ICEPi
INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUS

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

PROTOCOLO DE DERMATOLOGIA ADULTO

Vitória – ES

2022

ICEPi
INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE
SUS
GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde

JOSÉ RENATO CASAGRANDE
Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Estado da Saúde

JOSÉ MARIA JUSTO
Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS
Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

RICARDO DOS SANTOS COSTA
Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO
Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN
Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

ERICO SANGIORGIO
Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

Vitória, junho de 2022.

Elaboração e informações:

Governo do Estado do Espírito Santo
Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão,225 – Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5630
Site : https://saude.es.gov.br/

Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão,225 – Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5671
Site : https://saude.es.gov.br/
E-mail: ssercas@saude.es.gov.br

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)
Rua Duque de Caxias, 267 - Centro
CEP: 29010-120 - Vitória - ES.
Tel: (27) 5672-3347
Site: https://saude.es.gov.br/
E-mail: icepi@saude.es.gov.br

Coordenação-Geral:
Patrícia Rocha Vedova Pirola

Organização:
Elaine Cristina Campos Dallorto
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Laís Coelho Caser
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Margareth Pandolfi
Patrícia Rocha Vedova Pirola
Roberta Pedrini Cuzzuol
Sílvio José Santana

Autores:
Ana Cristina Vervloet do Amaral
Carlos Magno Passos Pellegrini
Elida Alves Leal
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Laís Coelho Caser
Luciana Vieira de Paula
Maria José Alves Barbera
Rachel Bertolani do Espirito Santo
Renildes Leia Bertoli Gasparini
Roberta Pedrini Cuzzuol
Tania Regina Povoa Canuto
Telma Lucia Serra Guimaraes Macedo

Revisão Técnica:
Roberta Pedrini Cuzzuol

Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:
Gabriel Torabay
Guilherme Campello

SUMÁRIO

Introdução 1
Apresentação 2
Critérios de Prioridade 3
Lista de Abreviaturas 5
1. Acne 10
2. Câncer de Pele – Melanoma 10
3. Câncer de Pele Não-Melanoma / Ceratoses Actínicas 12
4. Dermatite Atópica 14
5. Eczemas 15
6. Micoses 17
7. Dermatoses 22
8. Alopécia 24
9. Urticária 26
10. Prurido 27
11. Rosácea 29
12. Melasma 32
13. Vitiligo 33
14. Buloses 35
15. Lesões Ulceradas (Leishmaniose) 35
16. Referências Bibliográficas 36

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, 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, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante 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.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.

APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutiva, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde "Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial", com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial, fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando a integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos, incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuário do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: *"(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)*

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)"

Capítulo II: *"(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)"*

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.

Legenda dos Critérios de Prioridades: os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	**PRIORIDADE**	**MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO**
VERMELHO	**MUITO ALTA**	**Eletivo de alta prioridade:** são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	**ALTA**	**Eletivo prioritário:** são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	**MÉDIA**	**Prioridade eletiva não urgente:** são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	**BAIXA**	**Eletivo de rotina:** são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Anti-HCV	Anticorpo contra o Vírus da Hepatite C
Anti-HIV	Anticorpo contra o Vírus da Imunodeficiência Humana
Anti-TPO	Anticorpo Anti-tireoperoxidase
APS	Atenção Primária à Saúde
BSA	Body Surface Area (Superfície de Aérea Corporal)
CBC	Carcinoma Basocelular
CEC	Carcinoma Espinocelular
GGT	Gama Glutamil Transferase
SOP	Síndrome do Ovário Policístico
T4L	Tiroxina livre
TGO	Transaminase Oxalacética
TGP	Transaminase Pirúvica
TSH	Hormônio tireoestimulante
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA:

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Dermatologia adulto eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
  História da doença atual;
  Sintomas e tempo de evolução;
  História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
  História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clinico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

1. ACNE:

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Acne fulminante (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 seis meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos); ou
- Casos de suspeita de acne secundária (síndrome do ovário policístico - SOP - avaliar acompanhamento concomitante com ginecologista, medicamentos).

1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição das lesões – (Quadro 1):
  Tipo (comedões, pápulas, pústulas, nódulos, cistos);
  Distribuição (localização);
  Tempo de evolução;
  Gravidade (leve, moderada ou grave);
- Apresenta sintomas sistêmicos como febre ou artralgia? (sim ou não). Se sim, descrever;
- Tratamentos já realizados (medicações tópicas e sistêmicas com o tempo de tratamento).

1.3. Prioridades para regulação:

- Pacientes com Acne graus III a V; e
- Paciente com acne não responsiva ao tratamento clínico otimizado.

1.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.

TRATAMENTO CLÍNICO OTIMIZADO PARA ACNE CONFORME GRAVIDADE				
Gravidade	**Acne**	**Primeira escolha**	**Alternativa**	**Manutenção**
Leve	Comedoniana	Retinoide tópico[1]	Outro retinóide tópico[1] **OU** Ácido azelaico	Retinóide tópico[1] (com ou sem peróxido de benzoíla)
	Mista e papulopustulosa	Terapia tópica combinada: Antibiótico tópico[2] + retinóide tópico[1] **OU** Antibiótico tópico[2] + peróxido de benzoíla **OU** Retinóide tópico[1] + peróxido de benzoíla	Outro retinóide tópico[1] + antibiótico tópico[2] **OU** Retinóide tópico[1] + antibiótico tópico[2] + peróxido de benzoíla **OU** Ácido azelaico	Retinóide tópico[1] (com ou sem peróxido de benzoíla)
Moderada	Mista e papulopustulosa	Terapia combinada oral e tópica: Antibiótico oral[3] **E** Retinóide 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 retinóide tópico[1] e/ou peróxido de benzoíla Considerar anticoncepcional oral combinado (em mulheres)	Retinóide tópico[1] (com ou sem peróxido de benzoíla)
			Outro antibiótico oral[4]	

Grave	Conglobata	Terapia oral com: Isotretinoína oral[4] (com ou sem corticóide oral) **OU** Antibiótico Oral + retinóide + peróxido de benzoíla	**OU** Associar corticóide oral **OU** Isotretinoína oral (se não estivesse em uso)[4] Considerar anticoncepcional oral combinado (em mulheres)	Retinóide tópico[1] (com ou sem peróxido de benzoíla)
	Fulminans[5]	Terapia oral com: Isotretinoína oral[4] + corticóide oral **OU** Antibiótico Oral + corticóide oral		Retinóide tópico[1] (com ou sem peróxido de benzoíla)

Quadro 1 –Tratamento clínico otimizado para acne conforme gravidade.
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 corticóide 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, duas vezes ao dia ou doxiciclina 100 mg, duas vezes ao dia) e o corticoide oral (0,5 a 1 mg/kg/dia) é fornecido por duas a três semanas, com retirada gradual em seis semanas.

MEDICAÇÕES TÓPICAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA ACNE			
Medicação	**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 uma 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		

Quadro 2 – Medicações tópicas utilizadas no tratamento da acne.
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

2. CÂNCER DE PELE - MELANOMA:

2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Suspeita clínica de melanoma; 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 (História familiar, síndrome do nevo displásico - paciente com múltiplos nevos).

2.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista oncologista:

- Diagnóstico de melanoma confirmado por biópsia; ou
- Quando há forte suspeita clínica de melanoma (nesta situação, há necessidade de descrever a lesão: localização, tamanho, características (assimetria, bordas irregulares, variações de cor, diâmetro maior que 5-6 mm), se apresenta ou não ulceração e tempo de evolução).

2.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição da lesão:
  Localização;
  Tamanho;
  Características (assimetria, bordas irregulares, variações de cor, diâmetro maior que 5-6 mm, evolução);
  Ulceração (sim/não);
  Tempo de evolução.
- Resultado do anatomopatológico, com data (se realizado);
- Fototipo (Quadro 5);
- Apresenta efélides (sim ou não);
- História de queimadura solar antes dos vinte anos com formação de bolhas (sim ou não);
- História de bronzeamento artificial antes dos trinta e cinco anos (sim ou não);
- Apresenta mais de cinquenta nevos melanocíticos ou pelo menos um nevo atípico (determinado por exame anatomopatológico) (sim ou não);
- Tem história familiar de melanoma (sim ou não). Se sim, descreva quantos familiares e grau de parentesco.

2.3. Prioridades para regulação:

- Suspeita clínica de melanoma;
- Lesões elevadas com ulcerações ou sangramentos;
- Lesões em plantas dos pés e palmas das mãos; e
- Lesões com mais de 2 cm de diâmetro.

2.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.

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) **A**ssimetria b) **B**ordas irregulares c) **C**ores variadas d) **D**iâmetro maior que 6 mm e) **E**volução (alteração recente de tamanho, forma, cor, aparência)

Quadro 3 – Suspeita clínica de melanoma.

Fonte: Geller e Swetter (2017).

PACIENTE COM ALTO RISCO PARA MELANOMA
Paciente com **<u>três ou mais</u>** dos critérios abaixo **<u>ou</u>** critérios **<u>E e F juntos</u>**: **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

Quadro 4 – Paciente com alto risco para melanoma.

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

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
III	Branca	Bronzeia-se facilmente, mas pode queimar-se
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

Quadro 5 – Classificação de Fototipos cutâneos.

Fonte: Goldsmith e Fitzpatrick (2012).

3. CÂNCER DE PELE NÃO-MELANOMA / CERATOSES ACTÍNICAS

3.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Suspeita clínica de:
  Carcinoma basocelular (CBC); ou
  Carcinoma espinocelular (CEC); ou
  Outros tumores cutâneos, sem diagnóstico, de crescimento muito rápido;
  Suspeita ou diagnóstico de ceratose actínica; ou
  Em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias).

3.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista oncologista:

- Diagnósticos de carcinomas basocelular ou espinocelular confirmados por biópsia; ou
- Quando há fortes suspeitas clínicas de carcinomas basocelular ou espinocelular (nestas situações, há necessidade de descrever a lesão: localização, tamanho, cor, características), se apresenta ou não ulceração e tempo de evolução).

3.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição da lesão:
  Localização;
  Tamanho;
  Cor(es);
  Presença de ulceração (sim ou não);
  Tempo de evolução.
- Resultado do anatomopatológico, com data (se realizado);
- Se ceratose actínica, descreva tratamentos realizados;
- Presença de imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?

3.4. Prioridades para regulação:

- Suspeita de Carcinoma Basocelular (CBC) ou Carcinoma Espinocelular (CEC);
- Tumores mal delimitados;
- Tumores maiores de 2 cm;
- Tumores recidivados;
- Tumores sobre úlceras cônicas ou radioterapia prévia;
- Pacientes imunodeprimidos;
- Tumores em regiões de alto risco (lábios, orelhas e nariz);
- Biópsia com subtipo histopatológico agressivo: CBC esclerodermiforme, micronodular ou basoescamoso; CEC moderadamente ou pouco diferenciado (indiferenciado), Clark IV ou Breslow 4, invasão perineural

3.5. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:
Não se aplica.

SUSPEITA CLÍNICA DE CARCINOMA BASOCELULAR (CBC) E CARCINOMA ESPINOCELULAR (CEC)	
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
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 hiperceratótico, em áreas de fotoexposição (principalmente, face, couro cabeludo, antebraços e pernas). Pode haver ulceração, hemorragia ou necrose. Geralmente, são lesões assintomáticas

Quadro 6 – Suspeita clínica de carcinoma basocelular (CBC) e carcinoma espinocelular (CEC).
Fontes: Wu PA (2017), DynaMed Plus Record n. 113813 (2017).

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)

Quadro 7 – Tratamento clínico para ceratoses actínicas com 5-fluoruracila - 5%.
Fonte: Jorizzo (2017).

4. DERMATITE ATÓPICA

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Dermatite atópica grave e extensa ou que ocasione prejuízo funcional grave; ou
- Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de um mês; ou
- Dermatite atópica recidivante (três ou mais recidivas em um período de seis meses) apesar do tratamento clínico otimizado.

4.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição do quadro clínico: lesões e localização, tempo de evolução, outros sinais e sintomas associados;
- Paciente apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descrever qual;
- Tratamento em uso ou já realizado para dermatite atópica (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso).

4.3. Prioridades para regulação:

- Dermatite atópica extensa.

4.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e 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.

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

Quadro 8 – Tratamento clínico otimizado para dermatite atópica.
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017) adaptado de Bolognia (2012).

5. ECZEMAS (ECZEMA SEBORREICO, ECZEMA DE CONTATO, ECZEMA DISIDRÓTICO E ECZEMA DE ESTASE).

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Eczemas graves e extensos ou que ocasionem prejuízo funcional grave;
- Eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado, conforme o tipo de eczema.

5.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- História clínica: descrição do quadro clínico; descrição das lesões e localização; tempo de evolução; outros sinais e sintomas associados; fatores de piora e melhora, experiências prévias, relação do problema com as atividades rotineiras da pessoa, incluindo as ocupacionais;
- Apresenta prejuízo funcional (sim ou não). Se sim, descreva qual;
- Tratamento em uso ou já realizado (medicamentos utilizados com dose, posologia e tempo de uso).
- Comorbidades e uso de medicamentos;

OBS: Lesões eritematovesiculosas com exsudação, são denominados eczema agudo; no eczema subagudo, as lesões são eritematoescamosas; e no eczema crônico, liquenificadas.

5.3. Prioridades para regulação:

- Pacientes com quadros extensos e/ou graves.

5.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Eczema de estase com erisipela bolhosa ou celulite.

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 quatro semanas
	Face e corpo	Cetoconazol 2% creme e/ou corticoide tópico (por exemplo, dexametasona 0,1% creme), por até quatro semanas
Eczema de contato	Identificar e afastar o fator precipitante e corticoide tópico[1], duas vezes ao dia, por duas a quatro 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%), duas vezes ao dia, por duas a quatro 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 uma a duas 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.

Quadro 9 – Tratamento clínico otimizado conforme o tipo de eczema

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

6. MICOSES

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de micose subcutânea ou sistêmica;
- Candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tineas) ou pitiríase versicolor, se:
  Quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias); ou
  Refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
  Onicomicose refratária ao tratamento clínico otimizado e com pelo menos um dos critérios: presença de dor ou desconforto; ou
  Suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica.
- Episódios de erisipela que tenham como porta de entrada cândida ou tinha interdigital

6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Hipótese diagnóstica (sim ou não). Se sim, indicar qual;
- Descrição do quadro clínico:
  Descrição das lesões e localização;
  Tempo de evolução;
  Outros sinais e sintomas associados.
- Resultado de exame confirmatório (como cultura ou exame micológico direto), se realizado;
- Tratamento em uso ou já realizados para a infecção fúngica (medicamentos utilizados com dose e tempo de uso);
- Paciente apresenta imunossupressão (sim ou não). Se sim, qual?
- Episódio prévio de erisipela ou celulite (sim ou não). Se sim, descrever localização e a quantidade de episódios

6.3. Prioridades para regulação:

- Micose subcutânea ou sistêmica

6.4. Condições clínicas que devem encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

Não se aplica.

MICOSES SUBCUTÂNEAS OU SISTÊMICAS MAIS COMUNS
Paracoccidioidomicose
Esporotricose
Cromoblastomicose
Micetoma
Lobomicose
Histoplasmose (se diagnóstico de HIV, encaminhar para Infectologia)

Quadro 10 – Micoses subcutâneas ou sistêmicas mais comuns.

Fonte: Bolognia (2012).

TRATAMENTO CLÍNICO OTIMIZADO PARA CANDIDÍASE MUCOCUTÂNEA	
Candidíase Orofaríngea[1]	
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: Diabetes mellitus tipo II, 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 clinica 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.

Quadro 11 – Tratamento clínico otimizado para candidíase mucocutânea.

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

Tratamento clínico otimizado para dermatofitoses (Tineas) *	
Tinea corporis ou tinea cruris	
Tratamento inicial: antifúngico tópico (por exemplo, miconazol creme), duas vezes ao dia, por uma a três semanas ou até resolução clínica	
Se refratário ao tratamento ou lesões extensas: antifúngico sistêmico	**Adultos:** Terbinafina 250 mg, uma vez ao dia, por uma a duas semanas ou Itraconazol 200 mg, um vez ao dia, por um semana
	Crianças: Terbinafina (conforme peso - 10 a 20 kg: 62,5 mg / 20 a 40 kg: 125 mg / > 40 kg: 250 mg, uma vez ao dia por uma a duas semanas) ou Itraconazol 3 a 5 mg/kg, um vez ao dia, por um semana (dose máxima de 200 mg/dia)
Tinea Pedis e mannum	
Tratamento inicial: antifúngico tópico (por exemplo, miconazol creme), duas vezes ao dia, por uma a quatro semanas ou até resolução clínica.	
Se refratário ao tratamento tópico: antifúngico sistêmico	• Adultos: Terbinafina 250 mg, uma vez ao dia por duas semanas, Itraconazol 200 mg, duas vezes ao dia por uma semana, Fluconazol 150 a 200 mg, uma vez por semana por duas a seis 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 uma vez ao dia por seis a doze semanas: • Adultos e crianças: 20 a 25 mg/kg/dia (dose máxima diária de 1000 mg)
	Terbinafina fornecido uma vez ao dia por quatro a seis semanas: • Adultos: 250 mg, uma vez ao dia • Crianças conforme peso: 10 a 20 kg: 62,5 mg, uma vez ao dia 20 a 40 kg: 125 mg, uma vez ao dia > 40 kg: 250 mg, uma vez ao dia

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

Quadro 12 – Tratamento clínico otimizado para dermatofitoses (Tineas)*

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

TRATAMENTO CLÍNICO OTIMIZADO PARA PITIRÍASE VERSICOLOR
Tratamento tópico (primeira escolha):
Antifúngicos azólicos tópicos (cremes, loções, sprays, etc.) – por exemplo: miconazol, cetoconazol, clotrimazol, oxiconazol: aplicar uma a duas 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)

Quadro 13 – Tratamento clínico otimizado para pitiríase versicolor.

Fonte: Goldstein e Goldstein (2017).

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), dois comprimidos, duas vezes ao dia, por uma semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso) por dois meses OU itraconazol (100 mg), dois comprimidos, uma vez por dia, por seis semanas	
	Orientar uso de luvas para atividades em contato com água	
Dermatófito	Normalmente associado à onicomicose dos pés	
	Tratamento: Terbinafina (250 mg), uma comprimido por dia, por seis semanas. Solicitar transaminases no início do tratamento e repetir caso o tratamento se prolongue por mais de seis semanas	
	Alternativa (2º linha): Itraconazol[1,2,3] (100 mg), dois comprimidos, duas vezes ao dia, por uma semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso) por dois meses OU itraconazol (100 mg), dois comprimidos, uma vez por dia, por seis semanas	
Onicomicose nos pés:		
	Acometimento distal/lateral < 50% da unha e sem acometer a matriz/lúnula	
	Tratamento pode ser tópico OU sistêmico:	
		Amorolfina 5% esmalte (disponível comercialmente): uma vez por semana, por 9 a 12 meses. Retirar o produto da aplicação prévia com álcool antes de cada nova aplicação, ou

Leve a Moderada	Tratamento tópico	Ciclopirox 8% esmalte (disponível comercialmente ou sob manipulação): uma vez ao dia até melhora completa da unha ou por até 12 meses. Remover o produto uma vez por semana com álcool; ou
	Tratamento sistêmico	Terbinafina (250 mg) um comprimido ao dia por três meses. Solicitar transaminases no início do tratamento e repetir após seis semanas.
		Alternativa (2º linha): Itraconazol[1],[2,3] (100 mg), dois comprimidos, duas vezes ao dia, por uma semana no mês. Realizar esquema (terapia em pulso) por três meses OU itraconazol (100 mg), dois comprimidos, uma 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	Terbinafina (250 mg) 1 comprimido ao dia por 3 meses. Solicitar transaminases no início do tratamento e repetir após 6 semanas
		Alternativa (2º linha): Itraconazol1,2,3 (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).

Quadro 14 - Tratamento clínico otimizado para onicomicose

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

7. DERMATOSES ERITEMATO-DESCAMATIVAS (PSORÍASE, DERMATITE SEBORREICA, PITIRÍASE ROSEA E PARAPSORÍASE)

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Suspeita ou diagnóstico de psoríase.

7.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista reumatologista:

- Suspeita ou diagnóstico de artrite psoriásica.

7.3. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição do quadro clínico:
  Lesões e localização;
  Tempo de evolução;
  Estimativa da área de superfície corporal acometida (BSA);
  Outros sinais e sintomas associados.
- Tratamento em uso ou já realizado para a psoríase (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);

7.4. Prioridades para regulação:

- Psoríase extensa (mais de 10% da área de superfície corporal - BSA);
- Psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado.

7.5. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita ou diagnóstico de psoríase pustulosa generalizada;
- Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica com instabilidade hemodinâmica ou sinais de infecção sistêmica.

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 hidroeletrolítica
	Algumas vezes é necessária a internação hospitalar
Psoríase Pustulosa	Eritema, descamação e pústulas generalizadas. Sintomas sistêmicos são comuns, como: febre, mal estar e diarreia
	Sintomas sistêmicos são comuns, como: febre, mal estar e diarreia

	Fatores desencadeantes incluem: gestação, retirada de corticóide sistêmico, infecções, hipocalcemia, etc.

Quadro 15 – Características da psoríase eritrodérmica e pustulosa.
Fontes: Kalb (2017), Hawkes e Duffin (2017).

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 duas vezes ao dia por até oito semanas
2ª escolha (corticóide de baixa potência)	Acetato de hidrocortisona 1%, creme
	Aplicar nas lesões, uma a duas vezes por dia por duas a quatro 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.

Quadro 16 – Tratamento tópico otimizado para psoríase conforme região acometida [1, 2, 3]
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

8. ALOPÉCIA

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Todos os tipos de alopecia:
  Alopecias cicatriciais; 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 três meses; ou
  Alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado; ou
  Queda de cabelo há pelo menos seis meses, com teste de tração positivo, na ausência de fatores desencadeantes.

8.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição do quadro clínico:
  Descrição da queda de cabelo (alopecia em placas/difusa, eritema, pústulas, descamação);
  Tempo de evolução;
  Apresenta teste de tração positivo (sim ou não): Teste de tração suave: tracionam-se 50-60 fios de cabelo. A fácil remoção de mais de seis fios, sugere que o teste é positivo.
- Tratamento em uso ou já realizado para alopecia (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso);
- Utiliza outros medicamentos continuamente (sim ou não). Se sim, descrever quais;
- Resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, ferritina, VDRL, TSH; T4 Livre, Anti-TPO, Anti-Tireoglobulina, Vitamina D, Vitamina B12, TGO, TGP, creatinina, uréia.

8.3. Prioridades para regulação:

- Alopecias cicatriciais

8.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

Não se aplica.

CARACTERÍSTICAS E MANEJO DAS ALOPECIAS E QUEDA DE CABELO		
Alopécia Cicatricial	Placas de alopecia com ausência de óstios foliculares	
	Provocada por doenças inflamatórias que levam a perda permanente dos pelos	
	Podem acometem 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	
Alopécia 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, antitireoglobulina 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	
	Principais fatores desencadeantes	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 curo 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 vezes 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	

Quadro 17 – Características e manejo das alopecias e queda de cabelo
TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

9. URTICÁRIA

9.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

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

9.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista alergologista:

- Angioedema (mais de um 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.

9.3. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição do quadro clínico:
  Lesões e localização;
  Tempo de evolução;
  Outros sinais e sintomas associados;
- Tratamento em uso ou já realizado para urticária (medicamentos utilizados com posologia e tempo de uso).

9.4. Prioridades para regulação:

- Urticária grave (> 50 pápulas em 24 horas ou grandes áreas confluentes de urticária gigante)

9.5. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Angioedema e/ou urticária associados a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão).

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 duas semanas, aumentar a dose do anti-histamínico de segunda geração em até quatro vezes. Exemplo: levocetirizina 5 mg, dois comprimidos duas 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 duas 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

Quadro 18 – Tratamento para urticária crônica
Fonte: Khan (2017).

10. PRURIDO

10.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Paciente com prurido, com ou sem lesões cutâneas, refratário ao tratamento clínico otimizado e sem causa identificada após investigação inicial na APS.

10.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição do quadro clínico:
  Tempo de evolução;
  Apresenta lesões (sim ou não). Se sim, descreva as características;
  Outros sinais e sintomas associados.
- Resultado de exames laboratoriais, com data: hemograma, transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas, GGT, TSH, creatinina, ferritina, uréia, anti-HIV, anti-HCV e HbsAg.
- Tratamento em uso ou já realizado para prurido (medicamentos utilizados com posologia, tempo de uso e orientações).

10.3. Prioridades para regulação:

- Prurido intenso que atrapalhe a qualidade de vida; e
- Se associado à lesões de pele extensas

10.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Se associado a angioedema.

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
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 curta
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 18)
Anti-histamínicos de segunda geração (não sedativos) são pouco efetivos para o controle do prurido (exceto para prurido relacionado a urticária)

Quadro 19 – Investigação e manejo do prurido (sem outras lesões cutâneas)

Fontes: TelessaúdeRS-UFRGS (2017)

11. ROSÁCEA

11.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Todo paciente com suspeita ou diagnóstico de rosácea.

11.2. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista oftalmologista:

- Rosácea ocular refratária ao tratamento clínico otimizado (higiene das margens palpebrais, lubrificante ocular e antibiótico oral, por oito a doze semanas (Quadro 20).

11.3. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição das lesões:
  Tipo (eritema, telangiectasias, pápulas, pústulas ou fimas);
  Localização;
  Tempo de evolução;
- Tratamentos em uso ou já realizados para rosácea (medicações tópicas e sistêmicas, com posologia e tempo de uso).

11.4. Prioridades para regulação:

- Fimatosa (aumento de volume do tecido afetado na região do nariz, mento, glabela ou região malar); ou
- Rosácea granulomatosa (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 três meses.

11.5. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.

CARACTERÍSTICAS E TRATAMENTO DA ROSÁCEA		
Rosácea pápulo-pustulosa:		
Características	Pápulas e pústulas localizadas principalmente na região central da face	
	Para diferenciar de acne, observar que não há presença de comedões e normalmente o eritema está mais disseminado pela face e não limitado à base das lesões inflamatórias	
Tratamento	Casos leves a moderados	Metronidazol 0,75% gel: aplicar no rosto 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 azeláico 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
	Casos moderados a graves	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
Rosácea eritemato-telangiectásica:		
Características	Eritema facial, telangiectasias (nariz e região malar) e episódios recorrentes de flushing	
	Normalmente desencadeados por: extremos de temperatura, exposição solar, bebidas quentes, comidas apimentadas, ingestão de álcool, exercícios e sensação de raiva ou constrangimento	
	Pele sensível, com queixa frequente de sensação pinicação e queimação	
Tratamento	Evitar fatores que desencadeiam o flushing na paciente;	
	Utilizar sabonetes suaves para limpeza da pele; evitar produtos irritativos (tônicos, adstringentes, esfoliantes)	
	Uso regular de filtro solar FPS 30 todos os dias pela manhã	
	Hidratantes faciais 2 vezes por dia	
	Prescrever metronidazol ou ácido azelaico* (benefício discutível)	
	Orientar que as telangiectasias não regridem com o tratamento	
Rosácea fimatosa:		

Características	Hipertrofia e espessamento do tecido nasal (rinofima)
	Também pode ocorrer em outras áreas (queixo, glabela)
	Geralmente, homens adultos, com hiperplasia sebácea proeminente e pele muito oleosa
Tratamento	Isotretinoína oral; **ou**
	Procedimento cirúrgico
	Encaminhar ao Dermatologista
Rosácea ocular:	
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 (tetraciclinas, macrolídeos ou metronidazol) para casos mais graves
	Encaminhar ao oftalmologista

Quadro 20 – Características e tratamento da rosácea

Fonte: Dahl (2017).

12. MELASMA

12.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Pacientes com melasma.

12.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Tempo de evolução e características da lesão;
- Tratamento em uso ou já realizado para melasma (medicamentos, posologia e tempo de uso).

12.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica.

12.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.

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 duas horas, quando exposição ao sol	
Proteção física (chapéu, boné);	
Se proteção solar adequada, orientar tratamento ativo com um despigmentante, por 3 meses	
Despigmentantes (suspender o uso, temporariamente, se irritação cutânea):	Associação de hidroquinona 4% + tretinoína 0,05% + fluocinolona acetonida 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

Quadro 21 – Tratamento clínico otimizado para melasma.
Fonte: Goldstein, Goldstein, Callender (2017).

13. VITILIGO

13.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Todos os casos suspeitos e/ou confirmados de vitiligo.

13.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição do quadro clínico: Descrição das lesões e localização; Tempo de duração;
- Superfície corporal acometida (BSA) estimada (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).
- Exames: Hemograma, TSH, ANTI-TPO, glicemia de jejum, Vitamina D e vitamina B12, ferritina;
- Tratamentos já realizados para vitiligo (medicamentos, posologia e tempo de uso).

13.3. Prioridades para regulação:

- Vitiligo generalizado (mais de um segmento corporal acometido)
- Vitiligo universal (mais de 50% de acometimento cutâneo)
- Vitiligo em atividade rapidamente progressivo

13.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.

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:	
	Face, região genital ou em áreas de dobras cutâneas: 1ª Escolha: inibidores de calcineurina: Tacrolimo 0,1% pomada: aplicar, duas vezes por dia, por seis meses. Se a resposta for efetiva, a terapia pode ser prolongada

Acometendo < 10% da superfície corporal	**Lesões corporais (exceto as áreas acima):** 1ª Escolha: corticóides tópicos: Furoato de mometasona duas vezes por dia por dois meses; realizar pausa por um mês e repetir o uso duas vezes por dia, por dois meses **OU** Aplicar uma vez por dia, quinze dias por mês, por um período de seis 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 duas 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 dois meses com redução gradual ao longo dos próximos três meses	
No início do tratamento, prescrever ivermectina 200 mcg/kg, dois dias, para evitar superinfestação por estrongiloides	

Quadro 22 – Avaliação e tratamento do vitiligo

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

14. BULOSES (PÊNFIGO, PENFIGÓIDE, DERMATITE HERPETIFORME)

14.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Encaminhar todos os casos suspeitos ou confirmados das doenças acima.

14.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição do quadro clínico:
  Lesões e localização;
  Tempo de evolução;
  Outros sinais e sintomas associados;

14.3. Prioridades para regulação:

- Suspeita de pênfigo vulgar; e
- Suspeita de penfigóide bolhoso

14.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Pacientes com quadro extenso com mais de 20% da pele acometida e/ou com comprometimento de mucosa ocular ou oral com dificuldade para alimentação.

15. LESÕES ULCERADAS (LEISHMANIOSE)

15.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista dermatologista:

- Encaminhar os pacientes com suspeita de lesões típicas de leishmaniose

15.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrever o aspecto da lesão e evolução (lesão com bordas elevadas, endurecidas que não cicatrizam há mais de 30 dias, mesmo instituído tratamento com antibioticoterapia).

15.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica.

15.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, D. R.; MARKS, J. G. Acute palmoplantar eczema (dyshidrotic eczema). Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/acute-palmoplantar-eczemadyshidrotic-eczema>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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.

BELDA Júnior W, Di Chiacchio N, Criado PR. Tratado de Dermatologia. 2ª. edição. São Paulo: Ed. Atheneu; 2014.

BERGFELD, W. Telogen effluvium. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/telogen-effluvium>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BOLOGNIA, J.; JORIZZO, J.; RAPINI, R. P. Dermatology. 3rd ed. Toronto: Elsevier, 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:<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf >. Acesso em: 23 jul. 2021.

BROD, B. A. Management of allergic contact dermatitis. Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-allergic-contact-dermatitis>. Acesso em: 23 jul. 2021.

DAHL, M. V. Rosacea: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/rosacea-pathogenesis-clinical-features-anddiagnosis>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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

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

FRANSWAY, A. F. Stasis dermatitis. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/stasis-dermatitis>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GELLER A. C.; SWETTER, S. Screening and early detection of melanoma. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-and-early-detection-ofmelanoma>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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, 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/onychomycosis-management>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O. Tinea versicolor (Pityriasis versicolor). Waltham (MA): UpToDate, 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/tinea-versicolor-pityriasisversicolor>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GOLDSTEIN, B. G.; GOLDSTEIN, A. O.; CALLENDER, V. D. Melasma. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/melasma>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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, 2021. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acne-vulgaris>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.

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

JORIZZO, J. Treatment of actinic keratosis. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-actinic-keratosis>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MAIER, L. E. Management of rosacea. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-rosacea>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MCMICHAEL, A. Female pattern hair loss (androgenetic alopecia in women): Treatment and prognosis. Waltham (MA): UpToDate, 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-pattern-hair-loss-androgenetic-alopecia-in-womentreatment-and-prognosis>. Acesso em: 23 jul. 2021.

MESSENGER, A. G. Management of alopecia areata. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-alopecia-areata>. Acesso em: 23 jul. 2021.

SHAPIRO, J.; OTBERG, N.; HORDINSKY, M. Evaluation and diagnosis of hair loss. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-ofhair-loss>. Acesso em: 23 jul. 2021.

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

SWETTER, S.; GELLER, A. C. Melanoma: Clinical features and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 2012. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/melanoma-clinical-features-anddiagnosis>. Acesso em: 23 jul. 2021.

THIBOUTOT, D.; ZAENGLEIN, A. Pathogenesis, clinical manifestations, and diagnosis of acne vulgaris. Waltham (MA): UpToDate, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesisclinical-manifestations-and-diagnosis-of-acne-vulgaris>. Acesso em: 23 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para Dermatologia. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos. Acesso em: 23 jul. 2021.

WU, P. A. Epidemiology, pathogenesis, and clinical features of basal cell carcinoma. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesisand-clinical-features-of-basal-cell-carcinoma>. Acesso em: 23 jul. 2021.