

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE**

CÂMARA TÉCNICA DE ESPECIALIDADES



**DERMATOLOGIA
NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

GUIA PRÁTICO

SETEMBRO 2008

Apresentação

Esse material é uma construção coletiva de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e professores universitários, com o objetivo de ampliar o olhar da Atenção Básica de Saúde em relação aos agravos em dermatologia, contribuindo com a qualificação e resolubilidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Trata-se de um guia prático, sem a pretensão de esgotar todo o conteúdo, mas ser de simples e fácil acesso para as principais necessidades do dia a dia na assistência. Vem colaborar com o processo de matriciamento, estratégia que vem sendo implementada junto à rede na área de atenção ambulatorial especializada, com a aproximação e troca de saberes entre os profissionais das Unidades Básicas de Saúde e dos Ambulatórios de Especialidades, potencializando os recursos disponíveis nos diversos níveis de atenção.

Aos profissionais das Unidades de Saúde, esperamos alcançar nosso objetivo de contribuir no avanço e renovação do seu trabalho; dessa forma, fortalecendo e legitimando o Sistema Único de Saúde no município de Campinas.

Dr^a Valéria Cristina Miola Vendramini
Apoio Técnico da Área de Especialidades e SADT

Dr. Pedro Humberto Santos Scavariello
Diretor do Departamento de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - DERMATOSSES ECZEMATOSAS

I.1. Dermatite Atópica - CID L20.....	01
I.2. Dermatite de Contato - CID L 23.....	03
I.3. Dermatite de fraldas (Dermatite não eczematosa de contato) - CID L22.....	03
I.4. Eczema de Estase - CID I83.1.....	04
I.5. Asteatose Cutânea - CID L85.....	05

CAPÍTULO II - DERMATOSSES DOS ANEXOS CUTÂNEOS

II.1. Acne - CID L70.0.....	10
II.2. Miliária - CID L74.3.....	11
II.3. Alopecias Adquiridas - CID L65.9.....	11
II.4. Hirsutismo - CID L68.0.....	12
II.5. Onicoses - CID L60.....	13

CAPÍTULO III - DERMATOSSES INFECCIOSAS

III.1. Herpes Simples Recidivante (Labial, Genital, etc.) - B00.9.....	19
III.2. Verrugas Virais - CID B07.....	20
III.3. Molusco Contagioso - CID B08.1.....	21
III.4. Impetigo - CID L01.0.....	22
III.5. Furunculose - CID L02.9.....	22
III.6. Tineas - CID B35.9.....	23
III.7. Pitiríase Versicolor - CID B36.0.....	25
III.8. Candidíase - Intertrigo - CID B37.2.....	26
III.9. Candidíase - Paroníquia Crônica - CID B37.2.....	27
III.10. Escabiose - CID B86.....	27

CAPÍTULO IV - DERMATOSSES ERITÊMATO-ESCAMOSAS

IV.1. Dermatite Seborrêica - CID: L 21.....	33
IV.2. Psoríase - CID L40.....	35
IV.3. Pitiríase Rósea - CID L42.....	38
IV.4. Eritrodermia Esfoliativa - CID L53.....	38

ANEXOS

Tabelas de Medicamentos em Dermatologia.....	43
Protocolo de Avaliação de Risco em Dermatologia.....	46

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% - 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 20 kg de peso 3-4x/dia - 2mg/m
 - 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. Evitar o uso abusivo de sabonetes, buchas, lavagens excessivas, água quente.
- b. Afastamento do agente provocador.
- c. Uso de vestuário que anule o contato (luvas, sapatos, etc).

I.2.1. DERMATITE DE CONTATO AGUDA E CRÔNICA

- a. Compressas com água boricada, 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.
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.

I.3. DERMATITE DE FRALDAS (DERMATITE NÃO-ECZEMATOSA DE CONTATO) - 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 7dias.
 - Desonida 0,05% creme - 2x/dia por 7dias.
- b. A co-infecção por *Candida sp* e outras bactérias pode ocorrer.
 - Clotrimazol* ou *cetoconazol* creme na área afetada 2x/dia durante 14 dias. 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, 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).

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.
-

DERMATITE ATÓPICA



dermatite atópica aguda grave



dermatite atópica subaguda



dermatite atópica subaguda



dermatite atópica subaguda

DERMATITE DE CONTATO



dermatite de contato por calçado



dermatite de contato por cimento



dermatite de contato por cosméticos



dermatite de contato por níquel



fitofotodermatose



asteatose



dermatite de fralda



eczema agudo - eczema numular



eczema asteatósico



eczema asteatósico



eczema cronico neurodermite



eczema de estase



eczema de estase



eczema de estase



Pitiríase Alba

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 maquilagem), 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 óleo de malaleuca ou triclosan.
- b. Gel à base de tretinoína 0,025% ou Adapaleno 0,1% à noite. São todas substâncias fotossensibilizantes.

- 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. 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

Definição:

Erupção causada pela obstrução dos dutos sudoríparos com extravasamento de suor nas camadas da pele. Ocorrência preferencial no verão devido à sudorese excessiva.

Classificação e diagnóstico:

Pequenas vesículas claras, não pruriginosas, de ocorrência em adultos na miliária cristalina. Vesículas e papúlas de halo eritematoso, pruriginosas, de ocorrência em crianças e adolescentes na miliária rubra (brotoeja).

Tratamento:

Manter o paciente em ambientes arejados e com roupas leves, compressas com permanganato de potássio 1: 20.000 (1 copo para 2 litros de água), pasta d'água, 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, relação LH/FSH no 5º dia do ciclo e US transvaginal nos casos de hirsutismo androgênico.

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 1° e 5° 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 progressiva 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:

Para as unhas grau I, o seu 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. No grau II, pode ser necessário o uso de antibióticos orais antes das medidas acima. Em unhas grau III, encaminhar ao dermatologista para cauterização química ou tratamento cirúrgico.

ACNE



acne grau II



acne grau III



acne grau IV

ALOPÉCIAS



alopécia areata



alopécia androgenética



alopécia areata



alopécia areata



alopécia cicatricial

ONICOSES



leuconíquia



melanoníquia



onicólise



onicomicose



paroníquia crônica



hirsutismo



miliária cristalina



miliária cristalina

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 e Láctico

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).

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

USO TÓPICO:

KOH 5% (Hidróxido de Potássio a 5%)

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).
-

III.4. IMPETIGO - CID L01.0

Quadro localizado: Melhor opção de tratamento:

USO TÓPICO:

Mupirocina pomada (genérico)

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 na letra b 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 freqüente), 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**III.6.1. Tinea cruris:****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:

Cetoconazol comprimidos de 200 mg (*) -1 cp. V.O. pela manhã por 3 a 4 semanas.

Observações:

A recidiva é freqüente 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 anti-fúngico 2 vezes ao dia pode manter o quadro controlado por períodos mais longos (ex: Nitrato de Miconazol pó - genérico).

III.6.2. Tinea pedis:

III.6.2.1. Tipo interdigital:

Normalmente o tratamento tópico é suficiente. Se houver muita inflamação e exsudação fazer compressas com KMnO_4 1:15000 por 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:

Cetoconazol cps. de 200 mg (*) - 1 cp. V.O. pela manhã por 4 a 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-genérico).

III.6.3. Tinea manum:

Semelhante ao tratamento da Tinea pedis crônica tipo Mocassim.

III.6.4. Tinea corporis:

Formas localizadas:

Tratamento tópico idêntico ao da Tinea cruris.

Formas extensas:

Tratamento sistêmico com Cetoconazol cps de 200 mg (*) - 1 cp. V.O. pela manhã por 4 a 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 do Cetoconazol e da Griseofulvina via oral.

III.7. PITIRÍASE VERSICOLOR - CID B36.0**Lesões localizadas:**

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

Lesões disseminadas:

Cetoconazol cps. de 200 mg (*) - 1 cp V.O. cedo por 5 a 10 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:**

Dexametasona creme 2 vezes por dia nos 5 a 7 primeiros dias apenas.
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 descrito no item 18.1: Cetoconazol cps. de 200 mg(*) - 1 cp. V.O. cedo por 2 semanas.

Caso o eritema seja muito vivo e haja muita exsudação, fazer compressas de KMnO_4 1:15000 (diluir 1cp. em 1,5 litros de água) por 1 a 3 dias, antes de iniciar o tratamento tópico descrito.

Observações:

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

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

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:

Cetoconazol comprimidos de 200 mg (*) - 1 cp. V.O. cedo por 4 a 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.

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

III.10. ESCABIOSE - CID B86

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; ou

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 Dexclorfeniramina cps. 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.
-

DERMATOSES INFECCIOSAS



escabiose



escabiose



escabiose



furunculose



herpes extra labial



herpes genital



herpes labial



impetigo



molusco contagioso



intertrigo-candidiase



paroníquia crônica



intertrigo



pityriase versicolor



pityriase versicolor



pityriase versicolor





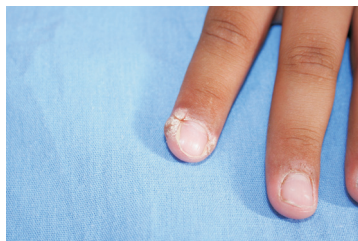
tinea capitis



tinea pedis interdigital



tinea corporis disseminada



verruca viral



verruca viral



verruca viral



verruca viral

CAPÍTULO IV DERMATOSES ERITÊMATO - ESCAMOSAS

IV.1. DERMATITE SEBORRÉICA - CID: L 21

Patologia eritemato-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 eritemato-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 (*Candida albicans*). Existe um caso grave eritrodérmico (Doença de *Leiner*) associado com diarreia, vômitos, anemia, febre devido a deficiência de C5.

ADULTO: Lesões eritemato-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 freqüente 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 seborrêica, 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 .

IV.2. PSORÍASE - CID L40

Patologia crônica, que ocorre igualmente em ambos os sexos, mais freqüente na 3ª e 4ª décadas, de causa desconhecida. A predisposição é geneticamente determinada (30% dos doentes referem um parente afetado). Estudos recentes sugerem modo de herança multifatorial.

Diversos fatores têm sido 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),
- 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

Mais comum (90%), placas eritêmato-descamativas (escamas esbranquiçadas, aderentes, secas e estratificadas). Geralmente simétricas, acometendo a face de extensão dos membros (joelhos, cotovelos), couro cabeludo, região sacral, semi-mucosas dos lábios ou genitais e unhas. L40.0 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

Mais comum em pacientes jovens, pápulas eritêmato-descamativas de 0,5 a 1,0 cm de diâmetro (tronco). Geralmente com história prévia de infecção estreptocócica 15 dias antes. Pode evoluir para uma lesão em placas. L40.4 Encaminhar ao dermatologista.

IV.2.3. Psoríase eritrodérmica

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 transepidermica. L40.9
Encaminhar ao dermatologista.

IV.2.4. Psoríase pustulosa

Pode ser generalizada ou localizada.

Generalizada (*Von Zumbusch*)

Eritema, descamação e pústulas (interrupção de corticoterapia sistêmica, hipocalcemia, infecções). Cursa com febre, leucocitose e comprometimento do estado geral. L40.1

Localizada

Eritema, descamação e pústulas geralmente simétricas nas palmas das mãos e cavos plantares. L40.3
Encaminhar ao dermatologista.

IV.2.5. Psoríase ungueal:

Depressões cupuliformes (pits), estrias transversais, hiperqueratose subungueal, mancha de óleo, unhas quebradiças, onicólise - L40.9
Encaminhar ao dermatologista.

IV.2.6. Psoríase artropática

Artrite soro negativa encontrada em 10 a 40% dos pacientes de psoríase, geralmente afetando as articulações das mãos, pés e mais raramente tornozelos e joelhos (mono ou oligoartrite assimétrica) - L40.5
Encaminhar ao dermatologista.

Observação:

NUNCA DIZER AO PACIENTE QUE A DOENÇA NÃO TEM CURA!!!

TRATAMENTOS TÓPICOS

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*.

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

CASOS DE PSORÍASE NÃO-RESPONSIVOS, ENCAMINHAR PARA O DERMATOLOGISTA.

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, pitiríase rubra pilar, eritrodermia ictiosiforme congênita).
 - Uso de drogas utilizadas de forma intempestiva para o tratamento de algumas patologias dermatológicas (psoríase, dermatite seborrêica, dermatite atópica, dermatite de contato, dermatite de estase, líquen plano, etc).
 - Erupção por drogas (bismuto, ouro, anestésicos, sulfamídicos, arsenicais, antibióticos e drogas de uso neurológico).
-

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

ENCAMINHAR AO DERMATOLOGISTA!!!

DERMATOSES ERITÊMATO ESCAMOSAS



dermatite seborrêica



dermatite seborrêica



pitiríase rósea



eritrodermia



pitiríase rósea



psoríase



psoríase couro cabeludo



psoríase



psoríase generalizada

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Dawber R.P.R.; Baran, R.; de Berker, D.. Disorders of Nails. In: R.H.; Burton, J.L.; Burns, D.A.. **Textbook of Dermatology**. Blackwell Science, 6° ed. Oxford. 2002.
- Gadelha A. R.; Costa I. M. C.. **Cirurgia dermatológica em consultório**. Atheneu. São Paulo, SP, 2002.
- Kede, M.P.V.; Sabatovich O.. **Dermatologia Estética**. Atheneu. São Paulo, SP, 2004.
- Universidade do Estado de São Paulo (UNESP). **Protocolo Básico de Condutas em Dermatologia**. Botucatu, SP, 2007.
- Ramos e Silva, M.. **Simpósio Satélite Galderma "Otimizando o tratamento da acne vulgar" - Algoritmo Brasileiro para o tratamento da acne**. 58° Congresso Brasileiro de Dermatologia. Vitória, ES, 2003.
- Ramos e Silva, M.; Hexsel, D.. **Acne: Manual de Conduta**. Sociedade Brasileira de Dermatologia/Departamento de Cosmiatria. 2003/2004.
- Sampaio, S.A.P.; Rivitti, E. A.. **Dermatologia**. Artes Médicas, 2ª ed. São Paulo, SP, 2001.
- Sampaio, S.A.P.; Rivitti, E.A.. **Dermatologia**. Artes Médicas, 3ª ed. São Paulo, SP, 2007.
- James, W.D.; Berger, T. G.; Elston, D. M.. **Andrews Doenças de Pele**. Elsevier, 10ª ed. 2007.
- Sociedade Brasileira de Dermatologia. **Consenso e Guias de Tratamento da Psoríase**. 2005/2006.

DOCUMENTAÇÃO ICONOGRÁFICA:

- Serviço de Dermatologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro / Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
 - Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu / UNESP.
 - www.dermis.net - Dept. of Clinical Social Medicine/Univ. of Heidelberg, Dept. of Dermatology/ Univ. of Erlangen.
-

TABELA DE MEDICAMENTOS SISTÊMICOS

Princípio Ativo	Disponível na Rede Pública?	Disponível na Farmácia Popular?	Disponível em Genérico?	Marcas disponíveis*
Aciclovir – cps. de 200 e 400mg	Sim	Sim (de 200mg)	Sim	
Azitromicina – cps. de 500mg	Sim	Sim	Sim	
Cefalexina – cps. de 500mg; e suspensão oral 2,5% e 5%**	Sim, suspensão oral 2,5%	Sim, suspensão oral 5%	Sim, suspensão oral 5%	
Cetoconazol – cps de 200mg	Sim	Sim	Sim	
Dexclorfeniramina, Maleato de – cps de 2mg; e solução oral 0,4mg/ml	Sim	Sim	Sim	
Doxiciclina, Cloridrato de – cps. de 100mg	Sim ***	Sim	Sim	
Griseofulvina – cps. de 500mg	Não	Não	Não	Fulcin
Hidroxizina, Cloridrato de – cps. de 25mg e solução oral 2mg/ml	Não	Não	Não	Hixizine, Prurizin
Ivermectina – cps. de 6mg	Não	Não	Não	Ivermec, Leverctina, Revectina, Vermectil
Minociclina, Cloridrato de – cps. de 100mg	Não	Não	Sim	
Tetraciclina, Cloridrato de – cps. de 500mg	Não	Não	Não	Inúmeras marcas disponíveis. Pode-se preservar o nome químico apenas.

*Os preços dos medicamentos podem ser consultados no *site* da ANVISA (ver Referências).

**A Cefalexina Suspensão Oral da Farmácia Popular e também a Genérica tem concentração de 5% (5ml = 250mg), diferindo da Cefalexina Suspensão Oral disponível na Rede Pública, que tem concentração de 2,5% (5ml = 125mg). Deve-se estar atento para esse fato.

***Liberado para abordagem sintômica das DST's.

TABELA DE MEDICAMENTOS TÓPICOS

Princípio Ativo	Disponível na Rede Pública?	Disponível na Farmácia Popular?	Disponível em Genérico?	Marcas disponíveis*
Ácido Retinóico – gel e creme a 0,01%, 0,025%, e 0,05%	Não	Não	Não	Retin-A, Retinova, e Vitanol-A
Ácidos Salicílico e Láctico – colóidio e gel	Não	Não	Não	Duofilm, Duofilm plantar(gel), Verrux
Adapaleno – gel e creme	Não	Não	Sim	-
Benzoato de Benzila	Sim	Sim	Não	-
Cetoconazol - creme	Não	Não	Sim	-
Clobetasol, Propionato de – creme, pomada e solução capilar	Não	Não	Sim	-
Clotrimazol - creme	Sim	Não	Sim	-
Desonida – loção, creme, pomada e solução capilar	Não	Não	Sim	-
Dexametasona, Acetato de – creme	Sim	Sim	Sim	-
Miconazol, Nitrato de – creme, loção e pó	Não	Sim	Sim	-
Mometasona, Furoato de – creme e pomada	Não	Não	Sim	-
Mupirocina – creme e pomada	Não	Não	Sim	-
Óxido de Zinco + Nistatina - pomada	Não	Não	Sim	-
Permetrina – loção a 5%	Não	Não	Não	Nedax plus loção
Peróxido de Benzoila - gel	Não	Não	Não	Benzac AC gel 2,5%, 5%, e 10%; Panoxyl gel 5 e 10%; Solugel 4 e 8%

Sabonetes

Princípio Ativo	Disponível na Rede Pública?	Disponível na Farmácia Popular?	Disponível em Genérico?	Marcas disponíveis*
Ácido Salicílico e Enxofre	Não	Não	Não	Actine, Dermax, Salder S, Salisoap, Sastid
Triclosan	Não	Não	Não	Proderm, Soapex, Theracne

*Ver nota anterior

Xampus

Princípio Ativo	Disponível na Rede Pública?	Disponível na Farmácia Popular?	Disponível em Genérico?	Marcas disponíveis*
Ácido Salicílico e Enxofre	Não	Não	Não	Ionil, Sastid, Salisoap
Cetoconazol	Não	Não	Sim	
Ciclopiroxolamina	Não	Não	Não	Stiprox
Coaltar	Não	Não	Não	Ionil T (Coaltar + Ácido Salicílico), Polytar, Tarflex

MEDICAMENTOS TÓPICOS MANIPULADOS

Ácido Salicílico 2% - Enxofre precipitado 3% - xampu base para cabelos oleosos q.s.p. -----	150ml
Cetoconazol 2%xampu base para cabelos oleosos q.s.p. -----	150ml
Ciclopiroxolamina 1%xampu base para cabelos oleosos q.s.p. -----	150ml
Cold cream q.s.p. -----	30g
Enxofre precipitado 2 a 4% pasta d'água q.s.p. ----- (para tratamento de Dermatite Seborréica Intertriginosa)	30g
Enxofre precipitado 6% pasta d'água q.s.p. ----- (para tratamento de Escabiose)	30g
KOH 5% solução q.s.p. -----	30ml
Pasta d'água q.s.p. -----	30g
Timol 3% - Álcool 70% q.s.p.-----	15ml

A inclusão dos medicamentos, que constam do Guia Prático e não estão disponíveis na Rede Pública de Saúde, será discutida pela Comissão de Farmácia e Terapêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, estabelecendo prioridades em conformidade com o Grupo de Trabalho da Dermatologia.

REFERÊNCIAS

- 1- Farmácia Popular do Brasil - Campinas / Centro.
Site: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/unidades/farm_pop/farmacia.htm
 - 2- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - Medicamento Genérico. *Site:* <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/index.htm>
 - 3- Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) 2007/2008.
Site: <http://www.epuc.com.br/def/>
 - 4- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) - Lista de Preços de Medicamentos.
Site: <http://www.anvisa.gov.br/monitora/precos.htm>
-

CÂMARA TÉCNICA DE ESPECIALIDADES

**PROTOCOLO DE
AVALIAÇÃO DE RISCO EM
DERMATOLOGIA**

- ORIENTAÇÕES PARA O AGENDAMENTO DE ROTINA
- AVALIAÇÃO DE RISCO
- RELAÇÃO DOS RECURSOS

SETEMBRO 2008

1. ORIENTAÇÕES PARA AGENDAMENTO DE CONSULTA EM DERMATOLOGIA

- Encaminhamento em impresso de **REFERÊNCIA e CONTRA-REFERÊNCIA**, com letra legível, assinatura e carimbo do médico solicitante e identificação da unidade solicitante.
- 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*)

1.1.2 Eritema-purpúrico

1.1.3 Urticária com angioedema

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- Fasciíte necrosante

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** ou

C.2. **Púrpura**

D. Suspeita de tumores de pele.

D.1. Neoplasias malignas de pele:

D.1.1. Melanoma cutâneo

D.1.2. Carcinoma espinocelular

D.1.3. Carcinoma basocelular

D.1.4. Tumorações no subcutâneo com crescimento rápido

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

D.3. Síndrome eczematosa:

D.3.1. Dermatite atópica grave.

D.4. Síndrome eritemato-descamativa:

D.4.1. Psoríase grave

D.5. Síndrome vegetante-verrucosa:

D.5.1. Paracoccidioidomicose

D.5.2. Leishmaniose Tegumentar

D.5.3. Esporotricose

D.5.4. Cromblastomicose

D.5.5. Tuberculose cutânea

D.6. Dermatoses vésico-bolhosas crônicas, recorrentes, não contempladas no item D.1.2 (por exemplo: Penfigos).

D.7. Síndrome polimorfa

D.7.1. Erupções medicamentosas não contempladas no item D.1.1.

D.8. Acne grave (graus 3 e 4).**D.9. Unha encravada com granuloma.****D.10. 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. Cistos cutâneos

A.1.3. Nódulos benignos

A.1.4. Lesões virais recalcitrantes - por exemplo, verruga vulgar, molusco contagioso.

B. Doenças de diagnóstico e conduta clínica 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

- Ambulatório Ouro Verde
- Policlínica II
- Ambulatório de Especialidades do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
- Ambulatório do Hospital e Maternidade Celso Pierro / PUC Campinas

GRUPO DE TRABALHO:

- **Alexandra Ganev**
Fisioterapeuta
Complexo Hospitalar Ouro Verde
 - **Andréa Fernandes Eloy da Costa França**
Médica Dermatologista
Hospital Municipal Dr. Mário Gatti
 - **Augusto Cesar Lazarin**
Médico Pediatra Sanitarista e de Saúde da Família
Apoio Institucional do Distrito de Saúde Leste
 - **Elizabeth Yamaguchi**
Médica Pediatra Sanitarista
Apoio Institucional do Distrito de Saúde Sul
 - **Hamilton Ometto Stolf**
Médico Dermatologista
Docente do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP
 - **Hélio Faria Merheb Júnior**
Médico Pediatra
Apoio Institucional do Distrito de Saúde Sul
 - **José Maria Urt**
Médico Dermatologista
Complexo Hospitalar Ouro Verde
 - **Luiz Antonio Lopes**
Médico Dermatologista
Policlínica II
 - **Maria Aparecida de Fátima Cardoso**
Médica Pediatra e Sanitarista
Coordenação do Centro de Saúde do Jardim Florence
 - **Marília Rittner**
Médica Clínica
Apoio Institucional do Distrito de Saúde Noroeste
 - **Patrícia Érica Christofolletti Daldon**
Médica dermatologista
Policlínica II e Hospital e Maternidade Celso Pierro / PUC Campinas
Docente do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina / PUC Campinas
 - **Ricardo Carramenha**
Médico Dermatologista
Policlínica II
 - **Tereza Luiza Alvarez**
Médica Clínica
Apoio Institucional do Distrito de Saúde Norte
 - **Valéria Cristina Miola Vendramini**
Médica Sanitarista
Apoio Técnico da Área de Especialidades e SADT
-

