

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES

Caderno de Dermatologia

FICHA TÉCNICA

Elaboração técnica:

Paulo Roberto de Abreu Sampaio

Médico CRM/SP 109.073

Núcleo de Políticas de Saúde

Colaboração técnica:

Áurea Iscaro Andrade

Médica CRM/SP 100.164 RQE Pediatria 129.509

Médica CREDAC

Maria Beatriz Coelho Gozzano

Médica CRM/SP 146.025 RQE Dermatologia 67053 – Hansenologia 670531

Médica Dermatologista Policlínica Municipal

Revisão técnica:

Giovana de Góes Muknicka

Farmacêutica CRF-SP 69.387 RQE Farmácia Clínica 17057-76

Supervisora Núcleo de Políticas de Saúde

Aprovação:

João Pedro Arruda Fraletti Miguel – **Secretário Municipal de Saúde**

Versão: 1.0-Junho/2026

Previsão de revisão: Junho/2028

Número do processo SEI: 3552205.404.00085408/2026-39

Ficha Catalográfica:

Sorocaba (Município). Secretaria da Saúde.

Protocolo municipal de especialidades: caderno de dermatologia / Secretaria da Saúde de Sorocaba. – Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2026.

48p.: il.; 29 cm.

Inclui bibliografia, Apêndices e Atlas.

1.Dermatologia. 2. Doenças de pele. 3. Dermatoses. 4. Câncer de pele. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Regulação em saúde. 7. Protocolos clínicos. 8. Sorocaba (SP).

I. Título. II. Secretaria da Saúde de Sorocaba.

CDD: 616.5

APRESENTAÇÃO	5
1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 Objetivo Geral	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3. PÚBLICO-ALVO	8
4. SIGLAS E DEFINIÇÕES	8
5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA	9
6. CONDIÇÕES DERMATOLÓGICAS E CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO	10
6.1 Câncer de Pele, Ceratoses Actínicas e Lesões Benignas de Pele e Tecido Subcutâneo	11
6.1.1 Casos que devem ser inseridos na Rede Hebe Camargo de Oncologia	12
6.2 Micoses	13
6.2.1 Tratamento inicial	13
6.3 Eczemas e Dermatites	14
6.3.1 Tratamento inicial	14
6.4 Urticária Crônica e Angioedema	15
6.4.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia	15
6.4.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia	15
6.4.3 Tratamento inicial	15
6.5 Dermatoses Eritematoescamosas	16
6.5.1 Tratamento inicial	16
6.6 Doenças bolhosas	17
6.6.1 Tratamento inicial	17
6.7 Acne	18
6.7.1 Tratamento inicial	18
6.8 Alopecia	19
6.8.1 Tratamento inicial	19
6.9 Vitiligo	20
6.9.1 Tratamento inicial	20
6.10 Lesões Ulceradas – Leishmaniose	21
6.11 Hanseníase	22
6.12 Rosácea	23
6.12.1 Tratamento inicial	23
6.13 Prurido	24
6.13.1 Tratamento inicial	24
6.14 Lesões Estéticas	25
6.14.1 Tratamento inicial	25
6.15 Demais Lesões e Casos de Urgência	26

7. FLUXO ASSISTENCIAL E PRIORIZAÇÃO	27
7.1 Critérios para Agendamento de Encaminhamentos	27
7.2 Priorização	28
7.3 Classificação de Prioridade Conforme Condição Clínica	28
8. REFERÊNCIAS	29
9. APÊNDICES	31
9.1 Apêndice 1 – Guia encaminhamento Dermatologia	31
9.2 Apêndice 2 – Guia encaminhamento Suspeita Câncer de Pele	32
10.1.1 – Melanoma	33
10.1.2 – Carcinoma basocelular	34
10.1.2 – Carcinoma espinocelular	34
10.2.1 – Paracoccidioidomicose	35
10.2.2 – Histoplasmose	36
10.2.3 – Candidíase	37
10.2.4 – Tinea	37
10.2.5 – Onicomicose	37
10.2.6 – Pitíriase versicolor	38
10.3.1 – Dermatite de contato	39
10.3.2 – Dermatite atópica	39
10.3.3 – Dermatite seborreica	40
10.4.1 – Urticária	41
10.4.2 – Angioedema	41
10.5.1 – Psoríase	42
10.5.2 – Líquen	42
10.6.1 – Pênfigo	43
10.6.2 – Dermatite herpetiforme	44
10.6.3 – Epidermólise bolhosa	44
10.7.1-Acne fulminans	45
10.7.2 – Acne conglobata	45
10.7.3-Acne papulopustulosa	45
10.7.4-Acne nodular	45
10.8.1 – Alopecia Areata	46
10.8.2 – Alopecia Androgênica	46
11. VIGÊNCIA E REVISÃO	51

APRESENTAÇÃO

O presente Protocolo Municipal de Especialidades – Caderno de Dermatologia do Município de Sorocaba estabelece diretrizes para a organização, qualificação e regulação do acesso às ações assistenciais voltadas aos usuários com suspeita ou confirmação de condições dermatológicas, no âmbito da Rede de Atenção à Saúde.

A proposta visa padronizar os critérios clínicos e operacionais para encaminhamento à especialidade de Dermatologia, fortalecendo o papel da Atenção Primária à Saúde como porta de entrada preferencial, ordenadora do cuidado e coordenadora da rede assistencial.

O protocolo orienta os profissionais de saúde quanto aos critérios de encaminhamento, classificação de prioridade, fluxos assistenciais, tratamento inicial quando cabível e conteúdo mínimo das solicitações, contribuindo para maior consistência das informações encaminhadas à Central de Regulação Eletiva e Divisão de Avaliação e Controle – CREDAC.

Sua implementação contribui para aumento da resolutividade da Atenção Primária, redução de encaminhamentos inadequados ou incompletos, otimização do uso dos recursos especializados, organização da demanda reprimida e fortalecimento da equidade no acesso aos serviços de saúde.

Este documento deverá ser utilizado como instrumento técnico de apoio à prática clínica, à regulação assistencial e à gestão do cuidado, podendo ser revisado periodicamente conforme atualização das evidências científicas, diretrizes clínicas, normativas institucionais e necessidades da Rede Municipal de Saúde de Sorocaba.

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS, como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas Redes de Atenção à Saúde, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

É importante que a APS seja altamente resolutiva, o que depende, dentre tantos fatores, da capacidade clínica, da coordenação dos cuidados das equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos das Redes de Atenção à Saúde.

O Serviço Especializado (ou secundário) é marcado por diferentes estreitamentos no que se refere ao seu acesso, em especial, no dimensionamento e organização das ofertas em função dos encaminhamentos da APS.

Para que estes desafios sejam superados, é preciso organizar estratégias que impactem na APS, nos processos de regulação do acesso desde os serviços solicitantes até a Central de Regulação Eletiva e Divisão de Avaliação e Controle (CREDAC), bem como na organização da Atenção Especializada.

A Regulação da Assistência à Saúde visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno.

No entanto, são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar as necessidades. O desenvolvimento de protocolos para o encaminhamento a consulta especializada e exames solicitados, facilita a ação da Regulação e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas e ordenação dos recursos.

A atualização deste Protocolo é mais uma estratégia para ampliar a resolutividade, equalizar as demandas e melhorar a assistência à saúde da população.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes para a organização, padronização e qualificação do encaminhamento de usuários com condições dermatológicas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde do Município de Sorocaba, promovendo acesso oportuno, equânime e resolutivo à Atenção Especializada em Dermatologia.

2.2 Objetivos Específicos

- Padronizar os critérios clínicos para encaminhamento à especialidade de Dermatologia;
- Qualificar as solicitações encaminhadas à Central de Regulação Eletiva e Divisão de Avaliação e Controle — CREDAC, assegurando informações clínicas mínimas adequadas para análise regulatória;
- Apoiar a tomada de decisão dos profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto ao manejo inicial, acompanhamento e necessidade de encaminhamento dos usuários com condições dermatológicas;
- Definir critérios de priorização com base na gravidade clínica, risco de complicações, suspeita de neoplasia, complexidade diagnóstica e necessidade de avaliação especializada;
- Reduzir encaminhamentos inadequados, incompletos ou desnecessários à Atenção Especializada;
- Favorecer o acompanhamento, na Atenção Primária à Saúde, dos casos passíveis de manejo clínico neste nível de atenção;
- Otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis na Rede Municipal de Saúde;
- Fortalecer a coordenação do cuidado e a integração entre Atenção Primária, Regulação, Atenção Especializada, Urgência e Emergência e linhas de cuidado específicas;
- Contribuir para a organização da demanda em espera, garantindo maior equidade, segurança e eficiência no acesso aos serviços especializados.

3. PÚBLICO-ALVO

Este protocolo destina-se aos profissionais e serviços envolvidos no cuidado aos usuários com suspeita ou confirmação de condições dermatológicas no âmbito da Rede Municipal de Atenção à Saúde de Sorocaba, especialmente:

- Médicos e equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Profissionais responsáveis pela regulação do acesso, no âmbito da Central de Regulação Eletiva e Divisão de Avaliação e Controle (CREDAC);
- Profissionais dos serviços de Atenção Especializada, incluindo a especialidade de Dermatologia;
- Profissionais das unidades de Urgência e Emergência, quando envolvidos na identificação de situações agudas, condições com risco imediato ou necessidade de redirecionamento assistencial;
- Gestores, coordenadores, apoiadores institucionais e equipes técnicas envolvidos na organização, monitoramento e avaliação da rede assistencial;
- Demais profissionais da Rede de Atenção à Saúde que atuem no cuidado, acompanhamento, encaminhamento ou contrarreferência de usuários com condições dermatológicas.

4. SIGLAS E DEFINIÇÕES

Sigla/Termo	Definição
APS	Atenção Primária à Saúde – nível de atenção responsável pela porta de entrada preferencial do SUS, coordenação do cuidado, acompanhamento longitudinal e ordenação da Rede de Atenção à Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde – sistema público de saúde brasileiro, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.
CREDAC	Central de Regulação Eletiva e Divisão de Avaliação e Controle – setor responsável pela regulação do acesso às consultas, exames e procedimentos especializados no âmbito municipal.
UBS	Unidade Básica de Saúde – serviço da Atenção Primária responsável pelo cuidado inicial, acompanhamento contínuo e encaminhamento dos usuários quando necessário.
RAS	Rede de Atenção à Saúde – conjunto articulado de serviços, ações e pontos de atenção destinados à garantia do cuidado integral aos usuários.
U/E	Urgência e Emergência – nível de atenção destinado ao atendimento de condições agudas, descompensações clínicas ou situações com risco imediato ou potencial à saúde.
CBC	Carcinoma basocelular – neoplasia maligna cutânea não melanoma, geralmente relacionada à exposição solar cumulativa.
CEC	Carcinoma espinocelular – neoplasia maligna cutânea não melanoma, com potencial de invasão local e metástase conforme características clínicas e histopatológicas.
RHC	Rede Hebe Camargo – rede estadual de atenção oncológica utilizada para casos elegíveis conforme fluxo regulatório instituído.
ABCDE	Regra clínica de avaliação de lesões pigmentadas: assimetria, bordas, cor, dimensão e evolução.

CBO	Classificação Brasileira de Ocupações – código utilizado na identificação da especialidade/profissional para fins regulatórios.
CID	Classificação Internacional de Doenças – sistema utilizado para codificação diagnóstica
P0	Classificação de prioridade para casos de urgência ou emergência, com necessidade de atendimento imediato em serviço adequado.
P1	Classificação de prioridade para casos que demandam avaliação especializada em curto prazo, conforme gravidade, risco clínico ou complexidade.
P2	Classificação de prioridade para casos eletivos que necessitam de acompanhamento especializado, sem sinais de urgência.
P3	Classificação de prioridade para casos eletivos não prioritários, geralmente passíveis de manejo inicial ou acompanhamento na APS, com encaminhamento em tempo oportuno quando indicado.

5. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E TÉCNICA

O presente protocolo foi elaborado com base em diretrizes técnico-científicas e normativas legais que orientam a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, a atuação da Atenção Primária à Saúde — APS, a regulação do acesso à Atenção Especializada e o cuidado aos usuários com condições dermatológicas.

No âmbito legal, este documento se fundamenta na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.080/1990 e na Lei nº 8.142/1990, que orientam a organização do SUS, a integralidade da assistência, a participação social e a gestão dos serviços de saúde.

A organização da Atenção Primária à Saúde está respaldada pela Política Nacional de Atenção Básica — PNAB, aprovada pela Portaria GM/MS nº 2.436/2017, reafirmando a APS como porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

A regulação do acesso à Atenção Especializada encontra respaldo na Política Nacional de Regulação do SUS, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559/2008, atualmente incorporada às normas de consolidação do Ministério da Saúde, considerando critérios técnicos, clínicos, operacionais e de gestão.

No âmbito técnico, o protocolo considera recomendações do Ministério da Saúde, protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, consensos técnicos e documentos institucionais aplicáveis à avaliação, manejo inicial e encaminhamento das principais condições dermatológicas.

A construção deste protocolo também considera a realidade da Rede Municipal de Atenção à Saúde de Sorocaba, a capacidade instalada dos serviços, os fluxos regulatórios existentes, a necessidade de qualificação das solicitações encaminhadas à CREDAC e a importância de fortalecer a resolutividade da APS.

Assim, este protocolo constitui instrumento técnico e normativo para orientar os profissionais da Rede Municipal de Saúde quanto aos critérios de encaminhamento à Dermatologia, à classificação de prioridade, ao conteúdo mínimo das solicitações, à integração entre os pontos de atenção e à qualificação do cuidado prestado aos usuários.

6. CONDIÇÕES DERMATOLÓGICAS E CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO

As doenças dermatológicas figuram entre as principais demandas do serviço de saúde. É importante lembrar que a pele é o maior órgão do corpo humano, uma barreira importante entre nosso organismo e o meio exterior. Além de ser capaz de despertar sensações, expressa um sem número de significativos sinais e sintomas, que são de auxílio fundamental na identificação de doenças.

As doenças que acometem a pele podem estar restritas a ela ou, por vezes a pele expressa sinais e sintomas como a primeira manifestação, ou manifestação tardia de doenças sistêmicas.

Não menos importante é lembrar que o exame físico da pele deve ser feito sob iluminação adequada, preferentemente sob luz natural e quando não for possível sob luz fluorescente. Deve-se valorizar sinais como alteração da cor (acromia, hipocromia, hiperpigmentação, eritema...), como alteração da espessura (atrofia, hiperqueratose...), presença ou ausência de sintomas como prurido, dor e ardor. Todos são elementos auxiliares no diagnóstico e consequente instituição da terapêutica adequada.

O exame clínico a olho nu tem suas limitações. O uso de um dermatoscópio, quando disponível, permite visualizar estruturas morfológicas abaixo da superfície da pele (padrões de rede pigmentar, estruturas vasculares), ajudando o médico generalista a diferenciar lesões benignas (como ceratoses seborreicas ou hemangiomas) de lesões malignas.

6.1 Câncer de Pele, Ceratoses Actínicas e Lesões Benignas de Pele e Tecido

Subcutâneo

O câncer de pele corresponde a 33% de todos os diagnósticos de câncer no Brasil. É mais comum em pessoas acima de 40 anos, sendo raro em crianças e negros. É causado principalmente pela exposição excessiva ao sol. Podem ser classificados em melanoma, carcinoma basocelular (CBC), carcinoma escamoso (CEC). Eles ocorrem principalmente nas áreas do corpo mais expostas ao sol, como rosto, pescoço e orelhas. Os principais sintomas são:

- Lesão de aparência elevada e brilhante, translúcida, avermelhada, castanha, rósea ou multicolorida, com crosta central e que sangra facilmente;
- Pinta preta ou castanha que muda sua cor, textura, torna-se irregular nas bordas e cresce de tamanho
- Mancha ou ferida que não cicatriza, que continua a crescer apresentando coceira, crostas, erosões ou sangramento.

Para auxiliar da identificação de sinais sugestivos de malignidade, sugere-se a regra do “ABCDE”:

- A – Assimetria: lesões assimétricas levantam suspeita para malignidade
- B – Borda: bordas irregulares levantam suspeita para malignidade
- C – Cor: lesões com 2 tons ou mais sugerem malignidade
- D – Dimensão: lesões superiores a 6 mm sugerem malignidade
- E – Evolução: lesões que crescem e mudam de cor sugerem malignidade

Quando constatada necessidade de encaminhamento pelo médico assistente, os casos devem ser encaminhados para as seguintes demandas:

- Nos casos de suspeita de Câncer de Pele, os pacientes devem ser encaminhados para a demanda municipal de específica de **“Suspeita de Câncer de Pele”**, Consulta Especializada, sob o código de procedimento **9999997899** – Suspeita de CA de Pele **CBO 225135**, por meio de guia de encaminhamento específica.
- A ceratose actínica, em geral, se apresenta como uma lesão avermelhada e áspera localizada frequentemente no rosto, nas orelhas, nos lábios, no dorso das mãos, no antebraço, nos ombros, no colo e no couro cabeludo de pessoas calvas ou em outras áreas do corpo expostas ao sol.

As lesões geralmente são pequenas e podem ser múltiplas. Normalmente, são mais palpáveis que visíveis e podemos percebê-las passando suavemente as mãos nas áreas expostas ao sol e sentindo alguns pontos ásperos ao toque. Algumas delas podem ser como “lixas”, tamanha a aspereza, outras descamam ou formam uma crosta mais dura.

Deve-se ficar atento, pois se houver sangramento, pode ser indício de que a lesão esteja se tornando maligna. A queilite actínica é outra forma de ceratose

actínica. Ela se desenvolve nos lábios e também tem potencial para se transformar em carcinoma. Geralmente, indivíduos com queilite actínica perdem o limite do vermelhão dos lábios e têm o inferior mais esbranquiçado e seco que o superior. O tratamento inicial pode ser feito com Diclofenaco tópico (Manipular Diclofenaco de sódio 3% + Ácido hialurônico 2,5% em gel, a ser aplicado 2x ao dia, nas áreas acometidas, durante 90 dias). Sempre associar protetor solar 3x ao dia.

- Lesões benignas de pele e tecido subcutâneo são tumores não cancerígenos que podem surgir sob a pele, como lipomas, cistos sebáceos, nevos (pintas) e linfonodos. Esses tumores são geralmente indolores e não causam problemas de saúde, mas podem ser removidos por motivos estéticos ou se causarem incômodo. Casos de lipomas, cistos epidérmicos, verrugas e condições que necessitam biópsia (não suspeitos de Câncer) devem ser inseridos na demanda de consulta PEQUENA CIRURGIA (procedimento 9999999962 CBO 225225 [CIR GERAL] OU CBO 225235 [CIR PLÁSTICO])

- Pacientes com diagnóstico confirmado por biópsia de câncer de pele não melanoma devem ser encaminhados para consulta em Dermatologia, Consulta Especializada, sob o código de procedimento **0301010072 – Consulta Médica em Atenção Especializada CBO 225135** para acompanhamento e manejo da condição, considerando que a **Rede Hebe Camargo (RHC)** contempla exclusivamente os casos de **câncer de pele do tipo melanoma**.

- Os casos com **diagnóstico confirmado de melanoma cutâneo** devem ser obrigatoriamente direcionados ao **serviço de Oncologia**, por meio do fluxo regulatório estabelecido via e-mail institucional (**regula.onco@sorocaba.sp.gov.br**), para seguimento em linha de cuidado oncológica especializada.

- suspeita ou diagnóstico de ceratose actínica: refratária ao tratamento clínico otimizado ou em pacientes imunossuprimidos (por medicamentos, HIV, transplantados, imunodeficiências primárias); ou lesões hiperkeratóticas que impossibilitem o tratamento tópico;

6.1.1 Casos que devem ser inseridos na Rede Hebe Camargo de Oncologia

Casos de melanoma confirmado por exame anatomopatológico (biópsia).

6.2 Micoses

Micoses são infecções fúngicas que afetam a pele, as unhas e os cabelos. São causadas por fungos que estão presentes no solo e na pele de animais e humanos.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

- Suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de micose subcutânea: paracoccidioidomicose, esporotricose, cromoblastomicose, micetoma, lobomicose, histoplasmose.
- Candidíase mucocutânea, dermatofitoses (tíneas) ou pitíriase versicolor, se: quadro extenso em pacientes imunocomprometidos (por medicamentos, HIV, imunodeficiências primárias); ou refratária ao tratamento clínico otimizado;
- Onicomicose refratária ao tratamento clínico otimizado e com pelo menos 1 dos critérios: episódios de erisipela ou celulite no membro ipsilateral; ou presença de dor ou desconforto; ou suspeita de alteração ungueal não associada à infecção fúngica.

6.2.1 Tratamento inicial

Candidíase:

- Antifúngico tópico
- Na ausência de resposta ou em casos extensos ou recorrentes, utilizar fluconazol 150 mg 1x/semana, por 2 a 4 semanas.

Tíneas:

- Antifúngico tópico 1 a 4 semanas ou resolução clínica
- Antifúngico sistêmico se refratário

Pitíriase versicolor:

- Antifúngico tópico 1 a 4 semanas ou resolução clínica
- Antifúngico sistêmico se refratário

Onicomicose:

- Itraconazol 100 mg, 2 cápsulas, 2x/dia, por 1 semana no mês, por 2 meses, ou Itraconazol 100 mg, 2 cápsulas, 1x/dia, por 6 semanas.
- Orientar uso de luvas para atividades em contato com água.

6.3 Eczemas e Dermatites

Eczema e dermatite são termos que se referem a inflamações da pele. Podem manifestar-se por meio de pequenas bolhas, vermelhidão, descamação, inchaço, coceira e espessamento da pele.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

- Eczemas graves e extensos ou que ocasionem prejuízo funcional grave
- Eczemas refratários ao tratamento clínico otimizado
- Dermatites de contato sem causa definida
- Dermatites refratárias ao tratamento
- Dermatite atópica grave e extensa
- Dermatite atópica que ocasione prejuízo funcional grave.
- Dermatite atópica refratária ao tratamento clínico otimizado contínuo por um período de 1 mês.
- Dermatite atópica recidivante (3 ou mais recidivas em um período de 6 meses).
- Dermatite seborreica refratária ao tratamento clínico.

6.3.1 Tratamento inicial

- Manutenção da barreira cutânea: orientar banhos rápidos (5 a 10 minutos), com água morna, utilizar sabonetes pouco abrasivos (preferencialmente líquidos ou *syndets*) e sem fragrâncias, em pequena quantidade e não utilizar esponjas.

- Evitar fatores de exacerbação: perfumes, cremes perfumados, sabão em pó perfumado, amaciantes de roupas e roupas sintéticas em contato direto com a pele.

- Avaliar a necessidade de manejo de fatores emocionais associados à exacerbação, como estresse e ansiedade.

- Orientar uso regular (no mínimo 2x/dia) de hidratantes sem fragrâncias, comercialmente disponíveis (hidratantes em creme sem fragrância ou vaselina pomada) ou sob manipulação (por exemplo: óleo de semente de girassol 10% + glicerina 2% em creme sem fragrância 250 g).

- Corticoides tópicos (dexametasona) nas áreas de eczema, 1 ou 2x/dia, por 2 a 4 semanas. Considerar corticoide sistêmico de acordo com gravidade e resposta ao tratamento tópico. Avaliar efeitos adversos.

- Anti-histamínicos sedativos para controle do prurido (por exemplo, dexclorfeniramina, hidroxizina*).

- Tratar infecções cutâneas associadas: bacterianas, fúngicas e virais.

Sempre avaliar a adesão do paciente antes de considerar falha terapêutica.

- No caso de eczema seborreico, utilizar xampu de cetoconazol 2%, 1x/dia por 2 a 5 semanas; ou creme de cetoconazol 2% 2x/dia, por 2 a 4 semanas. (conforme localização do eczema)

- Suporte psicológico.

6.4 Urticária Crônica e Angioedema

A urticária crônica é uma doença da pele que se caracteriza por lesões avermelhadas e coceira intensa. Ela pode ser espontânea ou induzida por fatores como frio, calor, luz solar, fricção na pele, ou ainda por alimentos, medicamentos, substâncias químicas ou situações de estresse. As lesões são arredondadas, um pouco elevadas na pele, com bordas definidas, e parte central pálida. Apresenta-se em surtos que aparecem e desaparecem, podendo durar algumas horas. Geralmente não deixam marcas na pele.

Angioedema é um edema envolvendo as camadas mais profundas da subderme, e ocorre em associação com a urticária em cerca de 40% dos casos. Também pode ocorrer na ausência de urticária. Angioedema que envolve a face ou o pescoço pode, potencialmente, comprometer as vias aéreas, requerendo seu manejo imediato.

6.4.1 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia

- Urticária crônica (lesões recorrentes, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 6 semanas) refratária ao tratamento clínico otimizado por 4 semanas ou mais.

6.4.2 Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Imunologia

- Angioedema recorrente (mais de 1 episódio), sem lesões de urticária e sem etiologia identificada;
- Angioedema e/ou urticárias associadas a sinais de gravidade (obstrução de via aérea, broncoespasmo e hipotensão), após avaliação em serviço de urgência/emergência.

6.4.3 Tratamento inicial

- Afastar possíveis causas desencadeantes
- Anti-histamínicos: Loratadina 10mg/dia; Dexclorfeniramina 2mg 8/8h.
- Corticoides durante as exacerbações

6.5 Dermatoses Eritematoescamosas

As dermatoses eritematoescamosas são doenças de pele que se caracterizam por descamação e vermelhidão. As dermatoses eritematoescamosas podem ter várias causas, incluindo fatores genéticos, infecções, medicamentos, reações alérgicas, estresse emocional, entre outros. Podem ainda estar associadas a condições imunocomprometedoras, como a infecção pelo HIV.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

- Suspeita ou diagnóstico de psoríase eritrodérmica;
- Psoríase extensa
- Psoríase que ocasione prejuízo funcional grave;
- Psoríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento tópico otimizado por 3 meses
- Pitiríase refratária ou sem resposta satisfatória ao tratamento
- Líquen refratário ou sem resposta satisfatória ao tratamento

6.5.1 Tratamento inicial

- Uso de emolientes: todos os pacientes devem utilizar hidratantes nas lesões 1x/dia, para restabelecer a barreira cutânea.
- Importante reforçar com o paciente que ainda não existe cura permanente para a psoríase, tratando-se de uma doença normalmente de curso crônico, cujo objetivo do tratamento é controlar os episódios agudos e manter a remissão.
- Lesões em face, região genital, mamas ou áreas intertriginosas: deve-se evitar o uso de corticoide tópico nessas áreas.

6.6 Doenças bolhosas

São doenças autoimunes que causam bolhas na pele e, por vezes, mucosas, que se caracterizam pela presença de bolhas intraepidérmicas decorrentes de acantólise, como resultado da presença de autoanticorpos IgG. São também conhecidas como doenças bolhosas da pele ou pênfigos.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

- Pênfigo e Penfigoide
- Dermatite Herpetiforme
- Epidermólise bolhosa

6.6.1 Tratamento inicial

- Corticoide oral em dose imunossupressora: dose de 1 a 2 mg/kg/dia

6.7 Acne

Acne é uma doença de pele que ocorre quando as glândulas secretoras de óleo (glândulas sebáceas) tornam-se inflamadas ou infectadas, provocando cravos, espinhas, cistos, caroços e cicatrizes. Acne é causada por infecção ou inflamação das glândulas sebáceas na base dos pelos. Os poros da pele ficam cheios deste material, formando os chamados cravos. Estes podem romper-se, liberando o material de seu interior na pele, gerando as espinhas.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

- acne grave: acne fulminans (acne com nódulos e placas de surgimento súbito, crostas hemorrágicas com ou sem febre e artralgias); acne conglobata (acne nodular grave, com drenagem de secreção, trajetos fistulosos e cicatrizes);
- Acne moderada: acne mista e papulopustulosa; acne nodular
- acne leve, com prejuízo na qualidade de vida e com falha no tratamento clínico otimizado realizado por pelo menos 4 meses (antibioticoterapia sistêmica associada a tratamentos tópicos)

6.7.1 Tratamento inicial

- Acne leve: retinoide tópico. Considerar retinoide tópico + antibiótico tópico
- Acne moderada: terapia combinada oral e tópica.
- Acne Grave: Conglobata – antibiótico oral + retinoide tópico + peróxido benzoíla; Fulminans – Prednisona 05,5 a 1 mg/kg/dia + antibiótico oral

* Antibiótico oral: Azitromicina 500mg/dia por 3 dias, 1x/mês, de 3 a 4 ciclos

6.8 Alopecia

Alopecia ou calvície é ausência, rarefação (os fios se tornam menos numerosos) ou queda, transitória ou definitiva, dos cabelos ou dos pelos, podendo ocorrer de forma local, regional ou total.

Entre as possíveis causas estão fatores genéticos, hormonais, imunológicos, fatores ambientais, como o estresse ou a presença de micro-organismos, para disparar uma resposta imunológica que lesa o folículo piloso. Em alguns casos, a alopecia pode estar associada a enfermidades de natureza imunológica, como tireoidites, diabetes, lúpus, vitiligo, rinites e a outras condições alérgicas.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

- Alopecias cicatriciais;
- Alopecia areata com mais de 30% da área do couro cabeludo acometida;
- alopecia areata ofiásica (alopecia em faixa nas regiões laterais e occipital do couro cabeludo);
- Alopecia areata refratária ao tratamento tópico otimizado por 3 meses;
- Alopecia androgenética refratária ao tratamento clínico otimizado por 12 meses;
- Queda de cabelo há pelo menos 6 meses, com teste de tração positivo, na ausência de fatores desencadeantes

6.8.1 Tratamento inicial

Alopecia areata

Corticoide tópico 1x/dia por 90 dias. Reduzir frequência gradualmente.

Alopecia Androgênica

Minoxidil 5% sol. - 20 gotas ao dia no local, 1 a 2x/dia por 4 a 6 meses

6.9 Vitiligo

O vitiligo é uma doença é caracterizada por lesões cutâneas de hipopigmentação, ou seja, manchas brancas na pele com uma distribuição característica. O tamanho das manchas é variável e as lesões formam-se devido à diminuição ou à ausência de melanócitos. As causas da doença ainda não estão claramente estabelecidas, mas fenômenos autoimunes parecem estar associados ao vitiligo. Além disso, alterações ou traumas emocionais podem estar entre os fatores que desencadeiam ou agravam a doença.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

- Vitiligo extenso;
- Vitiligo rapidamente progressivo;
- Vitiligo com resposta insatisfatória ao tratamento tópico otimizado, por 6 meses

6.9.1 Tratamento inicial

- Discutir a possibilidade de não realizar qualquer tratamento nos pacientes com fototipos I e II ou nos pacientes que não apresentam incômodo estético.
- Sempre orientar proteção solar física (chapéus e roupas) e uso de protetor solar FPS 30 ou maior.
- Considerar uso de: corticoide tópico; suplementação vitamina B12, ácido fólico, vitamina C
- Pode haver associação com doenças sistêmicas: investigar tireoidopatia, diabetes, anemia perniciosa entre outras.

6.10 Lesões Ulceradas – Leishmaniose

A leishmaniose é uma doença parasitária da pele e mucosas causada por protozoários do gênero *Leishmânia*. É transmitida pela picada de insetos infectados, conhecidos como flebotomíneos ou mosquitos-palha.

A doença cutânea apresenta-se classicamente por pápulas, que evoluem para úlceras com bordas elevadas e fundo granuloso, que podem ser únicas ou múltiplas e são indolores. Também pode manifestar-se como placas verrucosas, papulosas, localizadas ou difusas.

A forma mucosa, secundária ou não à cutânea, caracteriza-se por infiltração, ulceração e destruição dos tecidos da cavidade nasal, faringe ou laringe. Quando a destruição dos tecidos é importante, podem ocorrer perfurações do septo nasal e/ou do palato.

Na suspeita ou confirmação diagnóstica de Leishmaniose, os casos devem ser encaminhados para a Policlínica de Sorocaba por meio do e-mail: amleishmaniose@sorocaba.sp.gov.br

6.11 Hanseníase

A hanseníase é uma doença infecciosa e contagiosa que afeta a pele e os nervos. É causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*.

Caracteriza-se por manchas brancas, avermelhadas, acastanhadas ou amarronzadas com alteração da sensibilidade térmica (ao calor e frio) e/ou dolorosa (à dor) e/ou tátil (ao tato), áreas com diminuição de pelo e suor. Pode apresentar sensação de formigamento e/ou fisgadas, principalmente nas mãos e pés. Pode comprometer nervos periféricos, geralmente com espessamento associado a alterações sensitivas, motoras e autonômicas. Pode ainda apresentar nódulos no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos.

Sua transmissão ocorre por meio de gotículas de saliva eliminadas na fala, tosse e espirro e por contato próximo e frequente com doentes que ainda não iniciaram tratamento.

Na suspeita ou confirmação diagnóstica de hanseníase, os casos devem ser encaminhados para a Policlínica de Sorocaba por meio do e-mail: hanseniase@sorocaba.sp.gov.br

6.12 Rosácea

A rosácea é uma doença crônica da pele que provoca vermelhidão, inchaço e vasos sanguíneos visíveis. Ela afeta principalmente a região central do rosto, mas pode se espalhar para as bochechas, nariz, testa e queixo. A rosácea pode ser confundida com acne, mas não está associada à formação de cravos.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

- rosácea fimatosa (aumento de volume do tecido afetado na região do nariz, mento, glabella ou região malar);
- rosácea granulomatosa/pioderma facial (pápulas eritematosas, pústulas, cistos e trajetos fibrosos na região malar, periorbital e perioral, de surgimento súbito e na ausência de comedões);
- rosácea refratária ao tratamento clínico otimizado por 3 meses

6.12.1 Tratamento inicial

- utilizar sabonetes suaves para limpeza da pele; evitar produtos irritativos (tônicos, adstringentes, esfoliantes);
- Uso regular de filtro solar FPS 30 ou maior;
- Hidratantes faciais, 2x/dia.
- Casos leves a moderados: metronidazol tópico, 1x/dia, por 8 semanas
- Casos moderados a graves: antibioticoterapia sistêmica com Doxiciclina 100mg 1 a 2x/dia por 4 a 12 semanas

6.13 Prurido

O prurido é definido como uma sensação desagradável que causa vontade de se coçar. O prurido é um sintoma subjetivo comum na dermatologia e pode ocorrer com ou sem lesões cutâneas visíveis. Pode ser localizado ou generalizado. Prurido crônico pode ser classificado como dermatológico, sistêmico, neurológico, psicogênico/psicossomático, misto ou de etiologia desconhecida.

Causas sistêmicas de prurido que devem ser descartadas:

- doença hepática – hiperbilirrubinemia,
- doenças hematológicas – anemia por deficiência de ferro, policitemia vera, doença de Hodgkin, leucemias, linfomas de células-T e mastocitose sistêmica
- insuficiência renal crônica
- endocrinopatias (hiper ou hipotireoidismo e diabetes),
- prurido neurogênico/neuropático - doenças do SNC ou periférico, como tumores cerebrais, esclerose múltipla, pós AVC, neuropatia, irritação ou compressão nervosa, como na notalgia parestésica, pós herpético (zoster) e prurido braquirradial
- prurido psicogênico/psiquiátrico – parasitofobia (delírio de parasitose), esquizofrenia, estresse, depressão, ansiedade, prurido misto ou de superposição.

Casos que devem ser encaminhados ao dermatologista, se constatada necessidade pelo médico assistente:

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

6.13.1 Tratamento inicial

- Investigação e manejo da doença de base, se identificada;
- Manter a hidratação da pele: uso de sabonetes pouco abrasivos, banhos mornos e rápidos, uso diário de emolientes (preferencialmente, sem fragrância);
- Evitar contato com produtos potencialmente irritantes, como roupas de lã, plantas, produtos de limpeza;
- Identificar e manejar o estresse emocional;
- Não coçar a pele e manter as unhas curtas;
- Antihistaminicos

6.14 Lesões Estéticas

Queloide ou cicatriz hipertrófica, sem limitação funcional (de mobilidade, dor, retração ou dificuldades nas atividades da vida diária), porém com prejuízo estético importante e sofrimento psicológico associado

6.14.1 Tratamento inicial

Acolhimento emocional e controle de sintomas associados

6.15 Demais Lesões e Casos de Urgência

Nos casos em que não é possível chegar a uma hipótese diagnóstica adequada, e casos refratários ao tratamento, podem ser encaminhados para avaliação com dermatologista. O encaminhamento deve conter descrição detalhada da lesão com todos os tratamentos já realizados, e qual foi a resposta ao tratamento.

Os casos de urgência, dermatoses graves, que requerem atenção médica imediata, devem ser encaminhados para os serviços de urgência: UPAs, PAs, UPHs, e nos casos indicados, deve-se solicitar vaga via SIRESP para internação hospitalar/avaliação dermatológica de urgência.

Acometimentos agudos como: urticárias, infecções, farmacodermias, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica, psoríase pustulosa, púrpura fulminante, dermatoses bolhosas, eritrodermias, dentre outras, exigem um atendimento nesse tipo de serviço devido à gravidade dos casos.

Os casos não listados acima como piodermites, herpes, furunculoses, escabiose, larva migrans, dermatite das fraldas, erisipela, etc, devem ser conduzidas na própria unidade básica de saúde. No caso de dificuldade terapêutica ou diagnóstica, podem ser encaminhados ao dermatologista.

7. FLUXO ASSISTENCIAL E PRIORIZAÇÃO

7.1 Critérios para Agendamento de Encaminhamentos

A necessidade de consulta com o especialista será determinada pelo profissional médico que deverá constatar a indicação clínica e realizar o encaminhamento do usuário conforme os critérios deste protocolo.

Somente serão aceitos para agendamento os encaminhamentos que apresentem as informações clínicas mínimas exigidas para análise regulatória.

O agendamento será realizado com base na classificação de prioridade e na disponibilidade de vagas da Central de Regulação Eletiva e Divisão de Avaliação e Controle — CREDAC.

O acompanhamento poderá ocorrer no serviço especializado ou retornar à Unidade Básica de Saúde por meio de contrarreferência, quando a condição clínica permitir continuidade do cuidado na APS.

Para adequada regulação, devem constar na solicitação:

- História clínica com início dos sinais e sintomas, fatores de melhora e piora, tempo de evolução e presença de mudança da lesão ao longo do tempo;
- Exame físico dermatológico, com descrição de morfologia, tamanho, localização, limites/bordas, coloração, textura, sensibilidade, ulceração e demais achados relevantes;
- Exames complementares pertinentes, quando disponíveis;
- Hipóteses diagnósticas;
- Tratamentos já realizados, tratamentos em uso e resposta terapêutica observada;
- Foto da lesão anexada ao sistema, sempre que aplicável e tecnicamente possível.

As demandas municipais relacionadas a condições dermatológicas devem ser direcionadas conforme o tipo de necessidade assistencial: Dermatologia – Consulta em Atenção Especializada; Dermatologia – Suspeita de Câncer de Pele; e Pequenas Cirurgias/Cirurgia Plástica para lipomas, cistos, lesões benignas e condições que demandem procedimento cirúrgico, desde que não haja suspeita de câncer de pele.

Nos casos de leishmaniose, hanseníase ou tuberculose tegumentar, o encaminhamento deverá seguir os fluxos específicos e e-mails institucionais estabelecidos para cada linha de cuidado.

7.2 Priorização

P0/Emergência: Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Para esses casos, a orientação é encaminhar às UPAs ou PAs;

P1: Casos ambulatoriais que necessitam de atendimento especializado em curto prazo;

P2: Situações clínicas sem gravidade que demandam agendamento eletivo;

P3: Demais casos que necessitam de atendimento eletivo não prioritário, podendo ser inicialmente acompanhados pelos médicos da Atenção Primária à Saúde (APS), com agendamento em especialidade realizado em tempo oportuno, sem prejuízo à saúde do paciente.

7.3 Classificação de Prioridade Conforme Condição Clínica

Considerando que cada caso deve ser avaliado individualmente, a fim de assegurar a equidade do processo regulatório, e levando em conta as particularidades de cada patologia, apresenta-se a seguir uma proposta de classificação de prioridade.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE	CONDIÇÃO CLÍNICA
P0	Farmacodermia grave, anafilaxia/angioedema com risco de via aérea, infecção cutânea grave, necrose, sepse ou necessidade de internação.
P1	Suspeita de câncer de pele; melanoma confirmado; doenças vesicobolhosas; eritrodermia sem indicação hospitalar; dermatite atópica grave; psoríase grave; acne grave; alopecia cicatricial; alopecia areata rapidamente progressiva; vitiligo rapidamente progressivo; micoses subcutâneas/sistêmicas.
P2	Dermatoses refratárias ao tratamento clínico otimizado, dermatites recorrentes, urticária crônica refratária, onicomicose com complicações, rosácea refratária e condições que demandem avaliação diagnóstica especializada.
P3	Condições leves ou estáveis, lesões benignas sem sinais de alarme, dermatoses controladas e demandas sem prejuízo funcional ou risco clínico imediato.

***Aqueles com doenças vesicobolhosas (p. ex. pênfigo vulgar), erupções pustulosas, farmacodermias graves, eritrodermias (que não necessitem de internação), dermatite atópica grave, psoríase grave, acne grave, alopecia areata rapidamente progressiva, alopecias cicatriciais, micose subcutânea ou sistêmica, vitiligo rapidamente progressivo ou hanseníase devem ter preferência no encaminhamento para a Dermatologia, quando comparados com outras condições previstas neste protocolo.**

8. REFERÊNCIAS

1. SÃO PAULO (Estado). Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB nº 137, de 25 de outubro de 2024**. Aprova a atualização da Nota Técnica CIB – Protocolo Clínico de Regulação de Acesso para Tratamento de Alta Complexidade em Oncologia. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 29 out. 2024. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/10/E_DL-CIB-137_251024.pdf. Acesso em: 26 jun. 2026.
2. SÃO PAULO (Estado). Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação CIB nº 138, de 25 de outubro de 2024**. Aprova a atualização da Nota Técnica CIB – Protocolo Estadual de Alta Suspeição em Oncologia e Diretrizes para a pactuação de Protocolo Regional de Acesso à Rede de Alta Complexidade em Oncologia, no Estado de São Paulo. *Diário Oficial do Estado de São Paulo*, São Paulo, 29 out. 2024. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2024/10/E_DL-CIB-138_251024.pdf. Acesso em: 26 jun. 2026.
3. SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolos de acesso: protocolo clínico de regulação de acesso para tratamento de alta complexidade em oncologia: versão 2015 revisada: volume II**. São Paulo: SMS, 2019.
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de regulação ambulatorial: dermatologia adulto: versão digital 2023**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 jan. 2018. Atualizado em: 5 maio 2023. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>. Acesso em: 26 jun. 2026.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na atenção básica**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
6. ZUBERBIER, T. et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*, v. 77, n. 3, p. 734-766, mar. 2022.
7. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital Universitário Alcides Carneiro. **PRT-UCM-002: dermatoses bolhosas mais frequentes**. Campina Grande: HUAC-UFCG/EBSERH, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2021/dezembro/prt-ucm-002-dermatoses-bolhosas-mais-frequentes.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2026.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Acne**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/acne/>. Acesso em: 6 jan. 2026.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Alopecia: queda de cabelos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/alopecia-queda-de-cabelos/>. Acesso em: 14 dez. 2025.
10. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Vitiligo**. Rio de Janeiro: SBD, [s. d.]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/vitiligo/>. Acesso em: 8 set. 2025.
11. OLIVEIRA, Dallis Lázara; MARQUES, Ana Cecília Alves Silva; SANTOS, Raíssa Aparecida da Silva; PERES, Tiago Augusto Fernandes. Urgências dermatológicas. *Anais do COMED*, Patos de Minas, n. 3, p. 242-245, 2018.
12. A. C. CAMARGO CANCER CENTER. **Você sabe identificar o câncer de pele tipo melanoma?** São Paulo: A. C. Camargo Cancer Center, [s. d.]. Disponível em: <https://accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/voce-sabe-identificar-o-cancer-de-pele-tipo-melanoma>. Acesso em: 4 out. 2025.
13. FESTA NETO, Cyro; CUCÉ, Luiz Carlos; REIS, Vitor Manoel Silva dos. **Manual de dermatologia**. 6. ed. Santana de Parnaíba: Manole, 2024.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de pele**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s. d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-pele>. Acesso em: 28 abr. 2025.

15. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. **Câncer da pele**. Rio de Janeiro: SBD, [s. d.]. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/doencas/cancer-da-pele/>. Acesso em: 28 abr. 2025.
16. SKIN CANCER FOUNDATION. **Imagens de câncer de pele**. New York: Skin Cancer Foundation, [s. d.]. Disponível em: <https://www.skincancer.org/pt/skin-cancer-information/skin-cancer-pictures/>. Acesso em: 8 maio 2025.
17. ACADEMIC DERMATOLOGY OF NEVADA. **Tinea corporis: ringworm, tinea circinata**. Las Vegas: Academic Dermatology of Nevada, [s. d.]. Disponível em: <https://acadderm.com/tinea-corporis-ringworm-tinea-circinata/>. Acesso em: 8 maio 2025.
18. NATIONAL ALOPECIA AREATA FOUNDATION. **Alopecia areata: symptoms and diagnosis**. San Rafael: NAAF, [s. d.]. Disponível em: <https://www.naaf.org/diagnosis/>. Acesso em: 8 maio 2025.
19. NATIONAL ALOPECIA AREATA FOUNDATION. **Alopecia areata types**. San Rafael: NAAF, [s. d.]. Disponível em: <https://www.naaf.org/alopecia-areata/types-of-alopecia-areata/>. Acesso em: 8 maio 2025.
20. NATIONAL ROSACEA SOCIETY. **The many faces of rosacea**. Barrington: National Rosacea Society, [s. d.]. Disponível em: <http://www.rosacea.org/patients/faces-of-rosacea>. Acesso em: 8 maio 2025.

9. APÊNDICES

9.1 Apêndice 1 – Guia encaminhamento Dermatologia

GUIA ENCAMINHAMENTO AMBULATORIAL DERMATOLOGIA

DIAGNÓSTICO

1. MICOSE REFRATÁRIA A TRATAMENTO CID-10: B49
2. PRURIDO / ECZEMA REFRATÁRIO A TRATAMENTO CID-10: L29
3. DERMATITE DE CONTATO SEM CAUSA DEFINIDA CID-10: L30
4. LESÕES INFILTRATIVAS / SUSPEITA NEOPLASIA CUTÂNEA CID-10: C44
5. URTICÁRIA CRÔNICA CID-10: L50
6. DERMATOSES ERITEMATO ESCAMOSAS(PSORÍASE/LIQUEN/PITIRÍASE) CID-10: L40 / L43 / L42
7. BULOSES (PÊNFIGO/PENFIGOIDE/ DERMATITE HERPETIFORME) CID-10: L10
8. ACNE MODERADA-GRAVE / ALOPÉCIA / DISTÚRBIO ESTÉTICO CID-10: L70 / L63
9. VITILIGO CID-10: L80
10. OUTROS

EXAMES REALIZADOS

QUADRO CLÍNICO

TEMPO DE SURGIMENTO DA LESÃO: _____

SINTOMAS ASSOCIADOS:

TRATAMENTOS REALIZADOS

EXAME FÍSICO (DESCRIÇÃO DA LESÃO)

LESÃO ELEMENTAR: MÁCULA /MANCHA / PÁPULA / PLACA / NÓDULO / VEGETAÇÃO

NÚMERO:

TAMANHO:

COR:

FORMA:

TEXTURA:

LOCALIZAÇÃO:

CARACTERÍSTICAS: DOR / COCEIRA / DESCAMAÇÃO / QUEIMAÇÃO

JUSTIFICATIVA ENCAMINHAMENTO

9.2 Apêndice 2 – Guia encaminhamento Suspeita Câncer de Pele

GUIA ENCAMINHAMENTO DEMANDA SUSPEITA DE CANCER DE PELE

SUSPEITA DE MELANOMA:

REGRA DO ABCDE

A – ASSIMETRIA

- Uma metade da lesão é diferente da outra metade? ☐ Sim ☐ Não

B – BORDAS

- Bordas irregulares, mal definidas ou recortadas? ☐ Sim ☐ Não

C – COR

- Variação de cor na mesma lesão (tons de marrom, preto, vermelho, branco ou azul)? ☐ Sim ☐ Não

D – DIÂMETRO

- Maior que 6 mm (tamanho de uma borracha de lápis)? ☐ Sim ☐ Não

E – EVOLUÇÃO

- A lesão está mudando de tamanho, forma ou cor? ☐ Sim ☐ Não

AValiação complementar – SINAL DO “PATINHO FEIO”

- A lesão parece diferente das outras pintas do paciente? ☐ Sim ☐ Não

SUSPEITA DE CARCINOMA BASOCELULAR

Lesão com UMA ou MAIS das seguintes características:

- ☐ **Pápula ou nódulo perolado/brilhante** (translúcido, cor de pele ou rosado)
- ☐ **Telangiectasias visíveis** na superfície da lesão
- ☐ **Bordas elevadas/enroladas** com centro deprimido ou ulcerado
- ☐ **Placa eritematosa plana** com aspecto eczematoso que não responde a tratamento
- ☐ **Lesão esbranquiçada/cicatricial** sem história de trauma prévio
- ☐ **Lesão pigmentada** (marrom, azul ou preta) - mais comum em fototipos mais altos
- ☐ **Lesão que sangra facilmente** com trauma mínimo ou espontaneamente

SUSPEITA DE CARCINOMA ESPINOCELULAR

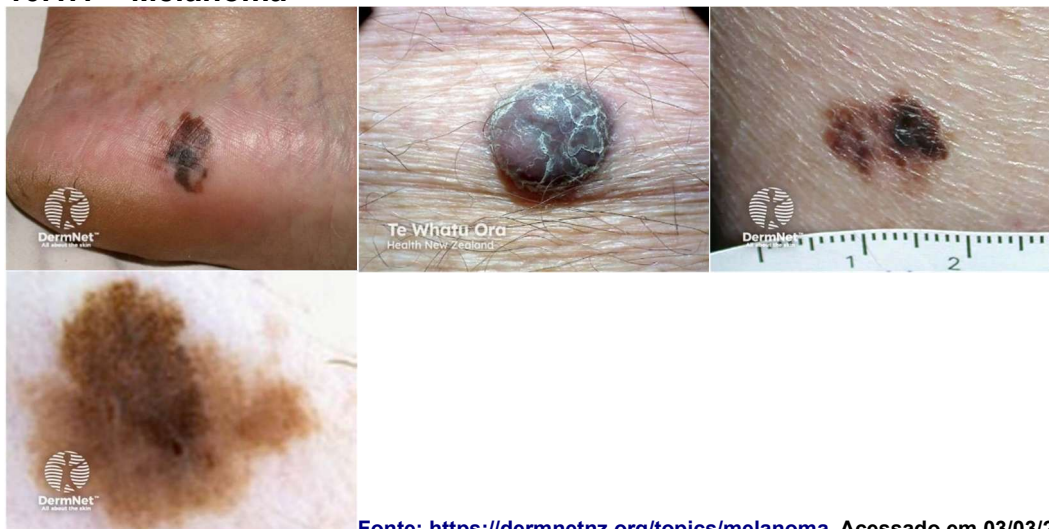
Lesão com UMA ou MAIS das seguintes características:

- ☐ **Pápula ou nódulo firme, eritematoso** (vermelho ou rosado)
- ☐ **Superfície hiperqueratótica/escamosa** (áspera ao toque)
- ☐ **Ulceração central** ou crosta persistente
- ☐ **Lesão que não cicatriza** há mais de 4 semanas
- ☐ **Crescimento rápido** (semanas a poucos meses)
- ☐ **Sangramento recorrente** com trauma mínimo
- ☐ **Corno cutâneo** (projeção hiperqueratótica cônica)
- ☐ **Placa eritematosa escamosa** (Doença de Bowen - CEC in situ)

10. ATLAS

10.1 – Câncer de pele

10.1.1 – Melanoma



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/melanoma>. Acessado em 03/03/2026

A	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Benigno</th> <th>Maligno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Simétrico</td> <td>Assimétrico</td> </tr> </tbody> </table>	Benigno	Maligno			Simétrico	Assimétrico	Assimétricas: quando a metade da pinta é diferente da outra metade.
Benigno	Maligno							
								
Simétrico	Assimétrico							
B	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Benigno</th> <th>Maligno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bordas regulares</td> <td>Bordas irregulares</td> </tr> </tbody> </table>	Benigno	Maligno			Bordas regulares	Bordas irregulares	Bordas irregulares: se elas são dentadas, chanfradas e com sulcos.
Benigno	Maligno							
								
Bordas regulares	Bordas irregulares							
C	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Benigno</th> <th>Maligno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Uma cor só</td> <td>Mais de uma cor</td> </tr> </tbody> </table>	Benigno	Maligno			Uma cor só	Mais de uma cor	Cor: quando não é a mesma em toda a pinta, com diferentes tons de marrom e preto e, às vezes, de vermelho, azul ou branco.
Benigno	Maligno							
								
Uma cor só	Mais de uma cor							
D	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Benigno</th> <th>Maligno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Diâmetro < 6 mm</td> <td>Diâmetro > 6 mm</td> </tr> </tbody> </table>	Benigno	Maligno			Diâmetro < 6 mm	Diâmetro > 6 mm	Diâmetro de mais de 6 mm, embora médicos possam diagnosticar melanomas bem menores com um aparelho chamado dermatoscópio.
Benigno	Maligno							
								
Diâmetro < 6 mm	Diâmetro > 6 mm							
E	Evolução: mudanças observadas em suas características ao longo do tempo (tamanho, forma ou cor).							

Fonte: <https://accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/voce-sabe-identificar-o-cancer-de-pele-tipo-melanoma>
Acessado em 03/03/2026

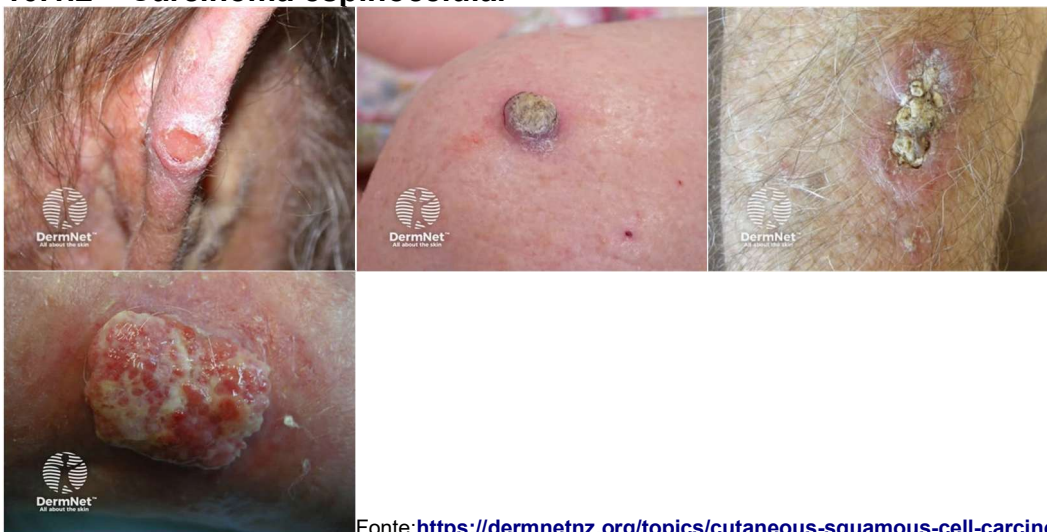
10.1.2 – Carcinoma basocelular



03/03/2026

Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/basal-cell-carcinoma>. Acessado em

10.1.2 – Carcinoma espinocelular



em 03/03/2026

Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/cutaneous-squamous-cell-carcinoma>. Acessado

10.2 – Micoses

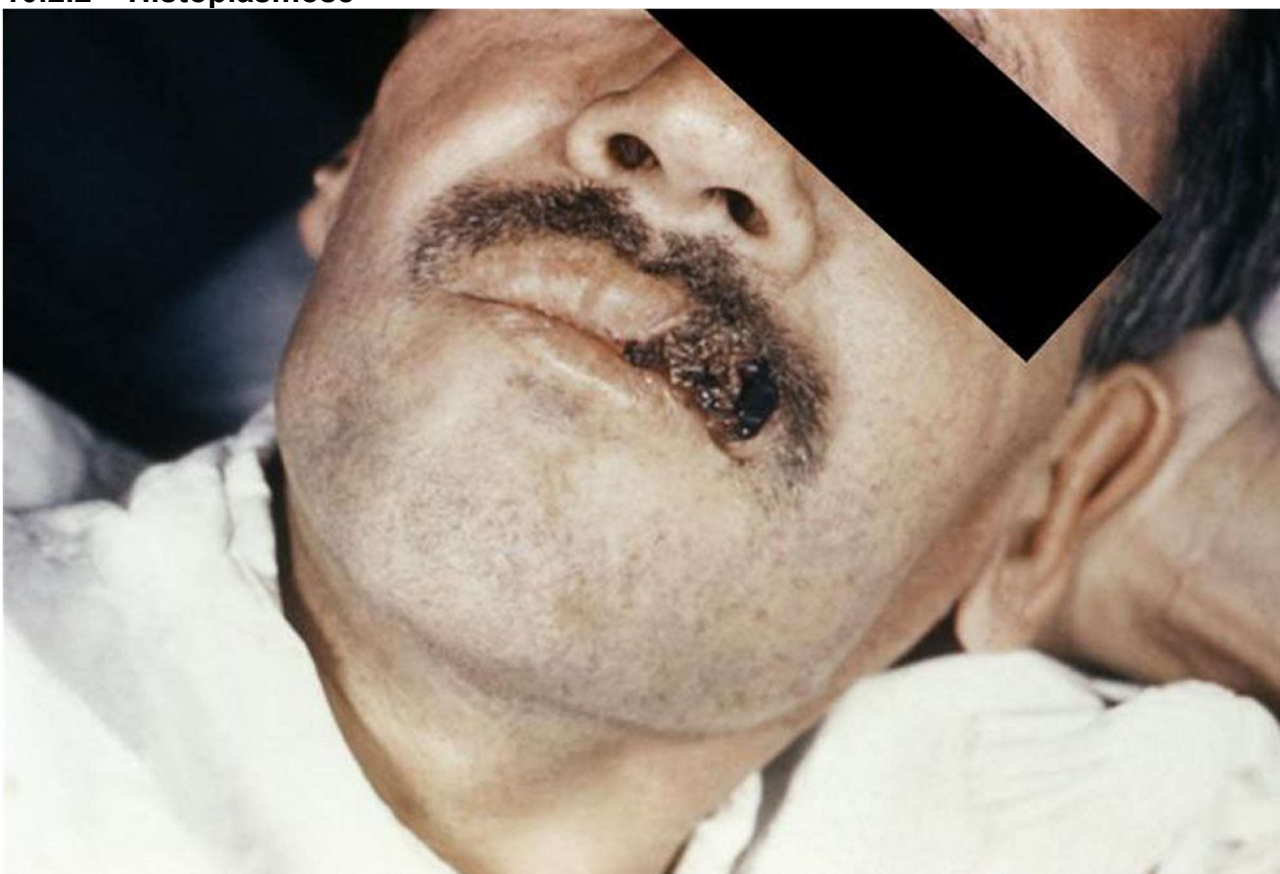
10.2.1 – Paracoccidioidomicose





Fonte: https://www.msmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/fungos/paracoccidioidomycose#Sinais-e-sintomas_v1012685_pt. Acessado em 03/03/2026

10.2.2 – Histoplasmose



Fonte: https://www.msmanuals.com/pt/profissional/doen%C3%A7as-infecciosas/fungos/histoplasmose#Sinais-e-sintomas_v1012503_pt. Acessado em 03/03/2026

10.2.3 – Candidíase



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/candida>. Acessado em 03/03/2026

10.2.4 – Tinea



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/tinea-cruris>. Acessado em 03/03/2026



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/tinea-corporis>. Acessado em 03/03/2026

10.2.5 – Onicomicose



<https://dermnetnz.org/images/onychomycosis-images>. Acessado em 03/03/2026

10.2.6 – Pitiríase versicolor



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/pityriasis-versicolor>. Acessado em 03/03/2026

10.3 – Eczemas e dermatites

10.3.1 – Dermatite de contato



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/allergic-contact-dermatitis>. Acessado em

03/03/2026

10.3.2 – Dermatite atópica

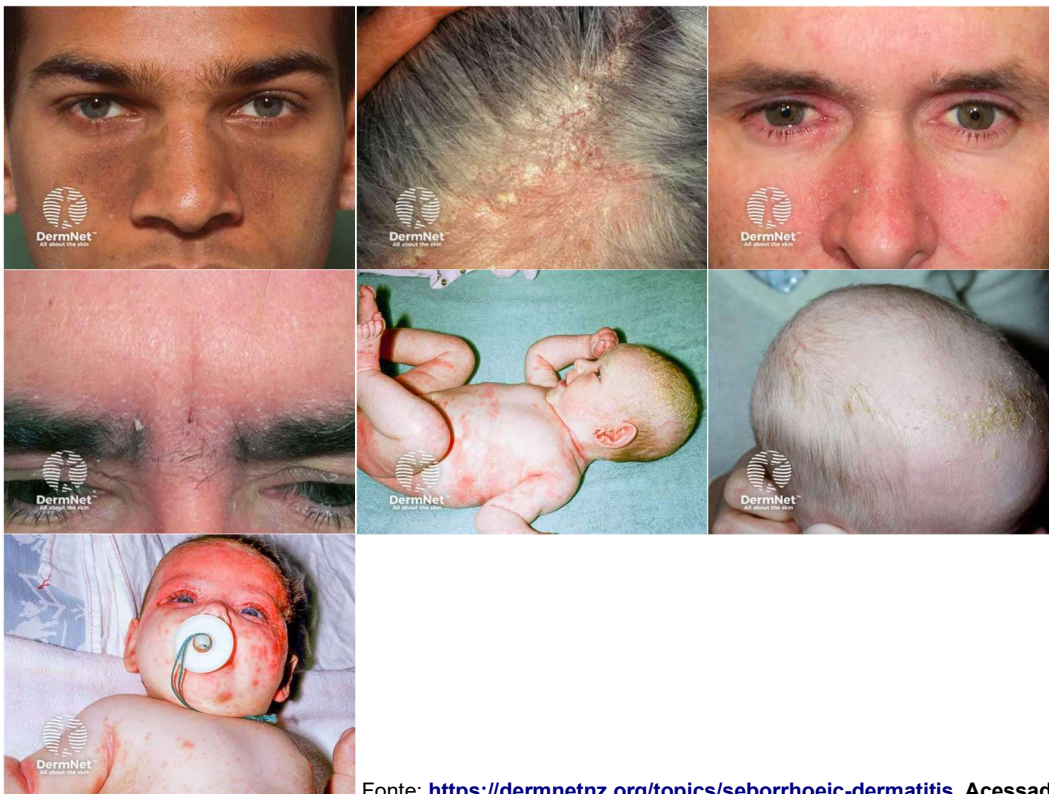




Fonte: [https://dermnetnz.org/topics/atopic-](https://dermnetnz.org/topics/atopic-dermatitis)

[dermatitis](https://dermnetnz.org/topics/atopic-dermatitis). Acessado em 03/03/2026

10.3.3 – Dermatite seborreica



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/seborrhoeic-dermatitis>. Acessado em

03/03/2026

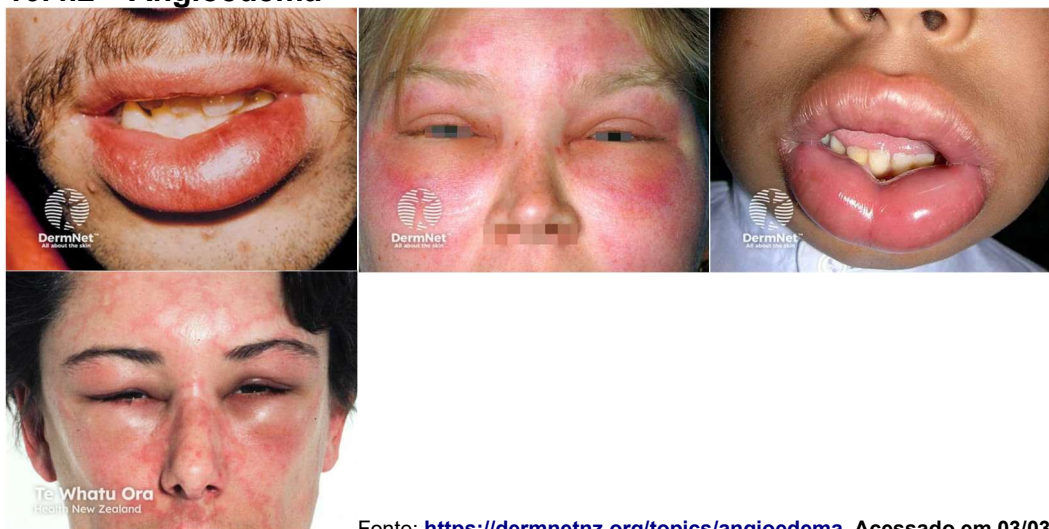
10.4 – Urticária Crônica e Angioedema

10.4.1 – Urticária



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/urticaria-images>. Acessado em 0/03/2026

10.4.2 – Angioedema



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/angioedema>. Acessado em 03/03/2026

10.5 – Dermatoses Eritemato Escamosas

10.5.1 – Psoríase



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/psoriasis>. Acessado em 03/03/2026

10.5.2 – Líquen



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/pityriasis-lichenoides>. Acessado em 03/03/2026

10.6 – Buloses

10.6.1 – Pênfigo



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/pemphigus-vulgaris>. Acessado em 03/03/2026



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/pemphigus-foliaceus>. Acessado em 03/03/2026

10.6.2 – Dermatite herpetiforme



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis>. Acessado em 03/03/2026

10.6.3 – Epidermólise bolhosa



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/epidermolysis-bullosa>. Acessado em 03/03/2026

10.7 – Acne

10.7.1-Acne fulminans



<https://dermnetnz.org/topics/acne-fulminans>. Acessado em 03/03/2026

10.7.2 – Acne conglobata



<https://dermnetnz.org/topics/nodulocystic-acne>. Acessado em 03/03/2026

10.7.3-Acne papulopustulosa



<https://dermnetnz.org/topics/inflammatory-lesions-in-acne>. Acessado em 03/03/2026

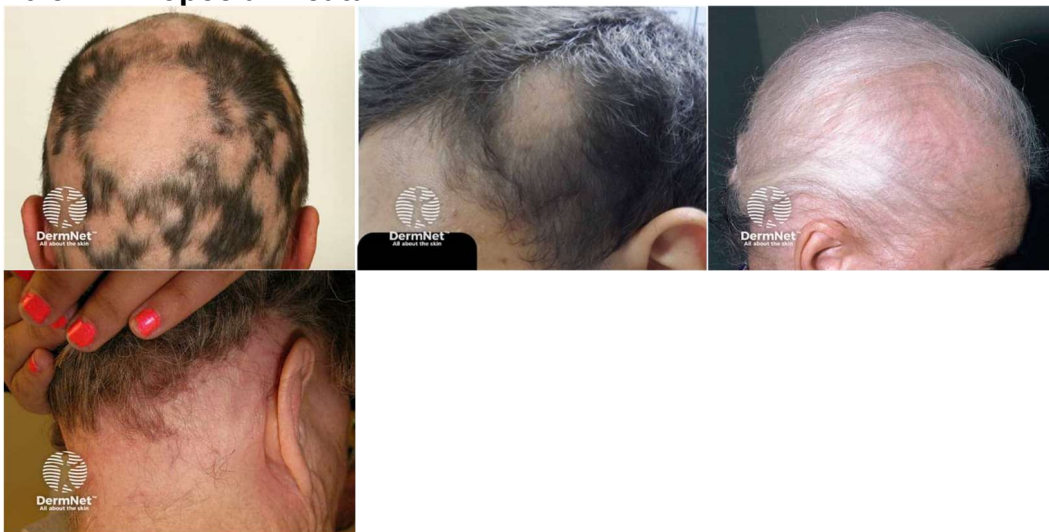
10.7.4-Acne nodular



<https://dermnetnz.org/topics/nodulocystic-acne>. Acessado em 03/03/2026

10.8 – Alopécia

10.8.1 – Alopécia Areata



<https://dermnetnz.org/topics/alopecia-areata>. Acessado em 03/03/2026

10.8.2 – Alopécia Androgênica



<https://dermnetnz.org/topics/hair-loss>. Acessado em 03/03/2026

10.9 – Vitiligo



<https://dermnetnz.org/topics/vitiligo>. Acessado em 03/03/2026

10.10 – Leishmaniose



<https://dermnetnz.org/topics/leishmaniasis-images>. Acessado em 03/03/2026

10.11 – Hanseníase



<https://dermnetnz.org/topics/leprosy>. Acessado em 03/03/2026

HANSENÍASE



<https://www.docsity.com/pt/docs/slide-sobre-hanseníase-e-seus-tipos/8201838/> Acessado em 03/03/2026

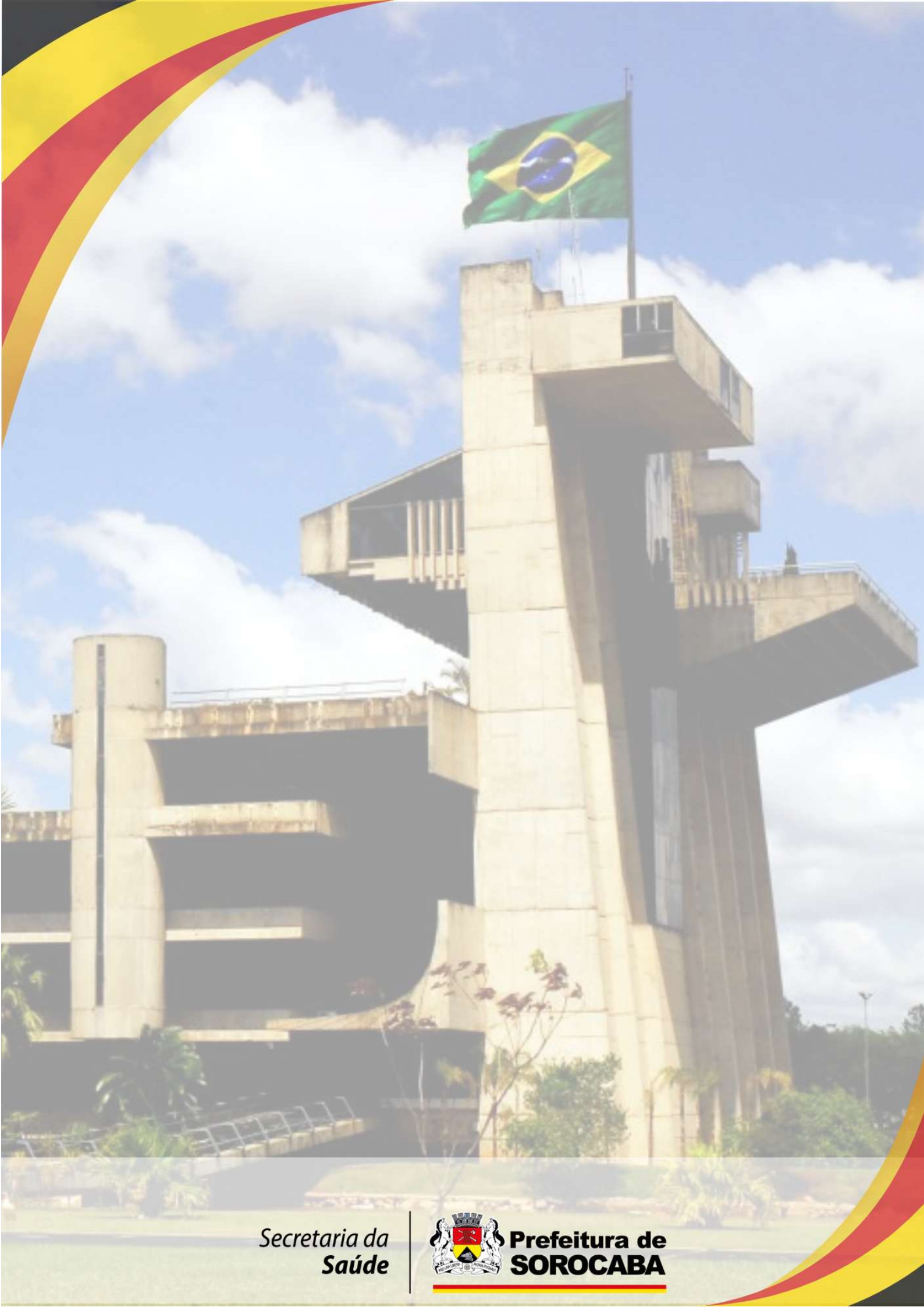
10.12 – Rosácea



Fonte: <https://dermnetnz.org/topics/rosacea>. Acessado em 03/03/2026

11. VIGÊNCIA E REVISÃO

- Vigência: Agosto/2026 a Agosto/2028
- Reavaliação pela equipe técnica em 15 dias após a implantação inicial, depois mensalmente nos três meses subsequentes e, a partir de então, a cada dois anos.
- Revisão antecipada em caso de atualização normativa, mudança de fluxo ou reorganização da rede.



Secretaria da
Saúde



**Prefeitura de
SOROCABA**