



Universidade de Brasília
Departamento de Enfermagem
Disciplina: Estágio Supervisionado 1

Guia Prático para Identificação e Manejo das Alterações Cutâneas na Atenção Primária



Discentes:

Bárbara Luiza Alves dos Santos
Isabella Soares Sobrinho
Rozemberg Falcão e Silva Alves

Preceptoras:

Charlane Carvalho de Araújo Ferlin
Kênia Kanaïama Domingues da Cunha

Docente Supervisora:

Carolina Pereira da Cunha Sousa

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem

Guia Prático para Identificação e Manejo das Alterações Cutâneas na Atenção Primária

Bárbara Luiza Alves dos Santos
Isabella Soares Sobrinho
Rozemberg Falcão e Silva Alves
Charlane Carvalho de Araújo Ferlin
Kênia Kanaïama Domingues da Cunha
Carolina Pereira da Cunha Sousa

Brasília-DF
2026

© 2026 Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.



Guia Prático para Identificação e Manejo das Alterações Cutâneas na Atenção Primária © 2026 por Bárbara Luiza Alves dos Santos; Isabella Soares Sobrinho; Rozemberg Falcão e Silva Alves; Charlane Carvalho de Araújo Ferlin; Kênia Kanaïama Domingues da Cunha; Carolina Pereira da Cunha Sousa está licenciada sob [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é do Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

1ª edição

Elaboração e informações

Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Departamento de Enfermagem

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Faculdade de Ciências da Saúde - FS Sala AT 05

CEP: 70910-900, Brasília-DF, Brasil

Contato: (61) 3107-1711

Site: <https://enfermagem.unb.br/>

E-mail: enf@unb.br

Equipe técnica

Bárbara Luiza Alves dos Santos

Isabella Soares Sobrinho

Rozemberg Falcão e Silva Alves

Charlane Carvalho de Araújo Ferlin

Kênia Kanaïama Domingues da Cunha

Carolina Pereira da Cunha Sousa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade de Brasília - BCE/UNB)

G943 Guia prático para identificação e manejo das
 alterações cutâneas na atenção primária
 [recurso eletrônico] / Bárbara Luiza Alves dos
 Santos ... [et al.]. - Brasília : Universidade de
 Brasília, Departamento de Enfermagem, 2026.
 108 p. : il.

 Inclui bibliografia.
 Formato PDF.
 ISBN 978-65-979505-1-5.

1. Cuidados primários de saúde. 2. Pele -
Doenças. 3. Enfermagem. I. Santos, Bárbara Luiza
Alves dos.

CDU 616.5

Apresentação

Resumo:

Este Guia Prático para Identificação e Manejo de Alterações Cutâneas na Atenção Primária à Saúde (APS) foi produzido por graduandos de Enfermagem da Universidade de Brasília como resultado do Estágio Supervisionado 1 realizado na Unidade Básica de Saúde 01 do Itapoã.

A elaboração do material baseou-se na experiência direta no serviço e na percepção da necessidade de um recurso de consulta ágil que apoie profissionais da APS, em especial os enfermeiros, na identificação das principais condições cutâneas observadas na prática clínica.

Com linguagem clara e respaldo científico, o guia reúne informações essenciais sobre as alterações cutâneas mais frequentes, como etiologia, transmissão, características, tratamento e manejo, contribuindo para a qualificação do raciocínio clínico e a tomada de decisão dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Processo de Enfermagem; Manifestações Cutâneas; Cuidados de Enfermagem.

SUMÁRIO

<u>Nosso diferencial</u>	06
<u>Mapa da pele - dicionário de termos cutâneos</u>	08
<u>Infecções parasitárias</u>	14
<u>Escabiose</u>	15
<u>Leishmaniose</u>	17
<u>Pediculose</u>	19
<u>Infecções fúngicas</u>	21
<u>Candidíase cutânea</u>	22
<u>Pitíriase alba</u>	24
<u>Pitíriase rósea</u>	26
<u>Pitíriase rubra pilar</u>	28
<u>Pitíriase versicolor</u>	30
<u>Tinea capitis</u>	32
<u>Tinea corporis</u>	34
<u>Tinea faciei</u>	36
<u>Infecções bacterianas</u>	38
<u>Celulite</u>	39
<u>Erisipela</u>	41
<u>Foliculite</u>	43
<u>Furúnculo</u>	45

<u>Hanseníase</u>	47
<u>Impetigo</u>	49
<u>Sífilis</u>	51
<u>Infeccções virais</u>	53
<u>Condiloma acuminado</u>	54
<u>Dengue</u>	56
<u>Doença mão-pé-boca</u>	58
<u>Herpes simples</u>	60
<u>Herpes-zóster</u>	62
<u>Molusco contagioso</u>	64
<u>Sarampo</u>	66
<u>Varicela</u>	68
<u>Dermatites</u>	70
<u>Dermatite atópica</u>	71
<u>Dermatite de contato</u>	73
<u>Dermatite seborreica</u>	75
<u>Outras</u>	77
<u>Acne</u>	78
<u>Carcinoma basocelular</u>	80
<u>Psoríase</u>	82
<u>Púrpura do idoso</u>	84
<u>Urticária</u>	85

<u>Roteiro de Anamnese Cutânea</u>	87
<u>Teorias de Enfermagem para subsidiar a avaliação</u>	90
<u>Fluxograma de suspeitas a partir das queixas</u>	94
<u>Segurança do Profissional e do Paciente na Atenção Primária</u>	96
<u>Agradecimentos</u>	98
<u>Referências</u>	100

Nosso diferencial

Nosso diferencial

Como parte do compromisso com uma assistência mais justa e inclusiva, este guia reúne imagens de alterações cutâneas em pessoas com pele branca, parda e preta, reconhecendo que as manifestações clínicas podem variar conforme a pigmentação da pele.

Durante a construção deste material, constatou-se uma limitação importante: a escassez de imagens de qualidade e de acesso aberto que retratem determinadas doenças em diferentes tonalidades de pele, sobretudo em peles pardas e pretas. Essa carência evidencia a sub-representação dessas populações nos recursos científicos e educacionais disponíveis, reforçando a urgência de ampliar a produção e a divulgação de materiais que reflitam a diversidade da população brasileira.

Nesse cenário, garantir a representatividade das múltiplas tonalidades de pele nos conteúdos de educação em saúde torna-se um passo essencial para promover equidade, reduzir desigualdades no cuidado e fortalecer uma assistência inclusiva, humanizada e de qualidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Mapa da pele

Dicionário de termos cutâneos

Mapa da pele

Dicionário de termos cutâneos



Clique nos termos ao longo do texto e seja redirecionado à sua definição!

Acromia

Coloração diferenciada por ausência de melanina.



Abscesso

Coleção purulenta profunda, circunscrita e de tamanho variável localizada na derme ou hipoderme, podendo ou não apresentar proeminência. Pode resultar de processos infecciosos, inflamatórios ou de degeneração tumoral.



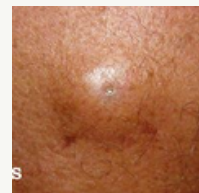
Bolha

Lesão elevada e circunscrita maior que 1 cm localizada na epiderme ou na junção entre derme e epiderme. Contém líquido seroso que pode tornar-se purulento ou hemorrágico.



Cisto

Cavidade revestida por epitélio contendo material líquido ou pastoso (geralmente queratina), sem presença de anexos cutâneos. Ocorre com maior frequência no couro cabeludo e no tórax, podendo apresentar-se de forma isolada ou múltipla.



Crosta

Acúmulo de exsudato sobre áreas de perda tecidual resultante do ressecamento de serosidade, sangue ou pus.

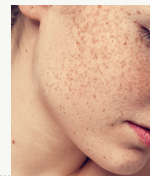


Hematoma



Coleção localizada de sangue decorrente, geralmente, de trauma.

Hipercromia



Coloração diferenciada por aumento da melanina ou outros pigmentos, como tatuagem, por exemplo.

Hipocromia



Coloração diferenciada por diminuição da melanina.

Mácula/mancha



Mudança da coloração da pele sem alteração do relevo ou da consistência.

Púrpura



Mácula vermelha arroxeadas que não desaparece com digitopressão decorrente de extravasamento sanguíneo na derme.

Equimose



Púrpura maior que 1 cm;

Petéquia



Púrpura menor que 1 cm.

Eritema

Mácula vásculo-sanguínea vermelha que desaparece com digitopressão.



Cianose

Eritema arroxeado por consequência da congestão venosa;



Enantema

Eritema presente em mucosa;



Exantema

Eritema disseminado que pode ou não estar intercalado por áreas de pele íntegra;



Rubor

Eritema vermelho ocasionado por vasocongestão com aumento da temperatura.



Nódulo

Lesão sólida, infiltrada, circunscrita e geralmente bem delimitada. Localiza-se na derme ou hipoderme podendo apresentar-se profunda ou elevada. Costuma ser persistente e medir entre 1 e 3 cm.

Pápula



Lesão sólida, elevada e bem delimitada, podendo ter superfície plana ou curva, com tamanho inferior a 1 cm.

Vegetações

Pápula elevada, que pode estar ou não sustentada por uma base estreita (pedículo). Caracteriza-se por ter superfície irregular e hiperqueratótica, geralmente dura, inelástica e de coloração amarelada, conferindo aspecto verrucoso.



Placa

Lesão elevada, com mais de 1 cm, com superfície plana, que pode apresentar descamação, crostas ou maceração. Pode ser formada pela união de várias pápulas.



Pústula

Lesão elevada e circunscrita de até 1 cm na epiderme contendo secreção purulenta.



Telangiectasias

Lesão decorrente da dilatação dos capilares de artérias ou veias. Pode ter formato linear sinuoso, de estrela ou puntiforme.

Urtica



Lesão elevada, edematosa e bem delimitada, de coloração rósea, avermelhada ou esbranquiçada. Geralmente é pruriginosa e transitória, podendo apresentar uma área avermelhada ou pálida ao redor.



Vesícula

Elevação circunscrita de até 1 cm contendo líquido em seu interior que geralmente é claro no início mas pode se tornar turvo, purulento ou hemorrágico.

Infeccções parasitárias

- Escabiose
- Leishmaniose
- Pediculose



Fonte: Dermatology Atlas

Escabiose

Etiologia

Sarcoptes scabiei var. hominis.

Transmissão

Transmitida principalmente pelo contato direto e prolongado entre a pele de uma pessoa infestada e a de outra, sendo o contato sexual uma importante via de disseminação. A transmissão por objetos contaminados, como roupas e roupas de cama, é incomum, mas pode ocorrer com maior frequência nos casos de escabiose crostosa (ou norueguesa), uma forma grave da doença caracterizada por elevada carga parasitária e desprendimento de escamas contendo ácaros.

Características/progressão

Os sintomas da escabiose geralmente surgem entre três e seis semanas após a infestação. Em casos de reinfestação, podem aparecer em apenas um a três dias devido à resposta imunológica já desenvolvida pelo organismo. A principal manifestação clínica é o prurido (coceira intensa), que costuma piorar durante a noite e após o banho. As lesões são mais frequentes entre os dedos das mãos, punhos, cotovelos, axilas, região abdominal, nádegas, virilha, mamilos e órgãos genitais.

Em bebês e crianças pequenas, a coceira pode ser menos evidente, manifestando-se por irritabilidade, alterações do sono, agitação e diminuição do apetite.

As lesões características da escabiose incluem:

- Sulcos ou galerias: pequenos trajetos lineares na pele produzidos pelo deslocamento do ácaro;
- Lesões vesiculopustulosas: pequenas bolhas ou pústulas, comuns no couro cabeludo, palmas das mãos, plantas dos pés e espaços entre os dedos;
- Nódulos: lesões elevadas, avermelhadas e pruriginosas, frequentemente observadas nas axilas, virilha e região genital, especialmente em crianças menores de dois anos.

Tratamento*

- Permetrina a 5% (Creme): Primeira linha para crianças acima de dois meses, aplicada em duas doses separadas por sete dias;
- Ivermectina (Oral): Indicada para casos graves, resistentes ou surtos comunitários em crianças com mais de 15 kg e dois anos;
- Enxofre (5% - 10% em Vaselina): Tratamento de eleição para recém-nascidos (menos de 2 meses) e mulheres grávidas ou a amamentar;
- Benzoato de Benzilo: Opção tópica a partir do primeiro mês de vida.

Manejo

- Aplicar o medicamento em toda a superfície corporal, incluindo entre os dedos, umbigo e região genital;
- Em crianças menores de dois anos e idosos, aplicar também no couro cabeludo, face e pescoço, evitando olhos e boca;
- Reaplicar o produto nas mãos sempre que forem lavadas;
- Respeitar o tempo de ação recomendado antes da remoção do medicamento;
- Manter as unhas curtas e limpas;
- Todos os contatos domiciliares e parceiros sexuais devem ser tratados, mesmo que não apresentem sintomas, pois podem estar no período de incubação da doença;
- Recomenda-se lavar roupas, toalhas e roupas de cama em água quente (50–60 °C) e secá-las adequadamente;
- Objetos que não podem ser lavados devem ser armazenados em sacos fechados por pelo menos três dias;
- Evitar o contato direto pele a pele com pessoas potencialmente infestadas.

*Essas medicações podem ser prescritas por Enfermeiros.



Fonte: Dermatology Atlas

Leishmaniose

Etiologia

A leishmaniose tegumentar é uma doença antroponozoonótica causada por protozoários do gênero *Leishmania*. No Brasil, as principais espécies identificadas como causadoras da doença humana são:

- *Leishmania (Viannia) braziliensis*: A espécie mais prevalente, associada a lesões cutâneas e mucosas.
- *L. (V.) guyanensis*: Comum na região Norte, frequentemente causa múltiplas lesões cutâneas.
- *L. (Leishmania) amazonensis*: Associada a várias formas clínicas, incluindo a leishmaniose cutânea difusa.
- Outras espécies incluem *L. (V.) naiffi*, *L. (V.) shawi* e *L. (V.) lainsoni*.

Transmissão

- Vektor: Ocorre pela picada de fêmeas infectadas de insetos flebotomíneos do gênero *Lutzomyia*, conhecidos popularmente como mosquito-palha, birigui, tatuquira ou cangalhinha.
- Reservatórios: O parasita é mantido na natureza por diversos hospedeiros, principalmente pequenos roedores silvestres, marsupiais, edentados (como tatus e preguiças) e, ocasionalmente, animais domésticos como cães e cavalos.
- Observação: Não há transmissão de pessoa para pessoa.

Características/progressão

- Incubação: O período varia de 10 dias a três meses (ou até vários meses).
- Leishmaniose Cutânea (LC): Manifesta-se inicialmente como uma pápula que progride para uma úlcera indolor, circular, com bordas elevadas e bem definidas e fundo granular (conhecida como "borda em moldura").
- Leishmaniose Mucosa (LM): Pode surgir meses ou anos após a lesão cutânea. Atinge principalmente as mucosas do nariz e boca, podendo causar destruição de cartilagens e deformidades graves.
- Formas Especiais: Existem a forma disseminada (múltiplas úlceras distantes do sítio original) e a difusa (lesões nodulares crônicas em pacientes com baixa imunidade, simulando hanseníase).

Tratamento*

- Primeira Escolha: Antimoniais pentavalentes (Antimoniato de N-metilglucamina ou Glucantime).
- Segunda Escolha: Anfotericina B e Pentamidina, utilizadas em casos de falha terapêutica ou contraindicação aos antimoniais.
- Novas Opções: O uso de Miltefosina (via oral) e terapias tópicas (como imiquimod) têm apresentado resultados encorajadores em estudos.

Manejo

- Uso de repelentes, mosquiteiros, telas em portas e janelas;
- Evitar atividades em áreas de mata nos horários de maior atividade do vetor.



Fonte: Dermatology Atlas

Pediculose

Etiologia

É uma infestação provocada pelos parasitas *Pediculus humanus capitis* (piolho do couro cabeludo) e *Pediculus humanus corporis* (piolho do corpo).

Transmissão

Ocorre por meio do contato direto com a pessoa infectada ou pelo compartilhamento de objetos pessoais. Em ambientes como celas prisionais, a propagação é facilitada pela proximidade entre as pessoas.

Características/progressão

- Sintoma Principal: Prurido (coceira) intenso.
- Incubação: Varia de 7 dias a 3 semanas.
- Pediculose do Couro Cabeludo: Caracteriza-se pela presença de lêndeas (grãos brancos) aderidas aos fios, principalmente na região atrás das orelhas e na nuca. Pode evoluir para infecções secundárias (piodermites).
- Pediculose do Corpo: O parasita vive nas roupas e na pele, causando pontos vermelhos (picadas), escoriações lineares e urticária no tronco, abdome e glúteos.

Tratamento*

- Ivermectina (6mg): Dose única via oral conforme o peso, com repetição após 7 a 10 dias.
- Permetrina 1% (Loção): Aplicar no couro cabeludo, deixar agir por 5 a 10 minutos e enxaguar. Repetir em 7 dias.
- Remoção Manual: Uso de pente fino e solução de água com vinagre (1:1) para retirar as lêndeas.

Manejo

- Envolve a limpeza regular do ambiente e a desinfecção de áreas compartilhadas.
- Roupas de cama e vestuário devem ser lavados em água quente ou passados a ferro.

Infeccções fúngicas

- Candidíase cutânea
- Pitiríase alba
- Pitiríase rósea
- Pitiríase rubra pilar
- Pitiríase versicolor
- Tinea
 - Tinea capitis
 - Tinea corporis
 - Tinea faciei



Fonte: Dermatology Atlas

Candidíase cutânea

Etiologia

A candidíase cutânea é causada por leveduras do gênero *Candida*, sendo a *C. albicans* o agente mais comum (responsável por cerca de 60% dos casos). Outras espécies de importância clínica que frequentemente afetam a pele e as unhas incluem *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. krusei* e *C. guilliermondii*.

Transmissão

- Endógena: É a forma principal, ocorrendo quando o fungo (que já faz parte da microbiota normal de 80% das pessoas saudáveis) torna-se patogênico devido a desequilíbrios no hospedeiro.
- Exógena: Pode ocorrer por contato direto, sendo reconhecida como uma infecção sexualmente transmissível (IST), ou por transmissão horizontal. No ambiente hospitalar, a transmissão de pessoa para pessoa também é possível.

Características/progressão

- Intertrigo: É a forma mais comum, localizada em dobras da pele (axilas, virilha, sulco interglúteo, prega submamária e suprapúbica em obesos). Caracteriza-se por eritema intenso (vermelhidão), edema e lesões-satélites de aspecto descamativo.
- Anexos Cutâneos: Manifesta-se como paroníquia (inflamação da pele ao redor da unha) e onicomicose (unha enrijecida, dolorida e distorcida). Pode haver também foliculite (infecção do folículo piloso), especialmente em pacientes com HIV.
- Candidíase Congênita: Manifesta-se nos primeiros dias de vida com erupções generalizadas, pápulas e pústulas, geralmente oriundas de infecção vaginal materna durante a gravidez.
- Progressão: Em pacientes com deficiência de células T helper, a condição pode evoluir para a candidíase mucocutânea crônica, com infecções persistentes e recorrentes na pele, couro cabeludo e unhas.

Tratamento*

A abordagem combina medicamentos e alteração de hábitos:

- Antifúngicos Tópicos: Uso de derivados azólicos e poliênicos (como nistatina) aplicados diretamente nas lesões.
- Antifúngicos Sistêmicos: Medicamentos via oral (como fluconazol) são indicados para casos mais graves, extensos ou resistentes à terapia tópica.

Manejo

- Manter as áreas secas (evitando umidade e calor excessivos) e controlar doenças de base, como o Diabetes Mellitus.
- Evitar o uso de roupas apertadas e tecidos sintéticos, além de tratar os parceiros sexuais em casos de envolvimento genital associado.
- É essencial a identificação correta da espécie de Candida em laboratório para orientar a escolha do antifúngico, dado que algumas espécies não-albicans apresentam resistência natural ou adquirida a certas drogas



Fonte: Dermatology Atlas



Fonte: Negro Atlas



Fonte: Negro Atlas

Pitiríase alba

Etiologia

A causa exata é desconhecida, mas acredita-se que o ressecamento da pele (xerose) seja um fator desencadeante importante.

Transmissão

Não se aplica, pois não é uma doença infectocontagiosa.

Característica/progessão

- Manifesta-se como manchas claras (hipocrômicas) mal definidas que aparecem geralmente na face, membros superiores e tronco.
- É muito frequente na infância e as manchas costumam involuir espontaneamente.
- Fatores como exposição solar, banhos prolongados e uso de sabões no inverno podem desencadear ou agravar a condição.

Tratamento*

- Hidratação e umectação da pele com cremes emolientes (ex: ureia a 10% ou lactato de amônio a 12%).
- Uso de fotoprotetores.
- Em alguns casos, podem ser indicados cremes ou pomadas com corticosteroides.

Manejo

- Explicar que a doença é benigna, autolimitada e não contagiosa.
- Informar que a repigmentação pode levar meses a até dois anos, mesmo após a resolução da inflamação.
- Hidratação da pele (tratamento de primeira linha): Aplicar hidratantes ou emolientes pelo menos duas vezes ao dia, principalmente após o banho.
- Evitar sabonetes agressivos, banhos muito quentes e prolongados e outras substâncias irritantes.
- Uso diário de protetor solar, pois o bronzamento da pele ao redor torna as manchas mais evidentes.
- Tratamento medicamentoso (quando houver inflamação, eritema ou prurido): Corticoide tópico de baixa potência, como hidrocortisona 0,5–1%, por curto período (geralmente 7 a 14 dias).
- Reavaliar se houver piora, ausência de melhora ou dúvida diagnóstica.



Fonte: Dermatology Atlas

Pitiríase rósea

Etiologia

A causa exata da pitiríase rósea permanece desconhecida, apesar de exaustivas pesquisas. Atualmente, as duas hipóteses mais aceitas são:

- Infeciosa/Viral: Sugere uma associação com a reativação dos herpes-vírus humanos 6 (HHV-6) e 7 (HHV-7), embora os estudos apresentem resultados contraditórios.
- Multifatorial: Propõe que a doença resulte de uma interação entre agentes infecciosos (ou drogas) e uma susceptibilidade genética do indivíduo (especificamente relacionada ao grupamento alélico HLA-DQB1*04), podendo envolver mecanismos de autoimunidade.

Transmissão

A pitiríase rósea não é considerada uma doença transmissível. São raras as citações na literatura de casos ocorrendo simultaneamente em familiares ou em ambientes fechados como escolas e quartéis.

Características/progressão

- Placa-mãe (Medalhão): Na maioria dos casos (50% a 94%), a doença começa com uma lesão única, solitária, de 2 a 10 cm, com centro mais claro e borda rósea descamativa.
- Erupção Secundária: Cerca de 7 a 14 dias após a placa-mãe, surgem múltiplas lesões menores no tronco e raiz dos membros. No tronco, elas seguem as linhas de clivagem da pele, criando o aspecto típico de "árvore de natal".
- Sintomas: Geralmente é assintomática, mas o prurido (coceira) ocorre em muitos pacientes, sendo grave em 25% deles.
- Evolução: É uma condição autolimitada. A regressão ocorre espontaneamente, normalmente sem deixar sequelas, em um período de quatro a oito semanas. Recidivas são raras (cerca de 2,8%).

Tratamento*

Como a doença regride sozinha, a terapêutica foca no controle dos sintomas:

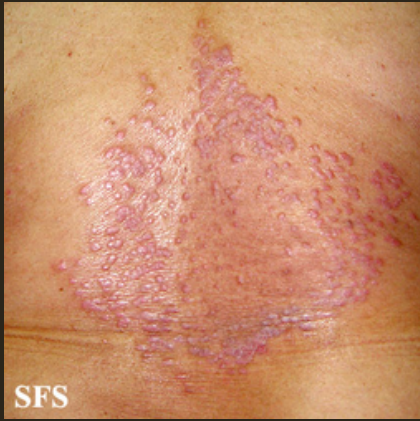
- Sintomáticos: Uso de corticosteróides tópicos, loções com mentol ou calamina e anti-histamínicos orais para aliviar a coceira.
- Casos Graves: corticoides sistêmicos ou o uso de eritromicina oral, que em alguns estudos demonstrou reduzir o tempo de evolução da doença. O aciclovir em altas doses também é uma opção citada, embora sua eficácia seja debatida.

Manejo

- Diagnóstico Diferencial: O passo mais importante no manejo é excluir a sífilis secundária, sendo indispensável a solicitação de exames sorológicos como VDRL ou RPR.
- Outras condições que devem ser diferenciadas incluem dermatofitoses (micoses), psoríase gotada, eczema** numular e erupções causadas por medicamentos (como captopril, omeprazol e terbinafina).
- Orientação: Deve-se informar o paciente sobre a natureza benigna da doença e sua cura espontânea

*Essas medicações podem ser prescritas por Enfermeiros.

**Tipo de dermatose que se caracteriza por apresentar vários tipos de lesões.



Fonte: Dermatology Atlas

Pitiríase rubra pilar

Etiologia

A etiologia exata da Pitiríase Rubra Pilar (PRP) permanece desconhecida. No entanto, pesquisas recentes sugerem que a sua patogênese pode estar ligada a:

- Genética: Mutações de ganho de função no gene CARD14.
- Metabolismo: Possíveis distúrbios na metabolização e transporte da Vitamina A para a pele através da Proteína de Ligação do Retinol (RBP).
- Outros fatores: Respostas anormais a processos infecciosos, reações a fármacos, radiação ultravioleta e predisposição genética.

Transmissão

A PRP não é uma doença contagiosa. A maioria dos casos é adquirida e ocorre de forma esporádica. Existe, contudo, uma forma familiar (geralmente autossômica dominante) que apresenta um início mais insidioso em comparação com a forma adquirida, que costuma ser súbita.

Características/progressão

- Manifestações Clínicas: Caracteriza-se por pápulas queratósicas foliculares de coloração vermelho-alaranjada ou salmão. Estas pápulas coalescem para formar placas com bordas elevadas.
- Ilhas de Pele Sã: Uma característica diagnóstica crucial é a presença de áreas de pele não envolvida dentro das lesões, conhecidas como "ilhas de pele sã".
- Progressão: Apresenta tipicamente uma evolução cefalocaudal (do rosto e couro cabeludo para o restante do corpo). Pode evoluir para eritrodermia* e causar queratodermia palmoplantar (espessamento da pele das palmas e plantas) com fissuras dolorosas.
- Classificação: É dividida em seis subtipos, sendo a Tipo I (Clássica do Adulto) a mais comum, representando cerca de 55% dos casos e possuindo o melhor prognóstico de remissão.

Tratamento**

O tratamento pode ser difícil e baseia-se frequentemente em relatos de casos devido à raridade da doença.

- Terapêutica Tópica: Utilizada inicialmente ou em casos leves, inclui corticosteroides, emolientes, queratolíticos, retinóides tópicos e inibidores da calcineurina.
- Terapêutica Sistémica (1ª Linha): Os retinóides orais (como acitretina, isotretinoína e alitretinoína) são considerados o padrão-ouro. O metotrexato é uma alternativa comum quando os retinóides falham ou são contraindicados.
- Biológicos: Reservados para casos recalcitrantes, incluem antagonistas do TNF-alfa, anti-IL-12/23 e anti-IL-17A.

Manejo

- Diagnóstico: É clínico e histopatológico. A biópsia de pele é o padrão-ouro para confirmar o diagnóstico e descartar diferenciais como a psoríase, linfoma cutâneo de células T e eczema***.
- Monitorização: O manejo inclui a redução da morbidade e a prevenção de complicações, como ectrópio (eversão da pálpebra) e ressecamento ocular.
- Investigação de Comorbidades: Em casos raros, a PRP pode manifestar-se como uma síndrome paraneoplásica ou estar associada a doenças autoimunes, exigindo uma avaliação sistémica

*Inflamação grave que faz com que a maior parte da superfície da pele fique vermelha. 31

**Corticosteroides, emolientes e queratolíticos podem ser prescritos por enfermeiros, as outras medicações requerem prescrições médicas.

***Tipo de dermatose que se caracteriza por apresentar vários tipos de lesões.



Fonte: Dermatology Atlas



Fonte: Negro Atlas



Fonte: Negro Atlas

Pitiríase versicolor

Etiologia

É uma infecção fúngica superficial causada pelo fungo *Malassezia spp.*

Transmissão

A transmissão pode ocorrer enquanto houver lesões ativas.

Características/progressão

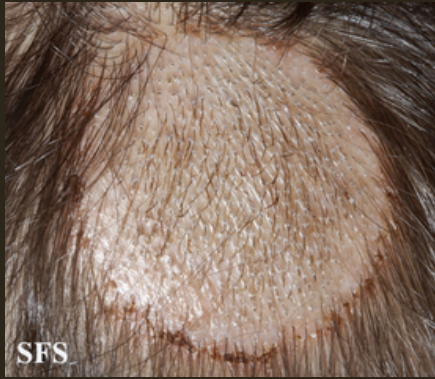
- Apresenta-se como manchas avermelhadas, acastanhadas ou esbranquiçadas (hipocrômicas).
- As lesões costumam apresentar uma descamação fina.
- Localização: Afeta predominantemente o pescoço, o tórax e as raízes dos membros superiores.

Tratamento*

- Tópico: Cetoconazol 2% (xampu) ou Nitrato de Miconazol 2% (loção)
- Sistêmico: Fluconazole 150mg (dose única de 3 comprimidos ou 2 comprimidos semanais por 2 semanas) ou Itraconazol 100mg (2 cápsulas por 5 dias).

Manejo

O diagnóstico é predominantemente clínico. É importante realizar o diagnóstico diferencial com a hanseníase e a pitíriase rósea de Gilbert para garantir o tratamento correto



Fonte: Dermatology Atlas

Tinea capitis

Etiologia

Causada por espécies de *Trichophyton* ou *Microsporum*. O agente mais comum é o *M. canis*, transmitido por cães ou gatos.

Transmissão

De animais para o homem, de pessoa para pessoa, ou por contato indireto através de máquinas de cortar cabelo e artigos de toucador (penteados, escovas).

Características/progressão

É uma micose que atinge o couro cabeludo, sendo comum em crianças e rara em adultos. Caracteriza-se por lesões eritematosas, escamosas e alopecia tonsurante (o cabelo quebra e cai em clareiras). Pode evoluir para uma forma inflamatória supurada chamada *Kerion Celsi*.

Tratamento*

O tratamento fundamental é oral com Griseofulvina ou Terbinafina por um período de 30 a 60 dias.

Manejo

Foca no diagnóstico precoce, tratamento dos pacientes e exame de crianças contactantes tanto no ambiente familiar quanto escolar.



Fonte: Dermatology Atlas

Tinea corporis

Etiologia

É uma micose superficial causada por fungos dos gêneros *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*.

Transmissão

Ocorre pelo contato com pessoas doentes, com animais domésticos infectados ou através de fômites (objetos contaminados), como roupas e banheiros coletivos.

Características/progressão

Manifesta-se na pele da face, tronco e membros por lesões pápulo-vesiculosas com crescimento centrífugo. As lesões apresentam descamação central e periférica, podendo ser isoladas ou múltiplas (confluentes), e são acompanhadas de prurido. É frequente em crianças.

Tratamento*

Respondem bem a antimicóticos tópicos. Em casos extensos ou resistentes, indica-se tratamento oral com Griseofulvina (por 30 dias) ou Terbinafina (por 15 dias).

Manejo

- Envolve o tratamento dos doentes e dos animais domésticos infectantes.
- Recomenda-se a lavagem de roupas pessoais e de cama com água quente (ou passar a ferro quente) e a limpeza de banheiros coletivos com fungicidas.



Fonte: Dermatology Atlas

Tinea faciei

Etiologia

A tinha da face é uma infecção fúngica superficial causada por dermatófitos que atingem a pele glabra (sem pelos) do rosto. Os agentes causais variam geograficamente; nos EUA, as espécies mais comuns são *Trichophyton tonsurans*, *T. rubrum* e *Microsporum canis*. Os organismos liberam queratinases que permitem a invasão do estrato córneo da pele.

Transmissão

- Contato Direto: Principalmente com animais de estimação infectados (comum em crianças) ou gado.
- Contato Humano: Através do contato pele a pele, frequente em praticantes de esportes como luta livre (wrestlers).
- Autoinoculação: Disseminação a partir de infecções fúngicas em outras partes do corpo do próprio paciente.
- Fatores Ambientais: É mais comum em climas tropicais e úmidos.

Características/progressão

- Apresentação Inicial: Começa como máculas escamosas planas que desenvolvem uma borda elevada e avançam para fora em todas as direções.
- Evolução: A área central pode tornar-se hipopigmentada ou acastanhada e menos escamosa à medida que a lesão cresce. Frequentemente assume uma forma anular (em anel), podendo ser única ou múltipla.
- Sintomas: Pode haver sensação de queimação, prurido leve ou ser assintomática, sendo que a luz solar costuma exacerbar os sintomas.
- Tinha Incógnito: Quando tratada erroneamente com esteroides tópicos, a lesão perde suas características típicas, apresentando eritema difuso e pústulas.

Tratamento*

A maioria dos casos é superficial e curável com antifúngicos tópicos:

- Azóis (ex: miconazol, clotrimazol): Devem ser aplicados por 3 a 4 semanas, continuando por pelo menos uma semana após a resolução das lesões.
- Alilaminas (ex: terbinafina): Geralmente eficazes em um regime de apenas uma semana.
- Casos Resistentes: Infecções extensas ou múltiplas placas podem exigir terapia antifúngica oral.

Manejo

- Diagnóstico: A investigação micológica é essencial, sendo o exame microscópico direto com KOH o teste mais rápido e sensível. A cultura pode ser usada para identificar o patógeno específico.
- Prevenção de Recorrência: É fundamental identificar e tratar a fonte da infecção, especialmente animais de estimação.
- Acompanhamento: O prognóstico é bom, mas o diagnóstico deve ser reavaliado se não houver melhora após 4 semanas de tratamento. É frequentemente confundida com lúpus eritematoso, rosácea e dermatite seborreica devido à sua aparência variável.

*Essas medicações podem ser prescritas por Enfermeiros. Terbinafina requer prescrição médica.

Infeccções bacterianas

- Celulite
- Erisipela
- Foliculite
- Furúnculo
- Hanseníase
- Impetigo
- Sífilis



Fonte: DermNet

Celulite

Etiologia

A celulite é causada principalmente por estreptococos beta-hemolíticos e pelo *Staphylococcus aureus*. Em uma minoria de casos, podem ser identificados bacilos aeróbios gram-negativos.

Transmissão

Diferente de infestações como a escabiose, a celulite não é tipicamente transmitida de pessoa para pessoa, mas ocorre pela entrada de bactérias através de perturbações na barreira cutânea. Os principais fatores predisponentes incluem:

- Inflamações prévias (como eczema* ou radioterapia);
- Infecções de pele preexistentes (como piodermites ou tinea pedis);
- Edema de causa venosa.

*Tipo de dermatose que se caracteriza por apresentar vários tipos de lesões.

Características/progressão

- Acometimento: Atinge a derme profunda e o tecido subcutâneo;
- Sintomas Locais: Manifesta-se como áreas de eritema (vermelhidão), edema (inchaço), calor e dor, sem focos supurativos subjacentes imediatos;
- Diferenciação: Ao contrário da erisipela, a celulite não apresenta uma delimitação anatômica precisa (não há uma linha de demarcação nítida com a pele sã);
- Localização: É mais frequente em adultos e os membros inferiores são os sítios de acometimento mais comuns.

Tratamento*

A abordagem depende da gravidade e da presença de secreção:

- Celulite Leve (Não Purulenta): Tratada com antibióticos orais como cefalexina, dicloxacilina, cefadroxila ou clindamicina.
- Celulite Purulenta: Indica-se o uso de clindamicina, sulfametoxazol/trimetroprima ou tetraciclina.
- Via Parenteral (Intravenosa): Recomendada para neonatos, pacientes com sinais de toxicidade sistêmica, eritema de progressão rápida ou falha na resposta ao tratamento oral após 48-72 horas.
- Duração: Geralmente 5 dias em casos descomplicados, podendo ser estendida até 14 dias conforme a resposta clínica.

Manejo

- Incluem a elevação dos membros acometidos, uso de emolientes sobre as lesões e o tratamento obrigatório das condições predisponentes subjacentes;
- Para pacientes com celulite recorrente e fatores de risco persistentes, pode ser sugerida uma antibioticoterapia supressiva.



Fonte: Dermatology Atlas



Erisipela

Etiologia

Estreptococo beta-hemolítico do grupo A é o principal agente.

Transmissão

A transmissão direta entre pessoas é incomum; o desenvolvimento da erisipela depende principalmente da presença de uma porta de entrada, como fissuras, úlceras, feridas, picadas de inseto e dermatomicoses.

Características/progressão

Caracteriza-se por lesão eritematosa e edemaciada, com bordas elevadas e bem delimitadas, associada à dor e ao aumento da temperatura local. Acomete principalmente os membros inferiores e a face, podendo estar associada a linfadenopatia regional e linfangite. Em casos mais graves, podem surgir vesículas, bolhas e necrose. Geralmente apresenta início agudo, acompanhado de febre, calafrios e mal-estar.

Tratamento

- A penicilina é o tratamento de primeira linha para a erisipela;
- Cefalexina pode ser utilizada como alternativa em casos leves a moderados;
- Eritromicina pode ser considerada em pacientes com alergia à penicilina.

Manejo

- Repouso e elevação do membro acometido;
- Hidratação adequada;
- Compressas frias para alívio dos sintomas;
- Uso de antitérmicos e analgésicos, quando necessário;
- Identificar e tratar portas de entrada, como fissuras, úlceras e feridas;
- Considerar solicitar hemograma e cultura no paciente imunocomprometido ou em casos de resistência.



Fonte: Dermatology Atlas



Fonte: Dermatology Atlas



Fonte: Google imagens

Foliculite

Etiologia

O principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus*. Também pode ser causada por *Streptococcus pyogenes*, bactérias Gram-negativas, fungos como *Malassezia furfur* ou vírus.

Transmissão

Apesar de a foliculite não ser descrita na literatura como uma doença facilmente transmissível por contato direto entre pessoas, recomenda-se o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, a fim de reduzir o risco de contaminação.

Características/progressão

- Na forma superficial, acomete apenas a porção superior do folículo, manifestando-se com o surgimento de pequenas espinhas, com ou sem conteúdo purulento. As lesões podem ser acompanhadas de eritema, prurido e sensibilidade. Geralmente, apresenta boa evolução e raramente causa complicações;

- Na forma profunda, surgem lesões maiores, eritematosas, elevadas e dolorosas, frequentemente com conteúdo purulento central. A região acometida torna-se mais sensível e pode haver dor intensa. A progressão da infecção pode levar à formação de furúnculos, com maior risco de destruição do folículo piloso e desenvolvimento de cicatrizes.

Tratamento

- O tratamento é geralmente tópico, sendo indicado em casos leves ou localizados. Podem ser utilizados sabonetes antissépticos e antibióticos tópicos como mupirocina e clindamicina;
- O tratamento sistêmico é indicado em casos extensos, recorrentes ou com acometimento mais profundo. As principais opções incluem cefalexina, clindamicina, sulfametoxazol-trimetoprima ou doxiciclina. O tratamento oral deve durar por cerca de 7-10 dias.

Manejo

- Manter higiene pessoal adequada;
- Evitar o compartilhamento de objetos de uso pessoal, como lâminas de barbear e pincéis de maquiagem;
- Evitar o uso de roupas muito justas, bem como a realização frequente de depilação, principalmente com lâmina ou cera.



Fonte: Dermatology Atlas

Furúnculo

Etiologia

É uma forma de foliculite profunda, geralmente causada pela bactéria *Staphylococcus aureus*.

Transmissão

Contato com indivíduos com lesão purulenta, sendo as mãos o meio mais importante para transmitir a infecção.

Características/progressão

Caracteriza-se por nódulo eritematoso, doloroso, quente e flutuante, frequentemente com pústula na superfície e ponto de drenagem. Pode apresentar eliminação de conteúdo purulento e necrótico (carnegão) após ruptura da lesão. Quando dois ou mais furúnculos se unem na mesma região anatômica, denomina-se carbúnculo ou antraz cutâneo. Quando há presença de múltiplos furúnculos em diferentes áreas do corpo, denomina-se furunculose.

Tratamento

- Aplicação de calor local com compressas quentes para acelerar a drenagem espontânea;
- A drenagem cirúrgica deve ser indicada quando houver sinais de flutuação, desde que não tenha ocorrido de forma espontânea;
- O uso de antibióticos tópicos ou sistêmicos podem ser utilizados, segundo indicação médica.

Manejo

- Manter higiene pessoal e lavar mãos e face com regularidade;
- Manter unhas limpas e curtas;
- Evitar uso de roupas apertadas e realizar a troca diária das roupas quando possível;
- Evitar drenagem e expressão do furúnculo sem orientação profissional.



Fonte: Dermatology Atlas

Hanseníase

Etiologia

Bactéria *Mycobacterium leprae*.

Transmissão

Ocorre quando o indivíduo com a forma infectante da doença, sem tratamento, elimina o *Mycobacterium leprae* pelas vias aéreas superiores, principalmente por meio de tosse, espirro ou fala, infectando pessoas suscetíveis. Para que haja transmissão, é necessário contato próximo e prolongado. Indivíduos com a forma paucibacilar (PB) apresentam baixa carga bacilar e não são considerados importantes fontes de transmissão, enquanto os multibacilares (MB) que não estão em tratamento são os principais responsáveis pela disseminação da doença.

Características/progressão

- A hanseníase pode se manifestar por manchas na pele, que podem ser esbranquiçadas, avermelhadas, acastanhadas ou amarronzadas, geralmente associadas à alteração da sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil. Também pode haver comprometimento de nervos periféricos, com espessamento nervoso, associado a alterações sensitivas, motoras e/ou autonômicas;

- Outros sinais incluem áreas com diminuição de pelos e da sudorese, além de sintomas como formigamento e fisgadas, principalmente em mãos e pés. Pode ocorrer diminuição ou perda da sensibilidade e da força muscular em regiões como face, mãos e pés. Em alguns casos, podem surgir nódulos no corpo, que podem ser avermelhados e dolorosos.

Tratamento

- O tratamento é realizado com a associação de três antimicrobianos: rifampicina, dapsona e clofazimina, denominada Poliquimioterapia Única (PQT-U);
- Para pacientes com hanseníase paucibacilar (PB) a duração é de seis meses e para pacientes com hanseníase multibacilar (MB) a duração é de doze meses;
- O paciente recebe mensalmente a cartela de PQT-U e realiza a dose supervisionada na unidade de saúde. As demais doses são administradas em domicílio.
- Quando o paciente realiza o tratamento de forma regular, utilizando corretamente todas as doses no período preconizado, incluindo as doses supervisionadas, e apresenta boa avaliação clínica na última consulta, é concedida a alta por cura.

Manejo

- A notificação é obrigatória e deve ser inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
- Investigar os contatos que residem ou já residiram, convivem ou conviveram com o paciente no âmbito domiciliar nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico. Também devem ser incluídos familiares e pessoas com convívio próximo e prolongado, mesmo que não residam no mesmo domicílio;
- A investigação epidemiológica de contatos consiste em: anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase, exame dermatoneurológico (deve ser realizado pelo menos uma vez ao ano, por pelo menos 5 anos), e vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintoma de hanseníase no momento da avaliação;
- É importante monitorar reações hansênicas, episódios inflamatórios que podem ocorrer antes, durante ou após a alta, e que exigem medicamentos específicos;
- A gravidez e o aleitamento materno não contraindicam o uso da PQT-U, entretanto, o uso de anticoncepcionais orais pode ter sua eficácia reduzida pelo uso da rifampicina;
- Em pessoas com peso inferior a 30 kg, é necessário ajuste de dose dos medicamentos;
- Quando houver necessidade de esquemas alternativos à PQT-U, os medicamentos também são disponibilizados gratuitamente pelo SUS.



Fonte: Dermatology Atlas

Impetigo

Etiologia

Staphylococcus aureus (S. aureus), *Streptococcus pyogenes* ou, em menor frequência, bactérias anaeróbicas.

Transmissão

Acontece por contato direto com lesões infectadas e contato indireto com objetos contaminados. A autoinoculação contribui para a disseminação das lesões para outras áreas do corpo.

Características/progressão

- Impetigo bolhoso: Caracteriza-se pelo surgimento de vesículas que evoluem para bolhas grandes, superficiais e flácidas, contendo líquido inicialmente claro, que pode tornar-se purulento. As bolhas rompem-se facilmente, dentro de 1 a 3 dias, deixando uma base eritematosa e úmida, com uma borda escamosa. Diferentemente do impetigo não bolhoso, não apresenta crostas melicéricas (cor de mel). As lesões acometem principalmente regiões intertriginosas (área das fraldas, axilas e pescoço) e o tronco, podendo também atingir a mucosa oral. Podem ocorrer sintomas sistêmicos, como a febre;

- Impetigo crostoso ou não bolhoso: forma mais comum do impetigo, geralmente começa como uma vesícula ou pústula que, quando se rompem, formam uma crosta característica cor de mel (crostas melicéricas) com uma base eritematosa. As lesões predominam na face e nos membros, especialmente em áreas de pele previamente lesionadas, e podem disseminar-se por autoinoculação. Pode haver prurido e linfadenopatia regional leve, enquanto febre e outros sintomas sistêmicos são incomuns.

Tratamento

- O impetigo localizado e não bolhoso pode ser tratado com antibióticos tópicos, após remoção suave das crostas com água e sabão. Entre os medicamentos de escolha está a mupirocina, que pode ser aplicada de 2 a 3 vezes ao dia por 5 a 10 dias;
- Antibióticos sistêmicos são indicados para impetigo bolhoso, lesões extensas, múltiplas ou associadas a sinais sistêmicos, sendo a cefalexina frequentemente utilizada como tratamento oral de primeira escolha;
- Em casos suspeitos de infecção por *Staphylococcus aureus* resistente à metilicina (MRSA), podem ser utilizados clindamicina, doxiciclina ou sulfametoxazol-trimetoprima.

Manejo

- Manutenção adequada da higiene da pele;
- Limpeza das lesões para remoção das crostas;
- Higiene frequente das mãos, especialmente após contato com as lesões;
- Manter as unhas curtas e limpas;
- Lavar regularmente roupas, toalhas, lençóis e objetos que tenham entrado em contato com secreções infectadas;
- Antissépticos não são recomendados para o tratamento do impetigo, podendo ser utilizados apenas em situações específicas para prevenção de recorrências;
- Em casos recorrentes, considerar coleta de cultura e investigação de colonização bacteriana do paciente e dos contatos.



Fonte: Dermatology Atlas

Sífilis

Etiologia

Bactéria *Treponema pallidum*.

Transmissão

Pode ocorrer por relação sexual (oral, vaginal ou anal), especialmente quando há contato com lesões, principalmente sem o uso de preservativo. Também pode ocorrer transmissão vertical, da pessoa gestante para o feto durante a gestação, ou no momento do parto.

Características/progressão

- Sífilis primária: Geralmente surge uma única lesão no local de entrada da bactéria, podendo acometer pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outras regiões da pele. Essa lesão é conhecida como "cancro duro", aparece entre 10 e 90 dias após o contágio e, em geral, é indolor, sem prurido, ardor ou presença de pus;
- Sífilis secundária: Caracteriza-se pelo surgimento de manchas pelo corpo, geralmente não pruriginosas, podendo acometer palmas das mãos e plantas dos pés. As lesões surgem entre seis semanas e seis meses após o aparecimento e cicatrização da lesão inicial. Nesta fase, podem estar presentes sintomas sistêmicos como febre, mal-estar, cefaleia e ínguas pelo corpo;

- Sífilis terciária: Caracteriza-se por manifestações cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas. Surge entre 1 e 40 anos após o início da infecção, podendo levar a complicações graves e até ao óbito;
- Sífilis latente: Corresponde à fase assintomática da infecção, sem sinais ou sintomas clínicos. É classificada em latente recente, quando a infecção tem até um ano de evolução, e latente tardia, quando possui mais de um ano. Sua duração é variável, podendo ser interrompida pelo aparecimento de manifestações da sífilis secundária ou terciária.

Tratamento

- Sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de duração): benzilpenicilina benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
- Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração), latente com duração ignorada e sífilis terciária (exceto neurosífilis): benzilpenicilina benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões UI;
- Caso o intervalo entre as doses ultrapasse 14 dias, o tratamento é considerado inadequado e novo esquema deverá ser reiniciado. Em gestantes, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar 9 dias;
- O tratamento alternativo para casos de impossibilidade do uso de penicilina pode ser feito da seguinte forma: Sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano de duração): doxiciclina 100 mg, 12/12 h, por 15 dias. Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração), latente com duração ignorada e sífilis terciária: doxiciclina 100 mg, 12/12 h, por 30 dias.

Manejo

- Realizar teste rápido para diagnóstico da sífilis;
- A notificação é obrigatória e deve ser inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
- Diante de um resultado reagente no teste rápido, o tratamento pode ser iniciado imediatamente em gestantes, vítimas de violência sexual, pessoas sem diagnóstico prévio, com risco de perda de seguimento ou com sinais e sintomas de sífilis primária ou secundária. Entretanto, o diagnóstico deve ser confirmado por exame laboratorial, com coleta de sangue realizada, preferencialmente, no mesmo dia do início do tratamento;
- É importante diagnosticar e tratar as parcerias sexuais para interromper a cadeia de transmissão;
- Avaliar a necessidade de testagem para outras IST's, como HIV e hepatites virais;
- Orientar o uso do preservativo em todas as relações sexuais.

Infeccções virais

- Condiloma acuminado
- Dengue
- Doença mão-pé-boca
- Herpes simples
- Herpes-zóster
- Molusco contagioso
- Sarampo
- Varicela



Fonte: Dermatology Atlas

Condiloma acuminado

Etiologia

Papiloma Vírus Humano (HPV).

Transmissão

Via sexual.

Características/progressão

Vegetações de diferentes tamanhos na região genital e no ânus que podem ser únicas ou múltiplas, achatadas ou papulosas. Apresentam aspecto de "couve-flor" e, em geral, são assintomáticas, podendo haver coceira no local.

Tratamento

O tratamento visa a destruição das lesões, podendo ser feito pelo enfermeiro das seguintes formas:

- Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90% (solução). Aplicar nas lesões com o auxílio de um algodão, evitando o contato com a mucosa normal, e repetir semanalmente, se necessário. Pode ser utilizado durante a gestação. Considerar mudança terapêutica se as verrugas não desaparecerem após 6 sessões.
- Podofilina a 10-15% (solução). Aplicar nas lesões com o auxílio de um algodão, evitando o contato com a mucosa normal. Limitar a quantidade utilizada a 0,5 mL. Contraindicada na gestação.
- Imiquimode 50mg/g (creme). Tratamento domiciliar. Aplicar uma camada fina sobre a região e espalhar até o creme desaparecer, deixando agir por 6 a 10h evitando a sua remoção. Após esse período, lavar a região com água e sabonete. Utilizar 3 vezes por semana em dias alternados até o desaparecimento das verrugas ou até 16 semanas no máximo. Pode haver vermelhidão, descamação, erosão da pele, escoriação e inchaço no local de aplicação. Contraindicado na gestação.

Manejo

- Realizar anamnese e exame físico detalhados;
- Oferecer testagem para outras IST's;
- Informar que o tratamento não elimina o vírus e, por isso, as lesões podem reaparecer, inclusive em outros locais;
- Aconselhar a levar a(s) parceria(s) sexuais à UBS para ser(em) examinada(s);
- Orientar o uso de preservativo em todas as relações sexuais.



Fonte: Dermatology Atlas



Fonte: Dermatology Atlas



Fonte: Google imagens

Dengue

Etiologia

Arbovirose causada pelo vírus da dengue (DENV), pertencente à família Flaviviridae e ao gênero Orthoflavivirus. Existem quatro sorotipos conhecidos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4).

Transmissão

Ocorre pela picada da fêmea infectada do mosquito *Aedes aegypti*. A transmissão por via vertical (de mãe para filho durante a gestação) e por transfusão de sangue são raras.

Características/progressão

O quadro inicia-se com febre alta de início súbito (39°C a 40°C), associada a cefaleia, prostração, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária. Do ponto de vista das alterações cutâneas, uma manifestação importante é o exantema maculopapular, que surge entre o 3º e o 6º dia, geralmente assintomático ou com leve prurido. As lesões podem coalescer, formando áreas difusas com ilhas de pele preservada, descritas como "ilhas brancas em um mar vermelho". A distribuição inicia-se em mãos e pés, com progressão para tronco e membros, geralmente poupando palmas e plantas. A regressão ocorre em poucos dias, sem descamação. Em casos mais graves, podem surgir petéquias, púrpura ou equimoses, relacionadas a manifestações hemorrágicas.

Tratamento

- Repouso e ingestão adequada de líquidos;
- A medicação é sintomática, com analgésicos e antitérmicos.

Manejo

- Realizar a prova do laço para avaliação de casos suspeitos de dengue. A prova é considerada positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos ou 10 ou mais petéquias em crianças;
- A notificação é obrigatória e deve ser inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);
- Informar a respeito da vacina contra a dengue que foi incorporada ao Calendário Nacional de Vacinação, atualmente destinada a crianças e adolescentes de 10 a 14 anos;
- Orientar medidas de controle do vetor, como uso de telas em janelas e repelentes em áreas de transmissão, eliminação de recipientes que possam acumular água e servir como criadouros, vedação adequada de reservatórios de água, além da limpeza e desobstrução de calhas, lajes e ralos.



Fonte: Dermatology Atlas

Doença mão-pé-boca

Etiologia

Infecção viral causada principalmente pelo Coxsackievírus A16, pertencente ao gênero *Enterovírus* e à família *Picornaviridae*. Outros enterovírus, como o Enterovírus A71 e diferentes sorotipos do vírus Coxsackie, também podem estar associados à doença, produzindo manifestações clínicas semelhantes.

Transmissão

Contato direto ou indireto com pessoas infectadas, por meio de secreções respiratórias, líquido das vesículas e contato com fezes contaminadas. A transmissão também pode ocorrer por objetos, brinquedos, roupas e alimentos contaminados por mãos não higienizadas. A maior transmissibilidade ocorre na primeira semana da doença. Entretanto, o vírus pode continuar sendo eliminado nas fezes por até quatro semanas após o desaparecimento dos sintomas, mantendo o potencial de transmissão durante esse período.

Características/progressão

A Síndrome Mão-Pé-Boca inicia-se, geralmente, com febre, dor de garganta, mal-estar e diminuição do apetite. Em seguida, surgem vesículas dolorosas na cavidade oral, que evoluem para pequenas úlceras semelhantes a aftas. As manifestações cutâneas aparecem logo após o surgimento das lesões orais e caracterizam-se por erupção pápulo-vesicular, composta por pequenas vesículas ovaladas "em grão de arroz", localizadas principalmente nas palmas das mãos e plantas dos pés. As lesões também podem acometer nádegas, coxas, braços, tronco, face, cotovelos, tornozelos e região genital.

Tratamento

Se trata de uma doença autolimitada, não havendo tratamento antiviral específico. O tratamento é sintomático, com controle da dor e da febre e manutenção de hidratação adequada.

Manejo

- Orientar sobre a importância da higiene das mãos, especialmente após usar o banheiro, trocar fraldas e antes de manipular alimentos;
- Realizar limpeza e desinfecção frequente de brinquedos, utensílios, superfícies e objetos compartilhados;
- Trocar e lavar diariamente roupas e roupas de cama utilizadas pela pessoa infectada;
- Afastar crianças da escola e adultos do trabalho por cerca de 7 dias ou até o desaparecimento dos sintomas;
- Reforçar medidas de higiene em creches, principalmente durante a troca de fraldas, para reduzir a transmissão.



Fonte: Dermatology Atlas

Herpes simples

Etiologia

Vírus herpes simples (HSV), da família *Herperviridae*, sendo o sorotipo HSV I associado às infecções de face e tronco e o HSV II associado às infecções anogenitais.

Transmissão

Acontece via contato sexual, oral e por transmissão vertical, da mãe para o bebê durante o parto vaginal.

Características/progressão

A primoinfecção é assintomática na maioria dos casos; quando sintomática, pode ser acompanhada por febre, mal-estar, linfadenopatia regional e lesões dolorosas. Antes do surgimento das lesões, é comum a presença de formigamento, ardor, prurido ou dor local. Em seguida, aparecem vesículas agrupadas sobre base eritematosa, contendo líquido claro, que evoluem rapidamente para pequenas ulcerações e, posteriormente, crostas, com cicatrização espontânea geralmente entre 7 e 14 dias. Após a infecção primária, o vírus permanece latente nos gânglios sensitivos, podendo ser reativado ao longo da vida.

Tratamento

- O tratamento do herpes simples tem como objetivo reduzir a duração e a intensidade dos sintomas, acelerar a cicatrização das lesões, diminuir a eliminação viral e reduzir o risco de recorrências;
- Os antivirais são mais eficazes quando iniciados precocemente, preferencialmente nas primeiras 48 a 72 horas do início dos sintomas ou ainda na fase prodrômica, entre os mais utilizados está o aciclovir, administrado por via oral;
- O tratamento tópico, como cremes de aciclovir, podem ser usados como tratamento de segunda linha.

Manejo

- Em gestantes com herpes simples, a cesariana é indicada na presença de lesões genitais ativas;
- A infecção pelo HSV-2 apresenta uma importante associação com o HIV, já que a presença de herpes simples genital aumenta a suscetibilidade à aquisição e à transmissão do HIV;
- Orientar o uso do preservativo em todas as relações sexuais e evitar contato direto com lesões ativas.



Fonte: Dermatology Atlas

Herpes-zóster

Etiologia

Herpesvírus varicela ou varicela-zóster vírus (HVV/VZV), DNA-vírus pertencente à família *Herpesviridae*.

Transmissão

É causada pela reativação do vírus varicela-zóster. Após a infecção primária, geralmente adquirida na infância, o vírus permanece em estado de latência e pode ser reativado anos depois. Essa reativação é mais frequente em indivíduos com 50 anos ou mais e em pessoas com imunidade comprometida. A transmissão do VZV a partir de indivíduos com herpes-zóster ocorre principalmente pelo contato direto com o conteúdo das vesículas das lesões cutâneas. Pessoas suscetíveis, sem imunidade prévia ao vírus, podem desenvolver varicela após a exposição.

Características/progressão

O quadro inicia com dor intensa, queimação, prurido ou parestesia em uma área específica da pele, podendo estar associado a febre, cefaleia e mal-estar. Surgem máculas eritematosas, que evoluem rapidamente para vesículas agrupadas sobre base avermelhada. As vesículas rompem-se e evoluem para crostas. As lesões apresentam distribuição unilateral, acompanhando o trajeto de um ou mais dermatômos, sem ultrapassar a linha média do corpo. O tórax é a região mais frequentemente acometida, seguido pela região craniofacial, lombar e sacral. A dor pode persistir mesmo após a cicatrização das lesões, caracterizando a neuralgia pós-herpética, principal complicação da doença.

Tratamento

- Deve ser iniciado preferencialmente nas primeiras 72 horas após o aparecimento das lesões, com o uso de antivirais, como o aciclovir;
- O controle da dor deve ser realizado conforme a intensidade dos sintomas, podendo incluir analgésicos, anti-inflamatórios e opioides;
- Em caso de sinais de infecção, pode-se utilizar antibioticoterapia tópica ou sistêmica.

Manejo

- Em pacientes imunodeprimidos recomenda-se utilizar sempre os antivirais, independente do tempo de evolução;
- É recomendada a realização de teste para infecção pelo HIV em todos os pacientes que apresentam quadro clínico compatível com a herpes-zóster;
- Existe vacina contra o herpes-zóster, indicada para idosos e grupos de risco a partir dos 18 anos de idade, incluindo indivíduos imunocomprometidos, pessoas com doenças autoimunes e aqueles que já apresentaram herpes-zóster, sendo recomendada a vacinação após seis meses da infecção. No Brasil, essa vacina não está disponível no Sistema Único de Saúde, sendo ofertada apenas na rede privada;
- Oferecer terapias integrativas e complementares como adjuvantes no manejo da herpes-zóster, auxiliando no controle da dor e na melhora do bem-estar do paciente. Entre elas, destacam-se a acupuntura, fitoterapia e práticas mente-corpo, como meditação e yoga.



SFS

www.atlasermatologica.com.br

Fonte: Dermatology Atlas



SFS



SFS

Molusco contagioso

Etiologia

Vírus *Molluscum contagiosum*, pertencente à família *Poxviridae*. Existem quatro subtipos do vírus, sendo o MCV-1 o mais frequente, seguido pelo MCV-2.

Transmissão

Ocorre pelo contato direto com a pele de pessoas infectadas, por autoinoculação, pelo compartilhamento de objetos contaminados, pela transmissão vertical durante o parto e pela transmissão sexual em adolescentes e adultos. Em alguns casos, o contágio também está relacionado ao uso compartilhado de piscinas e à prática de esportes de contato.

Características/progressão

Manifesta-se pelo surgimento de pápulas pequenas, arredondadas e firmes, com cerca de 2 a 5 mm, geralmente da cor da pele ou rosadas. Apresentam superfície lisa e brilhante, podendo ter aspecto em cúpula e umbilicação central característica, com tampão queratinoso. As lesões podem ser únicas ou múltiplas, isoladas ou agrupadas e, na maioria dos casos, são assintomáticas, embora possa haver prurido em alguns pacientes. Ocasionalmente, podem apresentar halo eritematoso ou aspecto pediculado (se conecta ao tecido por uma base estreita). O acometimento de palmas, plantas e mucosas é incomum.

Tratamento

- Se trata de uma infecção autolimitada, podendo ocorrer resolução espontânea ao longo de meses. Por esse motivo, a decisão do tratamento deve-se levar em conta o caráter autolimitado da doença, a extensão das lesões, possíveis complicações associadas, o impacto estético e psicossocial e a tolerância do paciente aos procedimentos;
- Entre as opções terapêuticas disponíveis destacam-se:
 - Métodos mecânicos, como a curetagem e a crioterapia, que consistem na remoção ou destruição das lesões e, em geral, são realizados em serviços especializados;
 - Métodos químicos, como o hidróxido de potássio e outros agentes queratolíticos, que promovem a regressão das lesões por ação tópica;
 - Métodos imunomoduladores, como o imiquimode, cuja indicação é mais restrita e reservada para casos selecionados;
- De forma geral, essas opções terapêuticas dependem de avaliação médica para indicação adequada e definição da melhor abordagem para cada paciente.

Manejo

- Evitar contato direto com as lesões, bem como coçar ou manipular as pápulas;
- Evitar o compartilhamento de objetos de uso pessoal, como toalhas, roupas e utensílios de higiene;
- Manter higiene adequada das mãos;
- Realizar troca frequente de roupas e itens pessoais, se possível.



Fonte: Google Imagens

Sarampo

Etiologia

RNA vírus pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*.

Transmissão

Ocorre de pessoa para pessoa por meio de secreções nasofaríngeas expelidas por via aérea ao tossir, espirrar, falar e até respirar. Há também evidências que indicam o contágio pela dispersão de aerossóis em ambientes fechados.

Características/progressão

Caracterizado por manchas de Koplik (pequenos pontos brancos na mucosa bucal) seguido por exantema maculopapular de direção céfalo caudal, iniciando no rosto e atrás das orelhas. Além das alterações cutâneas, há febre alta (acima de 38,5°C) acompanhada de tosse inicialmente seca, coriza, conjuntivite não purulenta e/ou mal-estar.

Tratamento

Não há tratamento específico para a doença, apenas sintomático. O uso de antibiótico é contraindicado, exceto se indicado pelo médico devido à infecção bacteriana secundária.

Manejo

- Orientar aumento da ingestão hídrica e do suporte nutricional;
- Administrar vitamina A em crianças com suspeita de sarampo, de acordo com a faixa etária:
 - Menores de 6 meses: 50.000 UI, 2 doses, via oral (uma no dia da suspeita e outra no dia seguinte);
 - Entre 6 meses e 11 meses e 29 dias: 100.000 UI, 2 doses, via oral (uma no dia da suspeita e outra no dia seguinte);
 - Maiores de 12 meses: 200.000 UI, 2 doses, via oral (uma no dia da suspeita e outra no dia seguinte);
- Realizar a notificação compulsória em até 24 horas;
- Realizar busca retrospectiva de casos suspeitos nos últimos 30 dias, a partir da data de início do exantema;
- Encaminhar os contatos suscetíveis para vacinação, se necessário, em até 72 horas após a notificação;
- Acompanhar os contatos de casos suspeitos ou confirmados por 30 dias;
- Orientar o isolamento por, no mínimo, quatro dias após o início do exantema, além de reforçar a etiqueta respiratória (cobrir boca e nariz ao tossir ou espirrar) e a higienização das mãos e das superfícies de contato.



Fonte: Dermatology Atlas

Varicela

Etiologia

DNA Vírus varicela-zóster (VVZ), família *Herpesviridae*.

Transmissão

Contato com o líquido das vesículas ou objetos contaminados ou ainda por meio de secreções respiratórias expelidas por meio da tosse, espirro ou saliva.

Características/progressão

Exantema maculopapular de distribuição centrípeta (se inicia na face, couro cabeludo ou tronco). Após algumas horas o exantema se torna vesícula, evolui para pústula e posteriormente forma crostas não infecciosas. O processo de evolução das lesões causa bastante prurido. Além disso, há sinais e sintomas sistêmicos como mal estar, cansaço, cefaleia, perda de apetite e febre baixa. Em crianças a infecção é benigna e autolimitada, conferindo imunidade à catapora. Porém, o vírus pode ser reativado causando o Herpes-Zoster, caracterizado por vesículas sobre bases eritematosas.

Tratamento

- Analgésicos, antitérmicos e anti-histamínicos;
- Cuidados de higiene com água e sabão;
- O uso de ácido acetilsalicílico é contraindicado;
- Para pessoas com risco de agravamento, é indicado o uso do antiviral aciclovir:
 - Crianças sem comprometimento imunológico – 20mg/kg/dose, via oral, 5 vezes ao dia, dose máxima de 800mg/dia, durante 5 dias.
 - Crianças com comprometimento imunológico ou casos graves – deve-se fazer uso de aciclovir endovenoso na dosagem de 10mg/kg, a cada 8 horas, infundido durante uma hora, durante 7 a 14 dias.
 - Adultos sem comprometimento imunológico – 800mg, via oral, 5 vezes ao dia, durante 7 dias. A maior efetividade ocorre quando iniciado nas primeiras 24 horas da doença, ficando a indicação a critério médico.
 - Adultos com comprometimento imunológico – 10 a 15mg de aciclovir endovenoso, 3 vezes ao dia por no mínimo 7 dias.

Manejo

- Não coçar nem retirar as crostas;
- Fazer compressa de água fria para alívio do prurido;
- Orientar isolamento por 7 dias a partir do início do exantema ou até as lesões estarem secas, sem risco de transmissão;
- Orientar higienização rigorosa das mãos, vestimentas e objetos contaminados;
- Em caso de varicela grave ou herpes-zóster disseminado, deve ser feito o encaminhamento ao hospital imediatamente, em regime de isolamento de contato e respiratório;
- Notificar em até 24 horas se caso grave internado ou óbito.

Dermatites

- Dermatite atópica
- Dermatite de contato
- Dermatite seborreica



Fonte: Dermatology Atlas

Dermatite atópica

Etiologia

Componentes genéticos e ambientais contribuem para o seu desenvolvimento.

Transmissão

Não é contagiosa.

Características/progressão

A característica mais marcante é o prurido e o ressecamento da pele. Pode se apresentar com características agudas, como edema, vesículas e secreções; subagudas, como eritema e edema menos intensos e presença de secreção e crostas; ou crônicas, com espessamento e endurecimento da pele, prurido intenso e lesões de aspecto mais seco. No entanto, as características da lesão podem variar conforme a idade:

- Bebês de 18 a 24 meses: eritema com pápulas ou vesículas evoluindo com escamas e crostas que se localizam inicialmente na face e em regiões de flexão;
- Até 16 anos: eczema* localizado, eritema pálido, ressecamento da pele, lesões mal definidas em regiões de flexão com espessamento da pele;

*Tipo de dermatose que se caracteriza por apresentar vários tipos de lesões.

- Adultos: eczema* crônico nas mãos, pescoço, cabeça, tronco superior, ombros e couro cabeludo.

Tratamento

- Usar hidratantes e emolientes (preferencialmente os mais espessos, com baixo teor de água);
- Evitar sabonetes com formulações antissépticas, principalmente com ingredientes alimentares;
- Anti-histamínico em caso de prurido intenso;
- Tratamento medicamentoso deve ser prescrito pelo médico.

Manejo

- Orientar hidratação da pele pelo menos 2 vezes por dia;
- Orientar observação dos sintomas e possíveis fatores desencadeantes;
- Encaminhar ao dermatologista em casos graves que não respondem ao tratamento inicial.



Fonte: Dermatology Atlas



Fonte: Negro Atlas

Dermatite de contato

Etiologia

Substâncias irritantes ou alérgenos.

Transmissão

Não é contagiosa.

Características/progressão

Caracteriza-se por edema, vesículas, bolhas ou exsudação, geralmente sem prurido, quando causado por exposição a alguma substância irritante. Já em casos alérgicos, se caracterizam por eczema* associado a prurido intenso podendo haver espessamento e endurecimento da pele, além de ressecamento. A característica que difere das demais dermatites comumente são as vesículas eritematosas com edema, bolhas e/ou ulceração.

*Tipo de dermatose que se caracteriza por apresentar vários tipos de lesões.

Tratamento

- Identificação e eliminação do contato com o agente causal;
- Usar hidratantes e emolientes (preferencialmente os mais espessos, com baixo teor de água);
- Evitar sabonetes com formulações antissépticas, principalmente com ingredientes alimentares;
- Anti-histamínicos sistêmicos (hidroxizina e difenidramina), antifúngicos, orais ou tópicos, e corticoides, tópicos ou orais, apenas podem ser prescritos pelo médico.

Manejo

- Orientar sobre medidas de prevenção evitando o contato com o agente causal, se identificado;
- Encaminhar ao dermatologista em casos graves.



SFS

www.atlasermatologica.com.br

Fonte: Dermatology Atlas



SFS



Fonte: Negro Atlas

Dermatite seborreica

Etiologia

Fungos leveduriformes do gênero *Malassezia*.

Transmissão

Não é contagiosa.

Características/progressão

Caracteriza-se por pápulas, placas ou máculas eritematosas e difusas com conteúdo descamativo oleoso de coloração amarelada, distribuído no couro cabeludo e no rosto.

Tratamento

- Uso de gel de limpeza e xampus com ácido salicílico;
- Antifúngicos dever ser prescritos pelo médico.

Manejo

- Orientar sobre controle e recorrência dos sintomas, pois não há cura;
- Orientar quanto aos fatores ambientais que podem agravar os sintomas, como baixa umidade, calor ou baixa temperatura estresse, alguns medicamentos, entre outros;
- Encaminhar ao dermatologista em caso grave.

Outras

- Acne
- Carcinoma basocelular
- Psoríase
- Púrpura do idoso
- Urticária



Fonte: Dermatology Atlas

Acne

Etiologia

Bactérias *Propionibacterium acnes*, encontrada nos folículos pilosos, e *Staphylococcus epidermidis*, que geram um processo inflamatório.

Transmissão

Não é contagiosa.

Características/progressão

Acne vulgar: cravos, pápulas, pústulas e lesões internas;

- Não inflamatória: predominância de cravos;
- Inflamatória: cravos, pápulas e pústulas inflamatórias com secreção central de coloração amarelada;
- Nodulocística: pode formar cistos e nódulos internos profundos que resultam em cicatrizes;
- Conglobata: afeta majoritariamente o público masculino, caracterizado por cistos grandes e inflamações intensas, com drenagem de material seropurulento ou hemático; afeta principalmente o tronco, além da face, nádegas, abdome, pescoço, ombros e braços;

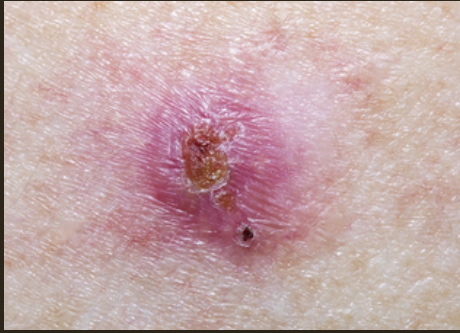
- Fulminante: forma mais rara, porém grave. Caracteriza-se pelo surgimento repentino de cistos e nódulos dolorosos e hemorrágicos que podem acompanhar sintomas sistêmicos como febre, mal-estar, dores no corpo e outros.

Tratamento

- Limpeza da face 2 vezes por dia com agentes suaves de limpeza;
- Podem ser utilizados antibióticos tópicos nos casos leves a moderados (Clindamicina 1% e Eritromicina 2%) em combinação com peróxido de benzoíla ou derivados da vitamina A;
- Antibióticos orais, como a doxiciclina, também podem ser utilizados.

Manejo

- Orientar sobre a condição;
- Em casos graves e resistentes, encaminhar ao dermatologista.



Fonte: Google Imagens



Fonte: Negro Atlas

Carcinoma basocelular

Fator causal

Exposição prolongada à radiação ultravioleta solar ou artificial.

Transmissão

Não é contagiosa.

Características/progressão

- Nodular: caracteriza-se por pápula, nódulo ou placa eritematosa ou da mesma cor da pele, brilhante, com bordas delimitadas que podem ser mais elevadas que o centro da lesão; mais comum na cabeça ou pescoço;
- Superficial: mácula ou placa fina eritematosa, que pode ter escamas finas. Pode apresentar centro com atrofia e bordas mais elevadas, com pequenas pápulas brilhantes;
- Infiltrativo ou esclerodermiforme: placa branca, com bordas mal delimitadas, podendo ter atrofia e aspecto de cicatriz;
- Fibroepitelioma de pinkus: placa amolecida eritematosa ou pápula pedunculada.

Tratamento

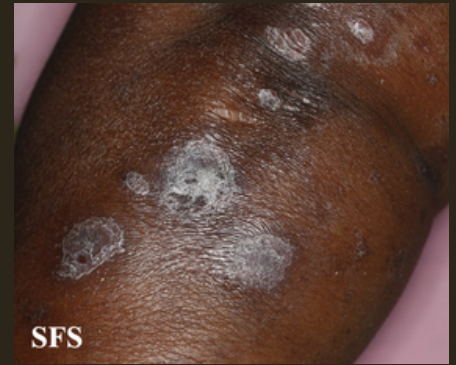
- Uso de imiquimode prescrito pelo médico;
- Excisão e sutura, principalmente nos casos de alto risco.

Manejo

- Orientar sobre a condição;
- Encaminhar via SISREG para consulta com dermatologista;
- Orientar sobre o uso de filtro solar e evitar exposição solar, principalmente entre as 10h e as 16h.



Fonte: Dermatology Atlas



Psoríase

Fator causal

Predisposição genética.

Transmissão

Não é contagiosa.

Características/progressão

Placas eritematoescamosas com bordas bem delimitadas e acúmulo de escamas brancas, secas e aderidas. Quando removidas, as escamas deixam um pontilhado sanguinolento. Se localizam na superfície extensora dos joelhos, cotovelos, couro cabeludo e região lombossacra. Pode ser desencadeada pelo frio, infecções, estresse e fármacos, entre outros.

Tratamento

- Uso de cremes e emolientes com ureia ou ácido salicílico;
- Tratamento medicamentoso prescrito pelo médico.

Manejo

- Orientar sobre a condição, informando que não é contagiosa;
- Orientar sobre hidratação da pele;
- Encaminhar para avaliação médica.



Fonte: Dermatology Atlas

Púrpura do idoso

Etiologia

Fragilidade vascular ocasionada pela atrofia ou lesão no tecido da derme, que pode ser causada por exposição ao sol, envelhecimento ao uso de alguns medicamentos.

Transmissão

Não é contagiosa.

Características/progressão

Equimoses roxas persistentes, localizadas principalmente nas superfícies das mãos e antebraços. Surgem sem trauma reconhecido e podem desaparecer com o passar dos dias ou persistir por mais tempo.

Tratamento

Não há tratamento específico.

Manejo

Orientar sobre a condição e fatores desencadeantes.



Fonte: Dermatology Atlas

Urticária

Etiologia

Etiologia multifatorial, podendo estar associada à autoimunidade (incluindo doenças tireoidianas), alergias, infecções, medicamentos, alimentos, infecção por *Helicobacter pylori*, infecções dentárias e autorreatividade.

Transmissão

Não é contagiosa.

Características/progressão

Desenvolvimento de urticas e/ou angioedemas. Os angioedemas se caracterizam por edema repentino e profundo que pode envolver as mucosas afetando as pálpebras, lábios e órgãos genitais. Se os sintomas durarem mais de 6 semanas, a urticária é considerada crônica. Além disso, se classifica como urticária induzida, quando um fator causal é identificado; ou espontânea/idiopática, quando a causa é desconhecida.

Tratamento

- Afastar a causa, se identificada;
- Prescrever anti-histamínico;
- Nos casos de urticária crônica espontânea refratária aos anti-histamínicos, Omalizumabe pode ser prescrito por médico alergista ou dermatologista.

Manejo

- Orientar a observação de fatores que podem desencadear os sintomas, como calor, bebidas alcoólicas, estresse e determinados alimentos (enlatados, frutos do mar, chocolate, ovo, refrigerantes e sucos artificiais, ultraprocessados);
- Encaminhar para o dermatologista caso não haja resposta ao tratamento com anti-histamínicos.

Roteiro de anamnese cutânea

À luz do Processo de Enfermagem

Roteiro de anamnese

À luz do Processo de Enfermagem

1) Teoria de enfermagem

2) Avaliação

3) Diagnóstico de Enfermagem

- O diagnóstico representa o julgamento clínico sobre uma resposta humana.
- Na CIPE ele é construído, preferencialmente, utilizando:
 - Foco: sobre o que é o diagnóstico;
 - Julgamento: como esse foco se apresenta, por exemplo, presente ou ausente.
- CIPE
- CIPESC

4) Planejamento

- O que desejo alcançar com esse paciente?
- Deve conter:
 - Prioridades;
 - Objetivos;
 - Resultados esperados;
 - Metas;
 - Critérios para avaliação.
- CIPE
- CIPESC

Roteiro de anamnese

À luz do Processo de Enfermagem

5) Implementação

- São as ações executadas pelo enfermeiro.
- Na CIPE normalmente são construídas utilizando:
 - Ação
 - Alvo (foco)
 - CIPE
 - CIPESC

6) Evolução

- Deverá ser realizada na prática clínica do profissional, com registro sistemático e contínuo da assistência prestada ao paciente.

Roteiro de anamnese

À luz do Processo de Enfermagem

- Teorias de enfermagem para subsidiar a avaliação

Teoria de Enfermagem	Sim	Não se aplica
Necessidades Humanas Básicas (Wanda Horta)	☐	☐
Déficit de Autocuidado (Dorothea Orem)	☐	☐
Teoria Ambientalista (Florence Nightingale)	☐	☐
Teoria da Adaptação (Callista Roy)	☐	☐
Teoria das Relações Interpessoais (Hildegard Peplau)	☐	☐
Teoria do Cuidado Transcultural (Madeleine Leininger)	☐	☐

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS (WANDA HORTA)
Data de surgimento das lesões: _____
Sintomas: ☐ Dor ☐ Prurido ☐ Ardor ☐ Secreção ☐ Febre ☐ Outros
Doenças crônicas/imunossupressão: ☐ Sim ☐ Não
Interfere no trabalho/estudo/convívio? ☐ Sim ☐ Não
Constrangimento com a aparência? ☐ Sim ☐ Não
Possui apoio familiar? ☐ Sim ☐ Não
Contato com pessoas infectadas? ☐ Sim ☐ Não
Risco de transmissão para familiares? ☐ Sim ☐ Não
Conhece medidas de prevenção? ☐ Sim ☐ Não

Roteiro de anamnese

À luz do Processo de Enfermagem

TEORIA DA RELAÇÕES INTERPESSOAIS (HILDEGARD PEPLAU)

O paciente consegue comunicar suas necessidades? ☐ Sim ☐ Não

Compreende as orientações fornecidas? ☐ Sim ☐ Não

Demonstra confiança no profissional de enfermagem? ☐ Sim ☐ Não

Participa das decisões sobre seu tratamento? ☐ Sim ☐ Não

Apresenta ansiedade, medo ou insegurança? ☐ Sim ☐ Não

Possui rede de apoio familiar ou social? ☐ Sim ☐ Não

Demonstra autonomia para o autocuidado? ☐ Sim ☐ Não

Necessita de apoio emocional ou educação em saúde? ☐ Sim ☐ Não

TEORIA DO CUIDADO TRANSCULTURAL (MADELEINE LEININGER)

As crenças, valores ou práticas culturais interferem no cuidado? ☐ Sim ☐ Não

O paciente deseja manter práticas culturais ou religiosas durante o tratamento?
☐ Sim ☐ Não

Há necessidade de adaptação do plano de cuidados à cultura do paciente? ☐ Sim ☐ Não

Há barreiras culturais ou de linguagem que dificultam o cuidado? ☐ Sim ☐ Não

O paciente demonstra compreender e aceitar as orientações propostas? ☐ Sim ☐ Não

A família participa e apoia o cuidado conforme os costumes do paciente? ☐ Sim ☐ Não

Roteiro de anamnese

À luz do Processo de Enfermagem

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)

Consegue realizar cuidados com a pele? ☐ Sim ☐ Não

Sabe utilizar corretamente os medicamentos? ☐ Sim ☐ Não

Compreende as orientações recebidas? ☐ Sim ☐ Não

Consegue manter medidas de higiene? ☐ Sim ☐ Não

Dificuldades: ☐ Física ☐ Cognitiva ☐ Financeira ☐ Nenhuma

Necessita de ajuda de familiares/cuidadores? ☐ Sim ☐ Não

TEORIA DA ADAPTAÇÃO (CALLISTA ROY)

Como o paciente percebe sua condição: _____

Lesões interferem na autoestima? ☐ Sim ☐ Não

Ansiedade, medo ou isolamento social? ☐ Sim ☐ Não

Enfrentamento do tratamento: ☐ Adequado ☐ Dificuldades ☐ Não aderente

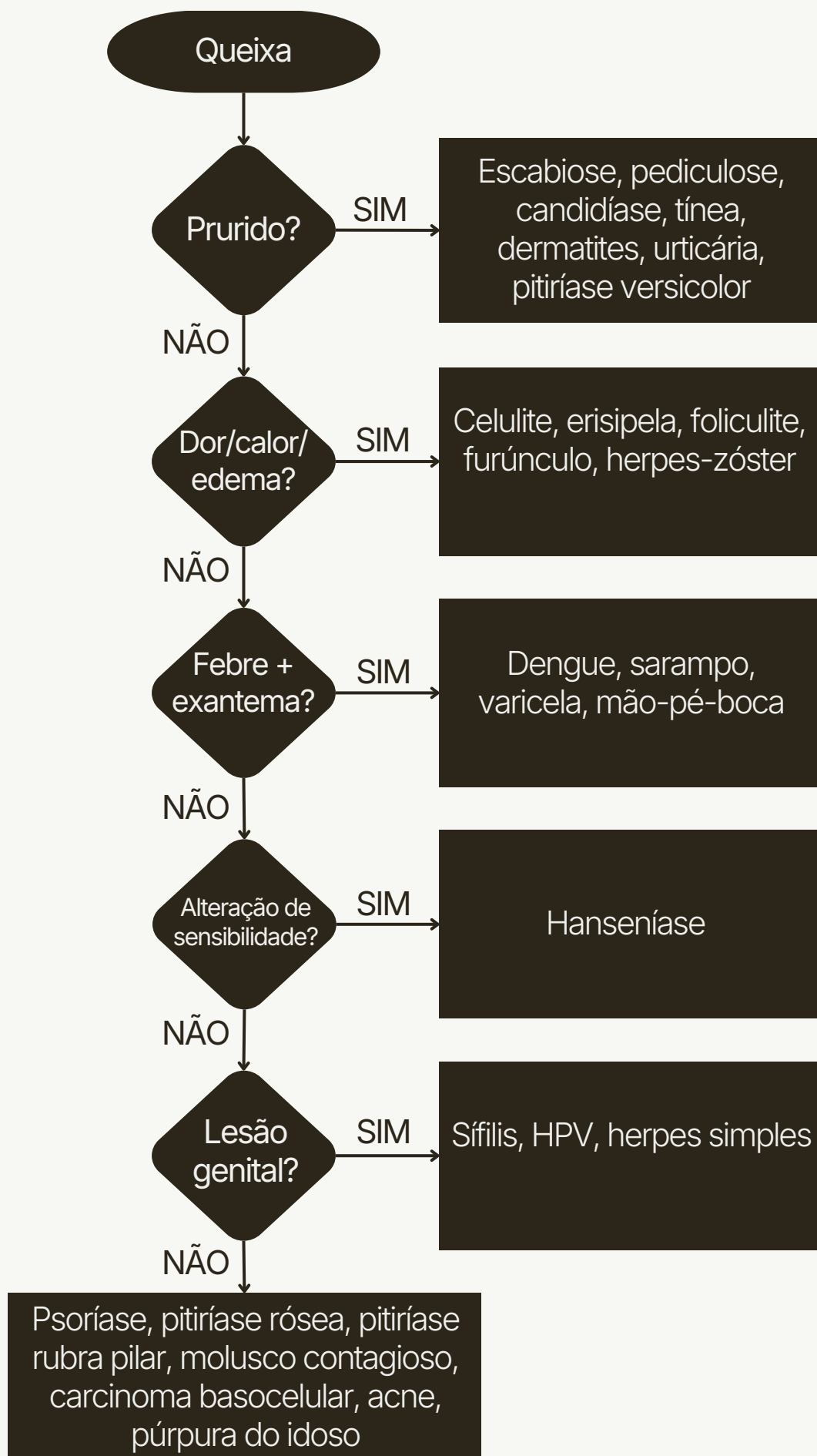
Mudanças na rotina/qualidade de vida? ☐ Sim ☐ Não

Roteiro de anamnese

À luz do Processo de Enfermagem

TEORIA AMBIENTALISTA (FLORENCE NIGHTINGALE)
Higiene do domicílio: ☐ Adequada ☐ Parcialmente adequada ☐ Inadequada
Acesso à água tratada? ☐ Sim ☐ Não
Acesso ao saneamento básico? ☐ Sim ☐ Não
Compartilha objetos pessoais? ☐ Sim ☐ Não
Ambiente favorece transmissão? ☐ Sim ☐ Não
Fatores ocupacionais/ambientais agravantes? ☐ Sim ☐ Não
As roupas são compartilhadas entre moradores? ☐ Sim ☐ Não
Após o início dos sintomas, foram lavadas separadamente? ☐ Sim ☐ Não
Há reutilização sem lavagem? A secagem é adequada (sol/calor)? ☐ Sim ☐ Não
Roupa de cama é trocada com que frequência? ☐ Sim ☐ Não
A roupa de cama é compartilhada? ☐ Sim ☐ Não
Houve lavagem das roupas de cama após início dos sintomas? ☐ Sim ☐ Não
Há outros moradores com prurido ou lesões? ☐ Sim ☐ Não
Contatos domiciliares foram tratados? ☐ Sim ☐ Não
Houve higienização do ambiente após o início dos sintomas? ☐ Sim ☐ Não

Fluxograma de suspeitas a partir das queixas



Segurança
do
profissional
e do
paciente na
Atenção
Primária

Segurança do profissional e do paciente na Atenção Primária

- Realizar higiene das mãos antes e após o contato com o paciente, conforme os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde;
- Utilizar Equipamentos de Proteção Individual de acordo com a avaliação clínica e o risco de exposição, incluindo luvas, máscara, avental e proteção ocular quando indicado;
- Evitar contato direto com secreções, exsudatos, sangue e materiais potencialmente contaminados;
- Manter materiais e superfícies limpos e desinfetados após cada atendimento;
- Identificar precocemente doenças infectocontagiosas e orientar medidas de isolamento ou precauções específicas quando necessário;
- Não compartilhar instrumentos sem adequada limpeza, desinfecção ou esterilização;
- Realizar descarte correto de resíduos de serviços de saúde e materiais perfurocortantes;
- Registrar adequadamente os achados clínicos, condutas adotadas e orientações fornecidas ao paciente;
- Respeitar a privacidade e a confidencialidade das informações do usuário durante o atendimento e o registro fotográfico de lesões;
- Orientar pacientes e familiares sobre medidas de prevenção da transmissão, adesão ao tratamento e sinais de alerta que indiquem necessidade de reavaliação;
- Encaminhar casos suspeitos de maior gravidade, doenças de notificação compulsória ou situações que excedam a capacidade resolutive da APS.

Agradecimientos

Agradecemos ao Negro Atlas de Dermatologia pela autorização para utilização das imagens presentes neste produto educacional. Reconhecemos a relevância do trabalho desenvolvido pelos fundadores João Victor Araújo de Oliveira, Lucas Neiva de Deus e Matheus Borges Machado, bem como por toda a equipe do projeto, na promoção da representatividade da população negra nos materiais de ensino e na redução das desigualdades em saúde. Sua contribuição foi fundamental para a construção de um material mais inclusivo, educativo e comprometido com a equidade em saúde.

Referências

BARBEDO, Leonardo S.; SGARBI, Diana BG. Candidíase. Brazilian Journal of Sexually Transmitted Diseases, v. 22, n. 1, p. 22-38, 2010. Disponível em: <https://www.bjstd.org/revista/article/view/1070/968>. Acesso em: 07 jul. 2026.

BASANO, Sergio de Almeida; CAMARGO, Luís Marcelo Aranha. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 7, p. 328-337, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2004.v7n3/328-337/pt>. Acesso em: 07 jul. 2026.

BORGES, L. G. et al. Herpes-zóster: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento na atenção básica. Journal of Social Issues and Health Sciences, v. 1, n. 4, p. 1-13, 2024. Disponível em: <https://ojs.thesiseditora.com.br/index.php/jsihs/article/download/35/29/144>. Acesso em: 22 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual de referência técnica para a prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília, DF: Anvisa, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/ManualdeReferenciaTcnica.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 222/2018 comentada. Brasília, DF: Anvisa, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/rdc-222-de-marco-de-2018-comentada.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2026.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709compilado.htm. Acesso em: 23 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Dermatite Atópica. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. 70 p. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2025/relatorio-preliminar-pcdt-da-dermatite-atopica-cp-57>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Dermatologia na atenção básica de saúde. Cadernos de Atenção Básica Nº 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.ispsn.org/sites/default/files/documentos-virtuais/pdf/07.-dermatologia-na-aten-o-b-sica-de-sa-de-autor-gerson-oliveira-penna-maria-da-gl-ria-teixeira-e-gerson-fernando-mendes-pereira.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf. Acesso em: 14 jun. 2026.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniae.pdf. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Psoríase [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 79 p. Disponível em: <https://psoríasebrasil.org.br/wp-content/uploads/2021/01/PCDT-DA-PSORÍASE-2020.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6edrev_v1.pdf. Acesso em: 20 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Atenção Primária Prisional: guia prático: dermatologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. 53 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_prisional_guia_dermatologia.pdf. Acesso em: 7 jul. 2026.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32): Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/arquivos/normas-regulamentadoras/nr-32-atualizada-2022-2.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2026.

COREN-CE. Parecer nº 002/2024. Parecer técnico sobre o manejo e assistência do enfermeiro sobre aplicação de ácido tricloroacético 70% e eletrocauterização de pequenas lesões relacionadas ao HPV (Papiloma Vírus Humano). Ceará: Coren, 2024. Disponível em: <https://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2024/05/Parecer-tecnico-sobre-o-manejo-e-assistencia-do-enfermeiro-sobre-aplicacao-de-acido-tricloroacetico-70-e-eletrocauterizacao-compactado.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2026.

DERMNET NEW ZEALAND TRUST. DermNet. Hamilton, New Zealand, [s. d.]. Disponível em: <https://dermnetnz.org/>. Acesso em: 7 jul. 2026.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Fluxograma Dermatites. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, [s.d.]. Disponível em: <https://saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Dermatites+%E2%80%93+Fluxograma.pdf/dde48580-e016-5e13-6846-9a73a0261689>. Acesso em: 20 jun. 2026.

Referências

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde. Atenção à Saúde da Mulher: Protocolo de Queixas Ginecológicas e Planejamento Reprodutivo com Inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) na Atenção Primária à Saúde. Fluxograma Lesões Anogenitais do Protocolo de Queixas Ginecológicas. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/d/saude/iii-fluxograma-lesoes-anogenitais-do-protocolo-queixas-ginecologicas-1-pdf>. Acesso em: 14 jun. 2026.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde. Protocolo clínico para o uso de omalizumabe no tratamento da urticária crônica espontânea. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+Cl%C3%ADnico+para+o+uso+de+OMALIZUMABE+no+Tratamento+da+Urtic%C3%A1ria+Cr%C3%B4nica+Espont%C3%A2nea.pdf/4cc13aa5-8eee-511b-4c70-0410702a26b6?t=1712766799197>. Acesso em: 14 jun. 2026.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Protocolo de Atenção à Saúde. Protocolo para uso de Imiquimode no tratamento das ceratoses actínicas e carcinoma basocelular superficial. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2024. Disponível em: <https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/2-Protocolo+para+uso+de+imiquimode+no+tratamento+das+ceratoses+act%C3%ADnicas+e+carcinoma+basocelular+superficial.pdf/88e654bd-69e3-a44a-e857-3bc2c95047bc?t=1727950235242>. Acesso em: 20 jun. 2026.

DOS SANTOS PORTAS, Guilherme João Calado et al. Pitiríase Rubra Pilar: Novas Perspetivas de Tratamento. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra (Portugal). Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/f71935b646712c5838fb0c51ac3c5708/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>. Acesso em: 07 jul. 2026.

GELLER, M. et al. Herpes simples: atualização clínica, epidemiológica e terapêutica. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 24, n. 4, p. 260-266, 2012. Disponível em: <https://bdst.emnuvens.com.br/revista/article/download/1089/987/1031>. Acesso em: 23 jun. 2026.

GONTIJO, Bernardo; CARVALHO, Maria de Lourdes Ribeiro de. Leishmaniose tegumentar americana. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 36, n. 1, p. 71-80, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/ZXND5L6KxmWJ8grGMSJMPDr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2026.

GONTIJO, C. V.; TEIXEIRA, A. B.; MAGALHÃES, A. C.; SILVA, C. M.; DOMINGUES, G. P. Molusco contagioso – uma revisão abrangente sobre etiologia, epidemiologia, manifestações clínicas, investigação diagnóstica e tratamento. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 7, n. 4, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/71039/49983/174685>. Acesso em: 22 jun. 2026.

GRUPO BRASILEIRO DE MELANOMA. Cartilha sobre Carcinoma Basocelular do GBM. [S.l.], 2023. Disponível em: https://gbm.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Livro-GBM_Cartilha-CBC2023_v6.pdf. Acesso em: 20 jun. 2026.

Referências

GUSMÃO, R. A. et al. Diagnóstico e tratamento da erisipela: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 8, p. 3495-3504, 2024. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/download/3058/3262/6791>. Acesso em: 19 jun. 2026.

JÚNIOR, Affonso Viviani; DE OLIVEIRA, Silvia Silva; SPINOLA, Roberta Maria Fernandes. Leishmaniose tegumentar. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista, v. 20, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37886/36946>. Acesso em: 07 jul. 2026.

KUTER, D. J. Púrpura Senil. In: Merck & Co, Inc. Manual MSD. EUA, fev. 2025. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/hematologia-e-oncologia/sangramento-decorrente-de-vasos-sangu%C3%ADneos-anormais/p%C3%BArpura-senil?ruleredirectid=763utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 20 jun. 2026.

LIN, Richie L.; SZEPIETOWSKI, Jacek C.; SCHWARTZ, Robert A. Tinea faciei, an often deceptive facial eruption. International journal of dermatology, v. 43, n. 6, p. 437-440, 2004. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-4632.2004.02339.x>. Acesso em: 07 jul. 2026.

LUPI, O. Varicela e herpes-zóster. Medicina, Ciência e Arte, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 84-91, jan./mar. 2022. Disponível em: <https://www.medicinacienciaearte.com.br/revista/article/download/11/9>. Acesso em: 22 jun. 2026.

MACHADO, I. W.; MORASKI, L. Z.; CHIESA, M. C.; FABRIS, A. A. Impetigo: uma revisão da literatura sobre manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento. Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 55, n. 1, p. 119-124, 2026. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/arquivos/article/view/1871>. Acesso em: 15 jun. 2026.

MANUAL MSD. Eritrodermia. Kenilworth: Merck Sharp & Dohme LLC, 2025. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-da-pele/coceira-e-dermatite/eritrodermia>. Acesso em: 7 jul. 2026.

MENEGHELLO, Luana Pizarro et al. PITIRÍASE RUBRA PILAR. Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology, v. 73, n. 2, p. 279-282, 2015. Disponível em: <https://revista.spdv.com.pt/index.php/spdv/article/view/377/345>. Acesso em: 07 jul. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Catapora (varicela). [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/catapora-varicela>. Acesso em: 20 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dengue. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue>. Acesso em: 20 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hansenia>. Acesso em: 20 jun. 2026.

Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. HPV. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hpv>. Acesso em: 14 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Isolamento e outras medidas de controle. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo/outras-orientacoes>. Acesso em: 20 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sarampo. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sarampo>. Acesso em: 20 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis>. Acesso em: 20 jun. 2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tratamento. [S.l.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/catapora-varicela/tratamento>. Acesso em: 20 jun. 2026.

MIRANDA, Sandra Maria Bitencourt et al. Pitiríase rósea. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 83, n. 5, p. 461-469, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/Y8BVHW77CHDRzpFxpZhxmvS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2026.

NARDI, N. M.; SCHAEFER, T. J. Impetigo. In: STATPEARLS. StatPearls [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2026. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430974/>. Acesso em: 15 jun. 2026.

NEGRO ATLAS DERMATOLOGIA INCLUSIVA. Home. Salvador, 2026. Disponível em: <https://negroatlas.com.br/>. Acesso em: 7 jul. 2026.

NETO, C. F.; CUCÉ, L. C.; REIS, V. M. Manual de dermatologia . 6. ed. Barueri: Manole, 2024. E-book. pág.197. ISBN 9788520458303. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520458303/>. Acesso em: 19 jun. 2026.

PÔRTO, Luiz Alberto Bomjardim; LYON, Ana Claudia. Infecções Bacterianas da Pele. MARTINS, Milton. Disponível em: Disponível em: <https://drluizporto.com.br/wp-content/uploads/2017/03/INFEC%C3%87%C3%95ES-BACTERIANAS-DA-PELE-Cap%C3%ADulo-de-livro.pdf>. Acesso em: 07 jul 2026.

ROCHA, L. F.; DIOGO, A. B.; BARROS, A. M. A pele em foco: abordagem clínica e terapêutica. São Paulo: Setor de Publicações - Centro Universitário São Camilo, 2023. 268 p. Disponível em: https://saocamilo-sp.br/_app/views/publicacoes/outraspublicacoes/A%20Pele%20em%20Foco.pdf. Acesso em: 05 jun. 2026.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. Hanseníase. Curitiba: SESA-PR, [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Hanseníase>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. Superintendência de Vigilância em Saúde. Centro de Epidemiologia. Divisão de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Técnica nº 06/2018: Síndrome Mão-Pé-Boca. Curitiba: SESA/LACEN-PR, 2018. Disponível em: https://lacen.saude.pr.gov.br/sites/lacen/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/nt062018sindromemaopeboca.pdf. Acesso em: 21 jun. 2026.

Referências

MSILVA, Samuel Freire da. Dermatology Atlas. [S. l.], [s. d.]. Disponível em: <https://atlasdermatologico.com.br/>. Acesso em: 7 jul. 2026.

Sociedade Brasileira de Dermatologia. Eczema. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, [s.d.]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/eczema/>. Acesso em: 7 jul. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Foliculite. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, [s.d.]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/foliculite/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Furúnculo. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, [s. d.]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/furunculo/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Urticária. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, [s. d.]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/urticaria/>. Acesso em: 21 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Dermatoviroses: verrugas e molusco contagioso. Departamentos Científicos de Dermatologia (2019-2021). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22471c-DC_-_Dermatoviroses_-_Verrugas_e_Molusco_Contagioso.pdf. Acesso em: 22 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Infecções bacterianas superficiais cutâneas. Departamentos Científicos de Dermatologia (2019-2021). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23597c-DC_Infeccoes_Bacterianas_Superficiais_Cutaneas.pdf. Acesso em: 15 jun. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Síndrome Mão-Pé-Boca. Departamentos Científicos de Dermatologia (2019-2021). Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22039d-DocCient_-_Síndrome_Mao-Pe-Boca.pdf. Acesso em: 21 jun. 2026.

SOUZA, I. S. et al. Panorama da infecção pelo HSV: uma revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development, v. 11, n. 15, e61111536141, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/download/36141/30776/406536>. Acesso em: 23 jun. 2026.

THOMAS, E. A.; JOHN, M.; KANISH, B. Manifestações Mucocutâneas da Dengue. Revista Indiana de Dermatologia, v. 55, n. 1, p. 79–85, 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2856380/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

TONINI, G. S.; FARIA, J. O.; OLIVEIRA, L. L. Foliculite: Revisão de literatura. Ensaios USF, [S. l.], v. 6, n. 2, 2023. DOI: 10.24933/e-usf.v6i2.291. Disponível em: <https://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/291>. Acesso em: 20 jun. 2026.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. TeleCondutas: sífilis. 3. ed. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2023. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_sifilis.pdf. Acesso em: 20 jun. 2026.

Referências

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS-UFRGS. Prova do laço – dengue. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/prova-do-laco-dengue/>. Acesso em: 20 jun. 2026.

VIEIRA, Sofia Seabra; BERNARDO, Diana; MACHADO, Susana. Abordagem da escabiose em idade pediátrica: uma atualização. Acta Médica Portuguesa, v. 38, n. 3, p. 175-181, 2025. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/22450/15588>. Acesso em: 07 jul. 2026.

VIOL, G. A.; MIRANDA, M. C.; SILVA, M. C. Dermatologia clínica: princípios e práticas na medicina cutânea. Iguatu, CE: Quipá Editora, 2024. 155 p. Disponível em: <https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/747880/4/DERMATOLOGIA%20CLINICA.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2026.



Universidade de Brasília
Departamento de Enfermagem
Estágio Supervisionado 1