

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO PARA DERMATOLOGIA

O protocolo de Dermatologia será publicado ad referendum conforme resolução CIB/RS 764/2014. 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.

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. Falta de condições para prover tratamento também devem ser consideradas como indicação do encaminhamento para o serviço especializado.

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de neoplasia maligna cutânea, doenças vesico-bolhosas (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 ao dermatologista quando comparados com outras condições previstas neste protocolo.

Pacientes com suspeita ou diagnóstico de hanseníase não devem ser encaminhados via central de regulação ambulatorial. Os pacientes devem ser avaliados nos serviços de referência para a condição, conforme pactuações regionais.

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

Publicado em 04 de janeiro de 2018.

Supervisão Geral:

João Gabbardo dos Reis

Coordenação:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Roberto Nunes Umpierre

Organização e Edição:

Milena Rodrigues Agostinho

Rudi Roman

Autores:

Taiane Sawada de Souza

Kelli Wagner Gomes

Clarissa Prati

Milena Rodrigues Agostinho

Natan Katz

Rudi Roman

Elise Botessele de Oliveira

Josué Basso

Dimitris Rucks Varvaki Rados.

Normalização:

Rosely de Andrade Vargas

Diagramação:

Lorenzo Costa Kupstaitis

TelessaúdeRS-UFRGS 2018

Porto Alegre – RS.

Protocolo 1 – Acne

Atenção: pacientes com suspeita de acne fulminans devem iniciar imediatamente tratamento sistêmico com corticoide e antibioticoterapia (ver quadro 1 no anexo). Entre em contato com TelessaúdeRS-UFRGS, pelo canal 08006446543, se necessário auxílio para o diagnóstico e tratamento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas, febre e artralgias); **ou**
- acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes); **ou**
- acne leve a moderada com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 6 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos - ver quadros 1 e 2 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição das lesões:
 - a. tipo (comedões, pápulas, pústulas, nódulos, cistos);
 - b. distribuição (localização);
 - c. tempo de evolução;
 - d. gravidade (leve, moderada ou grave);
2. apresenta sintomas sistêmicos como febre ou artralgia (sim ou não). Se sim, descreva;
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

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para oncologia tumores de pele e dermatologia:

- diagnóstico de melanoma confirmado por biópsia; **ou**
- suspeita clínica de melanoma (ver quadro 3 no anexo), se caso já avaliado em teleconsulta com o TelessaúdeRS-UFRGS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- suspeita clínica de melanoma (ver quadro 3 no anexo); **ou**
- nevo melanocítico congênito com mais de 20 cm; **ou**
- dois ou mais nevos melanocíticos congênitos com mais de 1,5 cm; **ou**
- diagnóstico prévio de melanoma que não está em acompanhamento com dermatologista; **ou**
- pacientes com alto risco para desenvolver melanoma (ver quadro 4 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão:
 - a. localização;
 - b. tamanho;
 - c. características (assimetria, bordas, cores, crescimento);
 - d. ulceração (sim/não);
 - e. tempo de evolução;
2. resultado do anatomopatológico, com data (se realizado);
3. fototipo (ver quadro 5 no anexo);
4. apresenta efélides (sim ou não);
5. história de queimadura solar antes dos 20 anos com formação de bolhas (sim ou não);
6. história de bronzeamento artificial antes dos 35 anos (sim ou não);
7. apresenta mais de 50 nevos melanocíticos ou pelo menos um nevo atípico (determinado por exame anatomopatológico) (sim ou não);
8. tem história familiar de melanoma (sim ou não). Se sim, descreva quantos familiares e grau de parentesco;
9. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 - Câncer de pele não-melanoma / Ceratoses actínicas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia ou oncologia tumores de pele:

- diagnóstico de carcinoma basocelular ou espinocelular confirmados por biópsia; **ou**
- suspeita clínica, já avaliada pelo TelessaúdeRS-UFRGS, de:
 - carcinoma basocelular (CBC); **ou**
 - carcinoma espinocelular (CEC); **ou**
 - outros tumores cutâneos, sem diagnóstico, de crescimento muito rápido.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- suspeita clínica (ver quadro 6 no anexo) de:
 - carcinoma basocelular (CBC); **ou**
 - carcinoma espinocelular (CEC); **ou**
 - outros tumores cutâneos, sem diagnóstico, de crescimento muito rápido.
- suspeita ou diagnóstico de ceratose actínica
 - refratária ao tratamento clínico otimizado (ver quadro 7); **ou**
 - em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão:
 - a. localização;
 - b. tamanho;
 - c. cor(es);
 - d. presença de ulceração (sim ou não);
 - e. tempo de evolução;
2. resultado do anatomopatológico, com data (se realizado);
3. se ceratose actínica, descreva tratamentos realizados;
4. presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 4 - Dermatite atópica

Condições clínicas que indicam a necessidade de atendimento em emergência:

- Eczema herpeticum (novas lesões vésico-pustulares, erosões e crostas hemorrágicas com dor, febre e linfadenopatia) sobreposto às lesões de dermatite atópica; **ou**
- Infecção bacteriana secundária (impetiginização) grave e extensa, sem resposta à antibioticoterapia sistêmica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave; **ou**
- dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês (ver quadro 8 no anexo); **ou**
- dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses) apesar do tratamento clínico otimizado (ver quadro 8 no anexo).

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. paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva qual;
3. tratamento em uso ou já realizado para dermatite atópica (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 - Eczemas (eczema seborreico, eczema 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; **ou**
- eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema (ver quadro 9 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. hipótese diagnóstica (sim ou não). Se sim, indique qual;
 - a. descrição do quadro clínico;
 - b. descrição das lesões e localização;
 - c. tempo de evolução;
 - d. outros sinais e sintomas associados;
2. paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva qual;
3. tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso);
4. 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 ou sistêmica (ver quadro 10 no anexo); **ou**
- candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitiríase versicolor, se:
 - quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias); **ou**
 - refratária ao tratamento clínico otimizado (ver quadro 11, 12 e 13 no anexo); **ou**
- onicomicose refratária ao tratamento clínico otimizado (ver quadro 14 no anexo) 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. hipótese diagnóstica (sim ou não). Se sim, indique qual;
2. descrição do quadro clínico:
 - a. descrição das lesões e localização;
 - b. tempo de evolução
 - c. outros sinais e sintomas associados;
3. resultado de exame confirmatório (como cultura ou exame micológico direto), 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, qual?
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 emergência:

- suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada (ver quadro 15, no anexo); **ou**
- suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica com instabilidade hemodinâmica ou sinais de infecção sistêmica (ver quadro 15 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada (ver quadro 15 no anexo), após avaliação em serviço de emergência; **ou**
- suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica (ver quadro 15 no anexo); **ou**
- psoríase extensa (mais de 10% da área de superfície corporal - BSA)¹; **ou**
- psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado (ver quadro 16 no anexo); **ou**
- diagnóstico de psoríase em crianças (< 12 anos).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologia:

- diagnóstico de artrite psoriásica (ver quadro 17 no anexo); **ou**
- suspeita de artrite psoriásica (ver quadro 18 no anexo).

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 (BSA);
 - d. outros sinais e sintomas associados;
2. tratamento em uso ou já realizado para a psoríase (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Área 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 (ver quadro 19 no anexo); **ou**
- alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida; **ou**
- alopecia areata rapidamente progressiva; **ou**
- alopecias areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses (ver quadro 19 no anexo); **ou**
- alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado (ver quadro 19 no anexo); **ou**
- queda de cabelo há pelo menos 6 meses, com teste de tração positivo¹, na ausência de fatores desencadeantes (ver quadro 18 no anexo).

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 positivo (sim ou não)¹;
2. tratamento em uso ou já realizado para alopecia (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
3. utiliza outros medicamentos continuamente (sim ou não). Se sim, quais?
4. resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, ferritina, VDRL, TSH;
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

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

Protocolo 9 - Urticária

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- urticária crônica (lesões recorrentes por pelo menos 6 semanas) refratária ao tratamento clínico otimizado (ver quadro 20 no anexo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia/Alergologia:

- angioedema (mais de 1 episódio) sem lesões de urticária e sem etiologia identificada; **ou**
- 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. número da teleconsultoria, 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 (ver quadro 21 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. tempo de evolução;
 - b. apresenta lesões (sim ou não). Se sim, descreva as características;
 - c. outros sinais e sintomas associados;
2. resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, GGT, TSH, creatinina, raio-x de tórax, anti-HIV, anti-HCV e HbsAg;
3. tratamento em uso ou já realizado para prurido (medicamentos utilizados com posologia, tempo de uso e orientações);
4. 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:

- verruga viral / condiloma acuminado (verruga genital ou perianal) ou molusco contagioso:
 - em paciente imunocomprometido, refratária ao tratamento por pelo menos 1 mês (ver quadro 22, 23 e 24 no anexo) ou com progressão rápida no número de lesões; **ou**
 - em paciente imunocompetente, refratária ao tratamento por pelo menos 3 meses (ver quadro 22, 23 e 24 no anexo).

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 ou muito numerosas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para proctologia:

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

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal (quando condiloma anorretal));
2. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, posologia e tempo de uso);
3. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Atenção: é de boa prática investigar outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) como sífilis, HIV, hepatite B e C, em pessoas que apresentam condiloma acuminado.

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); **ou**
- 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); **ou**
- rosácea refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (ver quadro 25 no anexo).

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, por 8 a 12 semanas – ver quadro 25 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição das lesões:
 - a. tipo (eritema, telangiectasias, pápulas, pústulas ou fimas);
 - b. localização;
 - c. tempo de evolução;
2. tratamentos em uso ou já realizados para rosácea (medicações tópicas e sistêmicas, com posologia e tempo de uso);
3. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 13 - Melasma

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para dermatologia:

- pacientes com melasma refratário ao tratamento clínico otimizado por 3 meses (ver quadro 26 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. tempo de evolução e características da lesão;
2. tratamento em uso ou já realizado para melasma (medicamentos, posologia e tempo de uso);
3. número da teleconsultoria, 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 - BSA)¹; **ou**
- Vitiligo rapidamente progressivo (iniciar tratamento e encaminhar) (ver quadro 27 no anexo); **ou**
- Vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses (ver quadro 27 no anexo); **ou**
- Vitiligo em crianças (<12 anos).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro clínico:
 - a. descrição das lesões e localização;
 - b. tempo de duração;
2. superfície corporal acometida (BSA) estimada¹
3. tratamentos já realizados para vitiligo (medicamentos, posologia e tempo de uso);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹ Área 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.

Referências

- ADAMS, D. R.; MARKS, J. G. **Acute palmoplantar eczema (dyshidrotic eczema)**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/acute-palmoplantar-eczema-dyshidrotic-eczema>>. Acesso em: 09 nov. 2017.
- AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. (Org.). **Telecondutas: acne**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_acne.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2017.
- AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. (Org.). **Telecondutas: dermatofitoses**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_tinea.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2017.
- AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R.; AZULAY-ABULAFIA L. **Dermatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- BATAILLE V, DE VRIES E. Melanoma - Part 1: epidemiology, risk factors, and prevention. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2249, 2008.
- BAXTER, J. M.; PATEL, A. N.; VARMA, S. Facial basal cell carcinoma. **British Medical Journal**, London, v. 345, e5342, 2012.
- BERGFELD, W. **Telogen effluvium**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/telogen-effluvium>>. Acesso em: 09 nov. 2017.
- BOLOGNIA, J.; JORIZZO, J.; RAPINI, R. P. **Dermatology**. 3rd ed. Toronto: Elsevier, 2012.
- BONIOL M. et al. Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. **British Medical Journal**, London, v. 345, e4757, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.
- BROD, B. A. **Management of allergic contact dermatitis**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/management-of-allergic-contact-dermatitis>>. Acesso em: 09 nov. 2017.
- DAHL, M. V. **Rosacea: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/rosacea-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

DONOVAN, J.; GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. **Treatment of androgenetic alopecia in men.** Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-androgenetic-alopecia-in-men>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED PLUS. **Record n. 113813, Basal cell carcinoma of the skin.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113813/Basal-cell-carcinoma-of-the-skin>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

DYNAMED PLUS. **Record n. 116389, Vitiligo.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116389/Vitiligo>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

DYNAMED PLUS. **Record n. 116742, Psoriasis.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116742/Psoriasis>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

DYNAMED PLUS. **Record n. 116909, Cutaneous squamous cell carcinoma.** Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 2017. Disponível mediante login e senha em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116909/Cutaneous-squamous-cell-carcinoma>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

FAZIO, S. B.; YOSIPOVITCH, G. **Pruritus:** Overview of management. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/pruritus-overview-of-management>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

FELDMAN, S. R. **Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of psoriasis.** Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriasis>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

FELDMAN, S. R. **Treatment of psoriasis in adults.** Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-psoriasis-in-adults>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

FRANSWAY, A. F. **Stasis dermatitis.** Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/stasis-dermatitis>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

GELLER A. C.; SWETTER, S. **Screening and early detection of melanoma.** Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/screening-and-early-detection-of-melanoma>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

GLADMAN, D. F, RITCHLIN, C. **Clinical manifestations and diagnosis of psoriatic arthritis.** Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-psoriatic-arthritis>>. Acesso em: 09 nov. 2017. 2015.

GOLDSMITH, L.; FITZPATRICK, T. B. **Fitzpatrick's dermatology in general medicine**. New York: McGraw-Hill Professional, 2012.

GOLDSTEIN, A. O.; BHATIA, N. **Onychomycosis: Management**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/onychomycosis-management>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. **Tinea versicolor** (Pityriasis versicolor). Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/tinea-versicolor-pityriasis-versicolor>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O.; CALLENDER, V. D. **Melasma**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/melasma>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O.; MORRIS-JONES, R. **Cutaneous warts** (common, plantar, and flat warts). Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/cutaneous-warts-common-plantar-and-flat-warts?source=search_result&search=Cutaneous+warts&selectedTitle=1%7E44>. Acesso em: 09 nov. 2017.

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

GRABER, M. D. **Treatment of acne vulgaris**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acne-vulgaris>>. Acesso em: 18 maio 2017.

GRIMES, P. E. **Vitiligo: Management and prognosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/vitiligo-management-and-prognosis>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

HADDAD, A.; CHANDRAN, V. How can psoriatic arthritis be diagnosed early? **Current Rheumatology Reports**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 358-363, 2012.

HARRIES, M. J. et al. Management of alopecia areata. **British Medical Journal**, London, v. 341:c3671, 2010.

HARZHEIM, E.; AGOSTINHO, M. R.; KATZ, N. (Org.). **Protocolos de encaminhamento para reumatologia adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolos_encaminhamento_reumatologia_TSRS_20160324.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2017.

HAWKES, J. E.; DUFFIN, K. C. **Erythrodermic psoriasis in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/erythrodermic-psoriasis-in-adults>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

ISAACS, S. N. **Molluscum contagiosum**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/molluscum-contagiosum>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

JORIZZO, J. **Treatment of actinic keratosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-actinic-keratosis>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

KALB, R. E. **Pustular psoriasis: Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/pustular-psoriasis-pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

KAUFFMAN, C. A. **Treatment of oropharyngeal and esophageal candidiasis**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-oropharyngeal-and-esophageal-candidiasis>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

KHAN, D. A. **Chronic urticaria: Standard management and patient education**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/chronic-urticaria-standard-management-and-patient-education>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

LYNCH, M. D.; CLIFFE, J.; MORRIS-JONES R. **Management of cutaneous viral warts**. British Medical Journal, London, v. 348, g3339, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.g3339>>. Acesso em: 09 Nov. 2017.

MAIER, L. E. **Management of rosacea**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/management-of-rosacea>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

MCMICHAEL, A. **Female pattern hair loss (androgenetic alopecia in women): Treatment and prognosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/female-pattern-hair-loss-androgenetic-alopecia-in-women-treatment-and-prognosis>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

MESSENGER, A. G. **Management of alopecia areata**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/management-of-alopecia-areata>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

MORIARTY, B.; HAY, R.; MORRIS-JONES, R. The diagnosis and management of tinea. **British Medical Journal**, London, v. 345, e4380, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.e4380>>. Acesso em: 09 Nov. 2017.

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

PARKER, E. R. **Candidal intertrigo**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/candidal-intertrigo>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

ROYAL UNITED HOSPITAL BATH NHS TRUST. **A Guide to dermatology in primary care**. Bath, UK: Royal United Hospital Bath, [s. d]. Disponível em: <http://www.ruh.nhs.uk/patients/services/clinical_depts/kinghorn_dermatology_unit/documents/GAL44941%20all%20pages%20in%20one3.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2017.

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.

SASSEVILLE, D. **Seborrheic dermatitis in adolescents and adults**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/seborrheic-dermatitis-in-adolescents-and-adults>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

SCHEINFELD, N. **Condylomata acuminata (anogenital warts)**: Management of external condylomata acuminata in men. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-management-of-external-condylomata-acuminata-in-men>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

SHAPIRO, J.; OTBERG, N.; HORDINSKY, M. **Evaluation and diagnosis of hair loss**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-hair-loss>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

SMITH, C. H.; BARKER, J. N. W. N. Psoriasis and its management. **British Medical Journal**, London, v. 333(7564): 380-384, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Consenso brasileiro de psoríase 2012**: guias de avaliação e tratamento. 2. ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2012. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4057388_345331.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2017.

SWETTER, S.; GELLER, A. C. **Melanoma**: Clinical features and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/melanoma-clinical-features-and-diagnosis>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

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. 2665-73, Aug. 2006.

THIBOUTOT, D.; ZAENGLEIN, A. **Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of acne vulgaris**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acne-vulgaris>

THIRLWELL, C.; NATHAN P. Melanoma - part 2: management. **British Medical Journal**, London, v. 337, a2488, 2008.

WEBSTER, G. F. Acne vulgaris. **British Medical Journal**, London, v. 325, n. 7362, p. 475-9.

WU, P. A. **Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-features-of-basal-cell-carcinoma>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

WU, S. et al. Long-term ultraviolet flux, other potential risk factors, and skin cancer risk: a cohort study. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, Philadelphia, v. 23, n. 6, p. 1080-9.

Anexos – Quadros auxiliares

Quadro 1 – Tratamento clínico otimizado para acne conforme gravidade

Gravidade	Acne	Primeira escolha	Alternativa	Manutenção
Leve	Comedoniana	Retinoide tópico ¹	Outro retinoide tópico ¹ OU Ácido azelaico	Retinoide tópico ¹ (com ou sem peróxido de benzoíla)
	Mista e papulopustulosa	Terapia tópica combinada: Antibiótico tópico ² + retinoide tópico ¹ OU Antibiótico tópico ² + peróxido de benzoíla OU Retinoide tópico ¹ + peróxido de benzoíla	Outro retinoide tópico ¹ + antibiótico tópico ² OU Retinoide tópico ¹ + antibiótico tópico ² + peróxido de benzoíla OU Ácido azelaico	Retinoide tópico ¹ (com ou sem peróxido de benzoíla)
Moderada	Mista e papulopustulosa	Terapia combinada oral e tópica: Antibiótico oral ³ E Retinoide tópico ¹ e/ou peróxido de benzoíla tópico	Outro antibiótico oral ³ + outro retinoide tópico ¹ e/ou peróxido de benzoíla OU Ácido azelaico	Retinoide tópico ¹ (com ou sem peróxido de benzoíla)
	Nodular		Isotretinoína oral ⁴ OU Outro antibiótico oral ³ + outro retinoide tópico ¹ e/ou peróxido de benzoíla Considerar anticoncepcional oral combinado (em mulheres)	Retinoide tópico ¹ (com ou sem peróxido de benzoíla)
Grave	Conglobata	Terapia oral com: Isotretinoína oral ⁴ (com ou sem corticoide oral) OU Antibiótico Oral + retinoide + peróxido de benzoíla	Outro antibiótico oral ⁴ OU Associar corticoide oral OU Isotretinoína oral (se não estivesse em uso) ⁴ Considerar anticoncepcional oral combinado (em mulheres)	Retinoide tópico ¹ (com ou sem peróxido de benzoíla)
	Fulminans ⁵	Terapia oral com: Isotretinoína oral ⁴ + corticoide oral OU Antibiótico Oral + corticoide oral		Retinoide tópico ¹ (com ou sem peróxido de benzoíla)

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2017) adaptado de Bologna (2012) e Zaenglein (2017).

1 – Retinoides tópicos: adapaleno, tretinoína.

2 – Antibióticos tópicos: eritromicina, claritromicina.

3 – Antibióticos orais: tetraciclina, doxiciclina.

4 – Não se deve usar antibiótico sistêmico (especialmente da família das tetraciclinas) e isotretinoína oral pelo risco de hipertensão intracraniana benigna (“pseudotumor cerebral”).

5 – Pacientes com acne fulminans devem receber tratamento inicial na APS com corticoide oral e antibiótico oral no momento do diagnóstico, enquanto aguardam consulta com o especialista. O antibiótico pode ser utilizado por 30 dias, com posterior reavaliação (tetraciclina 500 mg 2 vezes ao dia ou doxiciclina 100 mg 2 vezes ao dia) e o corticoide oral (0,5 a 1 mg/kg/dia) é fornecido por 2 a 3 semanas, com retirada gradual em 6 semanas. Como trata-se de uma doença grave, sugerimos acompanhar o caso por meio de teleconsultoria com dermatologista pelo canal do TelessaúdeRS-UFRGS (0800 6446543).

Quadro 2 – Medicções tópicas utilizadas no tratamento da acne

Medicção	Produto	Efeito adverso	Aplicação
Retinoides 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			
Eritromicina	20 mg/g gel e solução	Irritação local	2 vezes ao dia.
Peróxido de benzoíla	4 - 10% gel	Irritação local; pode descolorir cabelos e roupas.	1 a 3 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.		

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017)

Quadro 3 – Suspeita clínica de melanoma

- Sinal do “patinho feio”: lesão pigmentada com padrão diferente das outras; ou
- Regra do ABCDE (suspeita se um ou mais critérios presentes):
 - 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 (2017).

Quadro 4 – Paciente com alto risco para melanoma

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

- A. Fototipo 1 ou 2;
- 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.

Fontes: Boniol et al. (2012), Wu et al. (2014), Geller e Swetter (2017).

Quadro 5 – Classificação de Fototipos cutâneos

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 e Fitzpatrick (2012).

Quadro 6 – Suspeita clínica de carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC)

Carcinoma basocelular (CBC):

- Nodular: pápula ou nódulo eritematoso, endurecido, indolor, com brilho perolado e telangiectasias. Pode ser pigmentado ou apresentar crosta e ulceração. Mais comum na cabeça e pescoço;
- Superficial: placa eritematosa, descamativa e bem delimitada, geralmente no troco ou nas extremidades. Pode ser pigmentada/azulada. Algumas lesões possuem brilho perolado;
- Morfeiforme: placa com aparência de cicatriz, com bordas mal delimitadas, geralmente na face.

Carcinoma espinocelular (CEC):

- Superficial (*in situ* / Doença de Bowen): placa eritematosa, descamativa, bem delimitada, localizada em área de pele fotodanificada (cabeça, pescoço e membros superiores);
- Invasivo: pápula, placa ou nódulo endurecido e hiperqueratótico, em áreas de fotoexposição (principalmente, face, couro cabeludo, antebraços e pernas). Pode haver ulceração, hemorragia ou necrose. Geralmente, são lesões assintomáticas.

Fontes: Wu PA (2017), DynaMed Plus Record n. 113813 (2017).

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

- Aplicar na lesão ou na área com lesões, duas vezes ao dia, por pelo menos 14 dias;
- Orientar sobre os efeitos inerentes ao tratamento, como eritema, edema, bolhas, crostas, erosão, prurido e dor. Orientar que não é necessário suspender o tratamento, caso esses efeitos ocorram;
- Orientar uso regular de protetor solar FPS 30 (ou maior), três vezes ao dia (ou 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 dúvida quanto a evolução).

Fonte: Jorizzo (2017).

Quadro 8 – Tratamento clínico otimizado para dermatite atópica

- Manutenção da barreira cutânea: orientar banhos rápidos, com água morna, utilizar sabonetes pouco abrasivos e sem fragrâncias, em pequena quantidade, não utilizar esponjas;
- Evitar fatores de exacerbação: perfumes, cremes perfumados, amaciantes de roupas, outros produtos com fragrâncias e roupas sintéticas;
- Avaliar necessidade de manejo de fatores emocionais associados à exacerbação, como estresse e ansiedade;
- Orientar uso regular de hidratantes (por exemplo: óleo de girassol 10%, glicerina 2%, em loção cremosa 200 ml – aplicar no corpo, duas vezes ao dia);
- Corticoides tópicos (dexametasona, mometasona, etc.): nas áreas de eczema, uma ou duas vezes ao dia, por até 4 semanas. Considerar potência conforme idade do paciente e localização das lesões. Avaliar efeitos adversos;
- Anti-histamínicos sedativos para controle do prurido (por exemplo, dexclorfeniramina, hidroxizina);
- Tratamento das infecções cutâneas associadas: bacterianas, fúngicas e virais;
- Sempre avaliar a adesão.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017) adaptado de Bologna (2012).

Quadro 9 – Tratamento clínico otimizado conforme o tipo de eczema

- **Eczema seborreico:**
 - **Couro cabeludo:** cetoconazol 2% xampu e/ou corticoide tópico (por exemplo, valerato de betametasona, solução capilar 0,1%), por 4 semanas;
 - **Face e corpo:** cetoconazol 2% creme e/ou corticoide tópico (por exemplo, dexametasona 0,1% creme), por até 4 semanas;
- **Eczema de contato:** identificar e afastar o fator precipitante e corticoide tópico¹, 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas;
- **Eczema disidrótico:** corticoide tópico, creme ou pomada, de alta ou muito alta potência (propionato de clobetasol 0,05% ou dipropionato de betametasona 0,05%), 2 vezes ao dia, por 2 a 4 semanas;
- **Eczema de estase:**
 1. manejo da insuficiência venosa crônica (elevação de membros inferiores, atividade física, redução de peso, ataduras, faixas e meias elásticas);
 2. hidratantes/emolientes (por exemplo, vaselina sólida ou hidratantes sem fragrâncias);
 3. corticoide tópico de alta potência, em pomada (por 1 a 2 semanas). Por exemplo, fuorato de mometasona 0,1% ou valerato de betametasona 0,1%;
 4. Compressas com permanganato de potássio, se exsudação;
 5. Avaliar necessidade de tratamento de infecção bacteriana secundária (presença de exsudação ou crostas melicéricas, além de sinais de erisipela/celulite – eritema, edema, calor e dor.

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

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 10 – Micoses subcutâneas ou sistêmicas mais comuns

- Paracoccidioidomicose;
- Esporotricose;
- Cromoblastomicose;
- Micetoma;
- Lobomicose;
- Histoplasmose (se diagnóstico de HIV, encaminhar para Infectologia).

Fonte: Bologna (2012).

Quadro 11 – Tratamento clínico otimizado para candidíase mucocutânea.**Candidíase Orofaríngea¹**

- Adultos: Nistatina suspensão 100.000 UI/mL: bochecar e engolir 4 a 6 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: bochecar e engolir 4 a 6 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/dose por 7 a 14 dias (dose máxima de 200 mg/dia).
- Bebês: Nistatina suspensão 100.000 UI/ml: 2 ml (1 ml em cada bochecha) 4 vezes ao dia por 7 a 14 dias.

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 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 itraconazol.
 - 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

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

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2017)

Quadro 12 – Tratamento clínico otimizado para dermatofitoses (*Tineas*) **Tinea corporis ou tinea cruris*

- Tratamento inicial: antifúngico tópico (por exemplo, miconazol creme), 2 vezes ao dia, por 1 a 3 semanas ou até resolução clínica;
- Se refratário ao tratamento ou lesões extensas: antifúngico sistêmico
 - Adultos: Terbinafina 250 mg, 1 vez ao dia, por 1 a 2 semanas **ou** Itraconazol 200 mg, 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** Itraconazol 3 a 5 mg/kg, 1 vez ao dia, por 1 semana (dose máxima de 200 mg/dia).

Tinea Pedis e mannum

- Tratamento inicial: antifúngico tópico (por exemplo, miconazol creme), 2 vezes ao dia, por 1 a 4 semanas ou até resolução clínica.
- Se refratário ao tratamento tópico: antifúngico sistêmico
 - Adultos:
Terbinafina 250 mg 1 vez ao dia por 2 semanas,
Itraconazol 200 mg 2 vezes ao dia por 1 semana,
Fluconazol 150 a 200 mg 1 vez por semana por 2 a 6 semanas.

Tinea Capitis

- Tratamento sempre com antifúngico oral. Primeira escolha: griseofulvina ou terbinafina. Fluconazol e itraconazol tem indicação limitada pois possuem menor eficácia.
 - Griseofulvina fornecido 1 vez ao dia por 6 a 12 semanas: adultos e crianças: 20 a 25 mg/kg/dia (dose máxima diária de 1000 mg).
 - Terbinafina fornecido 1 vez ao dia por 4 a 6 semanas:
 - adultos: 250 mg;
 - crianças conforme peso:
 - 10 a 20 kg: 62,5 mg;
 - 20 a 40 kg: 125 mg;
 - > 40 kg: 250 mg

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

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 13 – Tratamento clínico otimizado para pitiríase versicolor.**Tratamento tópico (primeira escolha):**

- Antifúngicos azólicos tópicos (cremes, loções, sprays, etc.) – 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; **ou**

Tratamento oral (para casos extensos, recorrentes ou refratários):

- Fluconazol 300 mg, uma vez por semana, por duas a quatro semanas; **ou**
- Itraconazol 200 mg, uma vez ao dia, por cinco a sete dias.

Considerar **tratamento profilático** para casos recorrentes:

- Cetoconazol 2% xampu: aplicar em todo o corpo, manter por 10 minutos, uma vez por mês (principalmente, em meses quentes).

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

** Orientar o paciente que as áreas de hipopigmentação podem permanecer, após o tratamento (a repigmentação será gradual, ao longo dos meses)

Fonte: Goldstein e Goldstein (2017).

Quadro 14 - 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: Itraconazol^{1,2,3} (100 mg), 2 comprimidos, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso) por 2 meses OU itraconazol (100 mg), 2 comprimidos, 1 vez por dia, por 6 semanas.
 - Orientar uso de luvas para atividades em contato com água.
- **Dermatófito:** normalmente associado à onicomicose dos pés.
 - Tratamento: Terbinafina (250 mg), 1 comprimido por dia, por 6 semanas. Solicitar transaminases no início do tratamento e repetir caso o tratamento se prolongue por mais de 6 semanas. Alternativa (2ª linha): Itraconazol^{1,2,3} (100 mg), 2 comprimidos, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso) por 2 meses OU itraconazol (100 mg), 2 comprimidos, 1 vez por dia, 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:
 - Terbinafina (250 mg) 1 comprimido ao dia por 3 meses. Solicitar transaminases no início do tratamento e repetir após 6 semanas.
 - Alternativa (2ª linha): Itraconazol^{1,2,3} (100 mg), 2 comprimidos, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso) por 3 meses OU itraconazol (100 mg), 2 comprimidos, 1 vez por dia, por 12 semanas.
- **Grave** (acometimento distal/lateral > 50% da unha ou acometimento da matriz/lúnula ou onicomicose subungueal proximal onicomicose distrófica total). Tratamento sistêmico.
 - Tratamento sistêmico:
 - Terbinafina (250 mg) 1 comprimido ao dia por 3 meses. Solicitar transaminases no início do tratamento e repetir após 6 semanas.
 - Alternativa (2ª linha): Itraconazol^{1,2,3} (100 mg), 2 comprimidos, 2 vezes ao dia, por 1 semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso) por 3 meses OU itraconazol (100 mg), 2 comprimidos, 1 vez por dia, por 12 semanas.

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

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

3 Atentar para possíveis interações medicamentosas com itraconazol (por exemplo: contraindicado com o uso concomitante de estatinas).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 15 – Características da psoríase eritrodérmica e pustulosa.

- Psoríase eritrodérmica: eritema e descamação em praticamente toda a extensão do tegumento (>75% da superfície corporal). Apesar de existirem outras causas para eritrodermia, a presença de lesões em placa precedendo o quadro, auxilia na elaboração diagnóstica. A eritrodermia secundária à psoríase, geralmente, preserva a face. Há risco de complicações secundárias a 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 são comuns, como: febre, mal estar e diarreia. Fatores desencadeantes incluem: gestação, retirada de corticoide sistêmico, infecções, hipocalcemia, etc.

Fontes: Kalb (2017), Hawkes e Duffin (2017).

Quadro 16 – Tratamento tópico otimizado para psoríase conforme região acometida ^{1, 2, 3}**Face, região genital, mamas ou áreas intertriginosas:**

- **1ª Escolha (inibidores de calcineurina):** Tacrolimo 0,1%, pomada. Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia por até 8 semanas.
- **2ª escolha (corticoide de baixa potência):** Acetato de hidrocortisona 1%, creme. Aplicar nas lesões, 1 a 2 vezes por dia por 2 à 4 semanas. Evitar uso por período mais prolongado devido aos possíveis efeitos adversos (atrofia, telangiectasias, etc.).

Couro cabeludo

- Propionato de clobetasol 0,05%, xampu: aplicar no couro cabeludo 15 minutos antes da lavagem, utilizar 1x/dia, por até 4 semanas. Após esse período, manter 2 vezes por semana para evitar recidivas; OU
- LCD 5% e ácido salicílico 5% 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 6% em óleo mineral (sob manipulação): aplicar no couro cabeludo 2 horas antes do banho ou antes de dormir. Utilizar todas as noites até melhora das escamas; OU
- Dipropionato de betametasona 0,05% e ácido salicílico 2%, solução capilar: aplicar no couro cabeludo 1 a 2 vezes por dia, por até 3 semanas. Após esse período, manter apenas nos finais de semana.

Lesões corporais

- **1ª Escolha (corticoides tópicos de alta potência):** Propionato de clobetasol 0,05%, creme ou pomada. Aplicar nas lesões, 2 vezes por dia, durante 2 a 4 semanas. Após esse período, manter o uso apenas nos sábados e domingos, enquanto houver lesões (máximo 12 semanas).

1 Uso de emolientes: todos os pacientes devem utilizar hidratantes para restabelecer a barreira cutânea;

2 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;

3 Os efeitos adversos (atrofia, telangiectasias, estrias) devem ser avaliados, continuamente;

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 17 – Critérios de classificação de artrite psoriásica

Critérios CASPAR – Classification Criteria for Psoriatic Arthritis

Doença inflamatória articular estabelecida e pontuação igual ou maior do que 3 pontos nos seguintes critérios:	
Psoríase	
- psoríase cutânea atual; ou	2 pontos
- história de psoríase; ou	1 ponto
- história familiar de psoríase;	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: Sampaio-Barros et al. (2007).

Quadro 18 – Suspeita de artrite psoriásica

Pessoa com história pessoal ou familiar de psoríase associado a pelo menos um dos seguintes critérios:
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: Olivieri et al. (2008).

Quadro 19 – 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;
- Lúpus eritematoso discoide, alopecia cicatricial centrífuga e líquen plano pilar;
- 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, anti-TPO, antitreoglobulina e teste rápido para sífilis (ou VDRL);
 - Se menos de 30% do couro cabeludo acometido, é possível iniciar o manejo na APS. Orientar o uso de dipropionato de betametasona 0,05% ou propionato de clobetasol 0,05%, em pomada, duas vezes ao dia por 90 dias, na área de alopecia e 1 cm da região perilesional.

Eflúvio telógeno:

- Aumento transitório da queda de cabelo relacionado a fatores de estresse físico ou emocional;
- Três a quatro 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:
 - gestação, 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);
 - medicamentos (captopril, anticoagulantes, lítio, inibidor seletivo de receptação da serotonina, quimioterápicos, entre outros).

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;
 - Resposta ao tratamento somente pode ser avaliada após os quatro primeiros meses de aplicação;
 - Orientar que o uso deve ser contínuo;
 - Se a resposta após seis meses de uso de minoxidil for insatisfatória, encaminhar para a avaliação presencial com o Dermatologista, para discutir alternativas terapêuticas.

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 mais de seis fios sugere que o teste é positivo, ou seja, a pessoa apresenta queda de cabelo em atividade.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 20 – Tratamento para urticária crônica

- Orientar o uso fixo de anti-histamínico;
- Iniciar o tratamento com um anti-histamínico de segunda geração:
 - Loratadina 10 mg, 1 vez ao dia;
 - Cetirizina 10 mg, 1 vez ao dia;
 - Levocetirizina 5 mg, 1 vez ao dia;
 - Desloratadina 5 mg, 1 vez ao dia;
 - Fexofenadina 180 mg, 1 vez ao dia.
- Se os sintomas não melhorarem em 2 semanas, aumentar a dose do anti-histamínico de segunda geração em até quatro vezes. Exemplo: levocetirizina 5 mg, 2 cp, 2 vezes ao dia.
- Os anti-histamínicos que foram estudados com doses mais elevadas são: desloratadina e levocetirizina, mas na prática clínica, utilizam-se doses maiores das outras medicações.
- Não havendo melhora, em 2 semanas, pode-se adicionar um anti-histamínico de primeira geração, por exemplo, hidroxizina 25 mg, à noite ou trocar para outro anti-histamínico de segunda geração.
- Se persistir sem melhora, o paciente deve ser encaminhado para avaliação com especialista.

Fonte: Khan (2017).

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

- Questionar:
 - a) História prévia de doença da tireoide, hepatopatia, nefropatia, HIV/SIDA, 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.
- 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 primeira 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 (ver quadro 20);
 - Anti-histamínicos de segunda geração (não sedativos) são pouco efetivos para o controle do prurido (exceto para prurido relacionado a urticária)

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 22 – Tratamento para condiloma acuminado**Condiloma acuminado:****Tratamento na Unidade de Saúde:**

- **Ácido tricloracético (ATA): a 80%-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;
 - Esse tratamento PODE ser prescrito durante a gestação.

Tratamento domiciliar:

- **Imiquimod 5% creme:**
 - Aplicar nas lesões, 3 vezes por semana até melhora clínica completa (até no máximo por 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;
 - Medicação está contraindicada na gestação.

* Orientar sobre a doença, ofertar preservativos e teste para outras DSTs (HIV, sífilis, Hepetite B e C), avaliar parcerias sexuais;

Fonte: Scheinfeld (2017).

Quadro 23 – Tratamento para verrugas virais***Verrugas vulgares:**

- **Medicamentos à base de ácido salicílico (16,5%) e ácido láctico (14,52%), disponíveis comercialmente:**
 - A aplicação pode ser feita após o banho ou após deixar o local imerso em água morna por, no mínimo, 10 minutos;
 - Lixar, delicadamente, a porção superior da lesão para retirar o excesso de pele (pode ser utilizada uma lixa de unha descartável);
 - Fixar esparadrapo ao redor das lesões, para que a área ao redor (pele sadia) fique protegida. Observar que deve ser utilizado esparadrapo, e não micropore;
 - Aplicar uma camada fina do medicamento sobre a verruga. A coloração ficará esbranquiçada. Esperar secar e cobrir com outro pedaço de esparadrapo, para ajudar a penetração dos componentes;
 - Trocar esse curativo a cada 24 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 em pacientes com neuropatia periférica;
 - É contraindicado na gestação.

- **5- Fluoruracila, creme:**
 - Aplicar 1 vez ao dia, com oclusão, por 4 a 12 semanas;
 - É contraindicado na gestação.

Verrugas palmo-plantares:**Tratamento domiciliar:**

- **Ácido salicílico 27% gel:**
 - A aplicação pode ser feita após o banho ou após deixar o local imerso em água morna por, no mínimo, 10 minutos;
 - Lixar, delicadamente, a porção superior da lesão para retirar o excesso de pele (pode ser utilizada uma lixa de unha descartável);
 - Fixar esparadrapo ao redor das lesões, para que a área ao redor (pele sadia) fique protegida. Observar que deve ser utilizado esparadrapo, e não micropore;
 - Aplicar uma camada fina do medicamento sobre a verruga. A coloração ficará esbranquiçada. Nas verrugas mais espessas, é possível cobrir com esparadrapo, para ajudar na penetração dos componentes (manter por até 12 horas);
 - Deve-se realizar esse procedimento até o desaparecimento da lesão (tal 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 em pacientes com neuropatia periférica;
 - É contraindicado na gestação.

Tratamento na Unidade de Saúde:

- **ATA (ácido tricloracético) 50 a 80%:**
 - pode ser utilizado em lesões palmares e plantares, aplicando-se com um palito de madeira a cada 7 a 10 dias por até 8 semanas.
 - Pode ocorrer sensação de pinicação e queimação no local durante a aplicação.
 - É contraindicado na gestação.

Verrugas planas:

- **Tretinoína tópica (0,025%, 0,05% e 0,1%):**
 - Deve-se utilizar a maior concentração tolerada pelo paciente, sempre a noite;
 - É recomendável proteger a pele ao redor com vaselina antes da aplicação.
 - Caso lesões sejam em áreas submetidas a depilação com lâminas, orientar paciente a trocar o método depilatório para evitar a disseminação das lesões (optar pelo barbeador elétrico ou creme depilatório).
 - É contraindicado na gestação.
- **5- Fluoruracila, creme:**
 - Aplicar 1 vez ao dia, com oclusão, por 4 a 12 semanas;
 - É contraindicado na gestação.
- **Imiquimod 5%, tópico:**
 - Aplicar nas lesões (sem oclusão), antes de dormir e retirar pela manhã, por até 12 semanas;
 - É contraindicado na gestação.

Verrugas filiformes:**Tratamento na Unidade de Saúde (se material disponível):**

- **Exérese por shaving e eletrocoagulação:** utilizar anestesia local antes da remoção. A eletrocoagulação é útil tanto para a hemostasia quanto para prevenir a recorrência.

* Lesões perioculares: evitar os tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com o Dermatologista.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 24 – Tratamento para molusco contagioso*

- 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 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) 10% em solução aquosa**
 - 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;
 - Para pacientes com ardência excessiva ou em pacientes com fototipos mais altos (IV a VI), sugere-se reduzir a concentração de KOH para 5%.
- **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 por dia).
 - A aplicação deve ser suspensa quando ocorrer eritema;
 - Xerose e irritação são efeitos adversos comuns e esperados;
 - É contraindicado na gestação.

* Lesões perioculares: evitar os tratamentos tópicos. Encaminhar para avaliação presencial com o Dermatologista.

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Quadro 25 – Características e tratamento da rosácea

<p>Rosácea pápulo-pustulosa:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:<ul style="list-style-type: none">○ <u>Casos leves a moderados:</u><ul style="list-style-type: none">- Metronidazol 0,75% gel: aplicar no rosto duas vezes por dia por 8 a 12 semanas; ou- Metronidazol 1% loção (sob manipulação): aplicar no rosto uma vez por dia por 8 semanas; ou- Ácido azelaico 15% gel ou Ácido azelaico 20% creme: aplicar no rosto, duas 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 por dia por até 52 semanas.○ <u>Casos moderados a graves:</u><ul style="list-style-type: none">- Doxiciclina 100 mg, 1 a 2 comprimidos por dia, por 4 a 12 semanas; ou- Tetraciclina 250 mg ou 500 mg, 2 vezes por dia por 4 a 12 semanas; ou- Manter o uso do antibiótico sistêmico até melhora do quadro (máximo de 12 semanas), após trocar para metronidazol ou ácido azelaico para reduzir a chance de recidiva.
<p>Rosácea eritemato-telangiectásica:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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 pinicação e queimação.• Tratamento:<ul style="list-style-type: none">○ 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 todos os dias pela manhã;○ hidratantes faciais 2 vezes por dia;○ prescrever metronidazol ou ácido azelaico* (benefício discutível);○ orientar que as telangiectasias não regredem com o tratamento.
<p>Rosácea fimatosa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Características: Hipertrofia e espessamento do tecido nasal (rínofima). 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 ao Dermatologista.
<p>Rosácea ocular:</p> <ul style="list-style-type: none">• Características: ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com rosácea. Hiperemia conjuntival, teleangiectasias 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 ao oftalmologista.

Fonte: Dahl (2017).

Quadro 26 – 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 maior ou igual a 30 (FPS 30), usado diariamente e reaplicado a cada 2 horas, quando exposição ao sol;
- Proteção física (chapéu, boné);
- Se proteção solar adequada, orientar tratamento ativo com um despigmentante, por 3 meses.
- Despигmentantes (suspender o uso, temporariamente, se irritação cutânea):
 - Associação de hidroquinona 4% + tretinoína 0,05% + fluocinolona acetônida 0,01%, em creme, à noite; **ou**
 - Hidroquinona 4% creme, à noite; **ou**
 - Ácido azelaico a 20% em creme ou 15% em gel, pela manhã (antes do filtro solar) e à noite.

Fonte: Goldstein, Goldstein, Callender (2017).

Quadro 27 – Avaliação e tratamento do vitiligo

- Orientar que a condição não traz nenhuma repercussão na saúde do paciente, exceto o prejuízo estético.
- 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 com proteção UVA;
- Solicitar TSH, anti-tireoperoxidase (anti-TPO) e anti-tireoglobulina devido à associação entre vitiligo e tireoideopatia;
- Encaminhar pacientes com vitiligo rapidamente progressivo (lesões novas que surgem e disseminam-se em poucas semanas/meses) ou com acometimento maior que 10% de superfície corporal.

Tratamento tópico otimizado na APS:

- Acometendo < 10% da superfície corporal:
 - *Face, região genital ou em áreas de dobras cutâneas:*
1ª Escolha: inibidores de calcineurina: Tacrolimo 0,1% pomada: aplicar, 2 vezes por dia, por 6 meses. Se a resposta for efetiva, a terapia pode ser prolongada;
 - *Lesões corporais (exceto as áreas acima):*
1ª Escolha: corticóides tópicos: Furoato de mometasona 2 vezes por dia por 2 meses; realizar pausa por 1 mês e repetir o uso 2 vezes por dia, por 2 meses **OU** aplicar 1 vez por dia, 15 dias por mês, por um período de 6 meses;

OBS: Os pacientes devem ser acompanhados regularmente para avaliar o surgimento de possíveis efeitos adversos do uso dos corticoides tópicos: atrofia cutânea (principal), telangiectasias, estrias, hipertricose e erupção acneiforme.

Terapia de manutenção

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

- **Vitiligo rapidamente progressivo:**
 - Encaminhar para avaliação presencial com o Dermatologista.
 - Pode ser iniciada prednisona 0,3 mg/kg/dia por 2 meses com redução gradual ao longo dos próximos 3 meses;
 - No início do tratamento, prescrever ivermectina 200 mcg/kg, 2 dias, para evitar superinfestação por strongiloides.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).