

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL

GUIA PRÁTICO DERMATOLOGIA

Brasília — DF
2024



MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL

GUIA PRÁTICO
DERMATOLOGIA

Brasília – DF
2024





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial — Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2024 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, 4.º andar
CEP: 70058-900 — Brasília/DF
Site: www.gov.br/saude
E-mail: desco@saude.gov.br

Ministra de Estado da Saúde:
Nísia Verônica Trindade Lima

Secretário de Atenção Primária à Saúde:
Felipe Proença de Oliveira

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
Secretaria Nacional de Políticas Penais
Diretoria de Políticas Penitenciárias
Setor Comercial Norte, Quadra 4, Bloco A, Ed. MultiBrasil, Torre A
CEP: 70714-000 — Brasília/DF
Site: www.gov.br/mj
E-mail: dirpp.senappen@mj.gov.br

Ministro de Estado da Justiça e Segurança Pública:
Ricardo Lewandowski

Secretário de Políticas Penais:
André de Albuquerque Garcia

Edição geral:
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Coordenação-geral:
José Eudes Barroso Vieira

Elaboração:
Aline Gonçalves Pereira
José Eudes Barroso Vieira
Lilian Silva Gonçalves
Maykeline dos Santos Leite
Thais de Sá Batista

Equipe Atenção Primária Prisional:
Anna Karolline dos Anjos de Moraes
Dieni Oliveira Rodrigues

Hariadny Ashlley Neves Clemente Saraiva
Marianna do Prado Sampaio
Raquel Lima de Oliveira e Silva

Coordenação editorial:
Júlio César de Carvalho e Silva

Capa, projeto gráfico e diagramação:
Sandra Castro de Araujo

Fotografia:
Dermatology Atlas
Thais de Sá Batista

Normalização:
Daniel Pereira Rosa — Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Atenção Primária Prisional — Guia Prático: Dermatologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Segurança Pública. —
Brasília : Ministério da Saúde, 2021.
53 p. : il.

Modo de Acesso: World Wide Web: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_prisional_guia_dermatologia.pdf
ISBN 978-65-5993-609-0

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Dermatologia. 3. Guia de Prática Clínica. I. Título. II. Ministério da Justiça e Segurança Pública.

CDU 614

Catalogação na fonte — Coordenação-Geral de Documentação e Informação — Editora MS — OS 2024/0064

Título para indexação:
Dermatology Pratical Guide — Prison Primary Care

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	5
BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS — ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL.....	6
ESCABIOSE	8
PEDICULOSE	11
Pediculose do couro cabeludo	11
Pediculose do corpo	12
Fitiríase.....	12
TUNGÍASE (BICHO DE PÉ).....	15
TINHA DO CORPORIS (IMPINGE).....	17
FURUNCULOSE	19
FOLICULITE.....	22
Foliculite superficial	22
Sicose da barba	23
Hordéolo	24
MIÍASE (BERNE)	27
Miíase primária furunculoide ou “Berne”	27
Miíase secundária	29

LARVA MIGRANS (BICHO GEOGRÁFICO)	30
URTICÁRIAS	31
PITIRÍASE VERSICOLOR (PANO BRANCO)	33
ECZEMA	34
Dermatite atópica	34
Dermatite de contato.....	35
Dermatite seborreica	35
VERRUGAS ANOGENITAIS	38
HANSENÍASE	40
Hanseníase indeterminada	41
Hanseníase tuberculoide	42
Hanseníase dimorfa	42
Hanseníase virchowiana.....	42
Hanseníase neural pura (ou neurítica primária).....	43
HERPES ZOSTER	49
REFERÊNCIAS	50

APRESENTAÇÃO

O Guia Prático de Dermatologia na Atenção Primária Prisional tem como propósito oferecer direcionamentos específicos para o diagnóstico, o tratamento e a prevenção de condições dermatológicas em ambientes prisionais, levando em consideração as particularidades desse contexto. Esta publicação visa aprimorar a capacidade de resolução dos profissionais de saúde em relação às principais doenças de pele, proporcionando atendimento de qualidade e uma resposta abrangente. Dada a sua relevância para fortalecer a eficácia das equipes nos territórios, é essencial que este guia seja divulgado amplamente e se torne conhecido por todas as pessoas envolvidas nos processos de produção e controle de qualidade das ações e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS).

É imprescindível que todas e todos os profissionais estejam identificados com crachás e utilizem vestimenta padrão, de acordo com sua categoria profissional, durante todo o período da jornada de trabalho, especialmente nos casos de ações realizadas nos presídios e em todas as atividades de contato com pacientes.

ATENÇÃO: Os padrões apresentados aqui podem ser utilizados como fundo em postagens, apresentações, ou como imagem principal em documentos, como elementos que ajudam a enriquecer o protagonismo das atividades ofertadas pela APS.

Em caso de dúvidas no manejo ou de problemas com o uso adequado dos equipamentos e instruções, entre em contato pelo e-mail desco@saude.gov.br.

BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS — ATENÇÃO PRIMÁRIA PRISIONAL

Na maioria das afecções dermatológicas, o diagnóstico é predominantemente clínico, fundamentado na história de vida pregressa da pessoa, na morfologia e na distribuição das lesões cutâneas, bem como nos sinais e sintomas clínicos associados e na exclusão de diversas condições eritematosas e eczematosas. Em adultos, as áreas mais frequentemente afetadas pelas lesões estão nas regiões de dobras e articulações, como cotovelos, joelhos, axilas e virilha.

O cuidado integral na Atenção Primária Prisional (APP) relativo às lesões de pele adota uma abordagem centrada na pessoa, que não se limita apenas ao tratamento das lesões, mas abrange uma avaliação global da saúde para promover o bem-estar geral e evitar recorrências. Aspectos essenciais desse cuidado abrangente envolvem uma abordagem colaborativa e em equipe, educação em saúde e incentivo ao autocuidado.

A anamnese e um exame físico minucioso são fundamentais para identificar e diagnosticar a condição apresentada, além de estabelecer um plano de cuidados. Durante o exame físico, observam-se características da pele (como umidade, aspereza), características das lesões, presença de espessamento devido a prurido persistente, eritema, descamação, escoriações, entre outros.

A abordagem terapêutica inclui a educação em saúde, para modificar hábitos ou controlar o ambiente, deve ser adaptada conforme a gravidade da doença. Geralmente, o tratamento visa reduzir sintomas, exacerbações ou tratar infecções presentes, buscando restaurar a integridade da pele.

Para as equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), enfrentar os desafios relacionados ao tratamento e ao controle do ambiente das pessoas privadas de liberdade é uma tarefa complexa devido às condições precárias de vida, aos impactos substanciais na saúde mental, à elevada prevalência de doenças infecciosas e à aglomeração nas celas. Contudo, é exatamente esse grupo que mais necessita de apoio e cuidados em saúde, dada a sua situação preexistente. A equipe responsável pelo cuidado dessas pessoas deve trabalhar ativamente para facilitar o acesso e manter a continuidade dos cuidados, implementando estratégias para lidar com as diversas situações apresentadas por diferentes pessoas no sistema penitenciário.

A Atenção Primária Prisional desempenha um papel estratégico na garantia do direito à saúde e na coordenação intra e extrasetorial. A eAPP desempenha um papel primordial na coordenação e gestão de toda a trajetória de cuidado das pessoas

privadas de liberdade, especialmente quando há a necessidade de encaminhamento para avaliação da pessoa em outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Cabe destacar que, para a manutenção da qualidade do cuidado, o registro de toda assistência prestada é essencial para a continuidade e abrangência do cuidado longitudinal. É no prontuário que se registra a história de vida e das condições clínicas pelo método SOAP (acrônimo para Subjetivo / Objetivo / Avaliação / Plano), permitindo o compartilhamento das informações entre os profissionais da equipe. Além disso, o registro possibilita a avaliação dos resultados do plano de cuidado implementado ao longo do tempo, proporcionando uma base sólida para ajustes e melhorias nas estratégias de cuidado.

ESCABIOSE

A escabiose, também conhecida como sarna, é uma condição parasitária que afeta os seres humanos e é provocada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei var hominis* com período de incubação de 1 a 6 semanas. A doença se manifesta através de lesões que podem assumir a forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais o ácaro deposita seus ovos. O prurido é intenso nas regiões afetadas, aumentando no período da noite (momento de reprodução e depósito dos ovos). Em unidades prisionais, a transmissão do piolho pode ocorrer facilmente devido à proximidade entre as pessoas e às condições de convivência.

Figura 1 — Lesões vesiculares e eritema causados pela escabiose



Fonte: Thais de Sá Batista.

- **Áreas típicas das lesões:** Interdigital, punhos (face interior), axilar, dobras abdominais, interglúteo, inguinal e inframamário. Em crianças e idosos, podem ocorrer no couro cabeludo, nas palmas das mãos e plantas dos pés.
- **Forma de transmissão:** A escabiose é transmitida predominantemente por contato direto de pele com pele, ocorrendo quando uma pessoa contaminada tem proximidade com uma pessoa saudável. Este contágio é comumente observado em atividades do dia a dia, como abraços, apertos de mãos, relações sexuais, ou ainda, pelo compartilhamento de roupas e objetos pessoais, incluindo roupas de cama, toalhas e peças de vestuário. As pessoas infectadas pela escabiose apresentam uma elevada carga do ácaro *Sarcoptes scabiei* nas camadas da pele, tornando-as altamente contagiosas.
- **Diagnóstico:** É realizado pelo histórico clínico da pessoa, incluindo sintomas, exposição recente a fontes potenciais de infestação e presença de casos semelhantes em familiares ou contatos próximos. CID-10 e CIAP: B86 — Escabiose (sarna); S72 — Escabiose/outras acaríases.
- **Medidas de controle:**
 - Tratar a pessoa infectada;
 - Lavar as roupas de banho e de cama com água quente (pelo menos a 55°C);
 - Buscar casos na família ou em pessoas que dividem o mesmo espaço (ambientes fechados, celas prisionais, onde as pessoas estão em contato mais próximo e compartilham espaços e itens pessoais) que a pessoa infectada e tratá-los oportunamente;
 - Isolar a pessoa até 24 horas após o término do tratamento. Em caso de paciente hospitalizado, recomenda-se o isolamento, a fim de evitar surtos em enfermarias, tanto para outros doentes como para profissionais de saúde.

FIQUE ATENTO! Havendo infecção secundária, deve-se utilizar antibioticoterapia sistêmica.

Quadro 1 — Tratamento para escabiose

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Ivermectina 6mg	Dose única, via oral, obedecendo à escala de peso corporal, apresentada no Quadro 2. Repetir a dose única, via oral, entre 7 e 10 dias (doses recomendadas para crianças e adultos).	Não é recomendado para pessoas < 15kg, mulheres grávidas e lactantes.
Permetrina 5% loção	Aplicar à noite a loção em todo o corpo, do pescoço para baixo (evitar contato com mucosa), e retirar no banho após 8 a 14 horas do produto aplicado sobre a pele.	Se os sintomas reaparecerem após 4 semanas, considerar reinfestação. Não se deve utilizar em gestantes, durante a amamentação e em crianças menores de 2 anos.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Wangenheim; Nunes; Wagner (2019) e May *et al.* (2019).

Quadro 2. Escala de peso corporal.

PESO	POSOLOGIA	
15 a 24kg	Dose oral única	½ comprimido (3mg)
25 a 35kg	Dose oral única	1 comprimido (6mg)
36 a 50kg	Dose oral única	1 e ½ comprimido (9mg)
51 a 65kg	Dose oral única	2 comprimidos (12mg)
65 a 79kg	Dose oral única	2 e ½ comprimidos (15 mg)
≥ 80kg	Dose oral única	200mcg/kg

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Wangenheim; Nunes; Wagner (2019) e May *et al.* (2019).

PEDICULOSE

A pediculose é uma dermatose caracterizada por prurido, resultante da infestação de *Pediculus humanus capitis* e *Pediculus humanus corporis*, comumente conhecidos como piolhos. Estes parasitas podem afetar áreas como o couro cabeludo, corpo, púbis e cílios. O período de incubação varia de 7 dias até 3 semanas e podem apresentar surtos em ambientes confinados, como as celas. A pediculose apresenta dois tipos distintos: a pediculose do couro cabeludo e a pediculose corporal.

PEDICULOSE DO COURO CABELUDO

Podem ser visualizados grãos brancos aderidos aos cabelos (lêndeas), conforme apresentado na Figura 2. Em unidades prisionais, a propagação do pio-lho pode ocorrer com facilidade devido à proximidade entre as pessoas e às condições de convivência. Eliminar ou remover as lêndeas vivas é importante para prevenir a reinfestação. A complicação mais comum é a piodermite do couro cabeludo.

- **Áreas típicas das lesões:** Região occipital ou atrás das orelhas.

Figura 2 — Lêndeas em couro cabeludo



Fonte: Thais de Sá Batista.

PEDICULOSE DO CORPO

A pediculose corporal é causada pelo *Pediculus humanus corporis*, um tipo de piolho que infesta principalmente as roupas e vive na superfície da pele. Os sinais e sintomas incluem prurido e pequenos pontos vermelhos causados por picadas, geralmente associadas a escoriações lineares, urticária ou infecção bacteriana superficial.

- **Áreas comuns:** Tronco, abdome e glúteos. As lêndeas podem ser identificadas nos pelos corporais.
- **Forma de transmissão:** Contato direto com a pessoa infectada ou pelo compartilhamento de objetos.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio da evidenciação do piolho no couro cabeludo ou corpo. CID-10 e CIAP: B85 — Pediculose e fitiríase; S73 — Pediculose/outras infecções da pele.
- **Diagnóstico diferencial:** Escabiose, *Pitiríasis capitis* (caspa), piodermite do couro cabeludo e corpo.

FITIRÍASE

A fitiríase, também conhecida como “pediculose pubiana”, “piolho púbico” ou “chato” é uma infestação causada pelo parasita *Phthirus pubis*. Esse tipo de piolho é comumente encontrado na região genital, abdômen, coxas, axilas e até mesmo na barba e no cabelo, causando intenso prurido. O período de incubação ocorre de 7 dias até 3 semanas. A Figura 3, apresenta uma ilustração de uma fitiríase em região de axila com presença de pequenas lesões avermelhadas.

- **Forma de transmissão:** Contato direto com a pessoa infectada, geralmente por contato sexual.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio da evidenciação do piolho no corpo. CID-10 e CIAP: B85 — Pediculose e fitiríase; S73 — Pediculose/outras infecções da pele.

Figura 3 — Fitiríase em região de axila



Fonte: Thais de Sá Batista.

- **Diagnóstico diferencial:** Dermatite seborreica na região ciliar ou blefarite.
- **Medidas preventivas das pediculoses:**
 - Deve-se realizar limpeza regular do ambiente;
 - Lavar a roupa de vestir, de cama e banho com água quente ou passar a ferro quente, sempre que possível.
- **Controle ambiental:** Recomenda-se a limpeza e a desinfecção de áreas compartilhadas, como celas e instalações de banho, para reduzir o risco de reinfestação.
- **Boas práticas de cuidado:** É importante que o acompanhamento da pessoa privada de liberdade seja regular e contínuo, para garantir que os tratamentos sejam eficazes e que não haja recorrência da infestação.

Quadro 3 — Tratamento para pediculose do couro cabeludo e corpo

TIPO DE PEDICULOSE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Corpo, couro cabeludo, cílios e fitiríase	Ivermectina 6mg	Dose única, via oral, obedecendo à escala de peso corporal, apresentado no Quadro 2. Repetir a dose única, via oral, entre 7 e 10 dias (doses recomendadas para crianças e adultos).	Não é recomendado para pessoas < 15kg, mulheres grávidas e lactantes. No tratamento da fitiríase inclui-se a remoção manual dos parasitas, com o auxílio de vaselina. Os parceiros ou parcerias sexuais devem ser tratados concomitantemente.
Corpo e couro cabeludo	Permetrina 1% loção	Aplicar a solução no couro cabeludo, especialmente na região retroauricular e na nuca, deixando agir por 5 a 10 minutos antes de enxaguar. Repetir o procedimento após um intervalo de 7 dias.	Não se deve utilizar em gestantes, durante a amamentação e em crianças menores de 2 anos. As lêndeas devem ser retiradas do couro cabeludo com pente fino após aplicação de solução de vinagre com água morna (proporção 1:1).

(continua)

(conclusão)

TIPO DE PEDICULOSE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Cílios	Solução oftálmica de fluoresceína	Pingar 1 a 2 gotas nos cílios para provocar a morte dos piolhos e suas lêndeas — se necessário, repetir em 7 dias.	Não se aplica.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Wangenheim; Nunes; Wagner (2019) e May *et al.* (2019).

TUNGÍASE (BICHO DE PÉ)

A tungíase, conhecida popularmente como “bicho de pé” ou “nigua”, é uma dermatose parasitária originada pela pulga *Tunga penetrans*. As lesões típicas apresentam-se como pápulas amareladas com um ponto preto central medindo aproximadamente 0,5cm de diâmetro. Há presença de prurido, e a dor é comum em casos de infecção secundária. O período de incubação é de 1 a 2 dias, sendo importante destacar que não ocorre transmissão de pessoa para pessoa.

- **Áreas comuns:** Ao redor das unhas dos dedos dos pés, plantas e calcanhares.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio da evidenciação do parasita. CID-10 e CIAP: B88.1 — Tungíase; L08.9 — Infecção localizada da pele e do tecido subcutâneo, não especificada.
- **Diagnóstico diferencial:** Abscessos da região plantar, verruga plantar, calosidade.
- **Complicações:** As lesões resultantes constituem um ponto de entrada para bactérias e fungos, aumentando o risco significativo de complicações como infecções bacterianas ou tétano.
- **Tratamento:**
 1. Limpeza e antissepsia local;
 2. Exérese ou retirada do parasita com o auxílio de agulha estéril ou bisturi (remover de dentro da pápula amarelada);
 3. Se presença de infecção secundária, tratar com antibioticoterapia tópica ou sistêmica.
- **Medidas preventivas:**
 - Deve-se realizar limpeza regular do ambiente;
 - Utilizar calçados rotineiramente.
- **Controle ambiental:** Recomenda-se a limpeza e a eliminação das fontes de infestação com inseticidas.
- **Boas práticas de cuidado:** É importante que seja verificado o cartão de vacinação para identificar se há o esquema vacinal da Dupla Adulto (dT) — 3 doses, de acordo com histórico vacinal; reforço a cada 10 anos, ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves.

Figura 4 — Lesão causada por "bicho de pé"



Fonte: Dermatology Atlas, 1999-2024.

Figura 5 — Lesão causada por "bicho de pé" em hálux



Fonte: Dermatology Atlas, 1999-2024.

TINHA DO CORPORIS (IMPINGE)

A tinha do corpo, também conhecida como “dermatofitose” ou “*Tinea corporis*”, é uma infecção fúngica da pele causada por fungos dermatófitos com período de incubação de 4 a 10 dias. As lesões são circulares avermelhadas, descamativas, pruriginosas e um pouco elevadas, conforme apresentado na Figura 6.

Figura 6 — Tinha do corpo



Fonte: Thais de Sá Batista.

- **Áreas comuns:** Pés (pé de atleta — *Tinea pedis*), barba (*Tinea barbae*), corpo (*Tinea corporis*), virilha (*Tinea cruris*) e couro cabeludo (*Tinea capitis*).
- **Forma de transmissão:** Contatos com animais, e pessoa a pessoa por contato direto ou através de objetos contaminados, como toalhas ou roupas.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e de acordo com a localização da lesão. CID-10 e CIAP: S74 — Dermatofitose; B35.6 — *Tinea cruris*; L989 — Afecções da pele e do tecido subcutâneo, não especificados.
- **Diagnóstico diferencial:** Dermatite seborreica, pitíriase rósea de Gilbert, psoríase, granuloma anular, eritema anular centrífugo e sífilis secundária.
- **Complicações:** Infecções secundárias.
- **Medidas de controle:** Lavagem adequada de roupas pessoais, de banho e de cama com água quente ou passar a roupa com ferro quente.
- **Controle ambiental:** Recomenda-se a limpeza dos banheiros coletivos com fungicidas.
- **Boas práticas de cuidado:** É importante que seja verificado o cartão de vacinação, para identificar se há o esquema vacinal da Dupla Adulto (dT) — 3 doses, de acordo com histórico vacinal; reforço a cada 10 anos, ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves. Caso a micose ocorra nos pés, em espaços interdigitais, deve-se orientar a higienização dos pés, bem como secá-los, especialmente nos espaços interdigitais, de maneira que não os deixe úmido. Além disso, recomenda-se utilizar sapatos abertos durante o tratamento. Orientar tomar banho calçando chinelos e colocar sapatos no sol.

Quadro 4 — Tratamento para *Tinha corporis*

MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Fluconazol 150mg	1 a 2 comprimidos, via oral, 1 vez por semana por 4 a 6 semanas.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2022), Gupta; Lane; Paquet (2014) e Wangenheim; Nunes; Wagner (2019).

FURUNCULOSE

A furunculose é uma infecção cutânea que tem início em um folículo piloso ou glândula sebácea, sendo desencadeada por bactérias, como o *Staphylococcus aureus*. Caracterizam-se por um nódulo eritematoso, pustuloso, quente e doloroso que, eventualmente, se torna elevado, rompendo-se para eliminar conteúdo necrótico (conhecido como “carnegão”) e purulento. A ocorrência de furúnculos pode ser observada em grupos de pessoas que compartilham espaços com condições de higiene relativamente baixas, bem como em contato com pessoas infectadas por cepas virulentas.

Figura 7 — Furúnculo em região de ombro



Fonte: Thais de Sá Batista.

- **Áreas comuns:** Pode ocorrer em qualquer região da pele.
- **Forma de transmissão:** O contato entre pessoas, quando uma delas está infectada e apresenta lesão purulenta, é a principal via de transmissão dessa condição. É relevante destacar que, em determinadas situações, a transmissão pode ocorrer de maneira assintomática, ou seja, sem a expressão de sintomas visíveis. Mesmo na ausência de sinais evidentes da infecção, existe a possibilidade de transferência do agente infeccioso entre as pessoas.
- **Diagnóstico:** Baseia-se na história clínica e exame físico. CID-10 e CIAP: S10 — Furúnculo/antraz; L02 — Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz.
- **Diagnóstico diferencial:**
 - **Hidradenite:** Infecção crônica supurativa caracterizada por períodos de exacerbação da transmissão, geralmente localizada nas axilas e na região inguinal-crural;
 - **Miíase:** O nódulo resultante da penetração da larva é menos inflamatório e apresenta um orifício central, pelo qual a larva emerge após atingir a maturidade;
 - **Foliculite necrosante:** As lesões são menores, em grande quantidade no couro cabeludo e áreas seborreicas.
- **Complicações:** A infecção pode resultar na destruição dos anexos da pele, deixando cicatrizes, especialmente quando as lesões são manipuladas de forma inadequada (espremidas para tirar o carnegão). Em casos raros, podem ocorrer septicemias.
- **Medidas de controle:**
 - Prática de lavagem apropriada e separação de roupas pessoais, de banho e de cama, com troca diária, sempre que possível;
 - Evitar o compartilhamento de itens pessoais;
 - Rigorosa higienização das mãos e do rosto, utilizando sabões desinfetantes (contendo gliconato de clorexidina com álcool isopropílico ou cloroxilenol a 2% ou 3%);
 - Importância de manter secas as áreas do corpo normalmente propensas à umidade;
 - Orientação para evitar a drenagem e manipulação excessiva das lesões.

● **Boas práticas de cuidado:**

- Manter a continuidade do cuidado e observar possíveis complicações ao longo do tratamento;
- Podem ser utilizados sabonetes antibacterianos e antibióticos tópicos no nariz e nas unhas, especialmente em situações de recidiva, para evitar a colonização de pessoas assintomáticas;
- Aplicar compressas mornas sobre a área afetada várias vezes ao dia pode ajudar no alívio da dor, promove a maturação do furúnculo e facilita a drenagem do pus.

Quadro 5 — Tratamento para furunculose

TÓPICO	POSOLOGIA
Neomicina, bacitracina, mupirocina 2% ou ácido fusídico	Aplicar o creme na lesão durante 7 dias e realizar a drenagem quando apresentar flutuação.
SISTÊMICO	POSOLOGIA
Cefalexina	500mg, via oral, de 6/6 horas, de 10 a 14 dias.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Wangenheim; Nunes; Wagner (2019).

Nota: Os tratamentos sistêmicos são recomendados para lesões extensas ou múltiplas, evidência de celulite, imunocomprometido e presença de febre.

FOLICULITE

Trata-se de uma condição de pioderma que tem origem no folículo piloso. Sua manifestação ocorre por meio de pústulas superficiais ou nódulos inflamatórios que envolvem o folículo piloso. Frequentemente, a causa está relacionada ao *Staphylococcus sp.*

FOLICULITE SUPERFICIAL

Existe uma variante específica de impetigo que se manifesta por meio de pequenas pústulas foliculares. Após a ruptura e a subsequente descamação, forma-se uma crosta que não afeta o crescimento do pelo ou cabelo. Essas lesões podem durar alguns dias ou tornar-se crônicas.

Figura 8 — Folliculite em região abdominal



Fonte: Thais de Sá Batista.

Figura 9 — Folliculite em região de perna



Fonte: Thais de Sá Batista.

- **Áreas comuns:** As lesões geralmente são numerosas e estão localizadas no couro cabeludo, extremidades, pescoço, tronco e, mais raramente, nas nádegas.

SICOSE DA BARBA

A lesão consiste em uma pústula folicular centralizada em torno do pelo, podendo haver o desenvolvimento de placas vegetantes e infiltradas. É importante ressaltar que a sicosose da barba não afeta o crescimento dos pelos.

Figura 10 — Sicosose da barba



Fonte: Thais de Sá Batista.

HORDÉOLO

É a foliculite dos cílios e glândulas de Meibomius, popularmente conhecido como “terçol” ou “terçolho”. Geralmente causada por uma infecção bacteriana, frequentemente pelo *Staphylococcus aureus*. Essa condição leva à formação de um nódulo vermelho e doloroso, muitas vezes acompanhado de inchaço.

Figura 11 — Hordéolo



Fonte: Thais de Sá Batista.

- **Forma de transmissão:** Raramente é transmitida de pessoa a pessoa.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e de acordo com a localização da lesão. CID-10 e CIAP: F72 — Blefarite/Hordéolo/Calázio; H00 — Hordéolo e Calázio; H000 — Hordéolo e outras inflamações profundas das pálpebras.
- **Diagnóstico diferencial:**
 - **Foliculite eosinofílica:** A condição apresenta surtos de lesões papulosas e pustulosas, afetando principalmente as áreas foliculares e extrafoliculares da face, extremidades e porção superior do tronco. O prurido é leve, e, após a regressão, podem surgir manchas hiperocrômicas. O diagnóstico definitivo é realizado por meio de exame histológico, sendo notável uma forte associação com o vírus HIV/Aids.
 - **Pseudofoliculite da barba e virilha:** Essa condição ocorre em decorrência do ato de barbear-se, resultando no encravamento dos pelos. Na região da virilha, a pseudofoliculite é associada à depilação.
- **Complicações:** Celulite, erisipela, hipo ou hiperpigmentação residual em pacientes de pele morena.
- **Medidas de controle:**
 - Higiene pessoal adequada;
 - Não compartilhar objetos pessoais.
- **Boas práticas de cuidado:**
 - Pode-se utilizar sabonetes antibacterianos e antibióticos tópicos de maneira prolongada, sendo recomendados nesses casos;
 - Realizar compressa morna várias vezes ao dia sobre a área afetada;
 - Orientar a lavar as mãos várias vezes ao dia e evitar passar o dedo no local afetado dos olhos.

Quadro 6 — Tratamento da foliculite bacteriana

TÓPICO	POSOLOGIA
Neomicina, gentamicina, mupirocina	Aplicar o creme na lesão durante 7 dias e realizar a drenagem quando apresentar flutuação.
SISTÊMICO	POSOLOGIA
Cefalexina	500mg, via oral, de 6/6 horas, por 10 dias.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Wangenheim; Nunes; Wagner (2019).

Nota: Os tratamentos sistêmicos são recomendados para lesões extensas ou múltiplas.

MIÍASE (BERNE)

Trata-se de uma lesão que acomete a pele caracterizada pela infestação de larvas de moscas. É popularmente conhecida como “berne” ou “bicheira”. Pode-se classificar em primárias e secundárias.

Figura 12 — Berne



Fonte: Thais de Sá Batista.

MIÍASE PRIMÁRIA FURUNCULOIDE OU “BERNE”

É identificada por uma lesão nodular que se forma durante o desenvolvimento da larva, exibindo um orifício central pelo qual é liberada uma secreção serosa. A lesão é dolorosa, e a pessoa experimenta a sensação de uma ferroadada. A condição é causada pela larva da *Dermatobia hominis* ou, mais raramente, pela *Callitroga americana*.

- **Forma de transmissão:** Deposição da larva da mosca na pele e em feridas.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e característica da lesão. CID-10: B87.1 — Miíase das feridas; B87 — Miíase.

- **Diagnóstico diferencial:** Furúnculos, abscessos de glândula sudorípara, hordéolos, otites, rinites, corpo estranho e impetigos.
- **Complicações:** Abscessos, linfangite e raramente tétano.
- **Tratamento:** Aplicar oclusão com vaselina pastosa ou esmalte de unha, impedindo a respiração da larva, e, com sua imobilização, removê-la utilizando pinça ou expressão manual. Alternativamente, é possível realizar a extração por meio de procedimentos cirúrgicos, em ambiente ambulatorial.

Figura 13 — Identificação da lesão por míase



Fonte: Dermatology Atlas, 1999-2024.

Figura 14 — Remoção total da míase



Fonte: Dermatology Atlas, 1999-2024.

Figura 15 — Expressão manual



Fonte: Dermatology Atlas, 1999-2024.

MÍASE SECUNDÁRIA

A infestação ocorre em regiões da pele ou mucosas que apresentam úlceras e cavidades. As áreas mais comumente afetadas incluem as fossas e os seios nasais, os condutos auditivos e os globos oculares. A gravidade do quadro está vinculada à localização específica e ao grau de destruição nessas áreas, sendo causada por larvas de *Callitroga macellaria* e espécies do gênero *Lucília*.

- **Forma de transmissão:** Deposição da larva da mosca na pele e em feridas.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e característica da lesão. CID-10 e CIAP: B87. 1 Miíase das feridas; S76 Outras infecções da pele.
- **Diagnóstico diferencial:** Furúnculos, abscessos de glândula sudorípara, hordéolos, otites, rinites, corpo estranho e impetigos.
- **Tratamento:**
 - Extração manual das larvas; OU
 - Ivermectina sistêmica, 200mg/kg em dose única (aproximadamente 1 comprimido para cada 35kg/peso). O medicamento causa a morte das larvas, que deverão ser retiradas manualmente ou com pinça.
- **Medidas de controle — ambas as classificações:**
 - Combater as moscas;
 - Higiene pessoal adequada;
 - Cobrir as feridas abertas.

LARVA MIGRANS (BICHO GEOGRÁFICO)

A larva migrans ocorre quando larvas de determinados parasitas, como *Ancylostoma caninum*, *Ancylostoma brasiliensis* e *Strongyloides stercoralis*, penetram na pele, originando uma infecção caracterizada por trilhas ou túneis sob a epiderme. Isso resulta em sintomas como prurido, vermelhidão e a formação de linhas elevadas na pele. Em alguns casos, pode-se observar um quadro eritematoso, o que pode dificultar o diagnóstico. Essas larvas, embora comumente associadas a animais de estimação, como cães e gatos, têm a capacidade de infectar seres humanos quando há contato com solo contaminado pelas fezes desses animais.

- **Áreas comuns:** Pés, pernas e nádegas.
- **Forma de transmissão:** Adquirida pelo contato da pele com solo contaminado por fezes de animais.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e característica da lesão. CID-10 e CIAP: B83.0 — Larva Migrans; S76 — Outras infecções da pele.
- **Diagnóstico diferencial:**
 - Dermatite de contato e alergia à picada de insetos;
 - Piodermites e tinha dos pés principalmente nas formas papulosas e eczematizadas.
- **Complicações:** Impetiginização com infecção secundária.
- **Tratamento:** Para uma ou poucas lesões, recomenda-se a aplicação de pomada de Tiabendazol a 5%, três vezes ao dia, ao longo de 10 dias. No caso de muitas lesões, a abordagem inclui o uso de Tiabendazol sistêmico na dose de 25mg/kg de peso, administrado duas vezes ao dia, durante 5 a 7 dias. Outras opções terapêuticas incluem Albendazol, com uma dose única de 400mg/dia ou repetido por três dias consecutivos, e Ivermectina, administrada em dose única de 200mg/kg.
- **Medidas de controle:** Evitar áreas arenosas, sombreadas e úmidas.

URTICÁRIAS

Dermatose apresentando pápulas eritematosas agudas, de aparecimento repentino e de curta duração. Manifesta-se por lesões eritematosas edematosas de diversos tamanhos e formas, desde pequenas pápulas até grandes placas, muitas vezes assumindo aspectos peculiares, e podem ocorrer localmente ou de forma generalizada. O sintoma característico é a coceira. Quando essas lesões surgem em áreas de tecido mais flexível ou na derme profunda, resultam em edema acentuado ou localizado, conhecido como Angioedema ou Edema de Quincke.

Figura 16 — Urticária



Fonte: Thais de Sá Batista.

- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e característica da lesão. CID-10 e CIAP: L50 — Urticária; S98 — Urticária.
- **Diagnóstico diferencial:** Hanseníase, eritema polimorfo, sífilis, estrófulo e mastocitose.
- **Tratamento:** Realizar investigação para identificar a causa. É importante destacar que a urticária nem sempre é um diagnóstico por si só, podendo ser um sinal de uma doença sistêmica subjacente. Para medidas preventivas é recomendado afastar os fatores desencadeantes, incluindo a implementação de dietas de exclusão, quando apropriado. No tratamento sintomático podem ser utilizados anti-histamínicos, corticoides sistêmicos se necessário, e, nos casos de angioedemas e urticárias gigantes, pode ser administrada adrenalina subcutânea.

PITIRÍASE VERSICOLOR (PANO BRANCO)

É uma infecção fúngica superficial amplamente prevalente. Apresenta-se por meio de manchas, descamação ou modificações na pigmentação, como manchas avermelhadas ou acastanhadas, muitas vezes acompanhadas de descamação fina. É causada pelo fungo *Malassezia spp.*

- **Áreas comuns:** Pescoço, tórax e raízes dos membros superiores.
- **Forma de transmissão:** Enquanto houver lesão.
- **Diagnóstico:** é clínico através dos sinais e sintomas apresentados e característica da lesão. CID-10: B36.0 Pitíriase versicolor.
- **Diagnóstico diferencial:**
 - Hanseníase;
 - Pitíriase rósea de Gibert — caracterizada por uma erupção em placas eritematosas com descamação central, geralmente sem prurido ou com prurido discreto. As lesões predominam no tronco posterior em uma distribuição semelhante a uma árvore de Natal. Normalmente, a face e as regiões palmo-plantares são poupadas. Antes do aparecimento do *rash*, pode ocorrer uma lesão única conhecida como “medalhão”, geralmente de tamanho maior, que desaparece espontaneamente em alguns dias.

Quadro 7 — Tratamento para pitíriase versicolor

TÓPICO	POSOLOGIA
Cetoconazol 2% xampu	Aplicar no couro cabeludo e nas lesões, 1 vez ao dia, por 14 dias. Enxaguar após 10 minutos.
Nitrato de Miconazol loção 2%	Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia por 14 dias.
SISTÊMICO	POSOLOGIA
Fluconazol comprimido 150mg	3 comprimidos, via oral, em dose única OU 2 comprimidos, via oral, 1 vez por semana por 2 semanas.
Itraconazol cápsula 100mg	2 capsulas, via oral, por 5 dias (preferencialmente após a refeição).

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Gupta; Lane; Paquet (2014) e Wangenheim; Nunes; Wagner (2019).

ECZEMA

Trata-se de um processo inflamatório da pele, que se caracteriza por erupções cutâneas, vermelhidão, inchaço e coceira. Essa condição pode assumir diversas formas e afetar pessoas de todas as idades. A seguir apresentamos alguns dos tipos mais comuns de eczema.

DERMATITE ATÓPICA

Uma forma crônica de eczema associada frequentemente a antecedentes familiares de alergias ou asma. Geralmente, afeta áreas como dobras dos cotovelos, joelhos e pescoço.

Figura 18 — Dermatite atópica



Fonte: Thais de Sá Batista.

DERMATITE DE CONTATO

Resulta do contato direto da pele com substâncias irritantes ou alérgenos, levando a erupções cutâneas.

DERMATITE SEBORREICA

Infecção crônica, não contagiosa, de etiologia desconhecida. Manifesta-se nos adultos através de lesões descamativas e eritematosas que podem atingir o couro cabeludo, sulco nasogenianos, glabella, região retroauricular, axilas, púbis, tórax e conduto auditivo externo.

- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e característica da lesão. CID-10 e CIAP: L30.9 — Dermatite não especificada; S88 — Dermatite de contato/alérgica; S87 — Dermatite/eczema atópico; S86 — Dermatite seborreica.
- **Diagnóstico diferencial:**
 - **Dermatite atópica:** Dermatite seborreica, dermatite de contato e micoses superficiais;
 - **Dermatite de contato:** Dermatite seborreica, dermatite atópica e micoses superficiais.
- **Complicações:** Infecções secundárias por diversos agentes.
- **Orientações:**
 - Há necessidade de se afastar de substâncias como sabões, sabonetes e detergentes (agentes abrasivos);
 - Afastar alérgenos como a poeira do ambiente, vestuário de lã e tecidos sintéticos;
 - Usar roupa de algodão;
 - Hidratar a pele com cremes e pomadas;
 - As infecções secundárias podem ser tratadas com antibiótico tópico ou sistêmico.

Quadro 8 — Tratamento para dermatite atópica

NÃO FARMACOLÓGICO	ORIENTAÇÕES
Creme ou gel de babosa 10-70%	Aplicar duas vezes por dia em todo o corpo, imediatamente após o banho e após lavagem das mãos. A quantidade média de hidratante utilizada por adultos com dermatite atópica é de 250g por semana.
Nitrato de Miconazol loção 2%	Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia por 14 dias.
FARMACOLÓGICO TÓPICO	POSOLOGIA
Acetato de hidrocortisona creme 10mg/g (0,1%)	Aplicar uma camada fina do creme, 2 a 3 vezes ao dia, sob ligeira fricção. Após melhora do quadro clínico, manter aplicação 1 vez por dia até o desaparecimento completo das lesões.
Dexametasona creme 1mg/g (0,1%)	Aplicar de 1 a 3 vezes por dia por, no máximo, 30 dias. Na fase de manutenção, aplicar o creme 2 vezes por semana.
FARMACOLÓGICO SISTÊMICO (PARA CASOS MODERADOS OU GRAVES)	POSOLOGIA
Ciclosporina	• Fase aguda: 3 a 5mg/kg/dia, por via oral, divididos em duas doses diárias, por 6 semanas. • Fase de manutenção (após 6 semanas): 2,5 a 3mg/kg/dia, por via oral, divididos em 2 doses diárias. Contraindicações: Insuficiência renal crônica, neoplasia em curso, lactantes, infecção aguda ou crônica em fase ativa, tuberculose sem tratamento, hipertensão não controlada, hipersensibilidade ao tratamento e fototerapia. Observação: Usar com cautela em pessoas vivendo com HIV, Hepatite B e C e HPV.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Wangenheim; Nunes; Wagner (2019) e Brasil (2023).

Quadro 9 — Tratamento para dermatite de contato aguda e crônica

NÃO FARMACOLÓGICO	ORIENTAÇÕES
Creme ou gel de babosa 10-70%	Aplicar duas vezes por dia em todo o corpo, após o banho.
FARMACOLÓGICO	POSOLOGIA
Dexametasona creme 1%	Aplicar nas lesões 2 vezes ao dia por 7 dias.
Prednisona comprimido	20mg/dia em esquema de redução (5 a 10 dias). Recomendado apenas para casos agudos e graves. Não indicado em casos crônicos
Dexclorfeniramina (efeito sedativo)	Utilizar 2mg/dia, ao deitar. Uso recomendado devido ao efeito sedativo, para melhorar a qualidade do sono.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Wangenheim; Nunes; Wagner (2019) e Brasil (2023).

Quadro 10 — Tratamento para dermatite seborreica

FARMACOLÓGICO	POSOLOGIA
Cetoconazol xampu 2 %	Aplicar no couro cabeludo durante o banho, deixando agir por 3 minutos. Evitar uso de condicionador no couro cabeludo.
Acetato de hidrocortisona creme 1%	Aplicar nas lesões diariamente, por curto intervalo de tempo.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Wangenheim; Nunes; Wagner (2019) e Brasil (2023).

VERRUGAS ANOGENITAIS

As verrugas anogenitais, também conhecidas como condilomas acuminados, são lesões provocadas pelo vírus do papiloma humano (HPV). Essas verrugas têm o potencial de se desenvolver na área genital e ao redor do ânus. Podem se manifestar de forma única ou múltipla, com características achatadas ou papulosas, sempre apresentando uma textura papilomatosa. Devido a essa característica, a superfície dessas verrugas tende a ser fosca, aveludada ou assemelhar-se à textura de couve-flor. Elas podem exibir tons de pele natural, ser eritematosas ou mostrar hiperpigmentação. Em geral, as verrugas anogenitais são assintomáticas, mas também podem causar prurido, dor, fragilidade ou sangramento. É importante destacar que essas verrugas são predominantemente associadas a tipos não oncogênicos de HPV.

Figura 19 — Condiloma em região de pênis



Figura 20 — Condiloma em região de ânus



Figura 21 — Condiloma em região de grandes lábios na vagina



Fonte: Dermatology Atlas, 1999-2024.

Fonte: Dermatology Atlas, 1999-2024.

Fonte: Dermatology Atlas, 1999-2024.

- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e característica da lesão. CID-10 e CIAP: A630 — Verrugas Anogenitais (venéreas); B07 — Verrugas de origem viral; S03 — Verrugas. Em circunstâncias específicas, a realização de uma biópsia, para análise histopatológica, pode ser indicada nos seguintes casos:
 - Quando há incerteza diagnóstica ou suspeita de neoplasias e outras condições;
 - Em lesões atípicas ou que não apresentam resposta adequada aos tratamentos;
 - Nas situações em que há suspeita de lesões em indivíduos com imunodeficiências, incluindo aqueles com infecção pelo HIV, cânceres e/ou uso de medicamentos imunossupressores. Nestes casos, a consideração para realizar tal procedimento deve ser mais frequente e precoce.
- **Tratamento:** Ácido tricloroacético (ATA) 80%-90%, OU podofilina (contraindicado na gestação) solução 10%-25%, OU eletrocauterização, OU exérese cirúrgica, OU crioterapia.
- **Observação:** Independentemente da implementação de tratamentos, as lesões podem apresentar diferentes desfechos, incluindo o desaparecimento, a manutenção sem alterações ou o aumento em número e/ou volume. Recorrências são comuns em períodos amplamente variáveis, podendo ocorrer após meses ou anos.
- **Boas práticas de cuidado:**
 - Oferecer e oportunizar a realização de testes rápidos disponíveis para sífilis, HIV e hepatites virais;
 - Realizar orientação centrada na pessoa e suas práticas sexuais;
 - Contribuir para que a pessoa reconheça e minimize o próprio risco de infecção por uma IST;
 - Verificar o esquema vacinal para hepatite B;
 - Informar sobre a possibilidade de realizar prevenção combinada para IST / HIV / hepatites virais;
 - Tratar, acompanhar e orientar a pessoa e suas parcerias sexuais;
 - Notificar o caso, quando indicado.

HANSENÍASE

É uma doença infectocontagiosa, crônica e curável. A infecção é causada pelo *Mycobacterium leprae*. Esse bacilo é capaz de infectar grande número de pessoas, mas poucos adoecem.

- **Áreas afetadas:** A pele, os nervos periféricos, as mucosas das vias áreas respiratórias superiores e os olhos.
- **Forma de transmissão:** Por contato entre pessoas, de forma prolongada, com pessoas infectadas sem tratamento.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio de exame físico e/ou baciloscopia. Um caso de hanseníase é definido pela presença de, pelo menos, um ou mais dos seguintes critérios, conhecidos como sinais cardinais da hanseníase:
 - Lesão(ões) e/ou áreas(s) da pele, com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
 - Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
 - Presença do *Mycobacterium leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.
 - Baciloscopia direta para bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR) — trata-se de um teste laboratorial adicional ao diagnóstico clínico, cujo objetivo é identificar a existência do *Mycobacterium leprae* em amostras de raspados intradérmicos, além de estimar a carga bacteriana presente no paciente.
- **Classificação da Hanseníase:**
 - **Hanseníase paucibacilar (PB):** É caracterizada pela presença de uma a cinco lesões cutâneas, sendo obrigatoriamente negativa na baciloscopia;
 - **Hanseníase Multibacilar (MB):** É caracterizada pela presença de mais de cinco lesões cutâneas e/ou baciloscopia positiva.
- **Formas clínicas:** Embora a classificação baseada no número de lesões seja suficiente para a seleção apropriada do regime terapêutico, o reconhecimento das diferentes formas clínicas é de grande importância para as equipes de saúde. Esse reconhecimento auxilia na identificação dos sinais e sintomas associados a cada manifestação da doença, além de permitir a correlação entre os aspectos dermatológicos, neurológicos, imunológicos e baciloscópicos. Esse entendimento abrange também os mecanismos patogênicos subjacentes, facilitando a identificação e o monitoramento de pacientes com maior propensão a fenômenos inflamatórios e dano neural. As formas clínicas da hanseníase são categorizadas em cinco tipos de acordo com a classificação de Madri. Apresentamos todas a seguir.

HANSENÍASE INDETERMINADA

Caracterizada por uma ou poucas lesões que apresentam características como: manchas esbranquiçadas (hipocrômicas) com bordas bem ou mal definidas; diminuição ou ausência precoce da sensibilidade térmica e, geralmente, diminuição tardia da sensibilidade dolorosa (hipo ou anestesia); além de rarificação de pelos. Não há espessamento do tronco nervoso nessa forma.

Figura 22 — Hanseníase indeterminada



HANSENÍASE TUBERCULOIDE

Os pacientes manifestam uma ou poucas lesões, que podem se apresentar como máculas, pápulas ou placas eritematosas bem delimitadas, infiltradas e de tamanhos variados. O centro da lesão pode exibir uma coloração mais clara, enquanto a borda é mais eritematosa, podendo ser confundida com micose. Nota-se uma mácula hipocrômica mal delimitada ou bem definida.

O diagnóstico deve ser considerado quando casos inicialmente tratados como micose não respondem ao tratamento antifúngico prescrito e quando há ausência de prurido. A distribuição das lesões é assimétrica, os pelos estão frequentemente ausentes, e as alterações de sensibilidade, como hipo ou anestesia, são precoces. O comprometimento de um tronco neural pode estar presente, geralmente próximo à lesão cutânea.

HANSENÍASE DIMORFA

Esta forma clínica ocupa uma posição intermediária entre os polos tuberculoide e *virchowiano* no espectro clínico e baciloscópico da doença. O *Mycobacterium leprae* geralmente é encontrado em número moderado, tanto na baciloscopia do esfregaço intradérmico como em fragmentos de biópsia das lesões. Caracteriza-se por:

- Numerosas lesões cutâneas, com uma tendência à distribuição simétrica, apresentando diversos tipos e dimensões, como máculas, pápulas e placas, revelando assim o caráter polimórfico das lesões;
- Margens que podem ser bem ou mal definidas;
- Lesões infiltradas, que podem assumir formatos anulares ou foveolares, com borda interna nítida e borda externa menos evidente, assemelhando-se a um padrão de “queijo suíço”.

HANSENÍASE VIRCHOWIANA

As manifestações cutâneas e neurológicas, bem como a baciloscopia, apresentam características totalmente opostas às da forma tuberculoide, situando-se no extremo oposto do espectro clínico da hanseníase. Esta condição ocorre em indivíduos que não conseguem ativar adequadamente a imunidade celular específica contra o *Mycobacterium leprae*, resultando em uma intensa multiplicação dos bacilos. Esses bacilos são facilmente detectáveis, tanto na baciloscopia como na biópsia cutânea.

Caracteriza-se por:

- Infiltração difusa no corpo e/ou face, resultando na facies leonina;
- Presença de nódulos, também conhecidos como hansenomas;
- Infiltração nos pavilhões auriculares;
- Madarose, que é a perda de cílios;
- Sintomas nasais, como entupimento (rinite seca), epistaxe e formação de crostas hemáticas na mucosa nasal;
- Sensação de areia nos olhos e eritema conjuntival.
- Anestesia nas mãos e nos pés distribuída em padrão de luva e bota;
- Desabamento nasal;
- Anosmia, que é a perda do sentido do olfato.

HANSENÍASE NEURAL PURA (OU NEURÍTICA PRIMÁRIA)

Constitui-se em uma apresentação clínica exclusivamente neural, sem manifestações cutâneas e com resultado negativo na baciloscopia, o que representa um desafio diagnóstico. Exames complementares como a eletroneuromiografia, a biópsia de nervo, a sorologia e biologia molecular podem ser úteis na determinação etiológica

TRATAMENTO

Quadro 11 — Tratamento

FAIXA ETÁRIA E PESO CORPORAL	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	DURAÇÃO DO TRATAMENTO ^A	
			MB	PB
Pacientes com peso acima de 50kg	PQT-U Adulto	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 600mg; Clofazimina 300mg; Dapsona 100mg. Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg diariamente; Dapsona 100mg diariamente.	12 meses	6 meses
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50kg	PQT-U Infantil	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 450mg; Clofazimina 150mg; Dapsona 50mg. Dose diária autoadministrada: Clofazimina 50mg em dias alternados; Dapsona 50mg diariamente.	12 meses	6 meses
Crianças com peso abaixo de 30kg	Adaptação da PQT-U Infantil B-C	Dose mensal supervisionada: Rifampicina 10mg/kg de peso; Clofazimina 6mg/kg de peso; Dapsona 2mg/kg de peso. Dose diária autoadministrada: Clofazimina 1mg/kg de peso/dia; Dapsona 2mg/kg de peso/dia.	12 meses	6 meses

Fonte: elaborado a partir de WHO (2018) *apud* Brasil (2022b, p. 58).

Notas: **A)** A PQT-U deverá ser interrompida após a administração de seis doses mensais supervisionadas em intervalo de até nove meses para os casos paucibacilares, e após 12 doses mensais supervisionadas em um intervalo de até 18 meses para os casos multibacilares, quando os pacientes deverão receber alta por cura, saindo do registro ativo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). **B)** A rifampicina também está disponível no SUS sob a forma de suspensão oral com 20mg/mL. **C)** Para crianças com peso abaixo de 30kg, a administração diária clofazimina é dificultada, tendo em vista a sua disponibilidade apenas em cápsulas de 50 e 100mg. Desse modo, recomenda-se calcular a dose semanal e dividi-la em duas ou três tomadas. Por exemplo: uma criança com 15kg deverá receber 105mg de clofazimina ao longo de 7 dias (1mg/kg x 15kg x 7 dias = 105mg), podendo receber uma cápsula de 50mg duas vezes por semana.

NOTIFICAÇÃO

A hanseníase é uma doença sujeita à notificação compulsória, sendo obrigatório o registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. É fundamental manter as informações devidamente atualizadas, especialmente no momento da administração da dose supervisionada. Ressalta-se que é responsabilidade do profissional de saúde efetuar as devidas alterações nos dados em casos de transferência, cura, óbito, entre outras ocorrências.

O abandono é considerado nos casos em que não há tratamento por mais de três meses para paucibacilares ou seis meses para multibacilares. Nessas circunstâncias, é necessário reiniciar o tratamento e realizar uma nova notificação da pessoa com hanseníase no sistema. A notificação anterior é encerrada, sendo registrada como abandono.

AVALIAÇÃO DOS CONTATOS

- São considerados contatos todas as pessoas que compartilham o mesmo ambiente da pessoa acometida pela hanseníase, incluindo aqueles que conviveram com a pessoa infectada nos últimos cinco anos.
- É recomendável fornecer imunoprofilaxia aos contatos de indivíduos com hanseníase que tenham mais de um ano de idade, especialmente àqueles que não foram vacinados ou receberam apenas uma dose da vacina BCG. A confirmação da vacinação anterior deve ser realizada por meio do cartão de vacinação ou pela presença de cicatriz vacinal.
- As pessoas identificadas como contatos de casos de hanseníase devem ser direcionadas para iniciar o tratamento PQT-U. Aqueles que têm sorologia anti-PGL-1 positiva e não exibem critérios para o diagnóstico clínico ou laboratorial da doença devem passar por avaliações anuais.

TESTE RÁPIDO IMUNOCROMATOGRÁFICO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS IGM CONTRA O *M. LEPRAE*

O teste rápido é utilizado para avaliação dos contatos de casos confirmados de hanseníase, auxiliando nas ações de controle e monitoramento.

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA (ANS)

A ANS é um exame que os profissionais de saúde devem realizar e que tem o objetivo de monitorar a função neural do paciente acometido pela hanseníase. Consiste na anamnese detalhada para identificar queixas relativas ao nariz, aos olhos, às mãos e aos pés, assim como no reconhecimento de limitações para a realização de atividades diárias e de fatores de risco individuais para incapacidades físicas. O exame físico inclui a inspeção minuciosa das mãos, pés e olhos, a palpação de nervos periféricos (ulnar, mediano, radial, fibular e tibial posterior) e a realização de testes da sensibilidade e força muscular, além da averiguação da acuidade visual.

Figura 24 — Estesiômetro para teste de sensibilidade



Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes ([2021]).

Quadro 12 — Classificação do grau de incapacidade física

GRAU	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA			LEGENDAS	
	OLHOS	MÃOS	PÉS	MONOFILAMENTOS	
0	Força muscular das pálpebras preservadas; consegue ocluir com força e formação de pregas palpebrais simétricas e com grande resistência à abertura da pálpebra forçada pelo examinador E Sensibilidade da córnea preservada E Acuidade visual $\geq 0,1$ (tabela logarítmica) ou conta dedos a 6 metros.	Força muscular das mãos preservada E Sensibilidade palmar preservada: sente o monofilamento 2g (roxo).	Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar preservada: sente o monofilamento 2g (roxo).	Verde (0,07g) — preencher círculo na cor verde	
				Azul (0,2g) — preencher círculo na cor azul	
				Roxo (2g) — preencher círculo na cor roxo	
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis: apresenta resistência mínima à abertura forçada pelo examinador E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.	Diminuição da força muscular da(s) mão(s) sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (roxo).	Diminuição da força muscular do(s) pé(s) sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (roxo).	Vermelho (4g) — preencher círculo na cor vermelha	
				Laranja (10g) — marcar o círculo com X na cor vermelha	
				Rosa (300g) — circular na cor vermelha, sem preencher	
				Rosa (300g) — não sentiu — preencher na cor preta	

(continua)

(conclusão)

GRAU	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA			LEGENDAS
	OLHOS	MÃOS	PÉS	MONOFILAMENTOS
2	Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; triquíase; iridociclite; e opacidade corneana. E/OU Acuidade visual < 0,1 (tabela logarítmica) ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas.	Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: garras; reabsorção óssea; atrofia muscular; mão caída; lesões tróficas*; e lesões traumáticas*.	Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: garras; reabsorção óssea; atrofia muscular; mão caída; lesões tróficas*; e lesões traumáticas*.	Notas: Inspeção e avaliação sensitiva: 1. O círculo fora da palma da mão indica a avaliação da região dorsal entre o polegar e o indicador, innervado pelo radial; 2. O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o segundo artelho, innervado pelo fibular. ATENÇÃO: As deficiências classificadas como grau 1 e/ou 2 somente serão atribuídas à hanseníase quando excluídas outras causas. *Lesões: considerar lesões em áreas com alteração de sensibilidade (não sente 2g).

Fonte: elaborado a partir de Brasil (2022b).

Nota: Para saber mais, acesse o link <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseníase/publicacoes/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-da-hanseníase-2022/view>.

HERPES ZOSTER

O quadro clínico de herpes zoster é, na maior parte das vezes, típico. Em grande parte dos casos, antes do surgimento das lesões vesiculares na pele, a pessoa apresenta dores nevralgias, parestesias, ardor e coceira locais, febre, cefaleia e mal estar. A lesão surge de modo gradual e leva de 2 a 4 dias para se estabelecer. Sua erupção é unilateral e segue o trajeto de um nervo. A seguir, as vesículas secam, formando crostas, e o quadro evolui para cura em 2 a 4 semanas (exceto em casos de infecção secundária).

- **Áreas comuns:** Tórax, região cervical, região correspondente ao trajeto do nervo trigêmeo e lombossacra.
- **Forma de transmissão:** Contatos com pessoas com varicela ou herpes zoster.
- **Diagnóstico:** É clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados e de acordo com a localização da lesão. CID-10 e CIAP: B02 — Herpes zoster; S70 — Herpes zoster.
- **Diagnóstico diferencial:** Dermatite herpetiforme, impetigo, erupção variceliforme de Kaposi.
- **Complicações:** Infecções secundárias, ataxia cerebelar aguda, trombocitopenia, síndrome de Reye, varicela disseminada, nevralgia pós-herpética, entre outras.

Quadro 13 — Tratamento para Herpes Zoster

SISTÊMICO	POSOLOGIA
Aciclovir comprimido 200mg	Adultos: 800mg, via oral, 5 vezes ao dia, durante 7 a 10 dias. Em adultos com comprometimento imunológico, indica-se tratamento endovenoso.

Fonte: Elaborado a partir de Brasil (2002), Coelho *et al.* (2014) e Wangenheim; Nunes; Wagner (2019).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução — **RDC n.º 20, de 5 de maio de 2011**. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. Brasília, DF: Anvisa, 2011.

BRASIL. **Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. **Relatório de recomendação**: Protocolos & Diretrizes: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dermatite Atópica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Versão preliminar. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2023/20230418_relatorio_de_recomendacao_pcdt_dermatite_atopica_cp_09.pdf. Acesso em: 8 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dermatologia na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hanseníase.pdf. Acesso em: 8 abr. 2024.

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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 8 abr. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 94.406, de 8 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 8853, col. 1, 9 jun. 1987.

COELHO, P. A. B. *et al.* Diagnóstico e manejo do herpes-zóster pelo médico de família e comunidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 279-85, ago.2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer de Conselheira Federal nº 280/2022/COFEN**. Legalidade do Profissional Enfermeiro na Prescrição de Medicamentos, Exames Laboratoriais e Complementares na Atenção Básica. Florianópolis, SC: Cofen, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheira-federal-no-280-2022-cofen/>. Acesso em: 8 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n.º 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2009. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009/>. Acesso em: 8 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n.º 544/2017**. Revoga a Resolução Cofen nº 159/1993 - Consulta de Enfermagem. Brasília, DF: Cofen, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017/>. Acesso em: 8 abr. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen n.º 567/2018**. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. Brasília, DF: Cofen, 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofenno-567-2018/>. Acesso em: 8 abr. 2024.

GUPTA, A. K; LANE, D.; PAQUET, M. Systematic Review of Systemic Treatments for Tinea Versicolor and Evidence-Based Dosing Regimen Recommendations. **Journal of Cutaneous Medicine and Surgery**, Canadá, v. 18, n.9, p. 79-90, março de 2014.

MAY, P. J. *et al.* Treatment, Prevention and Public Health Management of Impetigo, Scabies, Crusted Scabies and Fungal Skin Infections in Endemic Populations: A Systematic Review. **Tropical Medicine & International Health**, v. 24, n. 3, p. 280- 293, mar.2019.

MOHAMMADI, J. *et al.* Frequency of pyrethroid resistance in human head louse treatment: systematic review and meta-analysis. **Parasite**, v. 28, n. 86, deze. 2021.

SILVA, S. F. **Dermatology Atlas**. [S. l.]: Atlas Dermatológico, c1999-2024. Disponível em: <https://atlasdermatologico.com.br/index.jsf>. Acesso em: 8 abr. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Manual de Cuidados com os Pés para Pessoas com Diabetes**. 2. ed. São Paulo: SBD, [2021]. Disponível em: https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/12/12_2021_E-book_Manual-de-Cuidados-com-os-Pes-em-tempos-de-Covid-19_SBD-1.pdf. Acesso em: 8 abr. 2024.

WANGENHEIM, A.V.; NUNES, D. H.; WAGNER, H. M. Manual — Teledermatologia: Protocolos de Conduta Clínica de Doenças Dermatológicas na ABS. **Relatório Técnico do Instituto Nacional para Convergência Digital**, Santa Catarina, v. 9, n. 7, nov. 2019. Disponível em: <http://telessaude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/03/INCoD-Telemed-TR007.2019.p-TELEDERMATOLOGIA-Protocolos-de-Conduta-Clinica-de-Doencas-Dermatologicas.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2024.

ZHOU, X. *et al.* Human Chrysomya Bezziana Myiasis: A Systematic Review. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 13, n. 10, out. 2019.

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
Clique [aqui](#) e responda a pesquisa.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA



DISQUE
SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsm.sau.br