sinais e sintomas associados;
2. anexar fotografias de todas as áreas cometidas;
3. paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva o índice de qualidade de vida (DLQI - [quadro 8](#) ou CDLQI - [quadro 9](#));
4. tratamento em uso ou já realizado para dermatite atópica (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Eczema herpeticum grave: novas lesões vesico-pustulares, erosões e crostas hemorrágicas acometendo extensamente a superfície cutânea, com repercussão sistêmica como febre e linfadenopatia.

²Áreas disseminadas de pele seca, prurido intenso e incessante (com ou sem escoriações, espessamento da pele, sangramento, fissuras, exsudação e alteração da pigmentação).

Protocolo 5 – 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 8](#), para adultos, ou [quadro 9](#), para crianças ou adolescentes);
- eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema ([quadro 12](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. lesões e localização;
 - b. tempo de evolução;
 - c. outros sinais e sintomas associados;
2. anexar fotografias de todas as áreas acometidas;
3. paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva o índice de qualidade de vida (DLQI - [quadro 8](#) ou CDLQI - [quadro 9](#));
4. tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Micoses

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de micose subcutânea ([quadro 13](#));
- candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitiríase versicolor, se:
 - quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias); ou
 - refratária ao tratamento clínico otimizado ([quadro 14](#), [quadro 15](#) e [quadro 16](#));
- onicomicose refratária ao tratamento clínico otimizado ([quadro 17](#)) e com pelo menos 1 dos critérios:
 - episódios de erisipela ou celulite no membro ipsilateral; ou
 - presença de dor ou desconforto; ou
 - suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. descrição das lesões e localização;
 - b. localização;
 - c. tempo de evolução.
2. anexar fotografias de todas as áreas acometidas
3. anexar laudo de exame confirmatório (como cultura ou exame micológico direto), preferencialmente, ou descrever na íntegra seus resultados, com data (se realizado);
4. tratamento em uso ou já realizados para a infecção fúngica (medicamentos utilizados com dose e tempo de uso);
5. paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, descreva;
6. episódio prévio de erisipela ou celulite (sim ou não). Se sim, descreva localização e quantidade de episódios;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 7 – Psoríase

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

- suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada ([quadro 18](#));
- suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica com instabilidade hemodinâmica ou sinais de infecção sistêmica ([quadro 18](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada ([quadro 18](#)), após avaliação em serviço de urgência/emergência;
- suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica ([quadro 18](#));
- 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 8](#), para adultos, ou [quadro 9](#), para crianças e adolescentes);
- psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado por 3 meses ([quadro 19](#) e [quadro 20](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reumatologia:

- diagnóstico de artrite psoriásica ([quadro 21](#));
- suspeita de artrite psoriásica ([quadro 22](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. lesões e localização;
 - b. tempo de evolução;
 - c. estimativa da área de superfície corporal acometida (BSA¹);
 - d. outros sinais e sintomas associados;
2. anexar fotografias de todas as áreas acometidas;
3. paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva o índice de qualidade de vida (DLQI - [quadro 8](#) ou CDLQI - [quadro 9](#));
4. tratamento em uso ou já realizado para a psoríase (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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.

Protocolo 8 – Alopecia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- alopecias cicatriciais ([quadro 23](#));
- alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida;
- alopecia areata ofiásica (alopecia em faixa nas regiões laterais e occipital do couro cabeludo);
- alopecia areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses ([quadro 23](#));
- alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado por 12 meses ([quadro 23](#));
- queda de cabelo há pelo menos 6 meses, com teste de tração positivo¹, na ausência de fatores desencadeantes ([quadro 23](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. descrição da queda de cabelo (alopecia em placas/difusa, eritema, pústulas, descamação);
 - b. tempo de evolução;
 - c. apresenta teste de tração positivo¹ (sim ou não);
2. anexar fotografias de todas as áreas acometidas;
3. tratamento em uso ou já realizado para alopecia (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
4. utiliza outros medicamentos continuamente (sim ou não). Se sim, descreva;
5. resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, ferritina, VDRL, TSH;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Teste de tração: tracionam-se 50 a 60 fios de cabelo. A fácil remoção de 3 a 6 fios sugere que o teste é positivo.

Protocolo 9 – 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 24](#)).

Condições clínicas que indicam 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:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. lesões e localização;
 - b. tempo de evolução;
 - c. outros sinais e sintomas associados;
2. tratamento em uso ou já realizado para urticária (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
3. resultado de exames laboratoriais (hemograma com plaquetas, VHS/VSG e PCR), com data (se realizados);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 10 – 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 25](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. tempo de evolução;
 - b. apresenta lesões cutâneas (sim ou não). Se sim, descreva as características clínicas e localização;
 - c. outros sinais e sintomas associados;
2. anexar fotografias de lesões de pele (se presentes);
3. resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, GGT, TSH, creatinina, raio-x de tórax, anti-HIV, anti-HCV e HBsAg (ou testes rápidos para HIV, HBV e HCV);
4. tratamento em uso ou já realizado para prurido (medicamentos utilizados com posologia, tempo de uso e orientações);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 11 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso

Condições clínicas que indicam 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 26](#), [quadro 27](#) e [quadro 28](#)) ou com progressão rápida no número de lesões; ou
 - em paciente imunocompetente, refratário ao tratamento por pelo menos 3 meses ([quadro 26](#), [quadro 27](#) e [quadro 28](#)); ou
 - em crianças com acometimento genital, se 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 periocular em adultos e crianças.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulheres com condiloma acuminado (verruga viral genital e 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 à 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):

- gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²);
- gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico (localização, número, tempo de evolução, extensão e toque retal, se condiloma anorretal);
2. anexar fotografias das lesões (se autorizado pelo paciente);
3. resultado teste rápido para HIV ou de anti-HIV, com data;
4. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);
5. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante (sim ou não);
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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 APS 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. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

Protocolo 12 – Rosácea

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- rosácea fimatosa (aumento de volume do tecido afetado na região do nariz, mento, glabella ou região malar);
- rosácea granulomatosa/pioderma facial (pápulas eritematosas, pústulas, cistos e trajetos fibrosos na região malar, periorbital e perioral, de surgimento súbito e na ausência de comedões);
- rosácea refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses ([quadro 29](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oftalmologia:

- rosácea ocular refratária ao tratamento clínico otimizado (higiene das margens palpebrais, lubrificante ocular e antibiótico oral - [quadro 29](#)), por 8 a 12 semanas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. apresentação (eritema, telangiectasias, pápulas, pústulas ou fimas);
 - b. localização;
 - c. tempo de evolução;
2. anexar fotografias de todas as áreas acometidas;
3. tratamentos em uso ou já realizados para rosácea (medicações tópicas e sistêmicas, com posologia e tempo de uso);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 13 – Melasma

Condições clínicas que indicam a 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 ([quadro 30](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (tempo de evolução e características da lesão);
2. anexar fotografias de todas as áreas acometidas;
3. tratamento em uso ou já realizado para melasma (medicamentos, posologia e tempo de uso);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 14 – Vitiligo

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- vitiligo extenso (mais de 10% da área de superfície corporal - BSA¹);
- vitiligo rapidamente progressivo² (iniciar tratamento e encaminhar) ([quadro 31](#));
- vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses ([quadro 31](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. localização;
 - b. tempo de evolução;
 - c. estimativa da área de superfície corporal acometida (BSA¹);
2. anexar fotografias de todas as áreas acometidas;
3. tratamentos já realizados para vitiligo (medicamentos, posologia e tempo de uso);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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.

²Vitiligo rapidamente progressivo: surgimento abrupto de várias novas lesões ou aumento importante das lesões prévias ao longo de poucas semanas/meses.

Protocolo 15 – Hanseníase

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de hanseníase podem ser tratados na APS ou podem ser diretamente encaminhados para a referência regional em hanseníase. Na indisponibilidade, encaminhar ao serviço de referência para a condição no Estado, o Ambulatório de Dermatologia Sanitária - setor de Hanseníase: (51) 3288-7659.

Condições clínicas que indicam a 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 hansênica¹ 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 recidiva²;
- 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:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. descrição das lesões e localização;
 - b. número de lesões
 - c. tempo de duração;
2. anexar fotografias de todas as lesões de pele;
3. efeito adverso relacionado à poliquimioterapia (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e a medicação suspeita;
4. suspeita de reação hansênica (sim ou não). Se sim, descreva o quadro e o tratamento iniciado, com doses e duração;
5. outras doenças associadas (nefropatia, hepatopatia, doença hematológica - sim ou não). Se sim, descreva;
6. suspeita de recidiva² (sim ou não). Se sim, descreva o tratamento realizado e sua duração;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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.

Referências

- ADAMS, D. R.; MARKS, J. G. **Acute palmoplantar eczema (dyshidrotic eczema)**. Waltham (MA): UpToDate, 1 Aug. 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/acute-palmoplantar-eczema-dyshidrotic-eczema>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- AOKI, V. *et al.* Consensus on the therapeutic management of atopic dermatitis - Brazilian Society of Dermatology. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Barcelona, v. 94, n. 2, s. 1, p. 67-75, Apr. 2019. Doi 10.1590/abd1806-4841.2019940210.
- ARMSTRONG, A. W. *et al.* From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation: treatment targets for plaque psoriasis. **Journal of the American Academy of Dermatology**, St. Louis, v. 76, n. 2, p. 290-298, Feb. 2017. Doi 10.1016/j.jaad.2016.10.017.
- AUBÉ, M.; MCCAMMON, K. A. **Male adult circumcision**. Waltham (MA): UpToDate, 29 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/male-adult-circumcision>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; AZULAY-ABULAFIA, L. **Dermatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- BATAILLE, V.; DE VRIES, E. Melanoma - Part 1: epidemiology, risk factors, and prevention. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2249, 20 Nov. 2008. Doi 10.1136/bmj.a2249.
- BAXTER, J. M.; PATEL, A. N.; VARMA, S. Facial basal cell carcinoma. **British Medical Journal**, London, v. 345, e5342, 21 Aug. 2012. Doi 10.1136/bmj.e5342.
- BERGFELD, W. **Telogen effluvium**. Waltham (MA): UpToDate, 7 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/telogen-effluvium>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- BERMAN, B. **Treatment of actinic keratosis**. Waltham (MA): UpToDate, 13 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-actinic-keratosis>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- BOLOGNIA, J.; SCHAFFER, J. V.; CERRONI, L. **Dermatology**. 4. ed. Toronto: Elsevier, 2017.
- BONIOL, M. *et al.* Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, London, v. 345, e4757, 24 July 2012. Doi 10.1136/bmj.e4757.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporações de Tecnologias no SUS. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas psoríase**: relatório de recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, mar. 2019. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT-Psorise_CP_22_2019.pdf. Acesso em: 21 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. (Manual Técnico-Operacional). Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hansenise-4fev16-web.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniose-WEB.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2022**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

BROD, B. A. **Management of allergic contact dermatitis**. Waltham (MA): UpToDate, 23 Jan. 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-allergic-contact-dermatitis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

BRODELL, R.T.; DOLOHANTY, L. B. **Intertrigo**. Waltham (MA): UpToDate, 4 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/intertrigo>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CARUSI, D. A. **Condylomata acuminata (anogenital warts): treatment of vulvar and vaginal warts**. Waltham (MA): UpToDate, 8 Dec. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-treatment-of-vulvar-and-vaginal-warts>. Acesso em: 21 jan. 2022.

CERVANTES, J. *et al.* Alopecia areata of the beard: a review of the literature. **American Journal of Clinical Dermatology**, Auckland, v. 18, n. 6, p. 789-796, Dec. 2017. Doi 10.1007/s40257-017-0297-6.

CRIADO, P. R. *et al.* Consensus on the diagnostic and therapeutic management of chronic spontaneous urticaria in adults - Brazilian Society of Dermatology. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Barcelona, v. 94, n. 2, suppl 1, p. 56-66, Apr. 2019. Doi 10.1590/abd1806-4841.2019940209.

DAWSON, A. L.; DELLAVALLE, R. P. Acne vulgaris. **British Medical Journal**, London, v. 346, f2634, 8 May. 2013. Doi 10.1136/bmj.f2634.

DONOVAN, J.; GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. **Treatment of androgenetic alopecia in men**. Waltham (MA): UpToDate, 23 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-androgenetic-alopecia-in-men>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DUNCAN, B. B. *et al.* (ed.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DYNAMED. **Record n. T113813, Basal cell carcinoma of the skin**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 3 Dec. 2018. Disponível em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113813/Basal-cell-carcinoma-of-the-skin>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DYNAMED. **Record n. T116389, Vitiligo**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116389/Vitiligo>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DYNAMED. **Record n. T116742, Psoriasis**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116742/Psoriasis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DYNAMED. **Record n. T116909, Cutaneous squamous cell carcinoma**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116909>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DYNAMED. **Record n. T116937, Alopecia areata**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/alopecia-areata>. Acesso em: 21 jan. 2022.

DYNAMED. **Record n. T910284, Hair loss in adults: approach to the patient**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T910284>. Acesso em: 21 jan. 2022.

FAZIO, S. B.; YOSIPOVITCH, G. **Pruritus**: Therapies for localized pruritus. Waltham (MA): UpToDate, 7 July 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/pruritus-overview-of-management>. Acesso em: 21 jan. 2022.

FELDMAN, S. R. **Psoriasis**: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 30 Dec. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriasis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

FELDMAN, S. R. **Treatment of psoriasis in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 19 Jan. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults>. Acesso em: 21 jan. 2022.

FRANSWAY, A. F. **Stasis dermatitis**. Waltham (MA): UpToDate, 26 Aug. 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/stasis-dermatitis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GELLER A. C.; SWETTER, S. **Screening for melanoma in adults and adolescents**. Waltham (MA): UpToDate, 4 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-and-early-detection-of-melanoma>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GLADMAN, D. D.; RITCHLIN, C. **Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis**. Waltham (MA): UpToDate, 1 May 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriatic-arthritis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GOLDSMITH, L. A. *et al.* **Fitzpatrick's dermatology in general medicine**. New York: McGraw-Hill Professional, 2012.

GOLDSTEIN, A. O.; BHATIA, N. **Onychomycosis**: management. Waltham (MA): UpToDate, 20 Nov. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/onychomycosis-management>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. **Tinea versicolor (pityriasis versicolor)**. Waltham (MA): UpToDate, 23 Apr. 2020a. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/tinea-versicolor-pityriasis-versicolor>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. **Topical corticosteroids**: use and adverse effects. Waltham (MA): UpToDate, 10 Feb. 2020b. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/topical-corticosteroids-use-and-adverse-effects>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O.; MORRIS-JONES, R. **Cutaneous warts (common, plantar, and flat warts)**. Waltham (MA): UpToDate, 29 Oct. 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/cutaneous-warts-common-plantar-and-flat-warts>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GOROLL, A. H.; MULLEY JR, A. G. **Primary care medicine**: office evaluation and management of the adult patient. 7. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GRABER, E. **Acne vulgaris**: overview of management. Waltham (MA): UpToDate, 26 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/acne-vulgaris-overview-of-management>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GREYWAL, T. *et al.* Evidence-based recommendations for the management of acne fulminans and its variants. **Journal of the American Academy of Dermatology**, St. Louis, v. 77, n. 1, p. 109-117, July 2017. Doi 10.1016/j.jaad.2016.11.028.

GRIMES, P. E.; CALLENDER, V. D. **Melasma**: management. Waltham (MA): UpToDate, 16 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/melasma-management>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GRIMES, P. E. **Melasma**: epidemiology, pathogenesis, clinical presentation, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 30 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/melasma-epidemiology-pathogenesis-clinical-presentation-and-diagnosis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GRIMES, P. E. **Vitiligo**: management and prognosis. Waltham (MA): UpToDate, 2 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/vitiligo-management-and-prognosis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA. **Recomendação para o tratamento do melanoma cutâneo**. São Paulo: Grupo Brasileiro de Melanoma, 2019. Disponível em: <https://gbm.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Livro-GBM.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

HADDAD, A.; CHANDRAN, V. How can psoriatic arthritis be diagnosed early? **Current Rheumatology Reports**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 358-363, Aug. 2012. Doi 10.1007/s11926-012-0262-6.

HARRIES, M. J. *et al.* Management of alopecia areata. **British Medical Journal**, London, v. 341, c3671, 23 July 2010. Doi 10.1136/bmj.c3671.

HAWKES, J. E.; DUFFIN, K. C. **Erythrodermic psoriasis in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 22 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/erythrodermic-psoriasis-in-adults>. Acesso em: 21 jan. 2022.

ISAACS, S. N. **Molluscum contagiosum**. Waltham (MA): UpToDate, 24 Jan. 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/molluscum-contagiosum>. Acesso em: 21 jan. 2022.

KALB, R. E. **Pustular psoriasis**: pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 4 Jan. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pustular-psoriasis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

KAUFFMAN, C. A. **Oropharyngeal candidiasis in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 5 Oct. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-candidiasis-in-adults>. Acesso em: 21 jan. 2022.

KHAN, D. A. **Chronic spontaneous urticaria**: standard management and patient education. Waltham (MA): UpToDate, 18 Aug. 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/chronic-urticaria-standard-management-and-patient-education>. Acesso em: 21 jan. 2022.

LIU, V.; ARMSTRONG, A. W.; MIHM, M. C. **Pathologic characteristics of melanoma**. Waltham (MA): UpToDate, 14 July 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pathologic-characteristics-of-melanoma>. Acesso em: 21 jan. 2022.

LYNCH, M. D.; CLIFFE, J.; MORRIS-JONES, R. Management of cutaneous viral warts. **British Medical Journal**, London, v. 348, g3339, 27 May 2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g3339>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MAIER, L. E.; HELFRICH, Y. R. **Rosacea**: pathogenesis, clinical features, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 8 June 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/rosacea-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MAIER, L. E. **Management of rosacea**. Waltham (MA): UpToDate, 5 Jan. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-rosacea>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MARTINS, G. A.; ARRUDA, L.; MUGNAINI, A. S. B. Validação de questionários de avaliação da qualidade de vida em pacientes de psoríase. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 79, p. 521-535, out. 2004. Doi 10.1590/S0365-05962004000500002.

MCDONALD, K. A. *et al.* Hair pull test: evidence-based update and revision of guidelines. **Journal of the American Academy of Dermatology**, St. Louis, v. 76, n. 3, p. 472-477, Mar. 2017. Doi 10.1016/j.jaad.2016.10.002.

MCMICHAEL, A. **Female pattern hair loss (androgenetic alopecia in females)**: management. Waltham (MA): UpToDate, 21 Dec. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-pattern-hair-loss-androgenetic-alopecia-in-women-treatment-and-prognosis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MENTER, A. *et al.* Joint American Academy of Dermatology - National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. **Journal of the American Academy of Dermatology**, St. Louis, v. 82, n. 6, p. 1445-1486, 1 June 2020. Doi 10.1016/j.jaad.2020.02.044.

MESSENGER, A. G. **Alopecia areata**: management. Waltham (MA): UpToDate, 29 Nov. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/alopecia-areata-management>. Acesso em: 21 jan. 2022.

MORIARTY, B.; HAY, R.; MORRIS-JONES, R. The diagnosis and management of tinea. **British Medical Journal**, London, v. 345, e4380, 10 July 2012. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/345/bmj.e4380>. Acesso em: 21 jan. 2022.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Atopic eczema in under 12s**: diagnosis and management. National Institute for Health and Clinical Excellence, Dec. 2007 [atual. 2 mar 2021]. (Clinical Guideline, n. 57). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg57>. Acesso em: 21 jan. 2022.

OLIVIERI, I. *et al.* The challenge of early diagnosis of psoriatic arthritis. **Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 35, n. 1, p. 3-5, Jan. 2008. PMID: 18176985.

PALLER, A. S.; LUND, E. B. **Psoriasis in children**: management of chronic plaque psoriasis. Waltham (MA): UpToDate, 29 Sep. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/psoriasis-in-children-management-of-chronic-plaque-psoriasis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

PALMA, S. (coord.). **Consenso brasileiro de psoríase 2020**: algoritmo de tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2020. Disponível em: https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/152/770a01deea02365ae98071043abd3f12.pdf. Acesso em: 21 jan. 2022.

PRATI, C.; COMPARIN, C; BOZA, J. C.; CESTARI, T. F. Validação para o português falado no Brasil do instrumento Escore da Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI). **Medicina Cutânea Ibero-Latino-Americana**, Barcelona, v. 38, n. 6, p. 229-233, 2010. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2010/mc106c.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

RICE, P. L.; ORGILL, D. P. **Assessment and classification of burn injury**. Waltham (MA): UpToDate, 25 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-classification-of-burn-injury>. Acesso em: 21 jan. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para reumatologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 15 mar. 2015 [atual. 10 set. 2015]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_reumatologia_TSRS_20160324.pdf. Acesso em: 21 jan. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Lei nº 13.448, de 22 de abril de 2010. Cria Regime Especial de Atendimento para a mulher vítima de violência doméstica e familiar, nos serviços públicos de saúde, de referência em cirurgia plástica, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, quando o dano físico necessite de realização de procedimento cirúrgico estético reparador. **Diário Oficial do Estado (Rio Grande do Sul)**, Porto Alegre, n. 75, seção 1, 23 abr. 2010. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/filerepository/repLegis/arquivos/13.448.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

ROSEN, T. **Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults**: epidemiology, pathogenesis, clinical features, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 17 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

ROSEN, T. **Condylomata acuminata (anogenital warts)**: management of external condylomata acuminata in men. Waltham (MA): UpToDate, 18 Nov. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-management-of-external-condylomata-acuminata-in-men>. Acesso em: 21 jan. 2022.

ROYAL UNITED HOSPITAL BATH NHS TRUST. **A guide to dermatology in primary care**. Bath, UK: Royal United Hospital Bath, [2000-]. Disponível em: http://www.ruh.nhs.uk/patients/services/clinical_depts/kinghorn_dermatology_unit/documents/GAL44941%20all%20pages%20in%20one3.pdf. Acesso em: 21 jan. 2022.

SAMPAIO-BARROS, P. D. *et al.* Consenso Brasileiro de Espondiloartropatias: espondilite anquilosante e artrite psoriásica diagnóstico e tratamento – primeira revisão. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 233-242, 2007. Doi 10.1590/S0482-50042007000400001.

SASSEVILLE, D. **Seborrheic dermatitis in adolescents and adults**. Waltham (MA): UpToDate, 21 Apr. 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/seborrheic-dermatitis-in-adolescents-and-adults>. Acesso em: 21 jan. 2022.

SHAPIRO, J.; HORDINSKY, M. **Evaluation and diagnosis of hair loss**. Waltham (MA): UpToDate, 1 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-hair-loss>. Acesso em: 21 jan. 2022.

SMITH, C. H.; BARKER, J. N. W. N. Psoriasis and its management. **British Medical Journal**, London, v. 333, n. 7564, p. 380-384, 19 Aug. 2006. Doi 10.1136/bmj.333.7564.380.

STACEY, S. K.; MCELENEY, M. Topical corticosteroids: choice and application. **American Family Physician**, Kansas City, v. 103, n.6, p. 337–343, 15 Mar. 2021. PMID: 33719380.

SWETTER, S.; GELLER, A. C. **Melanoma**: clinical features and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 22 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/melanoma-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 21 jan. 2022.

TAYLOR, W. *et al.* Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. **Arthritis and Rheumatism**, Atlanta, v. 54, n. 8, p. 2665-2673, Aug. 2006. Doi 10.1002/art.21972.

THIBOUTOT, D.; ZAENGLEIN, A. L. **Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of acne vulgaris**. Waltham (MA): UpToDate, 15 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acne-vulgaris>. Acesso em: 21 jan. 2022.

THIRLWELL, C.; NATHAN, P. Melanoma - part 2: management. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2488, 1 Dec. 2008. Doi 10.1136/bmj.a2488.

WHO COLLABORATING CENTRE FOR DRUG STATISTICS METHODOLOGY. Norwegian Institute of Public Health. ATC/DDD Index. **Corticosteroids, dermatological preparations**. Oslo, 14 Dec. 2021. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=D07A&showdescription=no. Acesso em: 21 jan. 2022.

WORKOWSKI K. A. *et al.* Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. **Centers for Disease Control and Prevention**: Morbidity and Mortality Weekly Report, Georgia, v. 70, n. 4, p. 1-187, 23 July 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2022.

WU, P. A. **Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma**. Waltham (MA): UpToDate, 10 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-features-of-basal-cell-carcinoma>. Acesso em: 21 jan. 2022.

WU, S. *et al.* Long-term ultraviolet flux, other potential risk factors, and skin cancer risk: a cohort study. **Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, Philadelphia, v. 23, n. 6, p. 1080-1089, June 2014. Doi 10.1158/1055-9965.EPI-13-0821.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: acne: versão digital 2017. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_acne.pdf. Acesso em: 21 jan. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas**: dermatofitoses: versão digital 2017. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_tinea.pdf. Acesso em: 1 jan. 2022.

ZAENGLEIN, A. L. Acne Vulgaris. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 379, n. 14, p. 1343-1352, 4 Oct. 2018. Doi 10.1056/NEJMcp1702493.

ZUBERBIER, T. *et al.* The EAACI/GA²LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. **Allergy**, Hoboken, v. 73, n. 7. p. 1393-1414, July 2018. Doi 10.1111/all.13397.

Apêndices – quadros auxiliares

Quadro 1 – Tratamento clínico otimizado para acne conforme gravidade¹.

Gravidade	Acne	Primeira escolha	Alternativa	Manutenção ²
Leve	Comedoniana	Retinoide tópico ⁴ .	Outro retinoide tópico ⁴ ; OU ácido azelaico.	Retinoide tópico 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 azelaico.	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 antiandrogênica 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) ⁷ . Se mulher: considerar terapia antiandrogênica 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).

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

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

³Pacientes 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. Como trata-se de uma doença grave, sugerimos acompanhar o caso por meio de teleconsultoria com dermatologia pelo canal do TelessaúdeRS-UFRGS (0800 644 6543).

⁴Retinoides tópicos: adapaleno*, tretinoína*.

⁵Antibióticos tópicos: clindamicina 1%.

⁶Antibióticos orais: tetraciclina, doxiciclina.

⁷Não se deve usar antibiótico sistêmico (especialmente tetraciclina) concomitantemente à isotretinoína oral pelo risco de hipertensão intracraniana benigna ("pseudotumor cerebral").

⁸Contraceptivo oral combinado com progesterona com ação antiandrogênica (ciproterona*, dienogeste*, drospironona*, clormadinona*); OU método contraceptivo associado à espironolactona 100-200 mg/dia (se função renal normal, em paciente sem histórico de hipotensão).

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Bologna (2017) e Zaenglein (2018).

Quadro 2 – Posologia de medicamentos para tratamento da acne na APS.

Medicação	Produto	Efeitos adversos	Aplicação
Retinóides tópicos			
Tretinoína*	0,25 mg/g - gel e creme 0,5 mg/g - creme 1 mg/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*	1 mg/g - gel e creme 3 mg/g - gel		
Antimicrobianos 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 50 mg/g + clindamicina 10 mg/g	2 vezes ao dia.		
Peróxido de benzoíla 25 mg/g + adapaleno 1 mg/g	1 vez ao dia aplicado à noite.		
Tretinoína 0,25 mg/g + clindamicina 12 mg/g	1 vez ao dia aplicado à noite.		
Adapaleno 1 mg/g + clindamicina 10 mg/g	1 vez ao dia aplicado à noite.		
Antibióticos Sistêmicos¹ (orais)			
Tetraciclina 500 mg	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 100 mg	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 8 anos.		

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

¹A 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 3 – 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: Geller e Swetter (2021).

Quadro 4 – 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 ([quadro 5](#));
- B. efélides;
- C. história de queimadura solar com formação de bolhas antes dos 20 anos;
- 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), adaptado de Boniol *et al.* (2012), Wu (2021), Geller e Swetter (2021).

Quadro 5 – Classificação de fototipos cutâneos (FTC).

FTC	Cor básica da pele	Resposta à exposição solar
I	Branco-pálida	Não se bronzeia, queima facilmente.
II	Branca	Bronzeia-se com dificuldade, queima facilmente.
III	Branca	Bronzeia-se facilmente, mas pode queimar-se inicialmente.
IV	Castanho-clara/oliva	Bronzeia-se facilmente, queima-se dificilmente.
V	Castanha	Bronzeia-se facilmente, geralmente não se queima.
VI	Negra	Escurece mais, não se queima.

Fonte: Goldsmith *et al.* (2012).

Quadro 6 – Especialidades indicadas para tratamento de lesões de pele com necessidade de tratamento cirúrgico.

	Lesões benignas (lipoma/cisto sebáceo/nevos)	Lesões com suspeita de malignidade	Lesões malignas (com AP)
Dermatologia	Até 2 cm em tronco e membros ou até 1 cm em face e pescoço, quando não abordadas na APS ou em agenda de cirurgia ambulatorial.	Até 2 cm no tronco e membros ou até 1 cm na face e pescoço.	Até 2 cm no tronco e membros ou até 1 cm na face e pescoço.
Cirurgia Ambulatorial	Até 5 cm.	Especialidade não indicada.	Especialidade não indicada.
Cirurgia Plástica	Localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), quando não abordadas por dermatologista* ou cirurgia ambulatorial.	Localizadas em áreas difíceis ou especiais (face, orelhas, articulações), quando não abordadas por dermatologista* ou cirurgia ambulatorial.	Lesões complexas, extensas ou profundas, com alta probabilidade de necessitar de retalho ou enxerto (após avaliação na referência regional de Oncologia Cirurgia Pele).
Cirurgia Geral	> 5 cm.	Especialidade não indicada.	Especialidade não indicada.
Oncologia Cirurgia Pele	Especialidade não indicada.	Maiores do que 2 cm em tronco e membros ou maiores que 1 cm em face e pescoço.	Maiores do que 2 cm em tronco e membros ou maiores que 1 cm em face e pescoço.
Estomatologia	Lesões em lábio/boca (pequena ou superficial, passível de biópsia incisional ou remoção cirúrgica ambulatorial).	Lesões em lábio/boca (pequena ou superficial, passível de biópsia incisional ou remoção cirúrgica ambulatorial).	Especialidade não indicada.
Oftalmologia	Lesões palpebrais benignas.	Lesões palpebrais suspeitas de câncer de pele não melanoma (se suspeita de melanoma, encaminhar para referência regional de Oncologia Cirurgia Pele).	Câncer de pele não melanoma localizado na pálpebra (se melanoma, encaminhar para referência regional de Oncologia Cirurgia Pele).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 7 – Tratamento clínico para ceratoses actínicas com 5-fluoruracila* - 5% creme.

- Aplicar na lesão ou na área com lesões, uma ou duas vezes ao dia, 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 FPS 30 (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.

*O medicamento descrito NÃO está incluso 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.

Fonte: Berman (2021).

Quadro 8 – 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.				
1. 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)
2. 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)
3. 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)
4. 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)
5. 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)
6. Quão difícil foi para você praticar esportes durante a semana que passou?	Realmente muito (3)	Bastante (2)	Um pouco (1)	Nada/ Sem relevância (0)
7. 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)
8. 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)
9. 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)
10. 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 9 – 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.				
1. Sua pele tem apresentado coceira, sensibilidade ou dor?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
2. Você sentiu-se constrangido, inibido, chateado ou triste por causa de sua pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
3. Sua pele tem afetado suas amizades?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
4. Você mudou a sua maneira de vestir por causa da sua pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
5. Sua pele tem atrapalhado as suas atividades de lazer em geral?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
6. Você evitou nadar ou praticar outros esportes por causa dos seus problemas de pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
7. 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)
8. Você teve problemas com pessoas dizendo nomes, caçoando, intimidando, fazendo perguntas ou evitando você?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
9. Seu sono foi afetado por causa de seu problema de pele?	Muitíssimo (3)	Muito (2)	Pouco (1)	Não (0)
10. 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 melhor a qualidade de vida quanto menor o escore. Um escore maior que 10 indica prejuízo funcional grave.				

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Prati *et al.* (2010).

Quadro 10 – 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) ou sob manipulação (por exemplo: óleo de girassol 10% + glicerina 2% em creme sem fragrância 200 mL - 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. Considerar potência ([quadro 11](#)) conforme idade do paciente e localização das lesões. 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.

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

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

Quadro 11 – Potência dos corticosteroides tópicos.

Potência	Fármaco	Formulação
Muito alta	Propionato de clobetasol 0,05%	Pomada*, creme, solução capilar, xampu*.
	Fludroxicortida 4 mcg/cm ²	Fita oclusiva*.
	Propionato de halobetasol 0,05%	Creme*.
Alta	Dipropionato de betametasona 0,05%	Pomada*.
	Desoximetasona 0,25%	Pomada*.
Média	Dipropionato de betametasona 0,05%	Creme*, loção*.
	Valerato de betametasona 0,1%	Pomada*, creme*, loção*, solução capilar*.
	Furoato de mometasona 0,1%	Pomada*, creme*.
	Aceponato de metilprednisolona 0,1%	Creme*, loção*, solução capilar*.
	Propionato de fluticasona 0,05%	Creme*.
	Fludroxicortida 0,0125%	Pomada*, creme*, loção*.
Baixa	Triancinolona acetona 0,1%	Pomada orobase*.
	Desonida 0,05%	Pomada*, creme*, loção*, gel*.
	Hidrocortisona 1%	Pomada*, creme.
	Dexametasona 0,1%	Creme.

*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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Bologna (2017), WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology (2021), Goldstein e Goldstein (2020b) e Stacey e McEleney (2021).

Quadro 12 – Tratamento clínico otimizado conforme o tipo de eczema.**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 2 a 4 semanas.
- **Face e corpo:** cetoconazol 2% ou miconazol 2% creme e/ou corticoide tópico de baixa ou média potência ([quadro 11](#), ex: dexametasona 0,1% creme), por até 4 semanas.

Dermatite de contato

Identificar e afastar o fator precipitante e prescrever corticoide tópico¹ ([quadro 11](#)) 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas.

Eczema disidrótico

Corticoide tópico, creme ou pomada, de alta ou muito alta potência ([quadro 11](#), 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.

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 ([quadro 11](#), ex.: furoato de mometasona 0,1%* ou valerato de betametasona 0,1%*), 1 a 2 vezes ao dia, por 1 a 2 semanas.

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:

- perda de peso: se sobrepeso ou obesidade;
- elevação 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. Veja mais sobre meias elásticas [aqui](#);
- uso de hidratantes/emolientes após o banho, dando preferência para produtos oleosos e sem fragrâncias (ex: vaselina ou óleo mineral).

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

¹Considerar potência do corticoide tópico conforme a idade do paciente e localização das lesões.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 13 – Micoses subcutâneas mais comuns.

- Paracoccidiodomicose.
- Esporotricose.
- Cromoblastomicose.
- Micetoma.
- Lobomicose.
- Histoplasmose.

Fonte: Bologna (2017).

Quadro 14 – Tratamento clínico otimizado para candidíase mucocutânea.**Candidíase Orofaríngea**

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

Intertrigo por cândida

- 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, ciclopirox* ou outros azólicos) - aplicar na lesão 2 vezes ao dia até melhora clínica completa (cerca de 2 a 4 semanas).
- Se falha terapêutica ou apresentação extensa: tratamento oral com fluconazol ou itraconazol³.
 - Adultos: fluconazol 150 mg/semana ou itraconazol 200 mg, 2 vezes ao dia, por 2 a 6 semanas.
 - Crianças: fluconazol 6 mg/kg/dia no primeiro dia, após 3 mg/kg/dia por 2 a 6 semanas ou itraconazol 5 a 10 mg/kg/dia dividido em 2 doses, por 2 a 6 semanas.

*O medicamento descrito NÃO está incluso 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.

¹Se 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.

²Em bebês, para evitar a recontaminação é imprescindível que objetos levados à boca, como brinquedos e bicos artificiais, sejam devidamente desinfetados, sendo ferveridos 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.

³Atentar 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 risco para IC.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 15 – Tratamento clínico otimizado para dermatofitoses (*Tineas*)¹.

<p>Tinea corporis ou tinea cruris</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento inicial: antifúngico tópico (ex: miconazol 2% creme), 2 vezes ao dia, por 1 a 3 semanas ou até resolução clínica. ● Se refratário ao tratamento ou lesões extensas: antifúngico sistêmico. <ul style="list-style-type: none"> ○ Adultos: terbinafina* 250 mg, 1 vez ao dia, por 1 a 2 semanas; ou itraconazol² 100 mg, 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 1 a 2 semanas) ou itraconazol² 3 a 5 mg/kg, 1 vez ao dia, por 1 semana (dose máxima de 200 mg/dia).
<p>Tinea pedis e manuum</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento inicial: antifúngico tópico (ex: miconazol 2% creme), 2 vezes ao dia, por 1-4 semanas ou até resolução clínica. ● Se refratário ao tratamento tópico: antifúngico sistêmico. <ul style="list-style-type: none"> ○ adultos: terbinafina* 250 mg 1 vez ao dia por 2 semanas; ou itraconazol¹ 100 mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia por 1 semana; ou fluconazol 150 a 200 mg, 1 vez por semana, por 2 a 6 semanas.
<p>Tinea capitis</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tratamento é sempre com antifúngico oral. Primeira escolha: griseofulvina* ou terbinafina*. Fluconazol e itraconazol tem indicação limitada pois possuem menor eficácia. <ul style="list-style-type: none"> ○ Griseofulvina micronizada* (sob manipulação), em adultos e crianças com mais de 1 mês de idade: 20 a 25 mg/kg/dia (dose máxima diária de 1.000 mg): 1 vez ao dia, por 6 a 12 semanas; ○ Terbinafina*, 1 vez ao dia, por 4 a 6 semanas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ adultos: 250 mg; ▪ crianças > 4 anos (conforme peso - 10 a 20 kg: 62,5 mg; 20 a 40 kg: 125 mg; > 40 kg: 250 mg).

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

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

²Atentar 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 risco para IC.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 16 – Tratamento clínico otimizado para pitíriase versicolor¹.

<p>Tratamento tópico (primeira escolha):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● antifúngicos azólicos tópicos (cremes, loções, sprays) – por exemplo: miconazol, cetoconazol, clotrimazol*, oxiconazol*: aplicar 1 a 2 vezes ao dia, por uma a quatro semanas; ou ● cetoconazol 2% xampu: deixar em contato com a pele por 5 a 10 minutos, uma vez ao dia, por uma a quatro semanas. <p>Tratamento oral (para casos extensos, recorrentes ou refratários):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● fluconazol 300 mg, 1 vez por semana, por 2 a 4 semanas; ou ● itraconazol 200 mg, 1 vez ao dia, por 5 a 7 dias. <p>Considerar tratamento profilático para casos recorrentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● cetoconazol 2% xampu: aplicar em todo o corpo, manter por 10 minutos, 1 vez por mês (principalmente, em meses quentes). <p>Orientar o paciente que as áreas de hipopigmentação podem permanecer, após o tratamento (a repigmentação será gradual, ao longo dos meses).</p>
--

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Goldstein e Goldstein (2020a).

Quadro 17 – 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 100 mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês (pulso)² por 2 meses OU itraconazol 100 mg, 2 cápsulas, 1 vez ao dia³, por 6 semanas.
- Orientar uso de luvas para atividades em contato com água.

- Dermatófito: normalmente quando associada à onicomicose dos pés.

- Tratamento: terbinafina*⁴ 250 mg, 1 comprimido por dia, por 6 semanas.
 - Alternativa (segunda linha):
 - itraconazol¹, 100 mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso)² por 2 meses; OU
 - itraconazol, 100 mg, 2 cápsulas, 1 vez ao dia³, por 6 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): 1 vez 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, 250 mg, 1 comprimido ao dia por 3 meses.
 - Alternativa (segunda linha):
 - itraconazol¹ 100 mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês (pulso)², por 3 meses; OU
 - itraconazol 100 mg, 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, 250 mg, 1 comprimido ao dia por 3 meses.
 - Alternativa (segunda linha):
 - itraconazol¹, 100 mg, 2 cápsulas, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês (pulso)² por 3 meses; OU
 - itraconazol, 100 mg, 2 cápsulas, 1 vez ao dia³, por 12 semanas.

*Alguns dos medicamentos descritos NÃO estão incluídos 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.

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

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

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

⁴Solicitar 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 18 – 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: Hawkes e Duffin (2020), Kalb (2022).

Quadro 19 – Tratamento tópico otimizado para psoríase em adultos conforme região acometida.**Face, região genital, mamas ou áreas intertriginosas:**

- 1ª escolha: (corticoide de baixa potência - [quadro 11](#)): 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
- ácido salicílico 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 melhora das 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.

*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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 20 – Tratamento tópico otimizado para psoríase em crianças.

Face, região genital, mamas ou áreas intertriginosas <ul style="list-style-type: none"> 1ª escolha: tacrolimo* 0,03%, pomada ou pimecrolimo* 1% creme. Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia, por até 8 semanas. 2ª escolha: (corticoide de baixa potência - quadro 11): 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 <ul style="list-style-type: none"> Dipropionato de betametasona* 0,05%, solução capilar (> 4 anos): aplicar nas lesões do couro cabeludo 1 a 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas.
Lesões corporais <ul style="list-style-type: none"> 1ª escolha: corticoides tópicos de média a alta potência (quadro 11): furoato de mometasona* 0,1%, 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.

*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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Brasil (2019), Menter *et al.* (2020), Paller e Lund (2021) e Palma (2020).

Quadro 21 – 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 - psoríase cutânea atual; ou - história de psoríase; ou - história familiar de psoríase.	2 pontos 1 ponto 1 ponto
Dactilite (“dedos em salsicha”) 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).

Quadro 22 – Suspeita de artrite psoriásica.

Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associado a pelo menos um dos seguintes critérios: <ol style="list-style-type: none"> 1) artrite periférica, especialmente oligoarticular e envolvendo articulações interfalangeanas distais; 2) dactilite (“dedos em salsicha”); 3) entesite/tenossinovite.; 4) dor na coluna de caráter inflamatório.

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

Quadro 23 – Características e manejo das alopecias e queda de cabelo.**Alopecia cicatricial:**

- 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 plano pilar, por exemplo;
- manejo: todos os casos devem ser encaminhados para atendimento presencial com o Dermatologista.

Alopecia areata:

- 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 APS. 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 3 anos.
 - 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.

Eflúvio telógeno:

- 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, *tinea capitis*);
 - hipotireoidismo ou hipertireoidismo, doenças graves (neoplasia maligna, infecções crônicas);
 - COVID-19;
 - medicamentos (captopril, anticoagulantes, lítio, inibidor seletivo de recaptção da serotonina, quimioterápicos, esteroides anabolizantes, vitaminas do complexo B, 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 e TSH. Para valores de ferritina abaixo de 40 ng/dL, parece haver benefício na reposição de ferro (mesmo na ausência de anemia).

Alopécia androgenética:

- envolve fatores genéticos, conhecida como calvície;
- caracterizada por afinamento progressivo dos fios terminais;
- geralmente a queda 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 aumento da 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.

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).

*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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 24 – Investigação e tratamento para urticária crônica.

<p>1º passo: avaliação clínica completa, incluindo anamnese e exame físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 por agentes físicos ou exercícios; • ocorrência em relação ao dia, fins de semana, ciclo menstrual, feriados e viagens; • ocorrência em relação a alimentos ou medicamentos (por exemplo, AINE e inibidores da ECA); • ocorrência em relação a infecções ou outros fatores de estresse; • alergias anteriores ou atuais, infecções, doenças autoimunes, problemas gastrointestinais ou outras condições clínicas; • história social e ocupacional, atividades de lazer; • terapia anterior e resposta, incluindo dosagem e duração; • resultados de procedimentos ou testes diagnósticos anteriores.
<p>2º passo: exames complementares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar de forma rotineira hemograma com plaquetas, proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação (VHS/VSG). • De acordo com anamnese e exame físico, outros exames complementares podem ser solicitados na suspeita de causas secundárias associadas, como por exemplo doenças da tireoide, indicando investigação com TSH.
<p>3º passo: tratamento da urticária crônica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 dose padrão: <ul style="list-style-type: none"> ○ cetirizina*¹ 10 mg, 1 vez ao dia; ○ levocetirizina*¹ 5 mg, 1 vez ao dia; ○ desloratadina*^{1,2} 5 mg, 1 vez ao dia; ○ loratadina¹ 10 mg, 1 vez ao dia; ○ fexofenadina*² 180 mg, 1 vez ao dia; ○ bilastina*² 20 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 a levocetirizina*, 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 deverá ser encaminhado para avaliação com especialista. • Além disso, considerar associação de montelucaste* 10 mg por dia, bloqueador H2 (evidência baixa) e anti-histamínico de 1ª geração à noite (exemplo: hidroxizina* 25 mg). • 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. <p>¹Os anti-histamínicos recomendados para gestantes e lactantes são loratadina/desloratadina e cetirizina/levocetirizina. ²Devido à ausência de metabolismo hepático, fexofenadina, desloratadina e bilastina são os anti-histamínicos preferidos em pacientes com doença hepática.</p>

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

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

Quadro 25 – Investigação e manejo do prurido (sem outras lesões cutâneas).

- Questionar:
 - a) história prévia de doença da tireoide, hepatopatia, nefropatia, HIV/aids, câncer, doença psiquiátrica, entre outras;
 - b) uso de medicações;
 - c) sintomas sistêmicos: febre, perda de peso, sudorese noturna, entre outros;
 - d) presença de prurido nos contatos intradomiciliares.
- Se permanecer sem diagnóstico, solicitar: hemograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, GGT, TSH, creatinina, ureia, raio-x de tórax, anti-HIV, anti-HCV e HBsAg (ou testes 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;
 - anti-histamínicos 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).

*O medicamento descrito NÃO está incluso 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.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 26 – Tratamento para condiloma acuminado¹.Tratamento na Unidade de Saúde:

- **Ácido tricloracético (ATA)*: a 80% a 90% (solução):**
 - aplicar uma vez por semana, por até 8 a 10 semanas;
 - aplicar pequena quantidade somente nos condilomas, com auxílio de cotonete ou palito de dentes (uma 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, 3 vezes por semana, até melhora clínica completa (por até 16 semanas);
 - aplicar antes de dormir e lavar a área pela manhã, com água e sabão (deixar o produto em contato com a pele por 6 a 10 horas);
 - 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.

*O medicamento descrito NÃO está incluso 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.

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Rosen (2019).

Quadro 27 – Tratamento para verrugas virais¹.

<p><u>Verrugas vulgares/verrugas palmo-plantares</u> - Medicamento à base de ácido salicílico (20%) e ácido láctico (15%) em solução colóidio elástico 5 mL ou 10 mL* (disponível comercialmente ou sob manipulação):</p> <ul style="list-style-type: none">• a aplicação pode ser feita após o banho ou após deixar o local imerso em água morna por, no mínimo, 5 a 10 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. <p>- 5- Fluoruracila 5% creme*:</p> <ul style="list-style-type: none">• aplicar 1 vez ao dia, com oclusão, por 4 a 12 semanas;• é <u>contraindicado</u> na gestação.
<p><u>Verrugas palmo-plantares</u> <i>Tratamento na Unidade de Saúde:</i> - Ácido tricloracético (ATA)* 50 a 80%:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
<p><u>Verrugas planas</u> - Tretinoína tópica* (0,025%, 0,05% e 0,1%):</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 <u>contraindicado</u> na gestação. <p>- Imiquimod 5%, tópico:</p> <ul style="list-style-type: none">• aplicar nas lesões (sem oclusão), antes de dormir e retirar pela manhã, por até 12 semanas;• é <u>contraindicado</u> na gestação.
<p><u>Verrugas filiformes</u> <i>Tratamento na Unidade de Saúde (se material disponível):</i> - exérese por shaving e eletrocoagulação: utilizar anestesia local antes da remoção. A eletrocoagulação é útil tanto para a hemostasia quanto para prevenir a recorrência.</p>

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 28 – Tratamento para molusco contagioso¹.

- Adultos 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 autolimitada 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 sadia perilesional;
 - pode haver sensação de ardência após a aplicação;
 - manter o uso até as lesões ficarem mais avermelhadas e com pequena crosta sobreposta;
 - 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.

*Os medicamentos descritos 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.

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Quadro 29 – 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 (sob manipulação): 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

- **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 na 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 regridem com o tratamento.

Rosácea fimatosa

- **Características:** hipertrofia e espessamento do tecido nasal (rinoftima). 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

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

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

*Alguns dos medicamentos descritos 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.

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

Quadro 30 – Tratamento clínico otimizado para melasma.

- Orientar sobre o diagnóstico, explicando que se trata de uma doença crônica e recidivante;
- 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 com um despigmentante, por 3 meses;
- despigmentantes (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 (contraindicado em gestantes/lactantes); ou
 - hidroquinona* 4% creme, à noite, por até 12 semanas (contraindicado em gestantes/lactantes); ou
 - ácido azelaico* a 15% em gel ou 20% em creme, pela manhã (antes do filtro solar) e à noite.

*Os medicamentos descritos 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.

Fonte: Grimes e Callender (2021).

Quadro 31 – Avaliação e tratamento do vitiligo.

- Discutir a possibilidade de não realizar qualquer tratamento nos pacientes com fototipos I e II ou nos pacientes que não apresentam incômodo estético.
- Sempre orientar proteção solar física (chapéus e roupas) e uso de protetor solar FPS 30 ou maior.
- Solicitar TSH devido à associação entre vitiligo e tireoidopatia.

Tratamento tópico otimizado na APS**- 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 mometasona* 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, hipertricoses 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 4 a 6 semanas;
- encaminhar para avaliação presencial com a Dermatologia.

*Os medicamentos descritos 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.

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022).

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



0800 644 6543