



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Comissão Intergestores Bipartite

## DELIBERAÇÃO 366/CIB/13

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 179ª reunião ordinária do dia 22 de agosto de 2013,

Considerando que a teledermatoscopia, permite a visualização das lesões de pele por especialista em Dermatologia de forma assíncrona e prévia ao atendimento especializado, fortalecendo o processo de classificação de risco aos atendimentos solicitados que aguardam em fila de espera na Central Estadual de Regulação.

Considerando a necessidade de gerenciamento da fila de espera em Dermatologia, pela Central Estadual de Regulação, sendo o telediagnóstico em Dermatologia uma das ferramentas disponível para auxiliar o processo regulatório.

Considerando que esta ação de avaliar as lesões de pele por meio da Teledermatoscopia, tem por objetivo classificar o risco das doenças da pele e identificar os pacientes na fila de espera com maior gravidade de lesão, por solicitação médica, e portanto, não infringe na Resolução 1974/2011 do Conselho Federal de Medicina que veta ao médico, consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa ou a distância e está de acordo com a Resolução 1643/2002 do Conselho Federal de Medicina.

### APROVA

**Art. 1º** A utilização do Telediagnóstico em Dermatologia para classificação de risco e regulação dos pacientes que estão ou serão inseridos na fila de espera, para a especialidade Dermatologia, no sistema SISREG administrado pela Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames (CER/GECOR/SUR).

**Art. 2º** Os instrumentos para regulação da dermatologia via telemedicina:

- I- O fluxo (ANEXO 1);
- II- O protocolo de classificação de risco (ANEXO 2);
- III- O protocolo de conduta (ANEXO 3);
- IV- O protocolo de realização do registro fotográfico (ANEXO 4) e
- V- O formulário para solicitação de exames dermatológicos (ANEXO 5).

**Art. 3º** Os Municípios que ainda não foram contemplados com o Kit dermatoscópio poderão encaminhar seus pacientes para realizar o registro fotográfico nos Municípios mais próximos que já possuem os equipamentos.

**Art. 4º** Este processo regulatório da dermatologia via telemedicina entrará em vigor a partir do mês de outubro de 2013.

Florianópolis, 22 de agosto de 2013.

**TÂNIA EBERHARDT**  
Coordenadora CIB/SES

**LUIS ANTONIO SILVA**  
Coordenador CIB/COSEMS

## ANEXO 1

### FLUXO DO PROCESSO PARA REGULAÇÃO DA DERMATOLOGIA VIA TELEMEDICINA.

1. O paciente procura a Unidade Básica de Saúde para realizar sua consulta;
  2. O médico identifica um problema dermatológico e faz uma solicitação de exame (**ANEXO 05**);
  3. O paciente é encaminhado a Unidade que dispõe do dermatoscópio para realização do procedimento conforme protocolo médico especificado pelo tipo de doença a ser investigada (**ANEXO 04**);
  4. O profissional de saúde faz o registro fotográfico e envia ao Sistema de Telemedicina;
  5. O especialista da Telemedicina acessa o exame, os dados clínicos do paciente, emite o laudo e faz a classificação de risco;
  6. O laudo do exame fica disponível no Sistema podendo ser acessado pelo médico solicitante, profissionais da equipe e pelo paciente.
  7. A classificação de risco é acessada pelo médico solicitante que deverá tomar as providências conforme definição do protocolo. (**ANEXO 02 E ANEXO 03**).
- A figura 1 apresenta o fluxo do processo para regulação da dermatologia via Telemedicina.

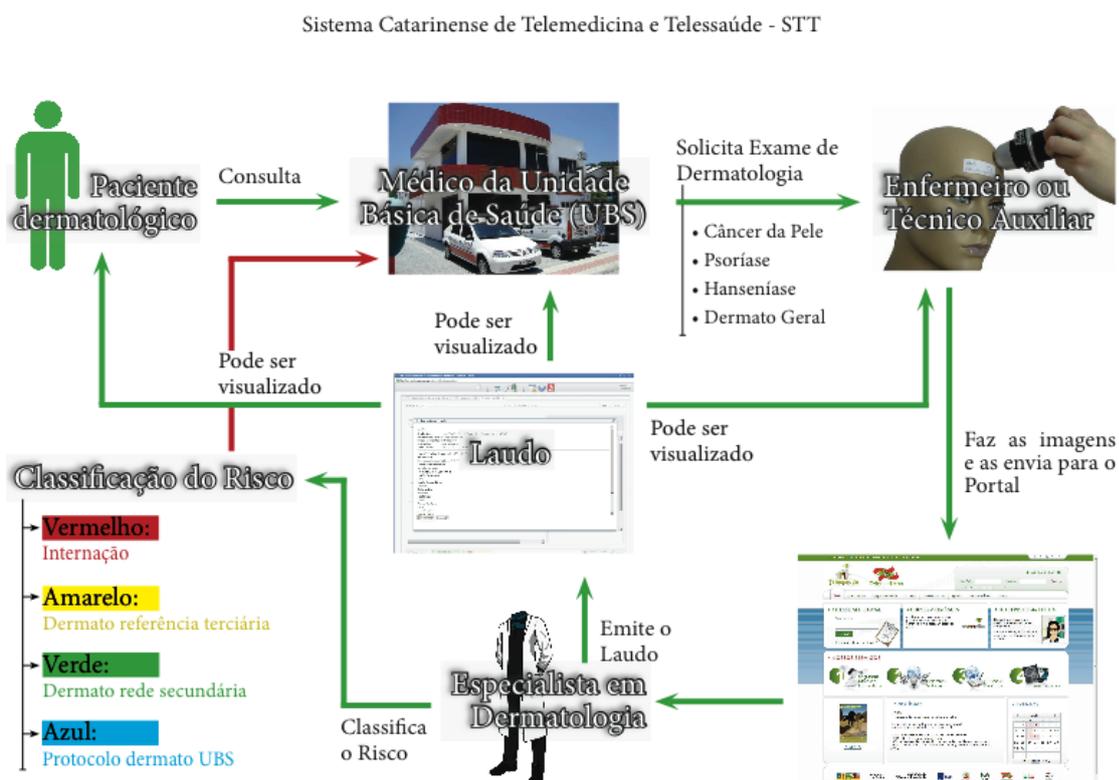


Figura 01 – Fluxo para Regulação em dermatologia via Telemedicina

## Anexo 02

### PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

#### 1. ORIENTAÇÕES PARA AGENDAMENTO DE CONSULTA EM DERMATOLOGIA

Encaminhamento em impresso de **REFERÊNCIA e CONTRAREFERÊNCIA**, com letra legível, assinatura e carimbo do médico solicitante e identificação da unidade solicitante acompanhado do **PROTOCOLO** de **TELEDERMATOLOGIA**.

Atentar para o preenchimento da **HISTÓRIA CLÍNICA, DESCRIÇÃO DA LESÃO E HIPÓTESE DIAGNÓSTICA**

- Orientar para que o usuário chegue 30 minutos antes do horário agendado para consulta, levando documentos: RG, Cartão SUS, o encaminhamento do médico, receitas e exames anteriores.

#### 2. CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DE RISCO

##### 2.1. VERMELHO

Na vigência de quadro agudo deve ser encaminhado à unidade de urgência e emergência, não sendo atendido em unidades ambulatoriais de rotina, exceto após alta hospitalar.

##### 1. Dermatoses generalizadas e agudas:

1.1- Reações medicamentosas:

1.1.1 Eritema polimorfo grave (Síndrome de *Stevens-Johnson/Lyell*)

1.1.2 Eritema-purpúrico

1.1.3 Urticária com angioedema

1.1.4 Vasculite

1.2- Dermatoses vésico-bolhosas generalizadas

1.2.1 Acometimento nas mucosas

1.2.2 Com infecção secundária

1.3- Síndrome eritemato-descamativa:

1.3.1 Eritrodermia

##### 2. Dermatoses infecciosas graves:

2.1- Erisipela bolhosa

2.2- Celulite de face

2.3- Fasciítenecrosante

##### 3. Reações hansênicas graves:

3.1- Eritema nodoso disseminado ou ulcerado

##### 2.2. AMARELO

Devem ser priorizados, no agendamento, pacientes que apresentem algumas das lesões:

A. **Doenças de pele extensas (que acometem grande parte da superfície corporal)** e que não se enquadram no grupo de doenças comuns que podem ser tratadas pelo generalista, ou quando há dúvida.

**B. Doenças de pele localizadas que, entretanto, causam grande sofrimento ao paciente** (dor ou prurido intensos, incapacidade para o trabalho, etc.) e que não se enquadram no grupo de doenças comuns que podem ser tratadas pelo generalista, ou quando há dúvida.

**C. Doenças de pele que apresentem as seguintes lesões primárias:**

C.1. **Bolhas**

C.2. **Púrpura**

**D. Suspeita de tumores de pele.**

D.1. Neoplasias malignas de pele:

D.1.1. Melanoma cutâneo (MM)

D.1.2. Carcinoma espinocelular (CEC)

D.1.3. Carcinoma basocelular (CBC)

D.1.4. Micose Fungóide/Parapsoríase/Linfoma de células T cutâneo (LCCT)

D.1.5. Tumorações no subcutâneo com crescimento rápido

D.2. Neoplasias benignas de pele de crescimento rápido.

**E. Síndrome eczematosas:**

E.1. Dermatite atópica grave.

**F. Síndrome eritemato-descamativa:**

F.1. Psoríase moderada/grave

**G. Síndrome vegetante-verrucosa:**

G.1. Paracoccidioidomicose

G.2. Leishmaniose Tegumentar

G.3. Esporotricose

G.4. Cromoblastomicose

G.5. Tuberculose cutânea

**H. Dermatoses vésico-bolhosas crônicas, recorrentes, (por exemplo: Pênfigos).**

**I. Eritema polimorfo**

I.1. Erupções medicamentosas não contempladas no item D.1.1.

**J. Acne grave (graus 3 e 4).**

**K. Unha encravada com granuloma.**

**L. Alopecias de evolução rápida. Por exemplo: alopecia areata.**

### **2.3. VERDE**

Podem ser encaminhados para avaliação na rotina de agendamento ao dermatologista.

**A. Doenças de tratamento clínico-cirúrgico:**

Também podem ser agendadas para Cirurgia Ambulatorial.

A.1. Neoplasias benignas de pele e subcutâneo, por exemplo:

A.1.1. Nevo melanocítico

A.1.2. Ceratoses actínicas/solares (áreas extensas)

A.1.3. Cistos cutâneos

A.1.4. Nódulos benignos

A.1.5. Lesões virais recalcitrantes - por exemplo, verruga vulgar, molusco contagioso.

**B. Doenças de diagnóstico e condutas clínicas não contempladas nos critérios anteriores e no Guia Prático.**

B.1. Colagenoses (lúpus eritematoso discóide, esclerodermia, dermatomiosite)

- B.2. Alopecias
- B.3. Vitiligo
- B.4. Urticária crônica
- B.5. Síndrome eczematosa:
  - B.5.1. Dermatite atópica resistente ao tratamento
- B.6. Síndrome eritemato-descamativa
  - B.6.1. Psoríase não responsiva ao tratamento
- B.7. Onicomicoses

## 2.4. AZUL

Contemplado no guia prático de dermatologia para rede.

## 3. RELAÇÃO DOS SERVIÇOS

	Ambulatórios	CNES
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC (SERVIÇO de DERMATOLOGIA de REFERÊNCIA de SC)	Dermatologia Geral Doenças Bolhosas Hanseníase	3157245
HOSPITAL SANTA TERESA	Dermatologia Geral Hanseníase	2302950
HOSPITAL NEREU RAMOS	Câncer da Pele Psoríade moderada/grave	2664879
CEPON	Câncer da Pele	0019445

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.  
Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.- 1ª edição. -  
Brasília: Ministério da Saúde, 2002.142p.:il. - (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09) - ( Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 174)ISBN 85-334-0510-3
2. Câmara Técnica de Especialidades da Prefeitura Municipal de Campinas. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde – Guia Prático. Secretaria de Saúde
3. Lupi O. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia - SBD -  
2ª Ed. Editora Guanabara Koogan, 2012 680p. ISBN: 9788581140841
4. Miot HA, Miot LDBH. Protocolo de Condutas em Dermatologia. 1ª Ed. Editora Roca. 2012. 284p. ISBN:9788541200127

## GUIA PRÁTICO – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

### I - DERMATOSES ECZEMATOSAS

- I.1. Dermatite Atópica - CID L20.
- I.2. Dermatite de Contato - CID L 23.
- I.3. Dermatite de fraldas (Dermatite não eczematosa de contato) - CID L22.
- I.5. Asteatose Cutânea - CID L85.

### II - DERMATOSES DOS ANEXOS CUTÂNEOS

- II.1. Acne - CID L70.0.
- II.2. Miliária - CID L74.3.
- II.3. Alopecias Adquiridas - CID L65.9.
- II.4. Hirsutismo - CID L68.0.

II.5. Onicoses - CID L60.

### **III - DERMATOSES INFECCIOSAS**

III.2. Verrugas Virais - CID B07.

III.3. Molusco Contagioso - CID B08.1.

III.4. Impetigo - CID L01.0.

III.5. Furunculose - CID L02.9.

III.6. Tineas - CID B35.9.

III.7. Pitiríase Versicolor - CID B36.0.

III.8. Candidíase - Intertrigo - CID B37.2.

III.9. Candidíase - Paroníquia Crônica - CID B37.2.

III.10. Escabiose - CID B86.

### **IV - DERMATOSES ERITÊMATO-ESCAMOSAS**

#### **ANEXOS**

IV.1. Dermatite Seborrêica - CID: L 21.

IV.2. Psoríase - CID L40.

IV.3. Pitiríase Rósea - CID L42.

## Anexo 03

# MANUAL DE PROTOCOLOS DE CONDUTA DE DOENÇAS DERMATOLÓGICAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

## SUMÁRIO

### CAPÍTULO I - DERMATOSES ECZEMATOSAS

- I.1. Dermatite Atópica - CID L20.....
- I.2. Dermatite de Contato - CID L 23.....
- I.3. Dermatite de fraldas (Dermatite não eczematosa de contato) - CID L22.....
- I.4. Eczema de Estase - CID I83.1.....
- I.5. Asteatose Cutânea - CID L85.....

### CAPÍTULO II - DERMATOSES DOS ANEXOS CUTÂNEOS

- II.1. Acne - CID L70.0.....
- II.2. Miliária - CID L74.3.....
- II.3. Alopecias Adquiridas - CID L65.9.....
- II.4. Hirsutismo - CID L68.0.....
- II.5. Onicoses - CID L60.....

### CAPÍTULO III - DERMATOSES INFECCIOSAS

- III.1. Herpes Simples Recidivante (Labial, Genital, etc.) - B00.9.....
- III.2. Verrugas Virais - CID B07.....
- III.3. Molusco Contagioso - CID B08.1.....
- III.4. Impetigo - CID L01.0.....
- III.5. Furunculose - CID L02.9.....
- III.6. Tineas - CID B35.9.....
- III.7. Pitiríase Versicolor - CID B36.0..... III.8.
- Candidíase - Intertrigo - CID B37.2.....
- III.9. Candidíase - Paroníquia Crônica - CID B37.2.....
- III.10. Escabiose - CID B86.....

### CAPÍTULO IV - DERMATOSES ERITÊMATO-ESCAMOSAS

- IV.1. Dermatite Seborréica - CID: L 21.....
- IV.2. Psoríase - CID L40.....
- IV.3. Pitiríase Rósea - CID L42.....
- IV.4. Eritrodermia Esfoliativa - CID L53.....

## ANEXOS

Protocolo de Avaliação de Risco em Dermatologia.....

### CAPÍTULO I

#### DERMATOSES ECZEMATOSAS

##### Fases do Eczema:

Agudo - eritema, edema, vesículas, exsudação.

Subagudo - eritema menos intenso, exsudação, crostas. Crônico – liquenificação e fissuras.

#### I.1. DERMATITE ATÓPICA - CID L20

##### Orientações gerais:

- a. Banhos rápidos (1x/dia, 5 minutos), água morna/fria, uso restritivo de sabonetes (apenas nas regiões axilar e genital), evitar o uso de esponjas e buchas.
- b. Preferir tecidos de algodão com cores claras que permitam a transpiração. Roupas folgadas.
- c. Evitar tecidos sintéticos que inibam a sudorese, como a lã.
- d. Evitar poeira, bichos de pelúcia, pólen, etc.

### **Terapêutica:**

- a. Hidratação cutânea
  - Creme hidratante - *cold cream* ou creme com óleo de amêndoas 5% ou AGE loção -ao menos 2x/dia.
  - Existem cremes hidratantes superiores aos mencionados acima, mas devem ser prescritos pelo dermatologista, conforme o caso requeira.
- b. Dexclorfeniramina 2 mg/dia ou hidroxizine 25 mg/dia - principalmente ao deitar.  
Xarope de hidroxizine 1 ml para cada 2 kg de peso 3-4x/dia -(2mg/ml)
- c. Corticoterapia tópica:
  - c.1. Hidrocortisona 1% (creme) - 2x/dia por 7 dias - para uso em crianças e nas lesões de face dos adultos.
  - c.2. Dexametasona 1% (creme) - 2x/dia durante 7 dias.
  - c.3. Corticóides de alta potência e de muito alta potência DEVEM SER EVITADOS.
  - c.4. O tratamento com corticóide pode ser prolongado para até 20 dias (porém, reduzindo-se a dose paulatinamente), SEMPRE SOB SUPERVISÃO MÉDICA.
  - c.5. O USO CONTINUADO DE CORTICÓIDES PODE CAUSAR EFEITOS GRAVÍSSIMOS! (ESTRIAS, AUMENTO DA PILIFICAÇÃO, INSUFICIÊNCIA ADRENAL, DERMATITE PERIORAL, QUADROS ROSACEIFORMES....)
- d. Corticoterapia sistêmica deve ser evitada.
- e. Casos graves e/ou resistentes devem ser encaminhados ao dermatologista.

### **I.1.1. PITIRÍASE ALBA - CID L30.5**

- a. Manchas hipocrômicas na face e nos membros superiores geralmente de crianças e adolescentes com pele morena.
- b. Frequentemente associada à dermatite atópica (DA).
- c. A exposição solar torna as lesões mais aparentes, devendo ser evitada.

d. Orientações gerais semelhantes às da DA - banhos rápidos, água morna/fria, evitar uso abusivo de sabonetes, evitar uso de buchas.

e. Hidratação cutânea com creme hidratante (*cold cream*) ou creme com óleo de amêndoas 5%.

f. Filtro Solar UVA/UVB FPS 30 - aplicar cada 2-3h nos horários de sol. Muitas formulações não atingem a proteção solar indicada nos rótulos, portanto, preferir produtos com origem confiável. Para pacientes sensíveis, preferir produtos hipoalergênicos disponíveis no mercado.

## **I.2. DERMATITE DE CONTATO - CID L23**

### **Orientações gerais:**

a. Solicitar: Teste de Contato Alérgico (PATCH TEST)

b. Evitar o uso abusivo de sabonetes, buchas, lavagens excessivas, água quente.

c. Afastamento do agente provocador.

d. Uso de vestuário que anule o contato (luvas, sapatos, etc).

### **I.2.1. DERMATITE DE CONTATO AGUDA E CRÔNICA**

a. Compressas com água boricada 3%, 2x/dia por 5 a 10 minutos (para os casos agudos).

b. Creme hidratante - cold cream, ou superior (hipoalergênicos).

c. Corticóides tópicos:

*Dexametasona* 1% creme - 2x/dia por 7 dias.

*Mometasona* 0,1% creme - 1x/dia por 7 dias.

Corticóides de alta potência -usados com parcimônia- em áreas pequenas, por tempo limitado (7 dias) em lesões liquenificadas (crônicas), **não usar na face e área de dobras.**

*Clobetasol* 0,05% creme - 2x/dia por 7dias.

d. Anti-histamínicos - Dexclorfeniramina 2 mg/dia, Hidroxizine 25mg/dia - ao deitar (doses mais altas geralmente não são requeridas).

e. Corticoterapia sistêmica - para os casos graves Prednisona 20mg/dia em esquema de redução (5-10 dias).

## **I.3. DERMATITE DE FRALDAS– CID L22**

### **Orientações gerais:**

a. Trocar as fraldas com frequência - evitar o contato prolongado da urina e das fezes com a pele. Se possível, deixar o lactente sem fraldas.

b. Limpeza da área afetada apenas com água morna. Evitar lenços umedecidos e sabonetes em excesso.

c. Nas trocas de fralda, usar cremes de barreira (à base de óxido de zinco).

#### **Terapêutica:**

a. Corticoterapia tópica

Hidrocortisona 1% creme - 2x/dia por 7 dias.

Desonida 0,05% creme - 2x/dia por 7 dias.

b. A co-infecção por *Candida sp* e outras bactérias pode ocorrer.

*Clotrimazol* ou *cetoconazol* creme na área afetada 2x/dia durante 14 dias. *Nistatina* – aplicar a cada troca das fraldas em associação ao creme de barreira.

Pode ser associado ao corticóide, mas evitar formulações com corticóide e antimicóticos no mesmo veículo (essas apresentações geralmente apresentam corticóides de alta potência).

#### **I.4. ECZEMA DE ESTASE - CID I 83.1**

Proporcionada pela insuficiência venosa crônica.

#### **Orientações gerais:**

a. Evitar o uso indiscriminado de sabonetes, buchas, banhos prolongados com água quente.

b. Evitar o uso de substâncias que possam agravar o quadro como uso de plantas, pomadas sem prescrição médica, ou antibióticos (neomicina, cloranfenicol), etc. Provocam dermatite de contato sobreposta.

#### **Terapêutica:**

a. Creme hidratante - *cold cream* ou creme com óleo de amêndoas - 2x/dia.

b. Corticóide tópico nas áreas liquenificadas - Dexametasona 1% - 2x/dia por 7-10 dias.

#### **I.5. ASTEATOSE CUTÂNEA - CID L85**

É a xerodermia ou pele ressecada. Os eczemas geralmente aparecem sobre quadro asteatósico (ECZEMA ASTEATÓSICO), principalmente em idosos.

#### **Orientações gerais:**

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

b. Hidratação cutânea com creme hidratante (*cold cream*) ou creme com óleo de

amêndoas 5% ou AGE loção 2x/dia.

## **CAPÍTULO II DERMATOSES DOS ANEXOS CUTÂNEOS**

### **II.1. ACNE - CID L70.0**

#### **Classificação e diagnóstico:**

- **Acne grau I:** É a acne que apresenta apenas os comedões ou cravos que podem ser abertos ("cravos pretos") ou fechados ("cravos brancos").

- **Acne grau II:** É a acne inflamatória, caracterizada pela presença, além dos comedões, de lesões papulosas inflamadas e pústulas.

- **Acne grau III:** Associam-se ao quadro anterior nódulos e cistos. As lesões são mais profundas e demoram um tempo maior para cicatrizar.

- **Acne grau IV:** Associam-se ao quadro anterior abscessos e fístulas com drenagem de secreção purulenta.

- **Outras formas de acne:** Acne fulminante, acne da mulher adulta, acne medicamentosa (pelo uso de corticóides orais, vitamina B12, anabolizantes, compostos iodados e brometos, lítio, etc), acne cosmética (secundária a maquiagem), acne ocupacional, etc.

#### **Terapêutica:**

##### **- Acne grau I:**

a. Limpeza diária com sabonete antiseborréico e/ou antisséptico 2x/dia que contenham ácido salicílico ou enxofre ou triclosan.

b. Gel à base de tretinoína 0,025% ou Adapaleno 0,1% à noite. São todas substâncias fotossensibilizantes.

c. Fotoprotetores em gel ou loções não-comedogênicas (oil-free).

##### **- Acne grau II:**

a. Limpeza diária com sabonete antiseborréico e/ou antisséptico 2x/dia.

b. Gel à base de peróxido de benzoíla à noite. É fotossensibilizante e pode manchar as roupas.

c. Fotoprotetores em gel ou loções não-comedogênicas (oil-free).

d. Antibióticos sistêmicos se necessário:

Tetraciclina 500mg 2-4x/dia por 2-4 meses regressivo

Doxiciclina 100mg 1-2x/dia por 2-3 meses regressivo

Minociclina 100mg 1-2x/dia por 2-3 meses regressivo

Limeciclina 150mg/dia por 3 meses

Azitromicina 500mg/dia - 3 dias/semana por 3 semanas, podendo repetir mais 1 ciclo.

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

##### **- Outros tipos de acne e acne grau II resistente ao tratamento convencional:**

encaminhar ao dermatologista.

## II.2. MILIÁRIA - CID L74.3

### Orientações e Tratamento:

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

Banhos frios

Pasta d'água ou Calamina 6% locção 2-3x/dia

Creme de dexametasona 0,1% se apresentar prurido intenso.

## II.3. ALOPECIAS ADQUIRIDAS - CID L65.9

### Abordagem do paciente com queda de cabelos:

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

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

b. **Quantidade de fios que caem:** explicar ao paciente que é normal cair até 100 fios de cabelo por dia. Um teste fácil, para avaliar se a queda é normal ou não, é fazer a prova da tração, que consiste em puxar, sem muita força, um pequeno tufo de cabelos e ver quantos fios se desprendem. A queda é considerada anormal quando saem mais de 5 fios.

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

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

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

## II.4. HIRSUTISMO - CID L68.0

### Definição e Classificação:

É o aumento de pêlos sexuais masculinos (área da barba, tronco, suprapúbico) na mulher. Diferenciar da Hipertricose que corresponde ao aumento de pêlos não

sexuais. O hirsutismo pode ser constitucional quando não há anormalidades hormonais e está relacionado a fatores familiares e raciais, idiopático e, por fim, androgênico, quando está associado a anormalidades endócrinas.

**Diagnóstico:**

Testosterona livre, prolactina, DHEA-S, glicose, relação LH/FSH no 5º dia do ciclo e USG transvaginal nos casos de hirsutismo androgênico.  
Investigar uso de medicamentos/hormônios.

**Tratamento:**

Hirsutismo androgênico: encaminhar ao endocrinologista.

**II.5. ONICOSES - CID L60**

**GLOSSÁRIO DE SEMIÓTICA UNGUEAL**

**- Hematoma subungueal:**

Causado por trauma local, sendo mais freqüente no 1º e 5º pododáctilos. A dor pode ser aliviada perfurando-se a unha com uma agulha para drenar o hematoma.

**-Hiperqueratose subungueal:**

Espessamento da unha. Ocorre nas onicomicoses, unha em telha (unha elevada, em geral encontrada no hálux, por alteração da falange subjacente), dermatoses congênitas.

**-Leuconíquia:**

Presença de pontos ou estrias brancas. Pode ocorrer nas onicomicoses, uso excessivo de esmaltes por longos períodos, traumas locais, pelagra.

**-Melanoníquia:**

Coloração acastanhada de origem adquirida da unha. Ocorre nas onicomicoses, traumas, deficiência de vitamina B12, racial, lesões névicas da matriz ungueal.

**-Onicólise:**

Descolamento da unha em relação ao leito ungueal em sua parte distal. Ocorre nas onicomicoses, traumáticas (uso de sapatos apertados, traumas locais, manipulação excessiva por manicures), psoríase ungueal, drogas (tetraciclina), doenças sistêmicas (vasculopatias periféricas, tireoidopatias).

**-Onicorrexe e Onicosquizia:**

Unha quebradiça (onicorrexe) e descolamento em camadas na borda livre da unha (onicosquizia). Ocorre por deficiências nutricionais (ex.: ferro), desidratação da unha, agressão local da unha por produtos cáusticos, imersão freqüente em água. Tratamento com biotina.

### **-Paroníquia - CID L03.0**

Inflamação crônica do tecido periungueal, caracterizada por edema, eritema, dor e saída de secreção purulenta à expressão. Ocorre freqüentemente nas unhas das mãos de donas de casa devido à exposição contínua a água e produtos de limpeza. A contaminação fúngica por *Candida* pode acontecer, mas é sempre secundária. O tratamento consiste: cuidados locais como uso de luvas protetoras, evitar retirar a cutícula e proteção contra a umidade; usar topicamente creme com antibióticos e corticóide associado + antissépticos (timol a 2% em clorofórmio ou álcool 70°). Na associação com *Candida* tratar como descrito no tópico "Candidíase - Paroníquia crônica".

### **- Sulcos de Beau:**

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

### **- Unha encravada (encarcerada):**

Sua principal causa é o fator mecânico, representado por sapatos apertados ou manipulação excessiva por pedicures, mas a hipercurvatura excessiva da unha ou um dedo muito largo também podem fazê-la encravar.

Existem três graus evolutivos no desenvolvimento da unha encravada:

Grau I - quando só existe a dor à palpação da prega ungueal lateral;

Grau II - quando há a presença de secreção purulenta;

Grau III - quando há hipertrofia da prega ungueal representada pela presença de granuloma piogênico

### **Terapêutica:**

Grau I:

Corte adequado em 90° com a prega ungueal lateral

Colocação de órteses por podólogos ou pequenos chumaços de algodão abaixo da extremidade distal da unha afetada costumam resolver.

Grau II:

Necessário o uso de antibióticos orais antes das medidas acima.

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

Grau III:

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

Encaminhar ao dermatologista para cauterização química ou tratamento cirúrgico.

### **-Onicomicose:**

Ver no capítulo específico de micoses

## **CAPÍTULO III DERMATOSES INFECCIOSAS**

### **III.1. HERPES SIMPLES RECIDIVANTE - CID B00.9**

(Labial, Genital, etc.)

#### **Tratamento dos episódios recorrentes:**

Orientar o paciente a iniciar o tratamento o mais precocemente possível (de preferência no pródromo).

#### **USO INTERNO:**

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

**Aciclovir comprimidos de 400 mg - 1cp. V.O. 3 vezes ao dia**, de 8 em 8 horas.

**Objetivo desse tratamento:** redução da excreção viral, redução da formação de novas lesões, redução da duração dos episódios. Não há redução da frequência das futuras recidivas.

#### **Prevenção da recorrência:**

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

#### **USO INTERNO:**

**Aciclovir comprimidos de 200 mg - 2 a 4 cps. V.O./dia**, por vários meses.

Se os resultados forem favoráveis, manter o tratamento por 1 ano (tentando a redução para a menor dose possível, ou seja, 2 cps./dia).

Exemplo de tratamento:

Iniciar com Aciclovir 200 mg de 8 em 8 horas. Reavaliar após 3 a 4 meses. Se a resposta tiver sido favorável (redução ou supressão das recorrências), diminuir a frequência de administração do Aciclovir para 200 mg de 12 em 12 horas. Manter até completar 1 ano. Se, após um período sem tratamento as recidivas voltarem a ser frequentes, repetir novo ciclo.

### **III.2. VERRUGAS VIRAIS - CID B07**

#### **III.2.1. Verrugas vulgares:**

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

qualquer modalidade de tratamento). Em conclusão, além dessas orientações, o único tratamento prescrito deve ser:

#### **USO TÓPICO:**

#### **Colódio elástico com Ácidos Salicílico 16,5% e Láctico 14,5%**

À noite, aplicar apenas nas verrugas (proteger a pele ao redor com esparadrapo ou com vaselina sólida). Esperar secar e aplicar novamente. Repetir essa seqüência, totalizando 4 aplicações em cada verruga. Antes, com a pele molhada na água morna (ex: durante o banho), lixar as verrugas. Usar lixa de unha unicamente para esse fim, deixando-a separada. O tratamento é contínuo e prolongado. Pode haver redução gradual da espessura da verruga até o seu desaparecimento.

#### **III.2.2. Verrugas Plantares:**

Mesmas orientações dadas acima. Para prescrição:

#### **USO TÓPICO:**

Preparado com Ácidos Salicílico e Láctico, desta vez na forma de gel e com concentração maior (27% e 5%, respectivamente). O uso é semelhante ao descrito para verrugas vulgares, porém nesse caso a aplicação noturna deve ser única (não são necessárias 4 aplicações seguidas).

#### **III.2.3. Verrugas Filiformes:**

Encaminhar o paciente para possível *shaving* e eletrocoagulação caso as lesões estejam incomodando.

#### **III.2.4. Verrugas planas:**

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

### **III.3. MOLUSCO CONTAGIOSO - CID B08.1**

Orientar que, mesmo sem tratamento, o quadro é auto-limitado e se resolve espontaneamente em um prazo de 9 meses em média (às vezes pode durar mais do que 1 ano).

Em adultos, considerar imunossupressão (HIV) e outras DSTs associadas.

Prescrever o seguinte medicamento manipulado (não tratar lesões na região periocular):

#### **USO TÓPICO:**

KOH 5-10% (Hidróxido de Potássio a 5-10%)

solução q.s.p. ----- 30ml

Aplicar com cotonete sobre as lesões, 2 vezes ao dia, até que as mesmas fiquem

inflamadas. Então, suspender o uso do medicamento. As lesões regredirão espontaneamente a partir desse ponto.

**Observações:**

1) Pode haver sensação de queimação logo após a aplicação do medicamento, a qual dura aproximadamente 1 a 2 minutos, e normalmente é leve e bem tolerada. Em raros casos ocorre irritação intensa, devendo o tratamento ser suspenso.

2) Podem se formar manchas hipocrômicas ou hiperocrômicas residuais nas áreas tratadas, que tendem a melhorar espontaneamente nas semanas seguintes (às vezes duram meses).

3) O tratamento descrito acima é muito eficaz e um dos menos agressivos disponíveis. Além disso, pode ser realizado pelos próprios pais (ou familiares) do paciente (que na grande maioria das vezes é criança).

#### **II.4. IMPETIGO - CID L01.0**

**Quadro localizado:** Melhor opção de tratamento:

Limpeza com água e sabonetes antissépticos

**USO TÓPICO:**

##### **Mupirocina 2% pomada**

Antes de aplicar o medicamento, remover as crostas. Utilizar vaselina líquida ou compressas de pano molhadas para facilitar a remoção. Aplicar o medicamento 3 vezes por dia até a resolução das lesões.

**Tratamento Alternativo:**

Cefalexina V.O. como descrito abaixo.

**Acometimento extenso ou múltiplas lesões ou presença de bolhas (Impetigo Bolhoso):**

**USO INTERNO:**

**Cefalexina V.O. na dose:**

a) Adultos: 500 mg de 6 em 6 horas por 10 dias

b) Crianças: 50mg/kg/dia divididos em doses de 6 em 6 horas por 10 dias.

**Observações:**

1) Deve-se procurar reconhecer e tratar o Impetigo o mais precocemente possível, devido ao risco de desenvolvimento de Nefrite Aguda.

2) Pesquisar se há outros membros da família acometidos (o que é muito frequente), e tratá-los como recomendado.

3) Quando o Impetigo se torna recorrente ou não há resposta satisfatória ao

tratamento, encaminhar o paciente.

### **III.5. FURUNCULOSE - CID L02.9**

#### **III.5.1. Furúnculo Único:**

Compressas quentes, incisão e drenagem quando houver ponto de flutuação.

#### **III.5.2. Furúnculos múltiplos ou sinais de celulite na periferia da lesão:**

Além das compressas quentes, da incisão e drenagem, prescrever:

#### **USO INTERNO:**

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

#### **Observações:**

1) Deve-se estar atento aos seguintes sinais de alerta que indicam possível infecção de maior gravidade:

1a) Ausência de resposta satisfatória a terapêutica convencional;

1b) Toxicidade sistêmica;

1c) Lesões localizadas na região centro-facial;

1d) Presença de gás sob a pele;

1e) Acometimento de fáscia ou Musculatura;

1f) Paciente imunocomprometido.

Quando houver suspeita de infecção grave, encaminhar o paciente ao pronto-socorro (risco vermelho).

2) Quando houver furunculose recorrente, encaminhar o paciente.

### **III.6. TINEAS - CID B35.9**

A confirmação diagnóstica deve ser feita pelo Exame Micológico Direto e Cultura para fungos.

Os fungos dermatófitos podem ser tratados com imidazólicos (cetoconazol, clotrimazol, miconazol, etc), terbinafina ou ciclopiroxolamina.

O uso de Nistatina é INEFICAZ para esta categoria de fungos.

#### **III.6.1. Tineacrisis:**

##### **Quadro leve, bem localizado:**

Antifúngico Imidazólico tópico 2 vezes por dia por 4 semanas.

Ex: Cetoconazol creme, Clotrimazol creme, Nitrato de Miconazol loção, etc.

##### **Quadro mais extenso ou não responsivo ao tratamento tópico:**

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

### **Observações:**

A recidiva é frequente com o tratamento tópico. Deve-se, então, tentar o tratamento sistêmico e deve-se enfatizar a necessidade de manter o local sempre seco (cuecas samba-calção, no caso dos homens, podem ajudar).

Talco com antifúngico 2 vezes ao dia pode manter o quadro controlado por períodos mais longos (ex: Nitrato de Miconazol pó).

### **III.6.2. Tinea pedis:**

#### **III.6.2.1. Tipo interdigital:**

Orientações:

- Secar os pés (toalha ou secador de cabelos)
- Usar meias de algodão
- Deixar os pés e calçados ventilados e secos

Normalmente o tratamento tópico é suficiente.

Se houver muita inflamação e exsudação fazer compressas de Permanganato de potássio (100mg) 1:20000 (diluir 1cp. em 2 litros de água) 1 a 3 dias.

Quando melhorar a fase aguda, iniciar antifúngico imidazólico tópico 2 vezes por dia por 4 semanas (ex: Cetoconazol creme, Clotrimazol creme, Nitrato de Miconazol loção, etc.)

#### **III.6.2.2. Tipo Plantar Crônica (Mocassim):**

O tratamento deve ser sistêmico:

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

### **Observações:**

Na Tinea Pedis Interdigital é comum a infecção secundária, que é suspeitada quando há secreção purulenta ou crostas amareladas. Deve-se prescrever Cefalexina 500 mg V.O. de 6 em 6 horas por 7 dias (ou a dose adequada para crianças: Cefalexina suspensão oral 2,5% 125mg=5ml, dose de 50mg/kg/dia) Para evitar recidivas, lembrar de manter os pés tão secos quanto possível (calçados não apertados, troca freqüente de meias, etc.). Talco com antifúngico 2 vezes ao dia também pode ajudar (ex: Nitrato de Miconazol pó).

#### **III.6.3. Tineamanum:**

Semelhante ao tratamento da Tinea pedis crônica tipo Mocassim.

#### **III.6.4. Tineacorporis:**

##### **Formas localizadas:**

Tratamento tópico idêntico ao da Tineacuris.

##### **Formas extensas:**

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

### **Observações:**

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

### **III.6.5. Tinea capitis:**

#### **Tratamento sistêmico com Griseofulvina cps. de 500 mg (\*)**

Para crianças: 15 a 20 mg/Kg/dia, até um máximo de 500 mg/dia, por 6 a 12 semanas. Tomar o medicamento junto com refeição gordurosa (ex: leite integral) para facilitar a absorção.

Para adultos: 1 cp de 500 mg/dia, pelo mesmo prazo e com as mesmas orientações descritas para crianças.

O Kerion (forma inflamatória de *Tinea Capitis*, semelhante a um abscesso) deve ser tratado da mesma maneira.

### **Observações:**

- 1) Alguns detalhes podem determinar falha terapêutica.
  - 2) Deve-se tratar, ao mesmo tempo, todos os membros afetados da família e/ ou do convívio cotidiano do paciente (ex: crianças afetadas de uma creche).
  - 3) Objetos inanimados como pentes e escovas podem se tornar reservatórios dos fungos e perpetuar a infecção - devem ser usados apenas pelo paciente e limpos com álcool.
  - 4) Cães podem ser a fonte da infecção - deve-se investigar tal possibilidade e o animal deve ser tratado ou afastado.
- (\*) Lembrar dos possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas da Griseofulvina via oral.

### **III.6.6. Onicomicose**

Somente tratar após confirmação da presença do fungo pelo Exame Micológico Direto + Cultura para fungos.

Esmaltes antifúngicos:

Amorolfina 5% 1x/semana

CiclopiroxOlamina 8% 3x/semana

Tioconazol 28% 1x/dia

Manter o tratamento até o completo crescimento da unha sã (2-4 meses nas mãos ou 6-9 meses nos pés).

Situações que demandam tratamento sistêmico – encaminhar ao dermatologista:

- a. Comprometimento 2 unhas ou mais
- b. Comprometimento de mais de 50% do leito ungueal
- c. Comprometimento da matriz ungueal

### **III.7. PITIRÍASE VERSICOLOR - CID B36.0**

Solicitar SEMPRE exame micológico direto para confirmação quando o Sinal de Zireli (descamação observada pelo estiramento da pele na pitiríase versicolor) for negativo

#### **Lesões localizadas:**

Antifúngico imidazólico tópico 2 vezes ao dia por 3 semanas (ex:Cetoconazol creme, Clotrimazol creme, Nitrato de Miconazol loção)

#### **Lesões disseminadas:**

Cetoconazolcps. de 200 mg (\*) - 1 cp V.O. cedo por 5 a 10 dias.  
Itraconazol 100mg – 2cp V.O. após o almoço por 5 dias

#### **Observações:**

1) As manchas demoram algumas semanas para desaparecer. Alertar o paciente para esse fato. Não confundir com falha terapêutica.

2) As recidivas são freqüentes. Caso ocorram mais que 2 vezes por ano, tentar Sulfeto de Selênio shampoo ou Cetoconazol shampoo (genérico) 1 ou 2 vezes por semana para prevenção da recorrência, por tempo indefinido.

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

### **III.8. CANDIDÍASE - INTERTRIGO - CID B37.2**

#### **Formas leves:**

Antifúngico imidazólico tópico 2 vezes por dia por 2 a 3 semanas (ex: Cetoconazol creme, Clotrimazol creme, Nitrato de Miconazol loção, etc.)

#### **Formas extensas/severas:**

Associar ao tratamento: Fluconazol 150mg – 1-2 cp. V.O. 1x/semana por 2 semanas. Caso o eritema seja muito vivo e haja muita exsudação, fazer compressas de Permanganato de potássio (100mg) 1:20000 (diluir 1cp. em 2 litros de água) por 1 a 3 dias, antes de iniciar o tratamento tópico descrito.

#### **Observações:**

As recidivas são frequentes. Para evitá-las, orientar o uso de roupas leves e folgadas, de preferência de algodão. O uso contínuo de Óxido de Zinco + Nistatina pomada ou apenas Óxido de Zinco pomada ou talco com antifúngico (ex: Nitrato de Miconazol pó) ou ainda talco comum, 2 a 3 vezes por dia, nas grandes dobras do corpo, também pode ser de grande utilidade na prevenção.

### III.9. CANDIDÍASE - PARONÍQUIA CRÔNICA -CID B37.2

#### Conduta:

a) Luvas de borracha (por baixo, usar luvas de pano 100% algodão, brancas, finas). Usar sempre que lidar com água ou produtos de limpeza.

#### b) USO TÓPICO:

Timol 3%

Álcool 70% q.s.p 15ml

Pingar 1 ou 2 gotas sobre cada unha doente e deixar escorrer na direção da cutícula, 2 a 3 vezes por dia. Usar até a cutícula se formar novamente. Obviamente, é **totalmente contra indicado** que se retire as cutículas na manicure já que a cura só ocorrerá quando a cutícula se formar novamente.

c) Caso haja inflamação e edema significativos na pele ao redor das unhas, pode-se associar:

#### USO INTERNO:

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

#### Observações:

1) A melhora com o tratamento costuma ser lenta, levando semanas a meses para se concretizar.

2) O problema principal é a falta de adesão ao tratamento pelos pacientes, principalmente no que se refere ao uso de luvas. Caso o paciente não crie o hábito de usar sempre luvas, não há mais nada que possamos fazer.

### III.10. ESCABIOSE - CID B86

Tratar TODOS os contactantes concomitantemente.

Conduta:

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

#### USO TÓPICO:

Enxofre precipitado 10%

Pasta D'água q.s.p. 20g Após o banho, aplicar no corpo todo, do pescoço para baixo. Dar banho após

24 horas e reaplicar o medicamento. Realizar um total de 3 aplicações em 3 dias seguidos. Repetir em 7 dias. Tem odor desagradável, mancha a roupa e é pouco prático.

#### 1ª escolha para crianças com mais de 1 ano. Pode ser utilizado no adulto e na gestação :

#### a) USO TÓPICO:

Permetrina 5% loção

À noite, após o banho, aplicar no corpo todo, da cabeça aos pés (exceto no couro cabeludo). Deixar por 10 a 12 horas. Uma única aplicação normalmente é

suficiente. Se necessário, repetir o tratamento em 2 semanas. É pouco irritante, pouco tóxico e muito efetivo. Pode ser utilizado em gestantes.

b) **USO INTERNO:** Ivermectina 6 mg

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

**Tratamento alternativo:**

**USO TÓPICO: Benzoato de Benzila loção**

Após o banho, à noite, aplicar no corpo todo, do pescoço para baixo. Deixar por 8 a 10 horas. Repetir o tratamento por mais 2 noites. Após 1 semana, repetir mais 3 aplicações noturnas. É um tratamento eficaz, porém causa dermatite irritativa significativa em muitos pacientes, e por isso está em desuso.

Qualquer que seja o tratamento escolhido, todos os membros da família e/ou convívio cotidiano do paciente (ex: crianças afetadas da creche) devem ser tratados ao mesmo tempo. Além disso, todas as roupas usadas antes do tratamento (inclusive toalhas e roupas de cama) devem ser lavadas.

**Possíveis problemas:**

1) **Infecção secundária:** pústulas, crostas amareladas, exsudação, etc. Deve ser tratada com Cefalexina 500 mg V.O. de 6 em 6 horas para adultos, ou 50 mg/kg/dia para crianças (Cefalexina suspensão oral 2,5% 125 mg = 5ml) por 7 dias.

2) **Eczematização secundária:** áreas/placas de eritema e descamação. Dexametasona creme 2 vezes por dia por até 2 semanas se necessário.

3) **Prurido persistente:** após tratamento adequado, o prurido pode durar várias semanas, melhorando gradualmente. Caso necessário, prescrever anti-histamínicos:

Maleato de Dexclorfeniraminacps. de 2 mg - 1 cp. V.O. até de 8 em 8 horas para adultos, ou dose adequada para crianças.

4) **Falha terapêutica:** é difícil diferenciar do prurido persistente e da eczematização secundária, que são mais comuns. Ficar atento para a manutenção das pequenas pápulas esparsas nos locais típicos, que podem ser sinal de tratamento ineficiente.

## CAPÍTULO IV DERMATOSES ERITÊMATO - ESCAMOSAS

### IV.1. DERMATITE SEBORRÉICA - CID: L 21

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

### MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

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

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

### TRATAMENTO:

#### LACTENTE

- Evitar excesso de roupas, trocar fraldas com mais freqüência e, nos casos mais graves, retirá-las.

- **Couro cabeludo:** solicitar para a mãe aquecer, em banho-maria, óleo mineral ou mesmo Johnson e, com a ajuda de uma escova de dente de cerdas macias, remover as crostas de forma delicada. Não é necessária a remoção em um só dia de toda a crosta. Em seguida, lavar com xampu neutro.

Aplicar creme de corticóide de baixa potência (hidrocortisona):

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

- **Tronco e áreas intertriginosas:** limpeza com água boricada e creme de corticóide de baixa potência ou aplicação de:

Enxofre precipitado \_\_\_\_\_ 2 a 4%  
Creme base qsp \_\_\_\_\_ 15 gramas

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

- **Doença de Leiner:** internação

## ADULTO

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

Exemplo para manipulação:

Cetoconazol \_\_\_\_\_ 2%  
Xampu base para cabelo oleoso qsp \_\_\_\_\_ 150 ml

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

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

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

## IV.2. PSORÍASE - CID L40

Investigar na anamnese: fatores implicados no desencadeamento ou exacerbação da psoríase:

- trauma químico, mecânico, térmico, elétrico, cirúrgico, escoriações das lesões (Fenômeno de *Koebner*),
- infecção por *Streptococo Beta* hemolítico (psoríase em gotas), HIV (início da infecção e tende a melhorar nas formas avançadas e com TARV),
- drogas (lítio, betabloqueadores, antimaláricos, antiinflamatórios não hormonais, administração e interrupção abrupta de corticóides sistêmicos),
- stress emocional,
- distúrbios metabólicos e endócrinos,
- álcool,
- variações climáticas,
- tabagismo - risco aumentado para psoríase em placas, - luz solar (exposição aguda e intensa).

Na psoríase, ocorre uma maior aceleração no processo de renovação epidérmica (doença mediada por mecanismos imunológicos).

## **MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

### **IV.2.1. Psoríase em placas ou vulgar L40.0**

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

### **IV.2.2. Psoríase em gotas L40.4**

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

### **IV.2.3. Psoríase eritrodérmica L40.9**

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

### **IV.2.4. Psoríase pustulosa**

Pode ser generalizada ou localizada. Encaminhar ao dermatologista.

#### **Generalizada (*Von Zumbusch*) L40.1**

Eritema, descamação e pústulas (interrupção de corticoterapia sistêmica, hipocalcemia, infecções). Cursa com febre, leucocitose e comprometimento do estado geral.

#### **Localizada L40.3**

Eritema, descamação e pústulas geralmente simétricas nas palmas das mãos e cavos plantares.

### **IV.2.5. Psoríase ungueal: L40.9**

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

### **IV.2.6. Psoríase artropática L40.5 / M07**

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

**Observação: NUNCA DIZER AO PACIENTE QUE A DOENÇA NÃO TEM CURA!!!  
Existem tratamentos eficazes para controlar a doença.**

### **Orientações Gerais**

Interromper hábitos deletérios (tabagismo e etilismo)  
Controlar IMC, glicemia e dislipidemia (comorbidades)  
Observar medicamentos em uso (ajustar ou trocar se necessário, p.e. betabloqueadores, lítio, etc)

### **TRATAMENTOS TÓPICOS (máximo 5% da área corporal acometida)**

Hidratação cutânea com creme hidratante com uréia 10% ou creme com óleo de amêndoas 5% ou AGE loção 2x/dia.

Para os casos leves, preferir o uso dos alcatrões. Nos casos em que a descamação e o eritema forem mais intensos, considere a associação com os corticóides.

#### **1. Alcatrão (método barato)**

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

Coaltar \_\_\_\_\_ 1 a 5%

Ácido salicílico \_\_\_\_\_ 3% (função de melhorar a absorção)

Pomada, gel, vaselina sólida qsp \_\_\_\_\_ 100g

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

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

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

#### **2. Corticosteróides tópicos - creme ou pomada**

##### **Tempo e esquema de uso:**

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

a. Propionato de clobetasol 0,05%

b. Halcinonida 0,1%

1x/dia

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

##### **Tempo de uso máximo de 4 semanas para MÉDIA POTÊNCIA:**

a. Furoato de mometasona 0,1%

b. Propionato de fluticasona 0,05% c. Acetonido de triancinolona 0,1%

1x/dia

##### **Tempo máximo de 3 meses para BAIXA POTÊNCIA:**

a. Dexametasona 0,1 a 0,2% (genérico)

b. Acetato de hidrocortisona 1%

2x/dia

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

1. Hemograma com contagem de plaquetas
2. VHS, PCR, ASLO, Ác. Úrico
3. ALT, AST, Fosf. Alcalina, gGT
4. Colesterol T, HDL, TGC
5. Uréia, Creatinina
6. Glicose, HbGlic
7. Na, K, Mg, Ca
8. FAN (hep-2), IgE total
9. HbsAg, Anti-Hbs, Anti-HCV
10. VDRL
11. HIV I e II

1. PPD

1. Rx tórax PA/PE
2. USG abdominal total

Protocolo de acompanhamento de paciente com Psoríase em tratamento sistêmico:

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

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

Reencaminhar se:

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

### IV.3. PITIRÍASE RÓSEA - CID L42

Afecção inflamatória, de origem desconhecida (viral??), mais freqüente no outono e verão, de ocorrência em ambos os sexos, não contagiosa, afebril. Surgimento de uma lesão maior - "medalhão" - de bordas ligeiramente elevadas, com centro amarelado e descamativo, que após 1 - 2 semanas desenvolvem lesões de

características menores com seu eixo maior paralelo às linhas de clivagem da pele (formato em "árvore de natal"). Localizam-se no tronco, raiz dos membros e pescoço. Raramente afetam face, mãos e pés. Respeitam o couro cabeludo. São lesões geralmente assintomáticas, porém pode ocorrer prurido. Tempo de evolução de 4 -8 semanas, com involução total sem deixar cicatrizes.

## TRATAMENTO

Sintomáticos (anti-histamínicos e corticóides de baixa potência, caso ocorra prurido).

## NÃO HÁ NECESSIDADE DE ENCAMINHAR AO DERMATOLOGISTA

### IV.4. ERITRODERMIA ESFOLIATIVA - CID L53

Eritema generalizado e persistente com descamação. O prurido pode estar presente. Nesse caso, **é necessária uma anamnese bem feita**, investigando:

- Patologias preexistentes (pênfigo foliáceo, pitíriase rubrapilar, eritrodermia icctiosiforme congênita).

- Uso de drogas utilizadas de forma intempestiva para o tratamento de algumas patologias dermatológicas (psoríase, dermatite seborréica, dermatite atópica, dermatite de contato, dermatite de estase, líquen plano, etc).

- Erupção por drogas (bismuto, ouro, anestésicos, sulfamídicos, arsenicais, antibióticos e drogas de uso neurológico).

- Pode se tratar também de uma forma inicial de linfoma (*S. sézary*, micosefungóide). Eritema generalizado de surgimento súbito ou insidioso, descamação e prurido variável. Pode cursar com anorexia, sensação de frio, febre, fadiga, perda de peso, enfartamento de linfonodos, pode evoluir com septicemia. As evoluções crônicas podem assumir um aspecto liquenificado.

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

## ENCAMINHAR AO DERMATOLOGISTA!!!

**Tabela: Potência dos Corticosteróides(CE) tópicos**

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

<b>V</b>	<b>Muito Baixa</b>	<b>Dexametasona 0,1%</b> <b>Hidrocortisona 0,5-2,5%</b>
<b>Como regra: não usar corticosteroides na face e regiões periorificiais. Em casos selecionados APENAS aqueles de potência muito baixa, por no máximo 7 dias.</b>		

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dermatologia na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.- 1ª edição. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 142p.:il. - (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09) - (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 174) ISBN 978-85-334-0510-3
2. Câmara Técnica de Especialidades da Prefeitura Municipal de Campinas. Dermatologia na Atenção Básica de Saúde – Guia Prático. Secretaria de Saúde. Disponível em [www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO616.pdf](http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impressos/adm/FO616.pdf) Acesso em 25/07/2013
3. Lupi O, Cunha PR. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento da Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2ª Ed. Editora GEN, 2012 680p. ISBN: 9788581140841
4. Miot HA, Miot LDBH. Protocolo de Condutas em Dermatologia. 1ª Ed. Editora Roca. 2012. 284p. ISBN: 9788541200127
5. SBD. Consenso Brasileiro de Psoríase 2012 – Guias de Avaliação e Tratamento. 2ª Ed. 2012 ISBN 978-85-89240-04-8

## Anexo 04

# PROTOCOLOS DE REALIZAÇÃO DO REGISTRO FOTOGRÁFICO PARA INVESTIGAÇÃO DE CÂNCER DA PELE, HANSENÍASE, PSORÍASE E DERMATOLOGIA GERAL

Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde - STT

## Registro Fotográfico: Câncer da pele

O **Registro Fotográfico** para a investigação dos casos suspeitos de **Câncer da pele** deve ser feito em três etapas: a **Foto Panorâmica**, a **Foto de Aproximação com régua** e a **Foto de Contato (dermatoscopia)**. Veja abaixo como realizar cada etapa.

### 1 - Foto Panorâmica

1.1 - Identifique cada lesão usando uma etiqueta com a data, iniciais do paciente e o número da lesão, sendo um número para cada lesão.

1.2 - Faça uma imagem panorâmica da região do corpo que tenha uma ou mais lesões. As regiões do corpo são **cabeça, tronco, braços e pernas, podendo ser frente ou dorso**. No caso de duas ou mais lesões na mesma região, somente será necessária uma **Foto Panorâmica**. **Não utilize o zoom nessa etapa.**



Imagem panorâmica da **cabeça**.



*Foto de Aproximação* da lesão na **cabeça**.

### 2 - Foto de Aproximação com régua

2.1 - As fotos de aproximação devem ser tiradas **sem utilizar o zoom** a aproximadamente 30cm de distância de cada uma das lesões etiquetadas, de modo que apareçam a etiqueta e a régua ao lado de cada lesão para determinar seus tamanhos.

### 3 - Foto de Contato (Dermatoscopia)

3.1 - Devem ser realizadas também as imagens de contato, com o dermatoscópio. Acoople o aparelho na câmera e aplique gel na lente dele. Não se esqueça de ligar a luz do aparelho, usando o botão no próprio dermatoscópio. Fotografe cada lesão com o aparelho **totalmente encostado** na pele, usando o zoom máximo da câmera.

3.2 - Se a lesão for maior que a área da foto e não couber inteira no enquadramento, faça mais imagens, de modo que a lesão seja totalmente fotografada.



*Foto de contato* da lesão na **cabeça**, com o dermatoscópio.

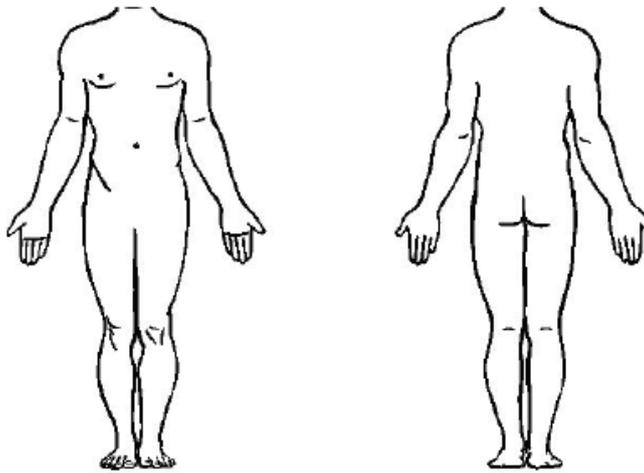
## Registro Fotográfico: Hanseníase

O **Registro Fotográfico** para a investigação dos casos suspeitos de **Hanseníase** deve ser feito em duas etapas: a *Foto Panorâmica* e a *Foto de Aproximação com régua*. Veja abaixo como realizar cada etapa.

### 1 - Foto Panorâmica

1.1 - A foto panorâmica deve ser feita **sem utilizar o zoom** da região com a lesão do corpo do paciente. Se não houver lesões no rosto, tire a foto somente do corpo. Lesões na cabeça devem ser fotografadas separado.

1.2 - Ponha as etiquetas de identificação nas lesões que forem mais significativas. As etiquetas devem conter as iniciais do paciente, a data do registro fotográfico e o número da lesão. **Atenção: identifique, no máximo, três lesões.**



As *Fotos Panorâmicas* devem ser feitas como na imagem acima. Uma de frente e uma de costas.

### 2 - Foto de Aproximação com régua

2.1 - As fotos de aproximação devem ser tiradas **sem utilizar o zoom** a aproximadamente 30cm de distância de cada uma das lesões etiquetadas, de modo que apareçam a etiqueta e a régua ao lado de cada lesão para determinar seus tamanhos.



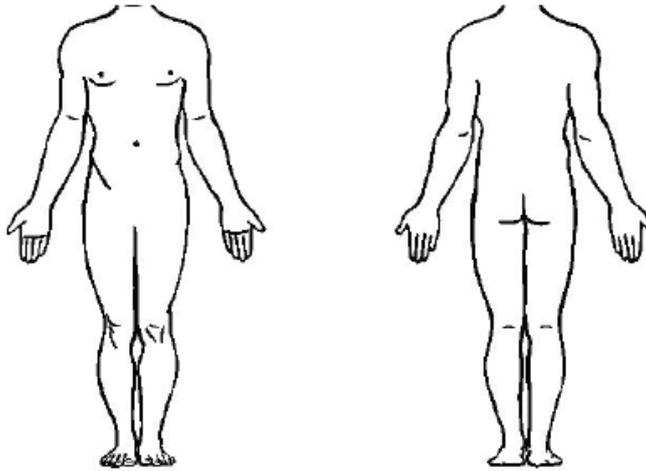
## Registro Fotográfico: Psoríase

O **Registro Fotográfico** para a investigação dos casos suspeitos de **Psoríase** deve ser feito em duas etapas: a *Foto Panorâmica* e a *Foto de Aproximação com régua*. Veja abaixo como realizar cada etapa.

### 1 - Foto Panorâmica

1.1 - A foto panorâmica deve ser feita **sem utilizar o zoom** do corpo todo do paciente, de frente e de costas, usando, preferencialmente, sunga ou biquíni. Se não houver lesões no rosto, tire a foto somente do corpo. Lesões na cabeça devem ser fotografadas separado.

1.2 - Ponha as etiquetas de identificação nas lesões que forem mais significativas. As etiquetas devem conter as iniciais do paciente, a data do registro fotográfico e o número da lesão. **Atenção: identifique, no máximo, três lesões.**



As *Fotos Panorâmicas* devem ser feitas como na imagem acima. Uma de frente e uma de costas.

### 2 - Foto de Aproximação com régua

2.1 - As fotos de aproximação devem ser tiradas **sem utilizar o zoom** a aproximadamente 30cm de distância de cada uma das lesões etiquetadas, de modo que apareçam a etiqueta e a régua ao lado de cada lesão para determinar seus tamanhos.

2.2 - Tire também fotos dos **cotovelos** e **joelhos** dos pacientes, **mesmo que não tenha lesão.**



## Registro Fotográfico: Outras Dermatoses

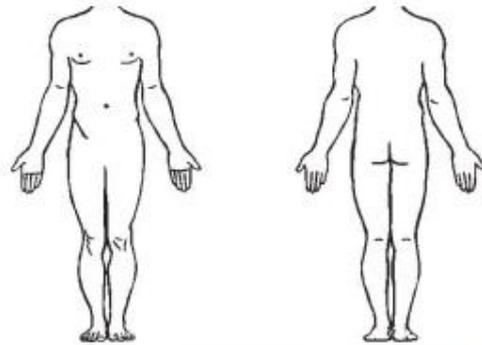
O **Registro Fotográfico** para a investigação dos casos suspeitos de **Outras Dermatoses** deve ser feito em três etapas: a *Foto Panorâmica*, a *Foto de Aproximação com régua* e a *Foto de Contato (dermatoscopia)*. Veja abaixo como realizar cada etapa.

### 1 - Fotos Panorâmicas (três)

1.1 - As fotos panorâmicas devem ser feitas **de frente e de costas, sem utilizar o zoom** da região com a lesão do corpo do paciente. Se não houver lesões no rosto, tire a foto somente do corpo. Lesões na cabeça devem

1.2 - Ponha as etiquetas de identificação nas lesões que forem mais significativas. As etiquetas devem conter as iniciais do paciente, a data do registro fotográfico e o número da lesão. **Atenção: identifique, no máximo, três lesões.**

1.3 - Faça também uma imagem panorâmica da **região** do corpo que tenha uma ou mais lesões. As regiões do corpo são **cabeça, tronco, braços e pernas, podendo ser frente ou dorso**. No caso de duas ou mais lesões na mesma região, somente será necessária uma *Foto Panorâmica*.



As *Fotos Panorâmicas* devem ser feitas como na imagem acima. Uma de frente e uma de costas.



Imagem panorâmica da **cabeça**.

### 2 - Foto de Aproximação com régua

2.1 - As fotos de aproximação devem ser tiradas **sem utilizar o zoom** a aproximadamente 30cm de distância de cada uma das lesões etiquetadas, de modo que apareçam a etiqueta e a régua ao lado de cada lesão para determinar seus tamanhos.



### 3 - Foto de Contato (Dermatoscopia)

3.1 - Acople o dermatoscópio na câmera e aplique gel na lente dele (não se esqueça de ligar a luz do aparelho). Fotografe cada lesão com o aparelho **totalmente encostado** na pele, usando o zoom máximo da câmera.

3.2 - Se a lesão for maior que a área da foto e não couber inteira no enquadramento, faça mais imagens, de modo que a lesão seja totalmente fotografada.



*Foto de contato* da lesão na **cabeça**, com o dermatoscópio.

## Anexo 05

# SOLICITAÇÃO DE EXAMES DERMATOLÓGICO PARA INVESTIGAÇÃO DE CANCER DA PELE, HANSENÍASE E PSORÍASE



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES  
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO - SUS  
CENTRAL ESTADUAL DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE

### FICHA DE SOLICITAÇÃO DE DERMATO

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Logradouro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Requisição: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Tipo:  Câncer da pele  Hanseníase  Psoríase  Outras dermatoses

### INDICAÇÃO CLÍNICA

#### Tabagismo

Fumante Cigarros por dia:   
 Ex fumante Anos que fuma:   
 Nunca fumou

#### Etilismo

Nunca  Mensalmente  2-4 vezes ao mês  
 2-3 vezes por semana  4 ou mais vezes por semana

#### Fototipo

(I - II - III - IV - V - VI):

CID-10:

#### Infecções

Hepatite B  Hepatite C  HIV

Outros: \_\_\_\_\_

#### Co-Morbidades

HAS  DM  ICC  Dislipidemia

Outros: \_\_\_\_\_

#### Tempo de doença:

Dias  
 Meses  
 anos

#### Co-Morbidades

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica  
DM Diabetes Melito  
ICC Insuficiência Cardíaca Congestiva

#### Prurido

Sim  
 Não

#### Fototipo

- I** *Pele clara, olhos azuis, sardentos: Sempre se queimam e nunca se bronzeiam*
- II** *Pele clara, olhos azuis, verdes ou castanhos claros, cabelos louros ou ruivos  
Sempre se queimam e, às vezes, se bronzeiam*
- III** *A média das pessoas brancas normais  
Queimam-se moderadamente, bronzeiam-se gradual e uniformemente*
- IV** *Pele clara ou morena clara, cabelos castanhos escuros e olhos escuros  
Queimam-se muito pouco, bronzeiam-se bastante*
- V** *Pessoas morenas: Raramente se queimam, bronzeiam-se muito*
- VI** *Negros: Nunca se queimam, profundamente pigmentados*

#### História Mórbida Familiar

Sim  Não

#### História Mórbida Progressa

Sim  Não



## PSORÍASE

**O paciente apresenta lesões eritematosas, descamativas e infiltradas?**

Sim  Não

*Apresenta lesões no joelho, cotovelos e /ou couro cabeludo?  
Fenômeno de Koebner?*

Sim  Não

*Apresenta orvalho sangrante?*

Sim  Não

**Tipo de psoríase**

Leve  
 Moderada  
 Grave

**Padrão Morfológico**

Vulgar   
Eritrodérmica   
Compr. articular   
Gutata   
Palmoplantar   
Ungueal   
Pustulosa   
Invertida   
Mucosa

Outro-especifique:

## CÂNCER DA PELE

**Motivo do Encaminhamento**

Carcinoma basocelular  
 Carcinoma espinocelular  
 Melanoma

**História Mórbida Progressa**

Câncer da pele  Sim  Não  
Câncer outros  Sim  Não

Exposição ao sol (h/dia):

Exposição ao sol (meses/ano):

**Fotoprotetor**

Dias  Nenhum vez  
 Meses  Uma vez  
 anos  duas vezes  
 três vezes

## HANSENÍASE

**O paciente apresenta lesões hipocrômicas ou eritematosas, infiltradas ou nodulares com perda ou diminuição de sensibilidade?**

Sim  dúvida  Não

*O paciente apresenta espessamento neural?*

Sim  dúvida  Não

*O paciente apresenta sinal de neurite?*

Sim  dúvida  Não

Nome do médico / CRM

### Legenda

- Câncer da pele
- Hanseníase
- Psoríase
- Outras Dermatoses

Identifique os pontos das lesões usando os marcadores conforme legenda.

Assinale o(s) local(is) da(s) lesão(ões) para a(s) fotografia(s)

